



FEBRUAR 2016

# LGBT-PERSONER – EN UDSAT MINORITET?

MENTAL SUNDHED I RELATION TIL DISKRIMINATION, VOLD, TRUSLER OG ÅBENHED  
BLANDT SEKSUELLE MINORITETER OG TRANSKØNNEDE

Studerende: Katrine Dinitzen

Vejleder: Lene Tølbøll

Ord: 34.970

10. semester, E15 Sociologi, Aalborg Universitet

## Indhold

Kapitel 1: Indledning .....	3
Baggrund for projektet.....	3
Problemformulering og formål .....	14
Specialets struktur.....	16
Kapitel 2: Teoretisk ramme for projektet.....	18
Videnskabsteoretisk ramme .....	18
Køn og seksualitet i et teoretisk perspektiv .....	19
Stigmatisering .....	22
LGBT-personers identitetsdannelse i et heteronormativt samfund.....	24
Minoritetsstress .....	27
Opsamling .....	30
Kapitel 3: Metodiske overvejelser om design og empiri .....	32
Tværsnitsdesign .....	32
Kvantitativ Metode.....	33
Beskrivelse af datamateriale samt indsamlingsprocedure.....	33
Kapitel 4: Operationalisering .....	37
Operationalisering af specialets problemformulering.....	37
Mental sundhed.....	37
Supplerende mål for mental sundhed.....	40
Diskrimination .....	43
Vold og trusler .....	44
Åbenhed omkring seksuel orientering/transkønnethed.....	45
LGBT-personer .....	47
Øvrige variable.....	49
Kommentarer .....	51
Kapitel 5: Analysestrategi og statistisk metode.....	52
Analysens struktur .....	52
Statistiske metoder.....	54

Kapitel 6: Analyse af LGBT-personerne og deres mentale sundhed .....	56
Beskrivelse af LGBT-personerne .....	56
Mental sundhed.....	60
Kapitel 7: Analyse af diskrimination, vold og åbenhed .....	65
Omfanget af diskrimination.....	65
Omfanget af vold og trusler.....	68
Omfang af åbenhed omkring seksuel orientering/transkønnethed.....	70
Sammenhænge mellem forekomsten af diskrimination, vold, trusler og åbenhed .....	76
Kapitel 8: Analyse af mental sundhed .....	77
Diskrimination og mental sundhed.....	77
Vold, trusler og mental sundhed .....	80
Forholdet mellem diskrimination, vold, trusler og mental sundhed .....	83
Åbenhed og mental sundhed.....	86
Sammenhænge mellem vold, trusler, diskrimination, åbenhed og mental sundhed.....	89
Kapitel 9: Andre forhold og mental sundhed .....	93
Sammenhænge mellem baggrundsvariable .....	93
Sammenhænge med øvrige mål for mental sundhed .....	95
Kapitel 10: Konklusion.....	97
Analysens konklusion .....	97
Specialets konklusion.....	99
Anvendt litteratur.....	102
Bilag 1: Seksualitetshistorisk rids .....	109
Bilag 2: Oversigt over anvendte variable.....	113
Bilag 3: Øvrige tabeller .....	118

# Kapitel 1: Indledning

At foretage undersøgelser af seksuel orientering i forhold til mental sundhed kan virke kortsigtet og med potentiel risiko for blot at cementere fastlåste sociale kategorier som f.eks. heteroseksuelle og homoseksuelle, transkønnede og ciskønnede, mænd og kvinder, i en verden hvor seksualitet og køn er i forandring. Formålet med projektet er dog ingenlunde at sætte seksuelle minoriteter i bås, men blot at skabe en mere dyberegående forståelse af, hvad der er på spil, når selv nyere forskning både dansk og internationalt viser, at seksuelle minoriteter oplever dårligere mental sundhed og højere selvmordsrate end heteroseksuelle (side 6). Specialet vil ved hjælp af kvantitativ metode samt udvalgte teorier om køn, seksualitet, stigmatisering, identitet og minoritetsstress søge at besvare problemformuleringen:

Hvilken betydning for LGBT-personers mentale sundhed kan det have, at de tilhører en seksuel minoritet?

## Baggrund for projektet

Gennem tiden har det at tilhøre en seksuel minoritet haft sociale konsekvenser, bl.a. gennem kriminalisering og sygeliggørelse. I dag er det i dansk sammenhæng ikke længere hverken kriminelt eller sygeliggjort, og det er derfor i dag nogle helt andre problematikker, der gør sig gældende for seksuelle minoriteter. For et indblik i de vilkår LGBT-personer gennem historien har levet under, samt den historiske udvikling af de forskellige seksualitetsbegreber se bilag 1.

Følgende kapitel vil sætte rammen for specialet gennem en bred introduktion til temaer og begreber med relevans for LGBT-personers mentale sundhed. Kapitlet indeholder herudover en introduktion til dansk og international forskning omkring seksuel orientering og mental sundhed. Til slut i kapitlet vil specialets problemformulering blive uddybet.

## Indledende begrebsdefinitioner

Indledningsvist introduceres her de overordnede termer, der vil blive anvendt, når der tales om personer med anden kønsidentitet eller seksuel orientering end heteroseksuelle mænd og kvinder. Der kan som udgangspunkt skelnes mellem seksuel orientering og seksuel adfærd. Ved seksuel orientering tales der om, hvilken seksualitet individet selv tilkender sig og oplever at have, mens den seksuelle adfærd er den seksualitet, der praktiseres.

Det er således muligt at have en homoseksuel adfærd uden at opleve sig selv som homoseksuel, ligesom man

som homoseksuel kan praktisere heteroseksuel adfærd. I dette speciale vil det der undersøges være den seksuelle orientering, som individet selv tilkender sig. De inddragede typer af seksuel orientering er homoseksuelle og biseksuelle samt de mere flydende kategorier; homoseksuelle med heteroseksuelle anstrøg og heteroseksuelle med homoseksuelle anstrøg.

Ligeledes kan der skelnes mellem biologisk køn og oplevet køn. Begge dele præsenteres i specialet, men det der undersøges, er det oplevede køn. For langt de fleste er der overensstemmelse mellem biologisk og oplevet køn. De der oplever uoverensstemmelse mellem disse betegnes i nærværende speciale som transkønnede.

Transkønnet er ikke en enkelt kønsidentitet, men en samlet betegnelse over forskellige grupper der grundlæggende oplever en kønsidentitetsudfordring eller overskrider de gængse opfattelser af køn (Stryker, 2008).

*Seksuelle minoriteter* anvendes i nærværende speciale som en samlebetegnelse for bøsser, lesbiske og biseksuelle. *LGBT-personer* anvendes som en samlebetegnelse for lesbiske, bøsser, biseksuelle, transkønnede samt anstrøgsgrupperne.

### **Heteroseksualitet og heteronormativitet**

Der har op gennem det 20. århundrede hersket mange diskussioner om, hvilken årsag der ligger bag menneskets seksuelle orientering. Diskussionen har særligt haft fokus på biseksualitet og homoseksualitet, da heteroseksualitet ofte betragtes som det "naturlige" og "normale" (Bolin & Whelehan, 2009:412). Endnu er der ikke noget endeligt svar på dette, og seksualitets oprindelse kendes derfor ikke (Edelberg, 2012:11, Bolin & Whelehan, 2009:412). En årsag til de udfordringer LGBT-personer har mødt og til stadighed møder er, netop betragtningen af heteroseksualitet som den "naturlige" og "normale" seksualitet. De strukturer, og handlinger der fastholder heteroseksualitet som det naturlige og forventelige, kaldes heteronormativitet. Heteronormativitet bygger på en binær kønsforståelse, hvor seksuel og romantisk lyst altid er rettet mod det modsatte køn, hvorved det at tilhøre en seksuel minoritet, betragtes som afvigende og forkert (Stormhøj, 2011). Til trods for at heteronormativiteten medfører, at heteroseksualitet betragtes som det naturlige, kan det betegnes som en social konstruktion. Gennem tiden har homoseksuel adfærd ændret sig, og der er i dag langt større åbenhed om f.eks. seksuel aktivitet uden for ægteskabet og skilsmisse, ligesom rollerne som mødre og fædre i en kernefamilie nærmer sig hinanden. Med baggrund i dette udviklede Henning Bech teorien om den homoseksuelles forsvinden (Bech, 2002). Med dette mener han, at der er sket en udligning af forskellene mellem homoseksuelle og heteroseksuelle, der gradvist har nærmet sig hinanden, og de træk der før er betragtet som specifikt homoseksuelle, er i stigende grad adopteret af de heteroseksuelle, som f.eks. seriel monogami, hvor skilsmisse og udskiftning af kernefamilien til andre livsformer i stigende grad praktiseres af de heteroseksuelle,

mens homoseksuelle nu også har mulighed for at indgå ægteskab. Han drager paralleller til den danske velfærdsstat, hvor økonomisk og social tryghed øger mulighederne for at leve uden for traditionelle kernefamilie, og eksperimenterer med køn og seksualitet. Ligeledes henviser Bech til den danske ideologi om frisind, hvor den enkelte har en forpligtelse til at sikre de samfundsmæssige rammer, der gør at man kan leve og tænke, som man ønsker som afgørende for accepten af at leve i utraditionelle livsformer. Disse faktorer har ifølge Bech ført til, at heteroseksuelle gradvist har adopteret mange af de livsformer, der tidligere blev praktiseret af homoseksuelle, og det særlige homoseksuelle er derfor gradvist ved at forsvinde (Bech, 2002). Denne gradvise forsvinden af det homoseksuelle som Bech argumenterer for, kan give et indtryk af, at problematikken forbundet med det at tilhøre en seksuel minoritet er på retur. Som det historiske rids i bilag 1 viser, er der sket markante udviklinger på området, men som det følgende vil vise, er det stadig relevant at beskæftige sig med LGBT-personers udsathed, helbred og trivsel. I det følgende afsnit introduceres to af de felter; diskrimination og hadforbrydelser hvor LGBT-personer har været og til stadighed er udsatte. Herefter introduceres resultater fra nyere forskning af LGBT-personers trivsel og levevilkår, til et indblik i, hvilken betydning det til stadighed har at tilhøre et seksuelt mindretal i dansk og international sammenhæng.

### **Diskrimination og hadforbrydelser**

Diskrimination og hadforbrydelser er blandt de ting, LGBT-personer gennem tiden har været, og til stadighed er udsatte for.

Termen diskrimination dækker over forskelsbehandling som medfører, at personen får ringere behandling end andre uden lovmæssigt grundlag. Diskrimination foregår på baggrund af en række forhold såsom køn, etnicitet, seksuel orientering etc. (Institut for menneskerettigheder), og det kan foregå enten bevidst eller ubevidst. En form for diskrimination tager udgangspunkt i uopmærksomhed på forskellige uopfyldte behov hos den diskriminerede. Dette kræver en særlig hensyntagen til den diskriminerede gruppe. En anden form for diskrimination tager udgangspunkt i fordomme mod dem, der diskrimineres. I disse tilfælde kan diskrimination ses som en systematisk devaluering af det individ eller den gruppe, der diskrimineres f.eks. LGBT-personer. Denne form for diskrimination er ikke lovlig jævnfør FN's menneskerettighedserklæring (FN, 1948). Sidenhed er diskrimination af bl.a. seksuelle orienteringer yderligere reguleret i Danmark (Justitsministeriet, 1987; Beskæftigelsesministeriet, 2008).

En yderligtgående form for diskrimination er hadforbrydelser (eng.: hate crimes). Hadforbrydelser er forbrydelser, f.eks. vold og overfald, trusler eller røveri, der er motiveret af had over for den gruppe offeret antages at tilhøre, og kan således ske på baggrund af seksuel orientering etc. Hadforbrydelser har grund i intolerance samt fordomme om bestemte grupper (Det Kriminalpræventive Råd). At en forbrydelse kan

betegnes som en hadforbrydelse, betragtes som en skærpende omstændighed i straffeloven (Justitsministeriet, 2014).

Til trods for menneskerettigheder og yderligere dansk lovgivning foregår hadforbrydelser og diskrimination af LGBT-personer både internationalt og i Danmark. LGBT-personer oplever på nogle punkter stadig ikke at have de samme rettigheder som heteroseksuelle. Amnesty International rapporterede i 2001, at LGBT-personer i stort omfang er udsatte gennem brud på menneskerettigheder, tortur, misbrug etc. (Amnesty International, 2001). Dansk og international forskning viser, at flere danske og nydanske LGBT-personer i Danmark har oplevelser med diskrimination (Gransell & Hansen, 2009; Følner, Dehlholm & Christiansen, 2015; FRA, 2013). Jævnfør justitsministeriets offerundersøgelse angiver 5 % af ofre for voldshændelser eller røveri fra 2008-2013, at forbrydelsen helt sikkert eller måske var motiveret af offerets seksuelle orientering eller transkønnethed (Balvig & Kyvsgaard, 2014). Dette underbygges af forskning i både dansk og international sammenhæng, hvor LGBT-personer er mere udsatte for vold og trusler på baggrund af at de tilhører en seksuel minoritet (Graugaard et al., 2015; Statens Folkhälsoinstitut, 2005; King et al., 2003; FRA, 2013). Både oplevelser med diskrimination, vold og trusler på baggrund af seksuel orientering og transkønnethed er i internationale undersøgelser koblet sammen med dårligere mental sundhed (Meyer, 2003; Mays & Cochran, 2001; Woodford et al., 2014; Pascoe & Richman, 2009). Denne sammenhæng er aldrig undersøgt på danske forhold, til trods for at diskrimination, vold og trusler med udgangspunkt i seksuel orientering eller transkønnethed, jævnfør ovenstående kilder, forekommer i Danmark.

### **Forskning i mental sundhed blandt LGBT-personer**

LGBT-personers trivsel og levevilkår i Danmark er et område, der i mange år har savnet forskningsmæssigt fokus. Det seneste år har dog budt på tre danske udgivelser på området, hvilket må betegnes som en stigende interesse for feltet. Det følgende afsnit vil skitsere resultater fra dansk og international LGBT-forskning, med det formål at klarlægge hvad der aktuelt vides om udvalgte temaer inden for LGBT-personers mentale sundhed. Dansk forskning på området er begrænset til få undersøgelser, hvilket præsentationen nedenfor vil afspejle.

#### *Mental sundhed*

Mental sundhed er et bredt begreb, der dækker over forskelligartede vinkler på mentalt velbefindende, psykisk sygdom etc. Senere i nærværende kapitel forekommer en mere nuanceret indkredsning af begrebet mental

sundhed. For nu præsenteres blot forskellige resultater fra dansk og international forskning omhandlende LGBT-personers mentale sundhed.

Den første repræsentative danske undersøgelse fra 2008 viser, at færre LGBT-personer end heteroseksuelle har et godt psykiske velbefindende (45% vs. 51%), og færre har høj vitalitet (24 % vs. 35%). Særligt gælder det for kvinderne, at de har dårligt psykisk velbefindende (13% vs. 7%) (Gransell & Hansen, 2009). En nyere undersøgelse tegner samme billede, hvor særligt de biseksuelle kvinder og transkønnede har et dårligt mentalt helbred, sammenlignet med de øvrige seksuelle minoriteter. Samme undersøgelse viser, at flere bøsser, biseksuelle og transkønnede føler sig stressede sammenlignet med heteroseksuelle og lesbiske (Johansen, Laursen & Juel, 2015). En norsk levekårsundersøgelse slår fast, at ikke-heteroseksuelle, og særligt biseksuelle kvinder har større risiko for at opleve et dårligere mentalt helbred end andre seksualitetsgrupper (Anderssen & Malterud, 2013).

En hollandsk undersøgelse viser, at homoseksuelle mænd, oplever dårligere livskvalitet end heteroseksuelle mænd (Sandfort, Graaf & Bijl, 2003), ligesom et amerikansk studie viser, at dårlig livskvalitet og angstlidelser er mere udtalte blandt mandlige ikke-heteroseksuelle end blandt kvindelige (Bostwick, et al., 2010).

En engelsk undersøgelse af mental sundhed og livskvalitet viser ringere mental sundhed blandt homoseksuelle end heteroseksuelle. Samme undersøgelse viser, at flere homoseksuelle søger professionel hjælp til mentale problemer (King et al., 2003). Et hollandsk studie underbygger ligeledes tesen om psykiske problemer, hvor homoseksuelle har dårligere mental sundhed end heteroseksuelle (Sandfort, et al., 2006).

Ovenstående viser, at seksualitet generelt kan være forbundet med mentale problemer, men det viser samtidig, at der ikke er et entydigt mønster i hvilke LGBT-grupper, der er mest udsatte.

### *Selv mord*

Et af de områder hvor LGBT-personer skiller sig særligt ud er med hensyn til selvmord. Selvmord kan ses som en af de klareste og mest voldsomme reaktioner på mistriivsel. En af de største risikofaktorer for selvmord blandt unge er at være en del af en seksuel minoritet (Russell, 2003). Flere undersøgelser viser, at flere LGBT-personer end heteroseksuelle personer har overvejet at begå selvmord inden for det seneste år. I en nyere dansk artikel ses det, at mens 15,9 % blandt mandlige LGBT-personer har overvejet selvmord gælder det for 7,4 % blandt heteroseksuelle mænd. Blandt kvindelige LGBT-personer ligger tallet på 19,7 % vs. 8,3 % for heteroseksuelle kvinder (Graugaard et al. 2015). En særlig udsat gruppe er nydanske LGBT-personer, hvor 33 % har overvejet selvmord (Følner et al. 2015). Dette mønster går igen ved faktiske selvmordsforsøg. Hvor 8,3 % blandt mandlige LGBT-personer har forsøgt selvmord, gælder dette for 2,6 % af mandlige heteroseksuelle. Blandt kvindelige LGBT-personer gælder det for 11,8 % vs. 4,2 % for heteroseksuelle kvinder (Graugaard et al., 2015). Blandt nydanske LGBT-personer har 19 % forsøgt selvmord (Følner et al., 2015). Resultaterne



bakkes op af udenlandsk forskning (Plöderl et al., 2013; Anderssen & Malterud, 2013; Russel, 2003; Wichstrøm & Hegna, 2003). Derudover viser en dansk registerundersøgelse, at personer i samkønnede ægteskaber oftere begår selvmord, end personer i ægteskab med modsat køn (HazardRatio for kvinder: 6,4, HazardRatio for mænd: 4,2; Frisch & Simonsen, 2013).

Det er således grundigt dokumenteret, at selvmordstanker, selvmordsforsøg og gennemførte selvmord oftere forekommer blandt LGBT-personer end blandt heteroseksuelle.

#### *Øvrige problematikker*

Blandt de øvrige problematikker, med relation til mental sundhed er sexliv (se side 13 for uddybning af relation). Seksuelle problemer er i nogle undersøgelser forbundet til seksuel orientering, hvor ikke-heteroseksuelle oplever, at deres seksuelle behov ikke bliver mødt (Mænd: 17,9 % vs. 7,7 %, Kvinder: 14,8 % vs. 6,9%), mens flere mandlige ikke-heteroseksuelle oplever deres sexliv som utilfredsstillende (22,5 % vs 12,8%) (Graugaard et al., 2015). Særligt bøsser oplever at have nedsat sexlyst sammenlignet med andre mænd (Johansen et al., 2015). Andre undersøgelser finder ingen sammenhæng (Gransell & Hansen, 2009). Ligeledes oplever flere biseksuelle og bøsser seksuelle problemer (Johansen et al., 2015). Derudover er køb og salg af sex mere udbredt blandt LGBT-personer end heteroseksuelle (Gransell & Hansen, 2009; Graugaard et al., 2015).

Et andet sted hvor LGBT-personer adskiller sig fra heteroseksuelle er risikabel sundhedsadfærd. Blandt bøsser og transkønnede har flere et højrisikoforbrug (16%) af alkohol sammenlignet med de andre grupper og heteroseksuelle (Johansen et al., 2015). Ligeledes har LGBT-personer, særligt de biseksuelle, større tendens til binge-drinking (mere end fem genstande ad gangen), end heteroseksuelle (Gransell & Hansen, 2009; Johansen et al., 2015). Undersøgelserne viser ligeledes en lidt større andel rygere og lidt flere hashrygere, særligt blandt de unge (Gransell & Hansen, 2009; Johansen et al., 2015).

Det er tydeligt, baseret på de få danske kilder suppleret med internationale kilder, at LGBT-personer oplever udfordringer i forhold til mental sundhed, der er mere udprægede end hos heteroseksuelle. Særligt bekymrende er tallene, om selvmordstanker og -forsøg, hvor LGBT-personer har større risiko end heteroseksuelle for at opleve dette.

I analysen vil der blive introduceret flere danske og internationale undersøgelsesresultater, der skitserer særlige udfordringer forbundet med det at være LGBT-person.

## **Manglen på undersøgelser af danske LGBT-forhold**

Jævnfør ovenstående er det begrænset med forskning i LGBT-personers levevilkår og mentale sundhed i Danmark. Dette kan forekomme overraskende, da det kan virke som et særligt relevant fokusområde i undersøgelser af trivsel og sundhed, jævnfør den allerede eksisterende forskning.

Flere af de ovennævnte undersøgelser lægger vægt på, at der er brug for mere forskning af LGBT-personers trivsel og levevilkår i Danmark. I undersøgelsen ”Lige og ulige? Homoseksuelle, biseksuelle og transkønnedes levevilkår” fra 2009, oplevede forskerne, at det var problematisk at indsamle midler til dyberegående analyser af datasættet, og at seksuelle minoriteter og kønsidentiteter generelt ikke var et emne, mange havde interesse for at beskæftige sig med eller støtte (Gransell & Hansen, 2009). I artiklen ”*Self-reported sexual and psychosocial health among non-heterosexual Danes*” fra 2015 lægger forskerne vægt på, at yderligere undersøgelser af trivsel og mental sundhed er nødvendige, og opfordrer til at spørgsmål om seksualitet fremadrettet inddrages i populationsbaserede helbredsundersøgelser, hvilket kun er sket i begrænset omfang indtil nu (Graugaard et al., 2015).

Der er ifølge begge undersøgelser behov for videre undersøgelser, samt større velvilje omkring undersøgelse. At foretage repræsentative undersøgelser af seksuelle minoriteters levevilkår er der udfordringer forbundet med, da seksuel orientering ikke registreres. Der foretages en række repræsentative helbreds- og sundhedsundersøgelser af befolkningen, og i disse undersøgelser spørges der sjældent til seksualitet. Et eksempel herpå er en rapport fra Statens Institut for Folkesundhed (Johansen et al., 2015), som indtil nu er den eneste af sin slags. Forskning i LGBT-forhold kræver, at denne form for undersøgelse suppleres med specifikke undersøgelser målrettet LGBT-personer, der inkluderer temaer, med særlig relevans for LGBT-personer, såsom åbenhed omkring seksuel orientering, oplevelser med diskrimination og hadforbrydelser etc. Det er vigtigt at være opmærksom på, at seksuel orientering ikke står alene med manglen på viden. Danskernes seksualitet savner generelt forskningsmæssig belysning sammenlignet med andre nordiske lande. Generalsekretær i Sex og Samfund Bjarne B. Christensen italesætter problematikken således:

*”I mange år har vi i Danmark lidt under en mærkelig myte omkring seksualitet: Vi ser os selv som rigtigt langt fremme - som frigjorte - og vi tror, at vi er verdensmestre i seksualoplysning. I skyggen af denne myte er der faktisk gjort alt alt for lidt på området”. (Fagligt netværk for seksuel sundhed, 2012)*

Ifølge Bjarne B. Christensen er det, der ligger til grund for den manglende opmærksomhed en forestilling om, at der ikke er noget problem. Problemet er imidlertid tydeligt, når der i en forskningsmæssig sammenhæng mangler viden, og der både fra forskerside, men også fra de institutioner der bevilger midler til forskning, er en form for berøringsangst omkring emnet.

Manglen på forskning kan ses i relation til, at offentlige tiltag til forbedringer af LGBT-personers levevilkår ikke er et fokusområde, der får megen opmærksomhed i Danmark, i forhold til de andre nordiske lande. I Sverige er der siden 2005 på regeringsinitiativ foretaget flere større undersøgelser af LGBT-sundhed. I Norge arbejdes der ud fra en officiel handlingsplan for LGBT-befolkningens sundhed (Barne- og likestillingsdepartementet, 2009). En sådan handlingsplan findes ikke i Danmark, og Danmark er ligeledes et af de eneste lande i Europa, der ikke har en etableret LGBT-organisation med fastansat personale (Katz, Lønne & Markussen, 2015). Manglen på offentligt initiativ kan hænge sammen med manglen på dansk forskning på området, og den generelt spinkle opmærksomhed LGBT-personers mentale sundhed og trivsel får i Danmark. Der kan også her trækkes tråde til den berøringsangst, Bjarne B. Christensen italesætter i det ovenstående. Der kan siges at være en form for implicit forventning om, at offentlige tiltag på området ikke er nødvendige, og den manglende forskning på området understøtter indirekte denne forventning ved ikke at italesætte, hvorvidt der er en problemstilling, der burde tages hånd om.

Der er samtidig flere strømninger der tyder på, at manglen på opmærksomhed på seksualitet er ved at vende. På Aalborg Universitet blev der i 2013 oprettet det første danske universitetsbaserede forskningscenter i sexologi (Aalborg Universitet), og på Københavns Universitet er et center for seksualitetsforskning under opbygning (Københavns Universitet). Seksualitetsforskning i Danmark er således et felt under udvikling, og den hidtil manglende forskning og opmærksomhed på feltet kan i fremtiden komme til at se anderledes ud.

## **Mental sundhed**

Førend projektets problemformulering præsenteres, uddybes her begrebet mental sundhed.

Der har i de senere år været stigende interesse for mental sundhed, både i dansk og international kontekst, i takt med en øget erkendelse af den mentale sundheds betydning for individets almene sundhedstilstand. I 2001 satte WHO fokus på, at indsatser i forhold til mental sundhed ikke kun skal handle om psykiske diagnoser, men skal have et befolkningsperspektiv, hvor befolkningens trivsel og velbefindende sættes i fokus (WHO, 2001).

I dansk kontekst er mental sundhed også kommet på dagsordenen i de senere år. I 2008 udgav Sundhedsstyrelsen rapporten ”Fremme af mental sundhed – baggrund, begreber og determinanter” med ønske om at sætte mental sundhed på dagsordenen. Mental sundhed er også aktuelt på den politiske dagsorden, hvor Sundhedsministeriet i 2014 udgav syv mål for danskernes sundhed de næste 10 år, heraf to med fokus på mental sundhed (Regeringen, 2013), dog ikke med noget særligt fokus på LGBT-personers mentale sundhed, selvom de, jævnfør ovenstående er en udsat gruppe.

### *Mental sundhed – hvad er det?*

Mental sundhed har en central plads i WHO's definition af helbred fra 1948: *“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”* (WHO, 1948). Her lægges der vægt på, at helbred er påvirket af både den fysiske, mentale og sociale tilstand hos individet, og ikke kun kan defineres ved fraværet af sygdom. WHO udarbejdede i 2001 en definition af mental sundhed: *“Mental health is a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community”* (WHO, 2014). Mental sundhed handler ifølge WHO således ikke kun om tilstedeværelsen af psykiske lidelser, men afgøres af individets egen erkendelse af muligheder og evne til at håndtere hverdagen og bidrage til samfundet. Mental sundhed er, ligesom det fysiske helbred, påvirket af en række andre faktorer både socialt, økonomisk og miljømæssigt (WHO, 2013). Dette speciale vil tage udgangspunkt i WHO's definition af mental sundhed, hvor mental sundhed ses som en tilstand af trivsel, der muliggør, at individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress, kan arbejde produktivt og bidrage til fællesskabet. Denne definition er meget bred, og der er derfor brug for en mere uddybet forståelse. Der findes forskellige bud på definitioner af begrebet med fokus på forskellige elementer i den mentale sundhed. Traditionelt kan der skelnes mellem forståelser baseret på mental sundhed som fravær af psykisk sygdom og mental sundhed som lig med psykisk velbefindende (Secker, 1998).

Disse forståelser er op gennem 1990'erne blevet kritiseret for at være forsimplede og ensidige, med argumenter om at begge forståelser indeholder nødvendige dimensioner af mental sundhed, men at de er gensidigt uafhængige. Man kan således have et godt mentalt velbefindende og samtidig have en psykisk sygdom eller omvendt (Tudor, 1996). I denne forståelse betragtes mentalt velbefindende og psykisk sygdom således som uafhængige af hinanden. Begge dele kan forekomme samtidigt, men også hver for sig.

Denne forståelse af mental sundhed har Keyes videreudviklet til en ny forståelse, hvor Mentalt velbefindende og psykisk sygdom er uafhængige af hinanden, men det anerkendes, at der er samspil mellem de to dimensioner af mental sundhed. Keyes taler for, at i en fyldestgørende forståelse af mental sundhed er begge dimensioner relevante, da der er tale om to forskellige men overlappende dimensioner (Keyes, 2005).

Mental sundhed kan opdeles i en positiv og en negativ dimension, som hver især indeholder en række delelementer. Nedenstående oversigt over positive og negative dimensioner er ikke fyldestgørende, men blot en illustration af bredden i begrebet mental sundhed.

Den positive dimension består bl.a. af: *Tiltro til egne evner, selvværd, følelse af sammenhængskraft, sans for humor, social kapital, følelse af kontrol, social involvering, mental balance, kontrol over sig selv og situationer,*

sociabilitet, glæde, håb, positive følelser, optimisme, evne til at klare sig, spiritualitet, mestring, modstandskraft, livskvalitet og selvstændighed.

Den negative dimension består bl.a. af: angst, depression, irritation, modvilje, selvudslettelse, uengagement i sociale relationer, neuroticisme, nervøsitet, bekymring og negative følelser.

(Epløv & Lauridsen, 2008).

Mental sundhed indeholder således både en oplevelsesdimension, hvor det opleves at have det godt med sig selv og sit liv, og en funktionsdimension, som dækker over det at kunne fungere godt i sin dagligdag i samspil med andre. Begge dele vil blive afdækket i nærværende speciale.

#### Faktorer med betydning for den mentale sundhed

Der findes en række beskyttende faktorer samt risikofaktorer, der påvirker den mentale sundhed. Barry & Jenkins giver et bud på, hvilke sociale og psykiske faktorer der har betydning for mental sundhed (Figur 1 (Barry & Jenkins, 2007)).

Figur 1 (Barry & Jenkins, 2007)

	Beskyttende faktorer	Risikofaktorer
Individuelt niveau	Positiv selvopfattelse Tilknytning til familie Sociale evner God fysisk sundhed	Lavt selvværd og selvtillid Dårlig tilknytning i barndommen Fysisk eller psykisk handicap
Socialt niveau	Positive tidlige tilknytninger Støttende forældre Gode kommunikationsevner God social tilknytning Samfundsengagement	Vold og misbrug Adskillelse og tab Social isolation
Strukturelt niveau	Sikre og stabile leveforhold Økonomisk sikkerhed Beskæftigelse Positive uddannelsesoplevelser Adgang til social støtte	Voldeligt/kriminelt miljø Fattigdom/økonomisk usikkerhed Arbejdsløshed Hjemløshed Ikke gennemførte uddannelser Social og kulturel diskrimination Mangel på social støtte

Ovenstående Figur 1 kan betragtes som en almen model, der favner et bredt spektrum af faktorer med betydning for mental sundhed. Modellen bliver således ved nogle af faktorerne meget overordnet, og det kan være svært at placere konkrete forhold under de opstillede faktorer. Som det beskrives nedenfor, kan et tilfredsstillende sexliv være af betydning for mentale sundhed, men denne kan ikke umiddelbart placeres under nogle af de opstillede faktorer. Figuren indeholder flere elementer, der kan være særligt relevante for LGBT-personer. Dette gælder, jævnfør side 5, for bl.a. oplevelser med vold og trusler og social og kulturel diskrimination. På det individuelle niveau kan det at bevare en positiv selvopfattelse være en udfordring forbundet med det at være LGBT-person (se kapitel 2 s.26). I modellen er det tydeligt, at sociale relationer og tilknytning er væsentlige elementer i forhold til mental sundhed, hvor tilknytning, sociale evner og social støtte alle betegnes som beskyttende faktorer for mental sundhed. Blandt LGBT-personer kan behovet for social support være særlig relevant f.eks. i forhold til åbenhed omkring seksuel orientering, ligesom kontakt til ligesindede kan gøre en forskel for mental sundhed (Frabble, Platt & Høye, 1998).

Mental sundhed er således et komplekst felt, hvor bl.a. social kontekst, krav og udfordringer spiller ind og der findes en række beskyttende faktorer og risikofaktorer, ligesom der er positive og negative dimensioner af mental sundhed. der kan tales om to forskellige dimensioner af mental sundhed; hhv. mental velbefindende og psykisk sygdom, og det er væsentligt at disse begreber kan overlape hinanden. I nærværende speciale vil jeg beskæftige mig med dimensionen omhandlende psykisk velbefindende, og der vil ikke blive taget højde for eventuelle psykiske sygdomme.

Der findes en række sociale forskelle i mental sundhed herunder kønsforskelle, hvor kvinder har dårligere mental sundhed end mænd (Simon 2014;23; Christensen, Davidsen, Kjølner & Juel, 2014). I denne sammenhæng er køn interessant i forhold til hvorvidt de samme forskelle kan genfindes i en undersøgelse af LGBT-personer, eller om forskellene opløses blandt personer, der bryder med den heteroseksuelle matrice (se kapitel 2). Ligeledes er det interessant, hvad en mere flydende kønsforståelse kan betyde for den mentale sundhed.

### *Seksuel sundhed*

I nærværende speciale er begrebet seksuel sundhed også relevant. WHO definerer seksuel sundhed således: *“Seksuel sundhed er en tilstand af fysisk, følelsesmæssigt, mentalt og socialt velbefindende i forbindelse med seksualitet; det er ikke alene fravær af sygdom, dysfunktion eller handicap. Seksuel sundhed kræver en positiv og respektfuld tilgang til seksualitet og seksuelle forhold, såvel som muligheden for at have lystfyldte og sikre*

*seksuelle oplevelser, frie for tvang, diskrimination og vold. For at opnå og opretholde seksuel sundhed må ethvert individs seksuelle rettigheder respekteres, beskyttes og opfyldes” (WHO, 2006).*

Denne bredt favnende definition af seksuel sundhed indeholder både biologiske, mentale og sociale faktorer. WHO betragter seksuel sundhed som en almenmenneskelig rettighed, der er mere end blot udførelse af seksuelle aktiviteter. Det seksuelle indbefatter ifølge WHO således også fænomener som seksuel orientering, køn og kønsidentiteter (WHO, 2006). Et væsentligt element i definitionen er ligeledes muligheden for at udleve det seksualliv, som man ønsker uden risiko for tvang, diskrimination eller vold. Denne mangel på sikkerhed omkring seksuelle forhold er, jævnfør ovenstående særlig relevant blandt LGBT-personer, der i større omfang end heteroseksuelle oplever diskrimination og vold baseret på deres seksualitet.

Seksuel sundhed og mental sundhed indgår i et komplekst samspil hvor seksualitet kan påvirke mental sundhed og trivsel i både en positiv og negativ retning, mens den mentale sundhedsproblemer også kan føre til mistro i sexlivet (Graugaard, Pedersen & Frisch, 2012). Jævnfør side 8, oplever flere LGBT-personer seksuelle problemer, og seksuel sundhed er derfor på flere områder relevante i en undersøgelse af mental sundhed blandt LGBT-personer.

## **Problemformulering og formål**

Nærværende kapitel giver således et indblik i, at det at tilhøre en seksuel minoritet i nutidens Danmark kan medføre forskellige udfordringer og problematikker for LGBT-personer. Ønsket med dette speciale er således at skabe øget indsigt i, hvad det betyder for den mentale sundhed at tilhøre en seksuel minoritet, og hvilke mekanismer der kan gøre dette til en særlig udsat gruppe, med udgangspunkt i problemformuleringen:

<p><i>Hvilken betydning for LGBT-personers mentale sundhed kan det have, at de tilhører en seksuel minoritet?</i></p>
---

I en dansk kontekst er dette spørgsmål kun lidt belyst. Jævnfør ovenstående har LGBT-personer sværere vilkår end heteroseksuelle bl.a. i forhold til diskrimination og vold, seksuel tilfredsstillelse, risikoadfærd etc.

Dansk og international forskning på området viser, at seksuel orientering er relevant i forhold til mental sundhed, da flere ikke-heteroseksuelle har dårligere mental sundhed og oftere har selvmordstanker eller begår selvmordsforsøg. Det ønskes derfor med dette speciale at skabe mere viden omkring, hvad der er på spil i forhold til LGBT-personers mentale sundhed og hvilke sociale forhold, der påvirker denne.

Til at belyse hvad der kan være på spil i forhold til mental sundhed blandt LGBT-personer, har jeg udvalgt følgende tre temaer, der hver for sig og sammen vil blive undersøgt i forhold til deres betydning for mental sundhed.

- Diskrimination
- Vold og trusler
- Åbenhed omkring seksuel orientering/transkønnethed

Temaerne vil kort blive udfoldet i det følgende, og vil i de kommende kapitler blive uddybet og sat i relation til mental sundhed.

### **Diskrimination**

Jævnfør bilag 1 er LGBT-personer gennem tiden blevet udsat for diskrimination gennem kriminalisering, sygeliggørelse og forskelsbehandling på en række områder. Diskrimination er ulovligt både i international og dansk sammenhæng (se side 5) og der er de seneste årtier sket en række lovmæssige initiativer i Danmark, hvor LGBT-personer er blevet sikret ligebehandling på en række områder (se bilag 1, s4). Diskrimination er kun sparsomt belyst i dansk kontekst, og sammenhænge mellem diskrimination af LGBT-personer og mental sundhed er endnu ikke undersøgt i dansk sammenhæng, men internationale undersøgelser har fundet sammenhænge mellem oplevelser med diskrimination og mental sundhed (Meyer, 2007, 2003; Mays & Cochran, 2001; Woodford et al., 2014). Det vurderes derfor relevant at undersøge, hvor stort omfanget af diskrimination er, og om der i dansk kontekst kan findes sammenhæng mellem diskrimination og mental sundhed blandt LGBT-personer.

### **Vold og trusler**

En af de yderligtgående former for diskrimination LGBT-personer kan blive udsat for er hadforbrydelser i form af vold og trusler. Vold og trusler behandles derfor som et særskilt tema i nærværende speciale. Ligesom ved diskrimination viser tidligere undersøgelser, at LGBT-personer hyppigere end heteroseksuelle oplever situationer, hvor de udsættes for enten vold eller trusler om vold. International forskning viser sammenhænge mellem LGBT-personers udsættelse for vold og trusler og deres mental sundhed (Meyer, 2003, 2007). Denne sammenhæng er, ligesom diskrimination, endnu ikke belyst i dansk kontekst. Modsat diskrimination undersøges det samlede omfang af vold og trusler, og ikke kun hadforbrydelser, grundet nærværende undersøgelses meget lille forekomst heraf. Dette vurderes relevant, da der ses at respondenterne generelt er mere udsatte for vold og trusler (se kapitel 7). Det ønskes derfor at undersøge hvor stort omfanget af oplevelser



med vold og trusler er blandt danske LGBT-personer, og hvor stor betydning oplevelser med eller bekymringer omkring vold og trusler har for LGBT-personers mentale sundhed.

## **Åbenhed**

Som følge af at tilhøre en seksuel minoritet, må LGBT-personer kontinuerligt forholde sig til, at de skiller sig ud i et heteronormativt samfund som det danske. På den baggrund vælger flere LGBT-personer helt eller delvist at holde deres seksuelle orientering eller transkønnethed skjult, med det formål at undgå konfrontationer omkring denne. Åbenhed omkring seksuel orientering eller transkønnethed er et tema med mange facetter, da der kan findes forskellige grader af åbenhed, over for nære og fjerne relationer, ligesom LGBT-personer kan leve permanent i skjul, eller kun vælge at skjule seksuel orientering eller kønsidentitet i bestemte situationer. Det ønskes derfor at undersøge, hvor stort omfanget af åbenhed er blandt danske LGBT-personer, og om det at føle behov for at skjule sin seksuelle orientering hele tiden eller i nogle situationer kan have en betydning for mental sundhed.

Med ovenstående temaer ønskes det at give et nuanceret indblik i, hvilke betydning det kan have for LGBT-personers mentale sundhed at de tilhører en seksuel minoritet, og dermed jævnfør tidligere forskning er mere udsatte for diskrimination, vold og trusler, ligesom de kontinuerligt skal tage stilling til åbenhed omkring deres seksuelle orientering/kønsidentitet.

## **Specialets struktur**

I det følgende afsnit præsenteres de kommende kapitlers struktur.

I kapitel 2; specialets teorikapitel, introduceres det videnskabsteoretiske udgangspunkt: socialkonstruktivismen, samt udvalgte teorier om køn, seksualitet, stigmatisering, identitet og minoritetsstress.

Kapitel 3; specialets metodekapitel indledes med en beskrivelse af specialets design: Tværsnitsanalyse.

Herefter præsenteres den kvantitative metode, samt det anvendte datasæt, dets indsamlingsmetode og repræsentativitet. Ligeledes omhandler kapitlet hvilke udfordringer der er forbundet med at anvende eksisterende datasæt.

I kapitel 4; Operationalisering, defineres og operationaliseres de for specialet relevante begreber: mental sundhed, vold og trusler, diskrimination, åbenhed, køn og seksualitet. Ligeledes operationaliseres de udvalgte baggrundsvariable.

I Kapitel 5; Analysestrategi og statistisk metode, præsenteres specialets analyse samt de statistiske værktøjer, der vil blive anvendt i denne.

Analysen strækker sig over 4 kapitler. I det indledende kapitel (6) præsenteres respondenterne, samt et indblik i deres mentale sundhedstilstand. Herefter følger kapitel 7, hvori omfanget af de udvalgte temaer; diskrimination, vold og trusler samt åbenhed analyseres. I analysekapitel 8 sættes diskrimination, vold og trusler samt åbenhed i relation til mental sundhed og i relation til hinanden, til et dyberegående indblik i, hvilken rolle disse spiller i forhold til mental sundhed og i forhold til hinanden. I det sidste analysekapitel (9) analyseres baggrundsvariable samt øvrige mentale sundhedsvariable i relation til mental sundhed.

Specialets sidste kapitel (10) indeholder konklusionen. Her opsamles på specialets fund i forhold til at besvare problemformuleringen.

# Kapitel 2: Teoretisk ramme for projektet

I det følgende beskrives den teoretiske ramme for projektet. Indledningsvist introduceres den videnskabsteoretiske ramme for specialet, socialkonstruktivisme. Herefter følger en teoretisering af hvordan køn og seksualitet skabes og genskabes i sociale sammenhænge gennem inddragelse af relevante teoretikere i form af bl.a. West & Zimmerman og Judith Butler. I kapitlet inddrages også teori om stigmatisering, hvor Goffmans teori om stigma suppleres med specifik viden om seksuel stigma. Et andet væsentligt aspekt der også inddrages i teorikapitlet, er hvilken betydning det kan have for LGBT-personers identitet, når de kan opleve udfordringer med holde en selvfortælling i gang i rum hvor heteronormativitet er herskende, og folk handler herudfra. Dette belyses gennem Giddens teorier om selvidentitet i det moderne samfund. Til slut præsenteres Meyers minoritetsstressmodel, der med udgangspunkt i LGBT-personer indfanger flere af de teoretiserede problematikker og kobler disse til udfordringer med mental sundhed. Minoritetsstressmodellen er ikke egentlig teori, men er medtaget for at illustrere hvordan de problematikker, der belyses gennem de øvrige teorier kan ses i samspil med mental sundhed specifikt i forhold til LGBT-personer.

## Videnskabsteoretisk ramme

Førend det teoretiske fundament præsenteres, præciseres her den videnskabsteoretiske ramme. Udgangspunktet i dette speciale er en socialkonstruktivistisk tilgang til køn og seksualitet. Den socialkonstruktivistiske tilgang bygger på en forståelse af den sociale virkeligheds fænomener som socialt konstruerede. Med dette menes, at sociale fænomener, som kan synes naturlige og givne, kontinuerligt konstrueres socialt (Collin, 2015). Med socialkonstruktivistiske briller på anses køn og seksualitet for at være social konstruktioner, hvis betydning og udformning skabes og genskabes gennem seksualitetsdiskurser, individers praksisser og sociale interaktioner. Den essentialistiske sondring mellem mænd og kvinder, som samfundet er bygget omkring, hvor bestemte værdier og egenskaber tillægges hvert køn med argumentationen at der er tale om ”naturlige” forskelle pilles gennem socialkonstruktivismen fra hinanden, idet de antagne naturlige forskelle i høj grad kan betegnes som sociale konstruktioner, som er skabt af det heteronormative samfund, hvor kun ciskønnede heteroseksuelle anskues som naturlige (Collin, 2015). Socialkonstruktivisme med fokus på køn indeholder både en erkendelsesteoretisk og en ontologisk dimension. I den erkendelsesteoretiske socialkonstruktivisme, anskues den viden om køn og seksualitet der antages for værende biologiske og naturlige ikke rent faktisk er den faktiske biologiske virkelighed. Denne viden omdannes til ontologisk socialkonstruktivisme, når den ”naturlige viden” anvendes til at opretholde den heteronormative virkelighed (Collin, 2015:257-258).

Fokus i specialet vil således være på de sociale processer, hvori seksualitet og køn skabes og genskabes. At seksualitet kan anses som værende en social konstruktion underbygges af, at den sociale forståelse af seksualitet og køn historisk set har ændret sig, til trods for at den anskues som naturlig (bilag 1), ligesom seksualitets betydning er markant forskellig på tværs af kulturer (Vance 1999:43). Den sociale forståelse af seksualitet er af afgørende betydning for den enkelte LGBT-persons selvforståelse. Ligeledes kan den sociale forståelse af seksualitet være af afgørende betydning for den måde LGBT-personer behandles på i sociale sammenhænge. Når den sociale forståelse af seksualitet ændrer sig, kan dette således medføre forandringer i levevilkår og selvforståelse hos den enkelte LGBT-person.

## **Køn og seksualitet i et teoretisk perspektiv**

I det følgende afsnit forekommer en teoretisering af begreberne køn og seksualitet, i relation til LGBT-personer. Formålet med dette er at give et indblik i teoretiske forklaringer på, at LGBT-personer kontinuerligt oplever at skulle forholde sig til egen seksuel orientering eller kønsidentitet.

Indledningsvist kan der skelnes mellem begreberne *sex* og *gender*, hvor *sex* dækker over det biologiske køn og *gender* dækker over det sociale køn. Gender skabes gennem sociale processer, mens *sex* er biologisk betinget (Christensen, 2011). Ved at tilhøre et bestemt *sex* følger forventninger til en bestemt udlevelse af *gender*. Der er således forventninger til en *kønnet opførsel*, som er betinget af det *sex*, personen tilhører. Netop denne sammenhæng mellem *sex* og de forventninger, der følger med dette (*gender*), kan blandt LGBT-personer være forbundet med en følelse af konflikt, når de oplever vanskeligheder med at leve op til de heteronormative forventninger, der er til at være hhv. mænd og kvinder. Denne opdeling mellem *sex* og *gender* har mødt kritik fra flere sider i forhold til hvorvidt denne skelnen mellem biologisk og socialt køn er mulig eller hensigtsmæssig. Et opgør med dette ses i queerteorien (se næste side), hvor adskillelsen af krop og køn ophæves og køn anskues performativt (Butler, 1990).

En anden nuancering af den kønsopfattelse hvor der skelnes mellem *sex* og *gender* kan findes hos West og Zimmerman, der i artiklen "Doing Gender" (1987) introducerede en kønsanskuelse, hvor begrebet køn indeholder flere elementer, og fungerer både som en individuel karakteristik samt et fundamentalt organiseringsprincip i samfundet. Her adskilles køn i *biologisk køn*, *kønskategori* samt *socialt køn* (West & Zimmermann, 1987). Det biologiske køn bestemmes af biologiske kriterier, der klassificerer hhv. mænd og kvinder. Det biologiske køn kan betegnes, som noget individet 'er' (i overensstemmelse med termen *sex* jævnfør ovenstående). Et individs kønskategori er som udgangspunkt afgjort af individets biologiske køn. Kønskategorien er en betegnelse for det køn, individet tilkender sig, som oftest i overensstemmelse med

individets biologiske køn. Overensstemmelse mellem det biologiske køn og kønskategori er dog ikke nødvendig, da det er muligt at leve og føle sig som kvinde, men biologisk være mand, eller omvendt. Det sociale køn dækker over, hvordan individet aktivt praktiserer køn (i overensstemmelse med termen *gender*). Det sociale køn formes af bestemte sociale strukturer og i interaktioner med andre individer, og det er gennem det sociale køn, at individets medlemskab af en bestemt kønskategori konstitueres (West & Zimmerman, 1987). Når individets sociale køn er i overensstemmelse med det biologiske køn og kønskategorien, udviser dette pålidelighed, og den sociale orden opretholdes. Hvis der derimod ikke er overensstemmelse herimellem, kan dette skabe usikkerhed for de individer, der indgår i interaktion med det pågældende individ, og adfærden kan derfor af andre blive anset som problematisk, ligesom det kan skabe usikkerhed hos det pågældende individ (West og Zimmerman, 1987).

### **Queerteori**

Op gennem 1990'erne har dette syn på seksualitet og køn udviklet sig, og det at se seksualitet og køn som udelukkende socialt konstruerede vandt i denne periode større og større indpas, hvor særligt queerteori gjorde sit indtog. Queer er en samlebetegnelse for den retning inden for seksualitets- og kønsforskning, hvor ønsket er at synliggøre diskurser og systemer der fastlåser vores måde at se på køn og seksualitet (Heinskov, 2013).

Queerbølgen er bl.a. inspireret af den franske filosof Michel Foucault. Foucault anskuede, det vi kender som sex og seksualitet som sociale konstruktioner baseret på en uafhængige biologiske forhold, adfærdsmønstre, lystfølelse. I sin historiske analyse synliggjorde og kritiserede han, hvordan der i slutningen af 1800-tallet opstod en seksualitetsdiskurs, hvor seksualitet blev identitetsbestemmende, og hvorigennem det blev muligt at italesætte det heteroseksuelle som det normale og f.eks. homoseksuelle som afvigende. Herigennem blev diskurs et redskab til at producere og regulere menneskets seksualitet (Foucault, 1998).

Blandt de toneangivende i queerteorien er den amerikanske poststrukturalistiske filosof Judith Butler (f.1956). Butlers syn på køn og seksualitet, bygger netop på en betragtning af køn som det, der opretholder de etablerede normers sammenhængende relationer imellem biologisk køn, kulturelt køn, seksuelle praksisser og begær, gennem det Butler betegner som den heteroseksuelle matrice (Butler, 1990). Butler ønsker et opgør med denne heteroseksuelle matrice, der også kan betegnes som den dominerende sandhedsdiskurs, hvorigennem køn bliver forstået. Matricen indeholder bestemte heteronormative antagelser, der begrænser muligheden for udfoldelse af køn. Igennem den heteroseksuelle matrice betragtes personer, for hvem det udlevede køn ikke følger det biologiske køn, og hvor seksuel og romantisk tiltrækning ikke er rettet mod det modsatte køn, som usammenhængende, diskontinuerlige, unaturlige og forkerte (Butler, 1990). Butlers problematisering af den heteroseksuelle matrice er således en problematisering af den tokønsopfattelse, dvs. forståelsen af køn som to

adskilte naturlige og uforanderlige identiteter i form af kvinder og mænd, som forventes at være heteroseksuelle. Butlers syn på køn er bygget på et anskuelse af køn som performativt. Køn dannes således i en vedvarende proces, hvor samfundets normer for køn kontinuerligt gentages. Butler anser køn som udelukkende skabt i disse mekanismer, og der findes således ikke et biologisk køn (Butler, 1990). Denne anskuelse af køn som performativt åbner således op for en mulig forandring i vores forståelse af køn, da køn kun tilsyneladende er fikseret. En forandring af køn er dog ikke let, da det kræver en gentagne brud med de forventninger, der stilles til køn gennem performative handlinger.

Måden hvorpå køn produceres og reproduceres, betragter Butler som særlig relevant, da dette er afgørende for, hvordan køn behandles politisk, juridisk og socialt. Hun mener, at der er behov for en anerkendelse af køns kategorier, der overskrider den dominerende heteroseksuelle tokønsopfattelse i det politiske, juridiske og psykiatriske system (Butler, 2004). Ligeledes er anerkendelse af de personlige træk, individet udviser, ifølge Butler afgørende for, at individet af omverdenen og sig selv kan "genkendes som menneske". Det at være menneske er, jævnfør Butler, defineret gennem en række kategorier, herunder køn. Såfremt individets køn ikke passer ind i de forventede køns kategorier, kan denne således betragtes som et "ikke-individ" (Butler, 2004). Butlers teorier om køn italesætter således et samfund, hvor personer der bryder med den heteroseksuelle matrice møder en række udfordringer både personligt, men også juridisk, politisk og socialt. Queerteorien og Butlers poststrukturalistiske syn på køn som performativt har mødt en del kritik, bl.a. i forhold til at de i kampen for den nødvendige nuancering af det heteronormative samfund overser at heteroseksuelt begær kan være styret af lyst og ikke tvang (Wøldike, 2007).

I forhold til nærværende speciale vurderes det relevant at inddrage Butlers perspektiv på køn og seksualitet, idet LGBT-personer netop udfordrer den almindeligt udbredte forestilling om det heteronormative tokønssystem, som Butlers performative tilgang til køn kan være med til at synliggøre.

Ovenstående teoretisering af køn og seksualitet giver således et indblik i køn og seksualitet som komplekse begreber, hvor det at bryde med den heteroseksuelle matrice kan vanskeliggøre individets egen selvforståelse, samt individets sociale liv. Når dette brud med forventningerne problematiseres af omverdenen, kan det få vidtrækkende konsekvenser for den enkelte LGBT-person. Der findes forskellige strategier til håndtering af disse oplevede uoverensstemmelser. Hvis ønsket er ikke at træde åbent ud omkring sin seksualitet, kan personen vælge at kamuflere sin seksualitet ved at følge den traditionelle kønsadfærd, der hører til personens biologiske køn. Hvis ønsket derimod er at stå frem og være åben omkring seksualiteten og dermed bryde med den heteroseksuelle matrice, kan det være en balancegang mellem tillægning af adfærd, der traditionelt tilhører det andet køn, men samtidig fastholdelse i at tilhøre en bestemt køns kategori. Man ser derfor ofte, at

homoseksuelles måde at gøre køn på kan være præget af elementer, der traditionelt er kendetegn ved det modsatte køn (West & Zimmerman, 1987).

Denne balancegang kan være en udfordring for biseksuelle, som jo tiltrækkes af begge køn, og på den måde ikke kan tillægge sig en ren modsætning, hvis ønsket både er at være ”en rigtig mand” over for en potentiel kvinde, men samtidig en mand der kan være attraktiv for andre mænd. Ofte oplever biseksuelle at svinge mellem accept og frustration over deres situation (Lundberg, 2012). Biseksuelle oplever på baggrund af dette, at de ofte har svært ved at finde accept både blandt heteroseksuelle og homoseksuelle, hvorfor de ofte søger fællesskaber med andre biseksuelle (Bolin & Whelehan, 2009).

En særlig udfordring i forhold til at gøre køn ligger hos de transkønnede, hvor oplevelsen af at det biologiske køn og kønsategorien ikke stemmer overens kan være fundamental. I denne grundlæggende konflikt mellem biologisk køn og kønsategorien, hvor følelsen af at være født i den forkerte krop gør sig gældende, ligger der et dybere identitetsspørgsmål, som kan være svært at tackle, ligesom det af andre kan opleves som problematisk adfærd, når der på denne grænseoverskridende måde brydes med den heteroseksuelle matrice. For nogle transkønnede er det muligt at leve med en uoverensstemmelse mellem det biologiske køn og kønsategorien. For andre er det afgørende, at deres biologiske køn stemmer overens med den kønsategori, de føler sig som, og der findes her forskellige medicinske muligheder samt operationer, der kan opfylde dette ønske, men denne transformation er ikke uproblematisk eller helt ufarlig for den transkønnede (Tauches, 2011).

Udfordringer ved at bryde med den heteroseksuelle matrice kan blandt andet komme til udtryk gennem stigmatisering af LGBT-personer. Dette vil blive gennemgået i det følgende.

## Stigmatisering

Til at forstå den stigmatisering LGBT-personer kan opleve, som konsekvens af deres brud med den heteroseksuelle matrice, teoretiseres her begrebet stigmatisering. Indledningsvist introduceres Erving Goffmans teori om stigma, som efterfølgende suppleres med begrebet seksuel stigma, som er en betegnelse for stigmatisering særligt rettet mod seksuelle minoriteter. Ligeledes introduceres termene *stigmabevidsthed* og *oplevet stigma*. Teorier om stigmatisering anvendes i specialet til at få en dyberegående forståelse for de sociale mekanismer, der kan gøre LGBT-personer til en særligt udsat gruppe.

Grundlæggende henviser Goffmans begreb *stigma* til en tilstand, skavank eller egenskab, der miskrediterer det individ, der bærer denne (Goffman, 2009). Stigma kan tage form af både synlige og usynlige forhold ved individet. Stigmatisering er et socialt fænomen, som karakteriseres ved at være processuel og situationsbestemt, hvilket betyder, at den skabes igennem sociale interaktioner, men at et stigma ikke nødvendigvis er aktuelt i alle

sociale sammenhænge (Goffman, 2009). Stigmatisering kan karakteriseres som et almenmenneskeligt fænomen, hvilket betyder, at alle er bærere af miskrediterende egenskaber, der kan lede til stigmatisering, ligesom alle udpeger andres miskrediterende egenskaber i sociale sammenhænge. Alle befinder sig således et sted mellem normal og stigmatiseret, alt afhængig af hvilken social sammenhæng de befinder sig i. I enhver social interaktion hvori stigmatisering indgår, har den stigmatiserede en underlegen status (Goffman, 2009). Goffmans teori om stigma kan betegnes som en generel teori, der ikke er møntet på bestemte grupper, men som kan anvendes bredt (Goffman, 2009). Den vil derfor i det nedenstående blive suppleret med en udvikling af teorien specifikt udarbejdet i forhold til seksuelle minoriteter.

Med udgangspunkt bl.a. i Goffmans begreb om stigma introducerer socialpsykolog Gregory M. Herek m.fl. begrebet seksuel stigma. Dette dækker over stigma, der afhænger af seksuel orientering. Denne bygger på samfundsmæssige fælles værdier, hvor enhver seksuel minoritets aktiviteter, adfærd, identitet og forhold nedgøres, miskrediteres og anses for værende ugyldig i forhold til heteroseksuelle (Herek, Chopp & Strohl, 2007: 171). Med stigma følger bestemte forventninger og fordomme, hvilket også er tilfældet ved seksuel stigma. Samfundet inkorporerer disse værdier i en ideologi, der styrker stigmatiseringen, og den forskelsbehandling der ligger heri. Dette kan betegnes som institutionaliseret stigmatisering (Herek et al 2007). Seksuel stigma må forstås i en historisk kontekst. Som det tydeliggøres i bilag 1, har synet på seksualitet kontinuerligt været under forandring, hvorfor seksuel stigma også ændrer sig. Seksuel stigma har været og er en integreret del af flere forskellige samfundsområder såsom religion, sundhedsvæsenet og lovgivning. Set i dette lys er det relevant at være opmærksom på, at der er sket meget på disse områder i Danmark de seneste årtier. Bl.a. betragtes homoseksualitet ikke længere som en diagnose, en række love giver LGBT-personer flere rettigheder og LGBT-personer kan nu blive viet i kirken (se bilag 1). Det er dog også værd at bemærke, at der samtidig er en række steder, hvor LGBT-personer i Danmark stadig kan opleve stigmatisering i større eller mindre grad, både direkte i form af lovgivning eller udelukkelse, men også i indirekte form af forskelsbehandling f.eks. i sundhedsvæsenet, på arbejdsmarkedet etc. Denne seksuelle stigmatisering leder til stigmabevidsthed og oplevet stigma (Herek et al., 2007).

### **Stigmabevidsthed og oplevet stigma**

Herek m.fl. introducerer som følge af begrebet seksuel stigma begreberne *oplevet stigma* og *stigmabevidsthed*. *Oplevet stigma* refererer til LGBT-personers oplevelse af at blive stigmatiseret (Herek et al., 2007:185). *Stigmabevidsthed* er potentielt stigmatiseredes viden omkring stigmatiseringens eksistens samt viden om og forventning omkring stigmatiseringens omfang og udtryk i forskellige situationer. Stigmabevidsthed danner således grundlag for oplevet stigma (Herek et al., 2007:186).



Oplevet stigmatisering kan tage form af f.eks. diskrimination, som tager udgangspunkt i den miskrediterende egenskab, individet er i besiddelse af, i dette tilfælde minoritetsstatus på baggrund af seksuel orientering eller kønsidentitet. Oplevet stigmatisering i form af f.eks. diskrimination, herunder hadforbrydelser, kan føre til, at individet tillægger sig en adfærd, der gør det muligt at undgå risikoer for at blive stigmatiseret, f.eks. ved at undgå sociale sammenkomster, hvor de ved diskrimination kan finde sted eller ved at skjule deres seksuelle orientering over for f.eks. kolleger og arbejdsgiver. At skjule sin miskrediterende egenskab eller forsøg herpå betegner Goffman med termen *at passere* (Goffman, 2009:113). Et perspektiv på dette forsøg på at undgå diskriminering er, at det kan være skadeligt, da det kan begrænse personens råderum og føre til mentale problemer (Herek et al., 2007). Også dette berører Goffman i sin teori om stigma. Han observerede at forsøget på at skjule sit stigma og dermed kontrollere hvem, der kender til stigmaet var primært i sociale interaktioner mellem stigmatiserede med en miskrediterende egenskab og ikke-stigmatiserede. Dette kunne bl.a. medføre udfordringer i forhold til at *”føle sig splittet mellem to sympatier”* (Goffman, 2009:128), hvor illoyalitetfølelse og selvforagt kan være forekommende. Samtidig kræver passering en årvågenhed fra den potentielt stigmatiserede, idet der hele tiden er fare for, at denne kommer til at afsløre sin egen stigma (Goffman, 2009). Til yderligere belysning af de vilkår LGBT-personer lever unders betydning for deres selvidentitet og selvfortælling vil Anthony Giddens teori om identitetsdannelse i det senmoderne samfund blive introduceret i det følgende.

## **LGBT-personers identitetsdannelse i et heteronormativt samfund**

I et samfund domineret af heteronormative strukturer, hvor det sociale liv styres heraf, og hvor en af konsekvenserne kan være stigmatisering af de, der bryder med den heteroseksuelle matrice, kan det være en udfordring at skabe og bevare en stabil selvidentitet og holde en selvfortælling i gang som LGBT-person. En del LGBT-personer vælger at håndtere disse udfordringer ved ikke at være åben omkring seksuel orientering eller kønsidentitet, hvilket er et af de udvalgte temaer, der i nærværende speciale sættes i relation til mental sundhed. Til at få en mere dyberegående forståelse af denne sammenhæng mellem identitetsudfordringer, åbenhed og mental sundhed introduceres her Anthony Giddens teori om identitetsdannelse i det senmoderne samfund. Giddens teorier er ikke specifikt udarbejdet med henblik på LGBT-personer, men teorien vil løbende i afsnittet blive sat i relation hertil.

Et af de væsentligste træk ved det senmoderne samfund er den refleksivitetsproces, der kontinuerligt finder sted. Giddens beskriver det således: *”den tilbøjelighed, som ligger i de fleste aspekter af sociale aktiviteter (...), til konstant revision på baggrund af ny information eller viden”* (1996:32). Denne øgede refleksivitet medfører,

at individet må forholde sig kritisk til og træffe valg i forhold til nye informationer, forhold og muligheder for handling som det kontinuerligt konfronteres med i hverdagen. Denne refleksive proces har betydning for individets selvidentitet, som ikke længere blot er bestemt af traditioner, social status og familierelationer, men nu i højere grad er op til individet selv at forme, med mulighed for både succes og fiasko (Giddens, 1996). Med selvidentitet menes ”*Selvet som det refleksivt forstås af personen på baggrund af vedkommendes biografi*” (Giddens, 1996:68). Der er således ikke blot tale om en samling af karaktertræk personen besidder, men derimod en kontinuerligt reflektiv proces hvori selvidentiteten skabes. Individets oplevelse af en robust selvidentitet er jævnfør Giddens af afgørende betydning for dennes mentale sundhed. En robust selvidentitet gør individet i stand til at opretholde en biografisk kontinuitet, som denne er i stand til at kommunikere til andre mennesker. Gennem tidlige tillidsrelationer har et individ med en robust selvidentitet etableret et beskyttende hylster, som i hverdagen hjælper med at sortere de farer væk, der kontinuerligt truer selvidentiteten. Gennem en robust selvidentitet oplever individet en selvrespekt, der gør det muligt at opretholde en følelse af, at selvet er i live, og dermed adskiller sig fra døde ting i objektverdenen (Giddens, 1996:70). Ovenstående står i stærk kontrast til den følelse, det medfører, hvis individet ikke formår at opretholde en robust selvidentitet. Ved manglen på en stabil følelse af biografisk kontinuitet kan individet fejle i forsøget på at opretholde en varig forestilling om selv at være i live. Angst for udslettelse og for at blive overdyngnet eller mast af udefrakommende begivenheder kan være konsekvensen. Denne angst kan gøre det svært at foretage aktive handlinger i forhold til udefrakommende begivenheder, ligesom det kan være vanskeligt at opretholde det beskyttende hylster, der mindsker modtageligheden for udefrakommende farer. Ligeledes kan en skrøbelig selvidentitet medføre vanskeligheder omkring opretholdelse af tillid til egen selvintegritet, hvilket kan føre til en følelse af tomhed og livløshed, gennem en konstant selvransagelse af egne tanker og handlinger (Giddens, 1996:69).

### **En følelse af sammenhæng**

Det er væsentligt for individet, at der er sammenhæng mellem kroppen og selvidentiteten. En reguleret kontrol af kroppen er essentielt for at opretholde selvidentitetens biografi, men samtidig er selvet kontinuerligt udstillet for omverdenen gennem kropsliggørelse af selvidentiteten. Individet har behov for at håndtere begge disse aspekter af sammenhængen mellem selvidentitet og krop samtidigt, da det søger en følelse af kropslig integritet, hvilket er tæt forbundet med andres syn på kroppen (Giddens, 1996:74). Giddens henter her inspiration fra Goffmans begreb ”normale fremtrædender”. Dette dækker over de kropslige manerer, hvorved individet opretholder et beskyttende hylster af normalitet. Individets ontologiske sikkerhed er ifølge Giddens tæt forbundet med, i hvilken udstrækning individets normale fremtrædender er i overensstemmelse med

individets selvidentitet. En uoverensstemmelse herimellem kan føre til en følelse af falskhed og påtagethed, og der kan komme en følelse af distance, når almindelige rutiner bliver til falske fremtrædender (Giddens 1996:74).

En sådan uoverensstemmelse kan findes i nærværende speciales tema omhandlende LGBT-personer, der vælger at skjule deres seksuelle orientering eller kønsidentitet hele tiden, i bestemte situationer eller overfor bestemte personer. Når LGBT-personen spiller rollen som ”den almindelige heteroseksuelle mand/kvinde”, bliver denne i praksis en falsk person. Hvis dette blot er i enkelte tilfælde eller over for få personer, vil dette, jævnfør Giddens, ikke nødvendigvis have alvorlig indvirkning på personens eget selvbillede, men hvis denne adskillelse af selv og handling bliver grundlæggende, kan dette medføre alvorlige forstyrrelser. Hvis adskillelsen udføres kontinuerligt, kan dette medføre et ”falsk selv”, hvori kroppen fremstår som et instrument, selvet manipulerer med. Når denne adskillelse af selv og krop finder sted som et uønsket personlighedstræk, er det et udtryk for eksistentiel angst som karambolerer med selvidentiteten (Giddens, 1996). Det kan således have store konsekvenser for LGBT-personer, når de helt eller delvist skjuler deres seksuelle orientering/kønsidentitet.

### **Skyld- og skamfølelse**

To andre væsentlige elementer der ifølge Giddens kan være forbundet med selvidentitetsproblemer er *skyld-* og *skamfølelse*. *Skyldfølelse* opstår ved angst for at overtræde personlige eller udefrakommende normative forventninger, og *skyldfølelse* er forbundet med adskilte elementer af individets adfærd, dvs. bestemte tanker eller handlinger der bryder normative forventninger. *Skamfølelse* er direkte forbundet med selvidentitet, idet den grundlæggende er angsten for ikke at formå at opretholde en sammenhængende fortælling om sig selv. Skam er forbundet med en følelse af personlig utilstrækkelighed (Giddens 1996:82).

I forlængelse af begreberne skyld- og skamfølelse introduceres her termen *internaliseret stigma*. Med dette menes individets internalisering af samfundets negative syn på seksuelle minoriteter og accept af dette som fortjent. Individet ser således sig selv udefra, som denne forestiller sig omgivelsernes syn på denne. Ligesom ved Giddens begreb skamfølelse er internaliseret stigma forbundet med negativt og skamfuldt syn på selvet, hvilket kan lede til mentale problemer. Internalisering af stigma hos LGBT-personer kan opstå, uden at den pågældende har oplevet synlig diskriminering og på trods af, at seksuel orientering eller kønsidentitet holdes skjult (Meyer, 2007:254). Ofte gør internaliseret stigma sig mest gældende tidligt i erkendelsesprocessen omkring egen seksuel orientering, men den forsvinder sjældent helt, selvom LGBT-personen har accepteret sin seksuelle orientering/kønsidentitet. Tidligere forskning har vist sammenhæng mellem internaliseret stigma og dårlig mental sundhed, bl.a. i form af stress, depression, selvskade og tanker om selvmord (Meyer, 2007, 2003).

Både skyld- og skamfølelse og internaliseret stigma er relevante for at forstå, hvordan åbenhed omkring seksuel orientering/kønsidentitet kan påvirke LGBT-personers mentale sundhed. Når LGBT-personer vælger ikke at være åbne omkring seksuel orientering eller kønsidentitet, kan dette ses som et udtryk for en grundlæggende følelse af utilstrækkelighed og angst for ikke at kunne opretholde en sammenhængende fortælling om sig selv. De kan således opleve, ikke at kunne leve op til de forventninger de oplever, at deres partner, familie eller andre nære relationer har til dem, hvilket giver dem behov for at skjule denne side af dem selv. Skyldfølelsen kan ligeledes forbindes med de situationer, hvor LGBT-personer vælger at skjule deres seksuelle orientering eller kønsidentitet ved at tilpasse deres adfærd efter normative forventninger, der hører situationen til. Dette kan f.eks. være ved at undgå at holde i hånd eller kysse deres partner af samme køn et offentligt sted. Ovenstående viser således, at Giddens teorier kan hjælpe os til at forstå, de sammenhænge der i det moderne samfund kan gøre det udfordrende at skabe og opretholde en robust selvidentitet og selvfortælling. Giddens forholder sig aldrig til specifikke forhold omkring køn og seksualitet (Eichberg, 2007), men, som vist i ovenstående, kan der drages paralleller mellem teorien og forhold, der gør sig gældende for LGBT-personer.

## **Minoritetsstress**

I det ovenstående skitseres det, hvordan køn og seksualitet kan ses i et teoretisk perspektiv, og hvilke konsekvenser det kan medføre, når den heteroseksuelle matrice brydes, i form af stigmatisering og udfordringer med at skabe en sammenhængende selvidentitet.

Dette vil i det følgende blive suppleret med begrebet minoritetsstress og Ilan H. Meyers minoritetsstressmodel. Formålet med at inddrage denne model er at illustrere den sammenhæng, der er mellem de vilkår LGBT-personer lever under, hændelser de oplever og deres mentale sundhed. Minoritetsstressmodellen illustrerer således sammenhængen mellem det at tilhøre en seksuel minoritet og mental sundhed, forklaret gennem sociale stressorer relateret til stigmatisering og fordomme (Meyer, 2003). I modsætning til ovenstående teoretikere, Goffman og Giddens, er Meyers model udarbejdet med fokus på seksuelle minoriteter, og forhold der gør sig gældende for dem. Meyers model trækker tråde til flere af de ovenfor præsenterede teoretikere, f.eks. Goffman, samt andre teoretikere inden for sociologien, psykologien samt socialpsykologien. LGBT-personer er som alle andre på mange områder vidt forskellige i forhold til køn, alder, etnicitet, religion etc. Alligevel har de et fællestrek i form af deres seksuelle orientering eller kønsidentitet, der gør, at der kan tales om LGBT-personer som en samlet minoritet (Meyer, 2007). Som del af en minoritet kan man opleve at være udsat for minoritetsstress. Minoritetsstress dækker over psykologiske og sociale belastninger, der opleves af minoriteter som et resultat af deres position som del af en minoritet (Herek et al., 2007:185). Minoritetsstress kan medføre både fysiske og mentale symptomer (Lick, Durso & Johnson, 2013; Meyer 2003,2007; Herek et

al., 2007). Minoritetsstress har ifølge Meyer tre underliggende karakteristika: Den er unik sammenlignet med generelle stressorer, og skal derfor behandles anderledes; den er kronisk, idet den afhænger af en række relativt stabile underliggende samfundsstrukturer; og den er socialt forankret, dvs. baseret på sociale processer, strukturer og institutioner og ikke individuelle karakteristika (Meyer, 2007:243-244).

Jævnfør Meyer består minoritetsstress af forskellige processer. Meyer foreslår at minoritetsstressprocesser anses som et kontinuum mellem distale processer og proximale processer. Med distale processer mener Meyer objektive udefrakommende begivenheder og tilstande, som ikke afhænger af den enkelte LGBT-persons forventninger eller vagtsomhed, mens de proximale processer kan betegnes som subjektive individuelle opfattelser og vurderinger, som er i tættere relation til selvidentiteten. Meyer foreslår følgende specifikke processer som relevante for seksuelle minoriteter på kontinuummet fra distale til proximale processer:

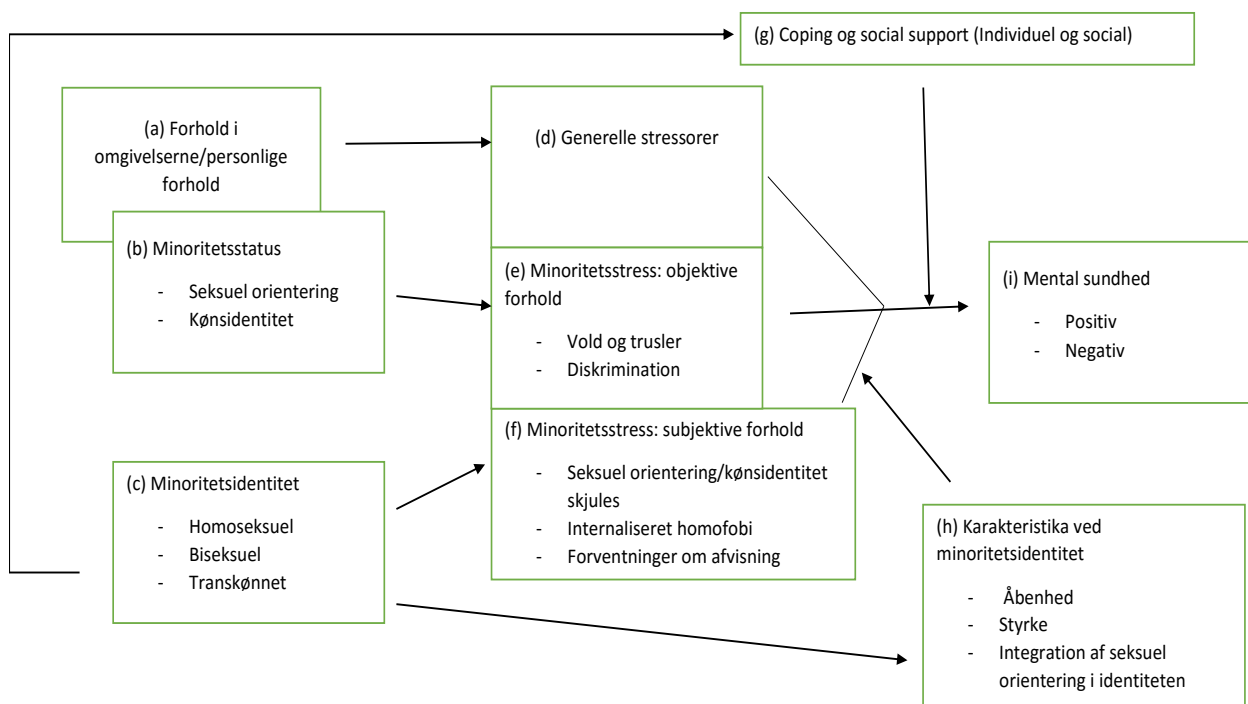
1. Eksterne objektive stressfulde begivenheder og forhold
2. Forventninger om sådanne begivenheder og forhold samt den vagtsomhed disse forventninger medfører
3. Hemmeligholdelse af seksuel orientering
4. Internalisering af negative sociale fordomme

Ovenstående kan suppleres med flere processer, der er specifikke for seksuelle minoriteter, køn, etnicitet etc. (Meyer, 2007).

### **Meyers minoritetsstressmodel**

Til at forstå minoritetsstress og synliggøre de processer der ligger bag, udarbejdede Meyer en minoritetsstressmodel med fokus på seksuelle minoriteter (2003). Modellen er opbygget med udgangspunkt i en generel minoritetsstressmodel suppleret med viden fra tidligere forskning, teori og litteratur omkring LGBT-personers helbred, og faktorer der kan påvirke denne (Meyer, 2003). Jeg har valgt at supplere modellen, således at den også indeholder transkønnede. Modellen illustrerer sammenhængen mellem de vilkår LGBT-personer lever under, de handlinger og strategier de kan anvende og mental sundhed.

Figur 2 Meyers Minoritetsstressmodel (Meyer, 2003, 2007)



Modellen illustrerer, at minoritetsstress er et komplekst begreb, hvor en række facetter gør sig gældende. Først og fremmest befinder LGBT-personer sig i omgivelser uafhængigt af deres seksuelle orientering eller kønsidentitet. Disse omgivelser (a) påvirker, som hos alle andre individer, LGBT-personernes mentale sundhed (i). Dette kan f.eks. være socioøkonomisk status etc. Et væsentligt element i omgivelsernes betydning er LGBT-personens minoritetsstatus (b), hvorfor omgivelser (a) og minoritetsstatus (b) er overlappende i modellen. Med minoritetsstatus menes det at have status som minoritet, dvs. at LGBT-personen i sociale sammenhænge betragtes som en del af minoriteten. Minoritetsstatus som LGBT-person opstår på baggrund af brud med den heteroseksuelle matrice. I modellen skelnes der ligeledes mellem minoritetsstatus (b) og minoritetsidentitet (c). Med dette menes, at der er forskel på at omverdenen betragter LGBT-personen som del af en minoritet, og det at LGBT-personen identificerer sig personligt med minoriteten, således at det bliver en del af LGBT-personens identitet. Minoritetsstatus medfører ofte, men ikke altid, at LGBT-personen identificerer sig personligt med sin minoritetsstatus, mens minoritetsidentitet heller ikke nødvendigvis betyder at du har minoritetsstatus. Minoritetsstatus og –identitet er således to elementer af samme sag, som kan medføre to forskellige former for stressorer.

Imens forhold i omgivelserne kan medføre generelle stressorer f.eks. skilsmisse, fyring el.lign. (d), kan minoritetsstatus medføre minoritetsstress bundet op på distale minoritetsstressprocesser (objektive forhold) som f.eks. vold og diskrimination (e). Disse objektive forhold er en form for *stigmatisering*, som præsenteret i det

ovenstående, hvor LGBT-personer oplever forskelsbehandling, nedgørelse og devaluering på baggrund af deres status som en minoritet. Jævnfør modellen kan disse oplevelser have direkte konsekvenser for LGBT-personers mentale sundhed (i).

Såfremt LGBT-personen er i besiddelse af en minoritetsidentitet, kan denne medføre minoritetsstress gennem en række proximale minoritetsstressprocesser (subjektive forhold), der afhænger af LGBT-personens syn på sig selv. Dette kan f.eks. være forsøg på at skjule seksuel orientering eller internaliseret homofobi/stigma (f), som også er beskrevet i det ovenstående. Minoritetsstress' objektive (e) og subjektive (f) forhold kan ligeledes være overlappende, idet oplevelser med f.eks. diskrimination kan lede til ønske om at skjule seksuel orientering. I forhold til minoritetsidentitet er det væsentligt at være opmærksom på, at denne kan have både positiv og negativ betydning for den mentale sundhed. Hvis minoritetsidentiteten anvendes til at skabe tilhørsforhold og sociale bånd til LGBT-miljøet, kan dette virke som en beskyttende faktor mod minoritetsstress (g). Minoritetsidentiteten kan have både positiv og negativ indvirkning gennem valget om åbenhed omkring seksuel orientering (h). Alle disse faktorer påvirker således tilsammen LGBT-personens mentale sundhed (i).

Det er væsentligt at gøre opmærksom på, at ovenstående model er udarbejdet i en amerikansk kontekst (Meyer, 2003), og der således kan være forhold, som er mere eller mindre udtalte i det danske samfund sammenlignet med det amerikanske, f.eks. i forhold til oplevelser med diskrimination og hadforbrydelser. I Danmark dominerer forestillingen om, at vi er langt fremme på disse områder, og der ikke er nogen udtalte problemer, som beskrevet i kapitel 1. Tidligere forskning, også præsenteret i kapitel 1, viser dog at disse hændelser også opleves af danske LGBT-personer, hvilket gør modellen relevant at undersøge i en dansk sammenhæng. Sammenhængen mellem mental sundhed og disse oplevelser, som forefindes i modellen er nemlig endnu ikke belyst i dansk sammenhæng, hvilket netop er en del af formålet med nærværende speciale.

## Opsamling

I ovenstående afsnit introduceres en række teorier og begreber med det formål at gøre os klogere på sammenhængene mellem køn og seksualitet, stigmatisering, udfordringer ved identitetsdannelse samt åbenhed omkring seksuel orientering, og mental sundhed. Det er således illustreret hvordan brud med den heteroseksuelle matrice, kan føre til stigmatisering i form af en underlegen status i samfundet medførende oplevelser med forskelsbehandling i forskellige offentlige systemer eller diskrimination og hadforbrydelser. Med disse udfordringer kan der være vanskeligheder forbundet med at skabe og opretholde en stabil selvidentitet og selvfortælling og en følelse af sammenhæng for LGBT-personer. Til slut introduceredes

Meyers minoritetsstressmodel, der illustrerede flere af de ovenstående udfordringer, og satte disse i relation til mental sundhed specifikt med fokus på LGBT-personer.

For at få et fyldestgørende teoretisk indblik i de sammenhænge mellem det at tilhøre en seksuel minoritet og mental sundhed som specialet ønsker at undersøge, er det således relevant at se ovenstående teoretiske vinkler i en sammenhæng.



# Kapitel 3: Metodiske overvejelser om design og empiri

I det følgende kapitel forekommer en beskrivelse af den anvendte empiri samt undersøgelsens design. Der vil løbende igennem kapitlet samt i det følgende kapitel (operationaliseringen), blive lokaliseret forskellige forhold, der er relevante for specialets validitet og reliabilitet<sup>1</sup>.

## Tværsnitsdesign

Udgangspunktet for specialet er et tværsnitsdesign. Dette design er kendetegnet ved, at undersøgelsen baserer sig på kun én dataindsamling, har til formål at undersøge variationer mellem allerede eksisterende grupper, og undersøge allerede eksisterende forskelle (de Vaus 2001:170; Bryman 2008:44). Med dette design er det således ikke muligt at lokalisere udvikling over tid, hvilket ellers ville være en spændende dimension at få med i en undersøgelse af mental sundhed blandt LGBT-personer. Til at undersøge dette vil det være relevant at inddrage seksuel orientering og kønsidentitet i allerede eksisterende sundhedsundersøgelser, der foretages kontinuerligt (f.eks. sundhedsprofilen).

En anden udfordring ved tværsnitsdesign er forbundet med det, at der udelukkende undersøges eksisterende forskelle. Dette gør det muligt at undersøge eksisterende sammenhænge, men ikke kausalitetsforholdet i disse sammenhænge, hvilket kan have konsekvenser for den interne validitet (de Vaus 2001:172). Det er således muligt at *bevise*, hvorvidt det at være udsat for diskrimination hænger sammen med dårlig mental sundhed blandt LGBT-personer, men ikke kausalitetsforholdet mellem disse, såfremt der er en sammenhæng. Disse kausalitetsovervejelser vil i stedet i specialet blive foretaget ud fra tidligere undersøgelser samt teori.

I forhold til ekstern validitet er tværsnitsdesignet derimod fordelagtigt, idet det er nemmere at opnå et repræsentativt sample, da det ikke afhænger af at deltagerne f.eks. vil engagere sig i et forløb og derfor dropper ud af undersøgelsen el.lign. (de Vaus 2001:184). Overvejelser omkring repræsentativitet vil blive uddybet senere i nærværende kapitel.

---

<sup>1</sup> Reliabilitet: hvorvidt projektets proces er gennemsigtig og dermed mulig at gentage og opnå samme resultat, herunder hvorvidt der kan være tale om målefejl, der kan påvirke resultatet. Intern validitet: Hvorvidt projektet formår at svare på projektets problemstilling, altså hvorvidt projektet måler det, det siger det gør. Ekstern validitet: Projektets generaliserbarhed (de Vaus, 2001).

## **Kvantitativ Metode**

Specialet er baseret på eksisterende kvantitativ data. Dette er valgt, da ønsket i specialet er at foretage en systematisk undersøgelse af LGBT-personers livsvilkår og disses sammenhæng med mental sundhed, hvorfor den kvantitative metode er fordelagtig. Ligeledes giver det mulighed for at synliggøre nuancer, således at specialet ikke blot skitserer, hvor mange LGBT-personer der har dårlig mental sundhed, men også hvilke grupper der er særligt udsatte, og hvilke faktorer der særligt påvirker den mentale sundhed.

## **Beskrivelse af datamateriale samt indsamlingsprocedure**

Specialets datagrundlag stammer fra en levevilkårsundersøgelse foretaget af Center for Alternative Samfundsanalyser (CASA) i samarbejde med analysevirksomheden Catinét i 2009. Undersøgelsen blev foretaget på opfordring fra Landsforeningen for bøsser og lesbiske. Ønsket med undersøgelsen var at foretage en bred og repræsentativ kortlægning i LGBT-personers levevilkår i Danmark (Gransell & Hansen, 2009).

### **Indsamlingsprocedure**

Indsamlingen blev foretaget af analysevirksomheden Catinét, som både gennemførte en undersøgelse af LGBT-personer samt en kontrolundersøgelse med heteroseksuelle respondenter. Sidstnævnte blev indsamlet til brug til sammenligning mellem LGBT-personer og heteroseksuelle personer. I nærværende speciale anvendes kun data fra LGBT-undersøgelsen. Indsamlingen foregik ved at deltagerne modtog en mail, hvori de skulle trykke på et link til undersøgelsen. LGBT-undersøgelsen blev sendt ud til 27.323 deltagere fra Catinéts panel. Heraf svarede 1192 delvist på spørgeskemaet, mens 946 besvarede hele skemaet.

### **Repræsentativitet**

At udføre en repræsentativ undersøgelse af LGBT-personer medfører en række udfordringer. Da seksualitet ikke registreres og mange fortsat lever i det skjulte, er det vanskeligt at udtage en generaliserbar stikprøve blandt alle LGBT-personer, og det kan på den baggrund være vanskeligt at opnå en stærk ekstern validitet. Det er derfor fordelagtigt at kunne gå igennem andre aktører, der i forvejen har adgang til et repræsentativt udsnit af befolkningen, og derfor et repræsentativt udsnit af LGBT-personer. Da indsamlingen af det anvendte datasæt foregik gennem analysevirksomheden Catinét, som har adgang til et repræsentativt udsnit af den danske befolkning kan det forventes, at det til en vis grad er repræsentativt. Det er dog ikke helt sikkert, da der ikke findes opgørelser over seksuel orientering eller kønsidentitet, så det er muligt, at der er skævheder i forhold til

dette i Catinéts panel. Panelet er dog repræsentativt på en række andre områder, hvorfor det kan antages, at dette også gør sig gældende i forhold til seksualitet og kønsidentitet (Gransell & Hansen, 2009). I forhold til reliabiliteten er et væsentligt forhold, at Catinéts panel fungerer sådan, at respondenterne ved besvarelse af spørgeskemaer modtager point de kan anvende i en webshop. Dette kan for nogle være motivation til at besvare spørgeskemaer, der ikke er henvendt til dem. Jeg har i datasættet lokaliseret enkelte eksempler på respondenter der i kommentarfeltet skriver, at de er heteroseksuelle og derfor ikke i målgruppen for undersøgelsen. Det kan ikke muligt at vide, hvor stort omfanget af dette kan være, men det antages, at der er tale om et fåtal.

På denne baggrund vurderes det, at den eksterne validitet i nærværende speciale er på et acceptabelt niveau, med forbehold for at det er en vanskelig målgruppe at nå.

En anden indgang til et repræsentativt udsnit af den danske befolkning kan være at have spørgsmål om seksualitet inkluderet i de omfattende befolkningsundersøgelser, der med jævne mellemrum foretages. En sådan undersøgelse udkom fra Statens Institut for Folkesundhed i 2015 (Johansen et al.). At foretage analyser med udgangspunkt i seksuel orientering i befolkningsundersøgelser kan dog medføre en række udfordringer, da der ikke spørges til nogle af de faktorer, der specifikt gør sig gældende omkring LGBT-personer, f.eks. i forhold til diskrimination, åbenhed o.lign. Til gengæld er det et godt redskab til sammenligninger med den heteroseksuelle del af befolkningen, ligesom det muliggør at følge udviklingen i LGBT-personers fysiske og mentale helbred og sundhedsvaner.

Andre tidligere undersøgelser er foretaget ved at tilgå målgruppen gennem foreninger samt på hjemmesider målrettet LGBT-personer (Følner, et al., 2015). En sådan undersøgelse blev ligeledes foretaget som supplement til den anvendte spørgeskemaundersøgelse (Gransell & Hansen, 2009). Udfordringen ved denne metode er, at den målgruppe der indfanges, kun er de LGBT-personer, der anvender hjemmesider, der henvender sig til LGBT-personer eller på anden måde er i kontakt med foreninger. Dette kan betyde, at f.eks. ældre LGBT-personer, der ikke anvender internettet til at være i kontakt med LGBT-miljøet, eller LGBT-personer der lever i det skjulte uden kontakt til miljøet ikke inddrages i undersøgelsen, hvorfor sådanne undersøgelser f.eks. kan opnå et lavt aldersgennemsnit (Følner et al., 2015, Gransell & Hansen, 2009). Sammenligninger mellem det anvendte datasæt og den supplerende spørgeskemaundersøgelse foretaget via hjemmesider viste ligeledes markante forskelle, hvor de der var indsamlet via hjemmesider bl.a. var mere udsatte (Gransell & Hansen, 2009).

Det vurderes derfor, at anvendte datasæt er fordelagtigt til nærværende speciale, da det er så vidt muligt repræsentativt for målgruppen, og samtidig indeholder et udvalg af spørgsmål relevante for denne gruppe, samt i forhold til besvarelse af hvilke forhold der har betydning for LGBT-personers mentale sundhed.

Det er vanskeligt at sige noget om andelen af LGBT-personer i befolkningen ud fra nærværende undersøgelse. Hvis det antages, at alle der har modtaget spørgeskemaet har taget stilling til, hvorvidt de hører ind under målgruppen, og de der gør har besvaret skemaet, giver dette en andel på 3,5 %. Tages der derimod udgangspunkt i, at det kun er de der rent faktisk har læst mailen, der har taget stilling, giver dette en andel på 6,2 % (Gransell & Hansen, 2009). Hvis disse forsigtige bud sammenstilles med nogle af de nyere undersøgelser i Danmark foretaget gennem repræsentative undersøgelser, hvor omfanget er hhv. 3,2 % (Johansen et al., 2015) og 1,6 % (Graugaard et al., 2015), kan det forekomme højt. Begge disse inddrager kun homoseksuelle og biseksuelle men ikke transkønnede, ligesom det kan antages at nogle af de der i nærværende undersøgelse betegner sig som "heteroseksuelle med anstrøg" heller ikke indfanges. På baggrund af dette er et forsigtigt bud, at LGBT-personer udgør 3-6 % af befolkningen i Danmark.

### **At anvende eksisterende data**

Når der anvendes eksisterende data, er der typisk allerede foretaget analyser af datasættet, hvilket også er tilfældet her.

Spørgeskemaundersøgelsen udmundede i rapporten "Lige og ulige? Homoseksuelle, biseksuelle og transkønnedes levevilkår", som udkom i 2009. Rapporten giver en bred indsigt i forskellige temaer omkring levevilkår via deskriptive analyser. Samtidig indeholder rapporten en opfordring til, at andre anvender data til at lave mere dybdegående analyser af LGBT-personers levevilkår, da det ikke var muligt for forskergruppen at skaffe finansiering hertil. Ønsket med at anvende datasættet i nærværende speciale er således at skabe en mere dyberegående viden omkring hvilke forhold, der hænger sammen med den mentale sundhed blandt LGBT-personer, end den der præsenteres i den allerede udgivne rapport, ligesom dataanalyserne suppleres med relevante sociologiske teorier for området, i et forsøg på at forklare resultaterne heraf. Der vil enkelte steder i specialet forekomme tabeller med tal der også indgår i den oprindelige rapport, men primært er der fokus på nye analyser af datasættet, ligesom rekodninger af nogle variable er forskellig fra den originale rapport. Med målgruppen 'LGBT-personer' vurderes det fordelagtigt at anvende eksisterende data i stedet for at indsamle egen empiri. Jævnfør ovenstående afsnit er LGBT-personer en målgruppe, der er en række udfordringer forbundet med at undersøge i forhold til at foretage en nogenlunde repræsentativ undersøgelse.

At anvende eksisterende data er dog ikke uden udfordringer. Når der anvendes eksisterende data, er man begrænset til kun at anvende de data, der er indsamlet, og der kan således ikke suppleres med spørgsmål, de steder hvor indsamlingen er mangelfuld i forhold til nærværende speciales tema, hvilket kan have betydning for validiteten. I afsnittet ”operationalisering” vil der forekomme en beskrivelse af de udvalgte variable samt en vurdering af deres anvendelighed i forhold til nærværende speciales problemstilling samt eventuelle mangler ved disse.

### **Datasættets alder**

Det anvendte datasæt blev indsamlet i 2009 og er således nogle år gammelt. Det ville selvfølgelig være ønskværdigt med et nyere datasæt, men der findes få undersøgelser på området, og det eneste datasæt, der er nogenlunde tilsvarende og nyere, var det ikke muligt at få adgang til. Når dette er sagt, antages det, at datasættet stadig kan bidrage med relevant viden. De nyere undersøgelser på området viser flere af de samme tendenser i forhold til de udvalgte temaer for denne undersøgelse (Følner et al., 2015; Johansen et al., 2015). I 2015 udkom der ligeledes en videnskabelig artikel, der tog udgangspunkt i data fra en ældre SUSY-undersøgelse, så det er således ikke uset at anvende ældre data inden for dette felt, hvor der generelt er mangel på repræsentative undersøgelser (Graugaard et al., 2015).

# Kapitel 4: Operationalisering

Formålet med nærværende kapitel er at indfange og konkretisere specialets tema, således at det muliggør en besvarelse gennem kvantitativ analyse. En operationalisering består, jævnfør de Vaus (2001), af en nominel definition og en operationel definition. Sigtet med den nominelle definition er at konkretisere forståelsen af de anvendte begreber, således at det er klart, hvad der i specialet menes hermed, mens den operationelle definition fastslår hvilke konkrete variable, der anvendes til at konkretisere de nominelle definitioner (de Vaus, 2001:25-27). Flere af de relevante begreber er i det indledende kapitel blevet nominelt defineret. Hvor dette er tilfældet, henvises dertil, og der vil kun forekomme en operationel definition af begrebet i nærværende kapitel. Alle anvendte variables spørgsmål, svarkategorier og eventuel rekodning i forbindelse med regressionen kan også ses i bilag 2. Det samlede spørgeskema kan findes i bilagssamlingen til den originale rapport (CASA, 2009).

## Operationalisering af specialets problemformulering

Med udgangspunkt i problemformuleringen ”*Hvilken betydning for LGBT-personers mentale sundhed kan det have, at de tilhører en seksuel minoritet?*” er det relevant at operationalisere følgende begreber:

- *Mental sundhed*
- *LGBT-personer*
- *Betydning af at tilhøre en seksuel minoritet*
  - o *Diskrimination, vold og trusler og åbenhed.*

Ud over ovenstående inddrages i analysen en række baggrundsvariable: køn, alder, parforhold, børn, uddannelsesniveau, etnicitet og bopæl. Disse vil ligeledes blive operationaliseret.

## Mental sundhed

### Nominel definition

I kapitel 1 indkredses begrebet mental sundhed, som i specialet forstås som psykisk velbefindende. Der vil således ikke blive taget højde for psykisk sygdom, ud fra en vurdering af at det primært er det psykiske velbefindende, der påvirkes af de negative faktorer, der kan følge med det at tilhøre en seksuel minoritet. Ligeledes indeholder mental sundhed både en oplevelsesdimension samt en funktionsdimension. Begge dimensioner er relevante i nærværende speciale.

## Operationel definition

Overordnet findes der to typer af mål; mål der belyser den samlede mentale sundhedstilstand, og mål der belyser en del af den mentale sundhed (f.eks. stress eller depression) (Christensen et al., 2010). Da ønsket med nærværende speciale er at give en bred indsigt i LGBT-personers mentale sundhedstilstand, er der som afhængig variabel udvalgt et overordnet mål for mental sundhed; Short form 36 (SF-36). SF-36, som er udviklet i USA, er et internationalt anerkendt og udbredt mål for fysisk og mental sundhed. SF-36 er professionelt oversat til dansk, og undersøgelser har vist, at den danske oversættelse er forståelig og dækkende (Bjørner, et al., 1998). SF-36 er i dansk kontekst bl.a. anvendt i sundheds- og sygelighedsundersøgelserne siden 1994 (Rasmussen, Keiding, Petersen & Nielsen, 1995). SF-36 består af 36 spørgsmål fordelt på otte skalaer, der tilsammen belyser otte forskellige dimensioner af sundhed: fysisk funktion, fysisk betingede begrænsninger, fysisk smerte, generelt helbred, energi, social funktion, psykisk betingede begrænsninger, og psykisk velbefindende. Fire af disse skalaer afdækker således individets fysiske sundhedstilstand, mens de fire andre skalaer afdækker den mentale sundhedstilstand (Bjørner et al., 1997). I nærværende speciale inddrages én af disse skalaer, nemlig den der belyser psykisk velbefindende. Denne indeholder følgende spørgsmål:

- 1a: Har du været meget nervøs?
- 1b: Har du været glad og tilfreds?
- 1c: Har du følt dig rolig og afslappet?
- 1d: Har du følt dig trist til mode?
- 1e: Har du været så langt nede, at intet kunne opmuntre dig?

De fem spørgsmål lægges sammen til en skala der går fra 5-25, hvor jo højere tal jo bedre psykisk velbefindende (se rekodning, bilag 2).

Valget omkring SF-36's skalas inddragelse i spørgeskemaet er oprindeligt foretaget på baggrund af ønsket om at kunne sammenligne resultatet fra undersøgelsen med SUSY-undersøgelserne (Ekholm et al., 2006).

Jævnfør kapitel 1, kan mental sundhed opdeles i en oplevelsesdimension og en funktionsdimension. Her omhandler SF-36's skala for psykisk velbefindende oplevelsesdimensionen. SF-36 indeholder som nævnt også skalaer omhandlende sociale relationer, energi og psykisk betingede begrænsninger, som kan afdække funktionsdimensionen af mental sundhed. Disse fire skalaer kan sammensættes til et fælles mentalt helbredsmål, der tilsammen både afdækker oplevelses- og funktionsdimension (Ware et. al., 1995). Hvis alle fire skalaer havde været inkluderet i spørgeskemaet, ville det have været aktuelt at udarbejde et fælles mentalt helbredsmål, for at give et bredere indblik i LGBT-personernes mentale sundhed. Dette er dog ikke tilfældet, hvorfor det kun er skalaen for psykisk velbefindende, der inddrages. Dette kan have betydning for den interne

validitet, idet det inddragede mål for mental sundhed kun afdækker oplevelsesdimensionen af mental sundhed. For at få et fyldestgørende indblik i mental sundhed og derigennem styrke den interne validitet er det nødvendigt at inddrage tillægsspørgsmål, der afdækker andre dimensioner af den mentale sundhed end det psykiske velbefindende.

I spørgeskemaet er der stillet selvstændige spørgsmål angående sociale relationer, så det er herigennem muligt at afdække denne dimension. Ligeledes inddrages spørgsmål om respondenternes sexlyst og dækning af seksuelt behov, selvmordstanker og -forsøg samt stress, på baggrund af definitionen af mental sundhed (kapitel 1). Da de ikke er en del af skalaen, inddrages disse elementer som uafhængige variable. Det vurderes, at der ved inddragelse af disse kompenseres delvist for manglerne ved den afhængige variabel. Der mangler dog afdækning af den dimension, der omhandler psykisk funktion. Dette kunne bl.a. være afdækket gennem spørgsmål om, hvorvidt respondenter oplever psykiske eller følelsesmæssige problemer der gør det svært at udføre dagligdags gøremål, som det f.eks. ses i SUSY-undersøgelsen (Ekholm et al., 2006). Hvis dette var inddraget i spørgeskemaet, ville det have styrket nærværende undersøgelses afdækning af mental sundhed. Der skal således i forhold til den interne validitet tages forbehold for, at de inddragede variable ikke fuldstændigt afdækker alle aspekter af mental sundhed, hvor dimensionen omhandlende psykisk funktionsevne mangler afdækning.

For validiteten betyder dette, at et mentalt sundhedsmål der både afdækkede oplevelses- og funktionsdelen, ville give et mere fyldestgørende indsigt i, hvad det betyder for LGBT-personers mentale sundhed, at de er en del af en minoritet. På baggrund af ovenstående kan SF-36's skala for psykisk velbefindende suppleret med andre mentale sundhedsindikatorer karakteriseres som et acceptabelt, men ikke fuldstændigt afdækkende, mål for mental sundhed i nærværende analyse.

Der findes flere andre overordnede mentale sundhedsmål, hvor fokus netop er på både at have det godt og fungere godt, som kunne have været fordelagtige at anvende i spørgeskemaet. Såfremt formålet med ikke at inddrage alle fire skalaer for mental sundhed fra SF-36 i undersøgelsen var at begrænse mængden af spørgsmål, er der flere muligheder for en kortere skala. Et eksempel herpå er SF12's skala for mental sundhed (forkortet version af SF-36), hvori der indgår både oplevelses- og funktionsdimensionen af mental sundhed afdækket med seks spørgsmål. Netop den kortere version anvendes i flere sundhedsundersøgelser, herunder Sundhedsprofilen. Et andet eksempel er Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS). Denne skala, som består af 14 spørgsmål, og som også findes i forkortet version på syv spørgsmål, er ligeledes bredt anvendt og anerkendt internationalt. Der er udarbejdet en dansk oversættelse, ligesom der er foretaget indledende valideringer af skalaen i en dansk kontekst (Christensen & Hansen, 2014; Koushede, 2015).



De øvrige indikatorer på mental sundhed præsenteres i det følgende.

## Supplerende mål for mental sundhed

Som supplerende mål for mental sundhed inddrages flere elementer til afdækning af de dimensioner, hvor skalaen for psykisk velbefindende vurderes mangelfuld, eller der er specifikke forhold, der er særligt relevante for LGBT-personer, herunder sociale relationer og social support, stress, selvmord og sexliv.

### Selv mord

Jævnfør kapitel 1, er et af de områder, hvor LGBT-personer er udsatte sammenlignet med heteroseksuelle knyttet til selvmord (side 7). Det er således et forhold, det er væsentligt at inddrage i nærværende undersøgelse. Der kan overordnet skelnes mellem selvmordstanker og selvmordsforsøg. Begge dele kan ses som reaktion på store mentale problemer.

#### *Operationel definition*

Til belysning af selvmord inddrages spørgsmålene: ”*Har du inden for det sidste år tænkt på at tage dit eget liv, selvom du faktisk ikke ville gøre det?*” med svarkategorierne ’ja’, ’nej’ og ’ved ikke’, og ”*Har du nogensinde forsøgt at tage dit eget liv?*” med svarkategorierne ’Ja, inden for det sidste år’, ’Ja, tidligere’, ’Nej’ og ’Ønsker ikke at svare’. Med disse spørgsmål afdækkes LGBT-personernes *tanker* om selvmord samt direkte *forsøg* på selvmord på en tilfredsstillende og klar måde. At inddrage begge dele er relevant for at få et uddybet indblik i, hvilken sammenhæng det har med LGBT-personernes mentale sundhed, at de er overrepræsenterede i selvmordsstatistikkerne. Mens der kan være en klar forventning om, at aktuelle tanker om at tage sit eget liv vil kunne kobles sammen med en aktuel dårlig mental sundhed, er det relevant at belyse, hvorvidt de der på et tidspunkt har foretaget et selvmordsforsøg har formået at komme ’ud på den anden side’, eller om det fortsat har indvirkning på deres mentale sundhedstilstand. Ligeledes er det relevant, om selvmordstanker og -forsøg kan kobles til nogle af de forhold, der er særlige for LGBT-personer såsom diskrimination, skjult seksualitet og hadforbrydelser.

## **Stress**

Mens selvmord er et problem, hvor LGBT-personer kan betragtes som en særlig målgruppe, er stress en udfordring, der rammer flere og flere. Hver femte dansker har et højt stressniveau, og stress har store omkostninger både personligt og i samfundet (Christensen et al., 2014).

LGBT-personer har dog særlige forhold der gør sig gældende, i form af deres større udsathed for minoritetsrelaterede stressorer, herunder oplevelser med diskrimination og hadforbrydelser jævnfør kapitel 2 (Aneshensel & Lachenbruch, 1991; Meyer, Shewartz & Frost, 2008, Meyer, 2007). Stress inddrages således for at synliggøre LGBT-personers stressniveau, og om denne kan sættes i relation til mental sundhed eller betydningen af at tilhøre en seksuel minoritet.

### *Operational definition*

Til at belyse niveauet af stress blandt LGBT-personer inddrages variabelen: *'Føler du dig stresset i din dagligdag? Med stress menes en tilstand, hvor man føler sig anspændt, rastløs, nervøs, urolig eller ukoncentreret.'* Med svarkategorierne 'Ja, ofte', 'Ja, af og til', 'Nej, (næsten aldrig)' og 'Ved ikke'. Dette simple stress-mål giver et overordnet, men upræcist indblik i det oplevede stressniveau blandt LGBT-personer. Såfremt stress skulle spille en større rolle, ville det være fordelagtigt med et mere præcist mål, f.eks. Percieved Stress Scale (PSS) som er et valideret, internationalt anerkendt og anvendt mål for oplevet stress (Cohen, Kamarch & Mermelstein, 1983). Dog vurderes de faktorer, der anvendes til at definere stress i spørgsmålet; *urolighed, anspændthed, nervøsitet* som relevante i forhold til den måde hvorpå stress anvendes i nærværende speciale, hvor det sættes i relation til mental sundhed, og betydningen af at tilhøre en seksuel minoritet.

## **Sociale relationer og social support**

### *Nominal definition*

Jævnfør definitionen af mental sundhed har denne en funktionsdimension, som, jævnfør ovenstående, ikke er afdækket i den udvalgte skala for psykisk velbefindende (SF-36). Netop evnen til at skabe og opretholde sociale relationer er eksempler på elementer af mental sundhed med funktionsdimensionen i fokus, ligesom de virker som beskyttende faktorer for den mentale sundhed (Figur 1, kapitel 1). Sammenhængen mellem sociale relationer, social support og sundhed er veletableret i sociologien (Kawachi & Berkman, 2001; Turner, Turner & Hale, 2014), hvilket også understreger relevansen af at inddrage dette. Målet med inddragelsen er at belyse betydningen af uopfyldte sociale behov mens social support i nærværende speciale handler om oplevelsen af at have nogen at tale med, når man har brug for dette.

### *Operationel definition*

På baggrund af ovenstående inddrages følgende spørgsmål om social support: *'Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller har brug for støtte?'* 'Ja, altid', 'Ja, for det meste', 'Ja, nogen gange', 'Nej, aldrig eller næsten aldrig' og 'Ved ikke'. Denne variabel giver et indblik i respondenternes oplevelse af at kunne få hjælp og støtte i problematiske situationer.

Til belysning af sociale relationer inddrages variabelen: *'Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du egentlig har mest lyst til at være sammen med andre?'* 'Ja, ofte', 'Ja, en gang imellem', 'Ja, men sjældent', 'Nej' og 'Ved ikke'.

Variablen 'uønsket alenehed' som validt mål for ensomhed er omdiskuteret i forskningskredse, og kritiseres for ikke at tage højde for den ensomhed, der finder sted, når man er sammen med andre, men alligevel føler sig uden for fællesskabet (Lasgaard & Friss, 2015). Hvis man havde anvendt et andet mål for ensomhed som f.eks. UCLA, en skala bestående af tre spørgsmål der tilsammen belyser hvorvidt respondenterne er ensomme (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980; Russell, 1996), ville det have været muligt også at indfange denne dimension af ensomhed, som kan være særlig relevant blandt de unge, der oftere oplever dette (Lasgaard & Friis, 2015). I forhold til spørgsmålets validitet i forhold til belysning af sociale relationer kan det ikke ses som en fyldestgørende belysning af ensomhed blandt respondenterne. Det vurderes dog at det anvendte mål er en acceptabel indikation på ensomhed, med forbehold for, at der er nogle dimensioner af området, der ikke afdækkes.

## **Seksuel sundhed**

### *Nominal definition*

På side 13 findes en definition af seksuel sundhed i relation til mental sundhed. Seksuel sundhed er et af de områder, der kan være udfordrende for LGBT-personer, bl.a. i forhold til at finde seksualpartnere, hvis man ikke er åben omkring sin seksuelle orientering.

### *Operationel definition*

Til belysning af den seksuelle sundhed anvendes følgende spørgsmål: *'Har du inden for det seneste år oplevet manglende eller nedsat lyst til sex?'* 'ja, hele tiden', 'ja, ofte', 'ja, indimellem', 'ja, men sjældent' og 'nej, aldrig'. Med dette spørgsmål gives et indblik i den seksuelle trivsel blandt respondenterne.

Et andet væsentligt element i forhold til respondenternes seksuelle sundhed er dækning af deres seksualbehov, som belyses via følgende spørgsmål: *"I hvor høj grad har du inden for det seneste år fået dækket dine seksuelle behov?"* 'Fuldstændigt', 'Næsten fuldstændigt', 'delvist', 'lidt', 'slet ikke' og 'har ikke haft seksuelle behov inden for det seneste år'.

De supplerende mål for mental sundhed skal ikke ses som særskilte i forhold til mental sundhed, og det er forventeligt, at der er sammenhænge mellem disse og den afhængige variabel for psykisk velbefindende. De anvendes derfor ikke som selvstændige faktorer men til at nuanceret forståelse af mental sundhed, hvor særlige forhold tydeliggøres gennem disse.

## **Diskrimination**

### **Nominal definition**

Jævnfør Goffman kan diskrimination være en form for stigmatisering på baggrund af en miskrediterende egenskab, her seksuel minoritetsstatus. Diskrimination kan betegnes som oplevet stigmatisering i form af forskelsbehandling som medfører at personen får ringere behandling end andre uden lovmæssigt grundlag. Diskrimination kan både være bevidst og ubevidst og have grund i fordomme eller uopmærksomhed (side 5). Diskrimination er jævnfør Meyers minoritetsstressmodel, blandt de objektive forhold der har betydning for LGBT-personers mentale sundhed.

### **Operationel definition**

Til belysning af diskrimination i relation til mental sundhed inddrages spørgsmålet: *"Har du inden for de sidste 12 måneder, følt dig diskrimineret pga. din seksuelle orientering, transkønnethed eller andre grunde?"* med svarkategorierne: 'Ja - jeg blev det på grund af: Min seksuelle orientering', 'Ja - jeg blev det på grund af: Min transkønnethed' og 'Ja - jeg blev det på grund af: Andre grunde' og med mulighed for at angive, hvor oplevelsen fandt sted. Kun diskrimination der har årsag i seksuel orientering/transkønnethed inddrages. Diskrimination er i spørgeskemaet ikke defineret, og det er op til respondenterne selv at vurdere, hvad de betegner som diskrimination. Diskrimination er generelt vanskeligt at definere både i forskning, politisk, i lovgivning og i hverdagen (Bakkelli & Elgvin, 2014), hvorfor denne personlige vurdering kan være foretaget på meget forskelligt grundlag. Udgangspunktet må dog være, at den oplevede diskrimination bygger på oplevelser med negativ forskelsbehandling.

En amerikansk undersøgelse af diskrimination viste forskelle i hvilken type og grad af diskrimination, der er tale om og diskriminationens indvirkning på niveauet af nervøsitet og depression, ligesom studiet viste, at det at vidne til diskrimination også kan have betydning for niveauet af nervøsitet (Woodford et al., 2014). Viden omkring hvilken type diskrimination der er tale om ville give mulighed for et mere nuanceret indblik og dermed en styrket validitet i afdækningen af diskrimination, ligesom det kunne være interessant også at belyse effekten af at være vidne til diskrimination af andre LGBT-personer.

## **Vold og trusler**

### **Nominal definition**

Ligesom diskrimination kan vold og trusler være et tegn på oplevet stigmatisering. Som supplement inddrages bekymringer om vold og trusler. Dette kan ses som et tegn på stigmabevisthed omkring den større udsathed for vold og trusler det kan medføre at være LGBT-person. WHO betegner i deres definition af vold psykisk vold (herunder trusler) på lige fod med fysisk vold og har fundet sammenhænge mellem vold og fysiske og psykiske konsekvenser (WHO, 2014). Vold og trusler er, jævnfør Meyers minoritetsstressmodel, blandt de objektive forhold der har betydning for LGBT-personers mentale sundhed.

### **Operationel definition**

Til belysning af vold og trusler i relation til mental sundhed inddrages spørgsmålene:

*"Har du nogensinde været udsat for vold eller trusler?"* med svarkategorierne: *'Ja, en gang'*, *'Ja, flere gange'* og *'Nej, aldrig'*.

og

*"Har du inden for de sidste 12 måneder været udsat for vold eller trusler som var så alvorlige, at du blev bange? Vold kan også inkludere seksuelle overgreb."* med svarkategorierne: *'Ja, både vold og trusler'*, *'Ja, kun vold'*, *'Ja, kun trusler'*, *'Nej'* og *'Irrelevant'*.

Spørgsmålene er udarbejdet af det kriminalpræventive råd og er anvendt i flere danske undersøgelser herunder offerundersøgelserne (Det Kriminalpræventive Råd), hvilket muliggør sammenligning med den øvrige befolkning. Et væsentligt forbehold over for disse spørgsmål i nærværende undersøgelse er, at de ikke tager højde for, om volden har årsag i seksuel orientering/transkønnethed, og der således ikke kun er tale om hadforbrydelser, hvilket svækker validiteten. Spørgsmålene er dog alligevel anvendelige, idet de kan

tydeliggøre hvorvidt, LGBT-personer generelt er mere udsatte end den øvrige befolkning, og om denne større udsathed kan kædes sammen med mental sundhed.

Som supplement til ovenstående indgår spørgsmålet: ”*Oplevede du at volden skyldtes din seksuelle orientering eller transkønnethed?*”, men da det kun er stillet til de der har oplevet vold det seneste år, er omfanget så lille, at denne ikke vil indgå i regressionerne med mental sundhed. Variablen vil blive anvendt som indikation på niveauet af hadforbrydelser.

Til belysning af stigmabevidsthed der kan lede til frygt for vold og trusler inddrages spørgsmålene:

”*Hvor ofte tænker du på risikoen for at blive udsat for vold eller trusler?*” med svarkategorierne: ’Næsten hele tiden’, ’Ofte’, ’Af og til’, ’Sjældent’ og ’Aldrig’.

og

”*Sker det, at du afstår fra at gøre ting du har lyst til pga. frygt for at blive udsat for vold eller trusler?*” med svarkategorierne: ’Næsten hele tiden’, ’Ofte’, ’Af og til’, ’Sjældent’ og ’Aldrig’.

Disse to spørgsmål er sammenkodet til en variabel, der belyser respondenternes niveau af bekymring for vold og trusler (se bilag 2).

## **Åbenhed omkring seksuel orientering/transkønnethed**

### **Nominal definition**

Med åbenhed omkring seksuel orientering menes der et aktivt eller passivt valg om at være åben om eller skjule sin seksuelle orientering. Goffman betegner dette med termen ’at passere’ som netop handler om at skjule den miskrediterende egenskab, individet er i besiddelse af, her en anderledes seksuel orientering, ved ikke at fortælle om sin seksuelle orientering undlade bestemte handlinger, steder og personer der kan afsløre denne. At passere kræver stor årvågenhed, ligesom det kan skabe en følelse af selvforagt og illoyalitet over for dem man ikke er åbne over for (side 22). Også Giddens beskæftiger sig med det at skjule bestemte handlinger eller sider af sig selv gennem *falske fremtrædender*. Jævnfør Giddens kan uoverensstemmelser mellem individets selvidentitet og dennes fremtræden føre til oplevelse af falskhed og påtagethed, som hvis den udføres kontinuerligt kan medføre følelsen af et ’falsk selv’, med betydning for mental sundhed (se side 25).

### **Operationel definition**

Til analyse af omfanget af åbenheden omkring seksuel orientering i inddrages følgende spørgsmål:

*"Ved din familie, at du er homo/-biseksuel?"* og *"Kender din familie til din transkønnethed?"* hvor respondenterne kunne angive hvilke familiemedlemmer (partner/ægtefælle, far, mor, søskende, børn, øvrig familie) der henholdsvis kender og ikke kender til homo-/biseksualitet eller transkønnethed.

Og

*"Kender personer i dine omgivelser til din seksuelle orientering?"* og *"Kender personer i dine omgivelser til din transkønnethed?"* hvor man kan angive hvem, der kender eller ikke kender til dette (heteroseksuelle venner, homoseksuelle venner, biseksuelle venner, transkønnede venner, kolleger, skolekammerater, lærer, chef, kolleger og arbejdsrelationer).

Spørgsmålene favner et bredt udsnit, af de mennesker personerne kan forventes at omgås i hverdagen. Det ville styrke validiteten hvis opdelingen af venner havde taget udgangspunkt i venskabsrelationen, i stedet for seksualiteten, f.eks. nære venner, andre venner og bekendte, således at det er muligt at vurdere vigtigheden af åbenheden over for venner, på baggrund af hvor nær en relation, der er tale om.

Det kunne være relevant at udvide spørgsmålene med inddragelse af personer, der kommunikerer med via internettet. Denne kommunikationsform har i de senere år været i markant vækst, og der findes en række hjemmesider som faciliterer mødet mellem LGBT-personer på nettet. Særligt de der oplever ikke at kunne være åbne omkring deres seksualitet, over for de personer de fysisk omgås kan måske opleve disse forummer, som steder hvor de kan være sig selv. Denne dimension ville styrke validiteten i afdækningen af temaet åbenhed.

Det er ligeledes relevant at inddrage reaktioner LGBT-personerne har mødt på deres åbenhed. Her er respondenterne blevet bedt om at vurdere, hvorvidt der var tale om en positiv eller negativ reaktion fra hver af de ovenstående grupper.

Til analyse af åbenhed i relation til mental sundhed inddrages spørgsmålet om, hvorvidt LGBT-personerne føler behov for at skjule deres seksuelle orientering/kønsidentitet: *"Sker det, at du forsøger at skjule din seksuelle orientering?"* Denne er udvalgt da den, siger noget generelt om respondenternes håndtering af åbenhed i deres hverdagsliv. Det anerkendes dog, at det kan have betydning for mental sundhed, om respondenterne er åben over for deres nære relationer, og om de har mødt negative reaktioner.

Ligeledes inddrages spørgsmålet: *"Hvordan prøver du at skjule det? Lader du være med at:"* med svarkategorierne: *'Fortælle om din seksuelle orientering'* *'Tage partner med til firmafester, familiefester mv'* *'Kysse og kærtegne offentligt'* *'Holde din kæreste i hånden'* *'Lade dig registrere med din partner'* *'Bo sammen med partner'* *'Vise dig som medforælder'* og *'Anden måde'*.

Ovenstående variable omhandlende åbenhed giver et bredt indblik i respondenternes åbenhed omkring deres seksuelle orientering.

I spørgeskemaet har heteroseksuelle med anstrøg ikke modtaget ovenstående spørgsmål, mens transkønnede ikke er stillet de to sidstnævnte spørgsmål. At anstrøgsgruppen ikke indgår i forhold til åbenhed er både en styrke og svaghed. Denne gruppe har ikke samme markante brud med den heteroseksuelle matrice, som f.eks. homoseksuelle, idet det kan forventes at deres liv i høj grad minder om "almindelige" heteroseksuelle. Samtidig er det relevant, hvilken reaktion personer med en mere flydende seksualitetsform møder, når de er åbne. Transkønnedes åbenhed er ligeledes relevant, idet de kan passere som ciskønnede, og kan møde lignende udfordringer i forhold til at skjule kønsidentitet som de seksuelle minoriteter.

I analyseafsnittet omhandlende omfanget af åbenhed, samt de specifikke regressioner om åbenhed indgår således kun homoseksuelle, biseksuelle og homoseksuelle med anstrøg. I den samlede regression indgår alle. Her er variabelen omhandlende åbenhed rekodet, så de der ikke har besvaret denne, kategoriseres som "uoplyst".

## **LGBT-personer**

### **Nominal definition**

Jævnfør indledningen anvendes LGBT-personer som samlebetegnelse for lesbiske, bøsser, biseksuelle og transkønnede. Fælles for disse er, at de, jævnfør Butler, på forskellig vis bryder med den heteroseksuelle matrice, og på denne måde udfordrer eller udfordres af det heteronormative samfund, enten gennem deres egen kønsidentitetsforståelse eller deres seksuelle orientering. LGBT-personer skal i nærværende speciale anskues med socialkonstruktivistiske briller, hvor LGBT-personerne undersøges som sociale kategorier, hvis betydning og udformning skabes og genskabes gennem diskurser, praksisser og interaktioner.

Der er en række seksualitetsformer, som ikke inkluderes i ovenstående definition af LGBT-personer (LGBT-Danmark, 2015). For at inddrage dem i definitionen kan LGBT udvides med LGBT++. Dette ville kræve, at der i spørgeskemaet havde indgået muligheder for at tilkende sig andre køns- eller seksualitetsforståelser, hvilket, som det vil fremgå i det følgende, ikke var en mulighed.

### **Operationel definition**

En operationel definition af LGBT-personer kræver en dimension omhandlende seksuel orientering og en dimension omhandlende kønsidentitet.



### *Seksuel orientering*

I spørgeskemaet er seksuel orientering afdækket med spørgsmålet:

*”Hvordan definerer du din seksuelle orientering i dag? Her anvendes begrebet homoseksuel som et paraplybegreb for bøsser og lesbiske. Biseksualitet defineres i denne undersøgelse som en person, der er seksuelt orienteret mod mere end et køn”*

Med svarkategorierne: 'Homoseksuel', 'Biseksuel', 'Homoseksuel med nogle heteroseksuelle anstrøg', 'Heteroseksuel med nogle homoseksuelle anstrøg', 'Heteroseksuel', 'Usikker på min seksuelle orientering' og 'Ønsker ikke at svare'

Vælges de to sidstnævnte kategorier, afsluttes spørgeskemaet. Vælges heteroseksuel viderestilles til, hvorvidt personen er transkønnet. Ved nej afsluttes skemaet.

Denne fordeling mellem typer af seksuel orientering, hvor anstrøgsgrupper er inddraget, er inspireret af Alfred C. Kinseys 7-trinsskala, hvor seksualiteten nuanceres mere end homoseksuelitet, biseksualitet og heteroseksualitet (se Bilag 1). Dette giver et differentieret indblik i betydningen af en mere flydende seksuel orientering end ved inddeling i blot biseksualitet og homoseksuelitet, ligesom det åbner op for en mere flydende definition af seksualitet.

Der kunne være tilføjet andre seksuelle orienteringer f.eks. asexuel eller panseksuel, idet personer, der tilhører disse kategorier måske ville opleve ikke at passe ind i undersøgelsen, til trods for at de tilhører en seksuel minoritet. Det kunne løfte kvaliteten af spørgsmålet, hvis dette havde inkluderet ”anden seksuel orientering” til de mindre udbredte seksuelle orienteringer. Særligt de transkønnede har efter undersøgelsen henvendt sig for at gøre opmærksom på, at de havde svært ved at placere deres egen seksuelle orientering, i de svarkategorier der var inkluderet i spørgeskemaet (Gransell & Hansen, 2009). I analysen inddrages transkønnede som særskilt gruppe, hvorfor eventuelle målefejl i forhold til deres seksuelle orientering ikke har betydning for reliabiliteten. Ligeledes ville de der er usikre på deres seksuelle orientering være relevante at inddrage, da usikkerhed omkring noget så grundlæggende kan være forbundet med en usikkerhed omkring egen identitet, hvilket i høj grad ville være relevant at inddrage i specialet. Seksuel orientering er netop et flydende fænomen, og den enkeltes seksuelle orientering kan ændre sig gennem livet (LGBT Danmark, 2105). Derfor kan der i perioder opstå usikkerhed omkring egen seksuel orientering, med betydning for respondentens liv. F.eks. kunne det være relevant at undersøge, hvordan de der er usikre på egen seksuel orientering tackler åbenhed omkring seksuel orientering, hvor der netop kan være manglende forståelse for at være usikker omkring seksuel orientering. Dette betyder, at nærværende speciale ikke afdækker alle facetter af forhold for de, der ikke passer ind i det heteronormative ciskønnede samfundsideal. Det interessante ville netop være, at kunne inddrage de,

der ikke nødvendigvis kan passe ned i en kasse, sådan som vi forsøger med de øvrige seksuelle orienteringer. De der er usikre omkring seksuel orientering er endnu ikke inddraget i nogen kvantitative undersøgelser i dansk kontekst.

Det var op til respondenterne at definere egen seksuelle orientering, og der skelnes ikke mellem seksuel orientering og seksuel adfærd. Dette betyder, at svaret kan være påvirket af både oplevelse af seksuel tiltrækning og seksuel adfærd.

### *Kønsidentitet*

Køn kan, jævnfør West og Zimmerman (1987) forstås både biologisk (sex) og socialt (gender). Begge dimensioner afdækkes i spørgeskemaet gennem spørgsmålene:

*"Hvilket biologisk køn blev du født med?"* med svarkategorierne 'Dreng', 'Pige', 'Intetkøn' og 'Ønsker ikke svare'.

og

*"Hvilket køn føler du dig mest som?"* med svarkategorierne: 'Mand', 'Kvinde', 'Midt mellem', 'Både og', 'Usikker / ved ikke' og 'Anden. Hvad:'

På baggrund af den socialkonstruktivistiske tilgang til køn og seksualitet tages der udgangspunkt i oplevet køn.

Transkønnet afdækkes med spørgsmålet: *"Vil du beskrive dig selv som transkønnet?"* med svarkategorierne: 'Transkønnet fortid', 'Transseksuel', 'Transvestit', 'Transgender', 'KtM (Kvinde til Mand)', 'MtK (Mand til Kvinde)', 'Cross-dresser', 'Dragqueen/king', 'Fetichistisk transvestit' og 'Andet transbegreb'.

Transkønnede går i analysen under samlebetegnelsen "transpersoner". Da der er tale om en lille gruppe, vil der ikke blive skelnet mellem ovenstående betegnelser. Denne sammenlægning vil givetvis medføre et mindre nuanceret indblik i den mentale sundhed blandt transpersoner, da der kan være stor forskel på lejlighedsvis at klæde sig som det andet køn og have en grundlæggende følelse af at tilhøre det modsatte køn end ens biologiske krop.

## **Øvrige variable**

I det følgende operationaliseres de udvalgte baggrundsvariable: alder, parforhold, børn, uddannelsesniveau, etnicitet og bopæl. Disse inddrages for at synliggøre, om der er nogle grupper af LGBT-personer, der er mere udsatte end andre, samt synliggøre hvorvidt nogle af de mønstre i befolkningens mentale sundhed kan genfindes blandt LGBT-personer.

## **Alder**

Alder inddrages, da der kan være forskellige livsforhold, for de forskellige aldersgrupper. Ældre LGBT-personer er vokset op i en tid, hvor en anderledes seksuel orientering eller kønsidentitet har været mindre accepteret og medført større udfordringer (bilag 1), mens yngre LGBT-personer måske stadig er i en erkendelsesproces omkring egen seksualitet, hvilket kan være relevant for den mentale sundhed.

Aldersinddelingen vil være følgende: 16-29 år, 30-39 år, 40-49 år, 50-59 år og 60+.

## **Opvækst og bopæl**

Det kan være nemmere at håndtere sin seksuelle orientering/kønsidentitet, hvis man er blandt ligesindede, hvilket er nemmere i større byer som København og til en hvis grad andre større byer i Danmark. Særligt i barndommen og ungdommen, hvor mange LGBT-personer gennemgår en erkendelsesproces omkring seksuel orientering, og ønsket om ikke at skille sig ud kan være påtrængende, er det relevant at kunne omgås ligesindede. Til belysning af dette inddrages typen af by, respondenterne er opvokset i; fordelt på 'Københavnsområdet', 'Aarhus, Aalborg eller Odense', 'stor by', 'mellemstor by', 'lille by', 'på landet' eller 'udenlands'. Ligeledes inddrages det, i hvilket region respondenterne nu er bosat.

## **Parforhold og børn**

Blandt faktorer der kan være særlig relevant for mental sundhed er parforhold og børn.

Parforhold kan betegnes som en beskyttende faktor i forhold til dårlig mental sundhed (Tabel 1), hvilket bekræftes i den nationale sundhedsprofil (2013), mens det at få børn for LGBT-personer kan være forbundet med udfordringer, men samtidig kan ses som kernen i det at have et almindeligt familieliv. Det er således relevant at inddrage disse faktorer i belysning af LGBT-personers mentale sundhed. Parforhold belyses gennem spørgsmålet: *"Er du i øjeblikket i et længerevarende forhold? Med længerevarende menes et forhold som har varet mere end 3 måneder"* med svarkategorierne "Nej", "Ja" og "Ønsker ikke at svare", mens børn er belyst gennem spørgsmålet: *"Har du børn?"* med svarkategorierne "Ja", "Nej, pga. lovgivning (f.eks. ingen adgang til adoption, donoranonymitet, manglende forældreskab)", "Nej, jeg er ikke interesseret i at få børn", "Nej, det er ikke aktuelt lige nu", "Nej, pga. infertilitet", "Nej, pga. andre sundhedsmæssige årsager", "Nej, er ikke blevet enig om familieform (f.eks. 2, 3 eller 4 forældre, eller kendt/ukendt sæddonor)", "Nej, har ikke fundet en at stifte familie med (f.eks. manglende far eller manglende mor)" og "Nej, anden anledning".

## **Højest fuldførte uddannelse**

For at belyse LGBT-personernes socioøkonomiske baggrund inddrages højest fuldførte uddannelse samt erhvervsstatus. Uddannelse er belyst gennem spørgsmålet: *”Hvad er din længste uddannelse? Hvis du studerer, sæt kryds i den uddannelse du tager nu”* ’Ingen uddannelse’, ’Kort uddannelse op til 10 klasse’, ’Erhvervsuddannelse, HG, EFG, mesterlære mm.’, ’Kort videregående uddannelse, under 3 år’, ’Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år’, ’Lang videregående uddannelse, mindst 5 år 7’, ’Anden’ og ’Ønsker ikke svare’.

## **Etnicitet**

Tidligere danske undersøgelser har vist markante forskelle mellem danske og nydanske LGBT-personers trivsel og levestandard, hvor nydanske LGBT-personer på en række områder er mere udsatte og trives dårligere (Følner et.al, 2015), hvilket understreger relevansen af at tage højde for dette.

Respondenterne inddeles efter, hvorvidt de er født i Danmark eller udlandet, samt hvorvidt de føler sig danske eller ej.

## **Kommentarer**

Som supplement til analysen inddrages kommentarer fra spørgsmålet:

*”Hvad, synes du, bør forandres for at forbedre homo/-biseksuelles/transkønnedes livssituation?”*, hvor respondenterne kunne skrive forhold de ønsker ændret. Disse inddrages løbende i analysen, hvor de kan give et relevant nuanceret indblik i respondenternes livsvilkår.

# Kapitel 5: Analysestrategi og statistisk metode

I følgende kapitel præsenteres strategien for analysen samt anvendte statistiske metoder, med det formål at styrke reliabiliteten gennem tydeliggørelse og gennemsigtighed i specialets metodiske fremgangsmåde.

Formålet med analysen er at besvare specialets problemformulering ”*Hvilken betydning for LGBT-personers mentale sundhed kan det have, at de tilhører en seksuel minoritet?*” med udgangspunkt i de udvalgte temaer *diskrimination*, herunder *vold og trusler*, og *åbenhed omkring seksuel orientering eller kønsidentitet*. I de foregående kapitler er disse blevet teoretiseret og operationaliseret.

## Analysens struktur

Specialets analyse er inddelt i flere analysedele.

I det indledende kapitel (6), beskrives det *hvem* LGBT-personerne i undersøgelsen er i forhold til seksuel orientering, køn, alder, uddannelse, parforhold, børn, opvækst, bopæl og etnicitet, ved hjælp af univariate og enkelte bivariate analyser. De bivariate analyser inddrages, når det relevant at nuancere det enkelte forhold, f.eks. i fordelingen mellem biologisk og oplevet køn.

Herefter fortsættes med et indblik i, LGBT-personernes mentale sundhed, målt på de forskellige parametre præsenteret i operationaliseringen. Igen inddrages bivariate analyser, når dette vurderes relevant, f.eks. hvis tidligere undersøgelser har fundet forskel, eller der teoretisk er grundlag herfor.

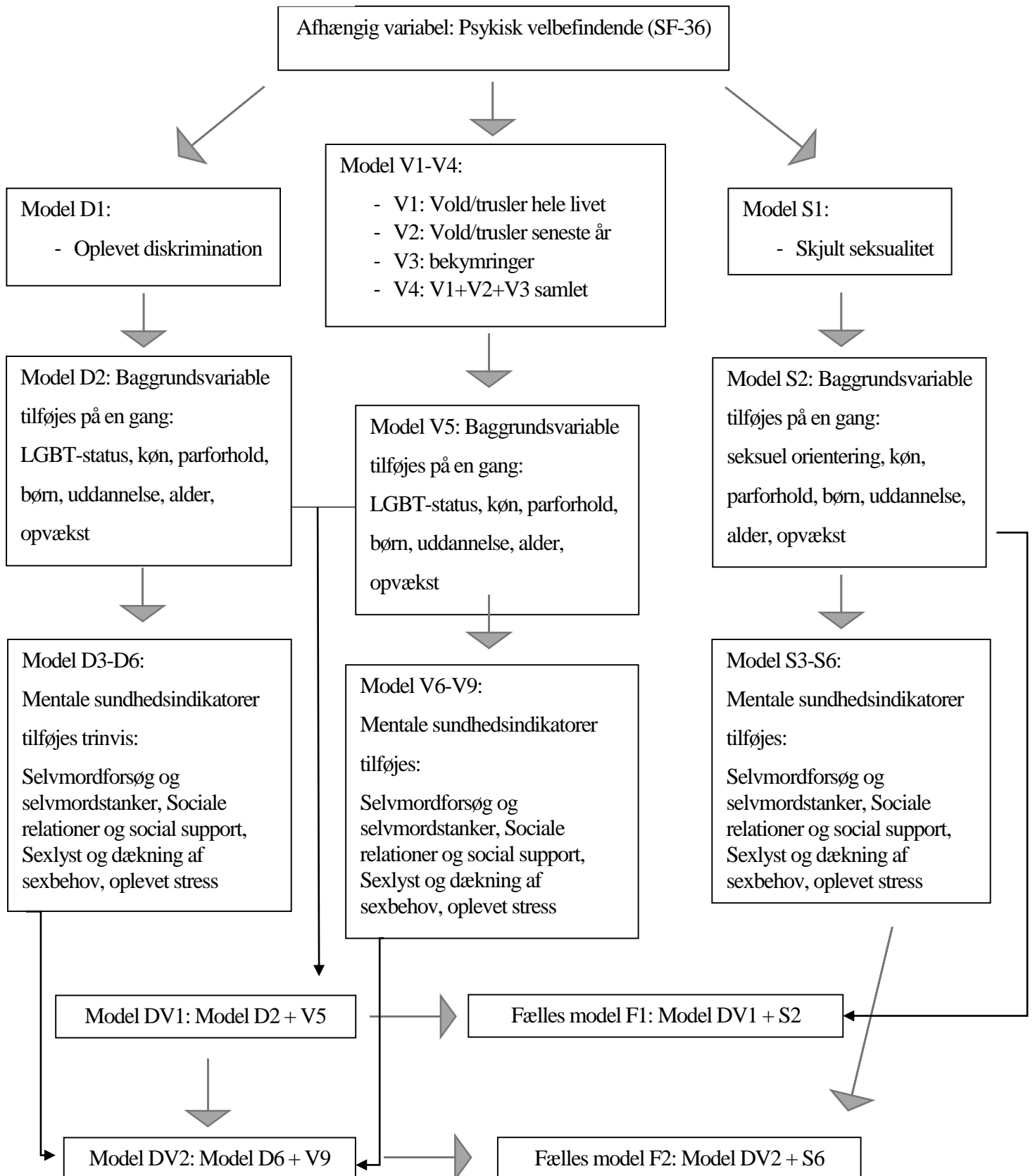
Formålet med den indledende analyse er at give et nuanceret indblik i de mennesker, der er tale om, samt at give et overordnet indblik i deres mentale sundhedstilstand.

Herefter følger analysekapitel 7, omhandlende omfanget af hhv. diskrimination, vold og trusler samt åbenhed.

Formålet med hvert afsnit er at skabe viden om problemets omfang.

I tredje analysekapitel (8) sættes diskrimination, vold og trusler og åbenhed i relation til mental sundhed med udgangspunkt i Figur 3, hvor strukturen for kapitlet er opsat i en model.

Figur 3 – strategi for analysekapitel 8



Med udgangspunkt i den afhængige variabel; psykisk velbefindende (side 38) er der udarbejdet en række lineære regressionsmodeller til analyse af sammenhængen med mental sundhed. Indledningsvist belyses sammenhængen mellem diskrimination og mental sundhed og herefter sammenhængen mellem vold og trusler og mental sundhed med trinvis inddragelse af baggrundsvariable og øvrige mål for mental sundhed (model D1-D6, V1-V9). Herefter sættes vold og trusler og diskrimination sammen og analyseres i relation til mental sundhed (model DV1 og DV2). Herefter analyseres åbenhed i relation til mental sundhed (S1-S6). Til slut samles de udarbejdede modeller for de tre temaer til først model F1, der består af model D2, V5 og S2 (temaerne samt baggrundsvariable). Formålet med denne model er at give et indblik i, hvordan de tre temaer spiller sammen i forhold til mental sundhed uden indvirkning fra de øvrige mentale sundhedsvariable. Herefter analyseres model F2 hvor D6, V9 og S6 samles. Denne inkluderer de øvrige mål for mental sundhed. I sidste analysekapitel (9) analyseres baggrundsvariablene samt de øvrige mål for mental sundhed i relation til psykisk velbefindende.

## **Statistiske metoder**

I det følgende skitseres de anvendte statistiske analysemetoder. Databehandlingen er foretaget i statistikprogrammet SPSS, version 23.

### **Regressionsanalyser**

I analysen anvendes lineær regression til belysning af hvilke forhold, der har betydning for mental sundhed. Lineær regression er valgt, da den afhængige variabel er intervallskaleret. Formålet med at anvende lineær regression er at teste forholdet mellem de uafhængige variable (f.eks. diskrimination) og den afhængige variabel. I tolkningen af den lineære regression anvendes variabelenes koefficienter, som et mål for sammenhængen mellem to variable. Koefficienten måler for hver uafhængig variabel, forskellen mellem den gruppe der betragtes og referencegruppen. Koefficienterne kan antage en positiv eller negativ værdi, alt efter hvor på skalaen den betragtede gruppe befinder sig ift. referencen, som har værdien 0 (Agresti & Finlay, 2009, 265-266).

Ligeledes inddrages p-værdierne for hver variabel. Denne angiver sammenhængens sandsynlighed. Jo lavere p-værdi jo stærkere sandsynlighed for sammenhæng (Agresti & Finlay, 2009:236). det anvendte signifikansniveau er på 0,05 (\*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001).

Som mål for de lineære regressioners forklarede varians anvendes justeret  $R^2$ . Denne kan have værdi fra 0-1, hvor 0 betyder at modellen ikke har forklaringskraft, mens 1 betyder at modellen forklarer hele variationen i

den afhængige variabel. At  $R^2$  er justeret betyder, at værdien er justeret efter antallet af inddragede variable (Agresti & Finlay, 2009:333-334). Ligeledes testes regressionerne for multikollinearitet, dvs. høj grad af korrelation mellem uafhængige variable, ved hjælp af VIF. I tilfælde af værdier over 4 er en af de korrelerende variable taget ud af modellen (Agresti & Finlay, 2009:456-457).



# Kapitel 6: Analyse af LGBT-personerne og deres mentale sundhed

LGBT-personerne er først og fremmest mennesker som alle andre med forskellige livsforhold og egenskaber, men med det fælles karaktertræk at de bryder med den heteroseksuelle matrice. I det følgende kapitel gives et indblik i, hvem LGBT-personerne er i forhold til køn, alder, opvækst, uddannelse, beskæftigelse, etnicitet og familieforhold. Herefter forekommer en grundlæggende analyse af den mentale sundhedstilstand målt på psykisk velbefindende (SF-36), suppleres med stressniveau, selvmordstanker og –forsøg, sociale relationer og sexliv, for et fyldestgørende indblik i mental sundhed blandt respondenterne.

## **Beskrivelse af LGBT-personerne**

Beskrivelsen af LGBT-personerne vil tage udgangspunkt i Tabel 1.

Tabel 1 – Baggrundsforhold. Procent

	Procent		Procent
<b>Seksuel orientering/transkønnethed</b>		<b>Længste uddannelse</b>	
Homoseksuel	20	Ingen erhvervskompetencegivende uddannelse	10
Biseksuel	16	Erhvervsuddannelse, HG, EFG mesterlære mm.	19
Homoseksuel med anstrøg	3	Kort videregående uddannelse, < 3 år	13
Heteroseksuel med anstrøg	49	Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år	34
Transkønnet	11	Lang videregående uddannelse, > 5 år	20
<i>N</i>	957	Anden	4
<b>Biologisk Køn</b>		Ønsker ikke svare	1
Mand	46	<i>N</i>	957
Kvinde	54	<b>Fødested</b>	
<i>N</i>	957	Danmark	94
<b>Oplevet køn</b>		Andet europæisk land	4
Mand	45	Mellemøsten	0
Kvinde	52	Asien	1
Andet	4	Nordamerika	0
<i>N</i>	957	Andet	0
<b>Alder</b>		<i>N</i>	957
16-29	22	<b>Oplever sig selv som dansker</b>	
30-39	24	Ja	97
40-49	25	Nej	3
50-59	17	<i>N</i>	957
60 +	12	<b>Primært vokset op i</b>	
<i>N</i>	957	Københavnsområdet	26
<b>Længerevarende forhold</b>		Århus, Odense, Ålborg	13
Ikke i forhold	32	Stor by (> 30.000)	12
I forhold	68	Mellemstor by (5.000-30.000)	19
<i>N</i>	948	Lille by (< 5.000)	14
<b>Børn</b>		På landet	14
Ja	53	Udenlands	2
Nej	47	<i>N</i>	957
<i>N</i>	957	<b>Bopæl i region:</b>	
<b>Bor sammen med</b>		Hovedstaden	45
Ingen	29	Sjælland	11
Partner	33	Syddanmark	18
Partner og børn	25	Midtjylland	20
Forældre/søskende	4	Nordjylland	6
Andre voksne og evt. børn	2	<i>N</i>	957
Børn	6		
<i>N</i>	957		

I forhold til seksuel orientering/transkønnethed udgør heteroseksuelle med anstrøg knap halvdelen af respondenterne. Af homoseksuelle er der 20 %. Homoseksuelle er i analysen slået sammen med homoseksuelle med anstrøg, som udgør 3 %. De biseksuelle udgør 16 % og de transkønnede 11 %. Når respondenterne fordeles i forhold til seksuel orientering/transkønnethed, er der således tale om relativt små grupper.

Ovenstående fordeling indikerer vigtigheden af at inddrage mere flydende seksualitetsgrupper, da heteroseksuelle med anstrøg udgør knap halvdelen af respondenterne, og dermed en væsentlig del af LGBT-

personerne. Dette understreger således, at man skal være varsom med for meget kassetænkning omkring seksuel orientering, og at en nuanceret tilgang er væsentlig.

Fordelingen ved biologisk køn er, at kvinder udgør 54 %, mens mænd udgør 46 %. Dette varieres en smule i forhold til oplevet køn. Her udgør de, der føler sig som mænd 45 %, mens de der føler sig som kvinder, udgør 52 %. De resterende 4 % oplever ikke, at de passer ind i det binære kønssystem.

Tabel 2 - Sammenhæng mellem biologisk køn og oplevet køn. Procent.

Oplevet køn	Biologisk køn		Total
	Mand	Kvinde	
Mand	95%	3%	45%
Kvinde	1%	93%	52%
Anden	4%	4%	4%
Total	434	521	955

3 % af de, der biologisk er født som piger, der føler sig som mænd, mens kun 1 % af de der er født som drenge, føler sig som kvinder. En lige stor andel (4%) af biologisk fødte drenge og piger føler sig som andet end mænd eller kvinder. Kun en enkelt respondent er født interkønnet (Tabel 2). Der er således tale om en lille variation mellem biologisk og oplevet køn.

I den resterende analyse vil den anvendte kønsvariabel, jævnfør den socialkonstruktivistiske forståelsesramme, være oplevet køn.

Anskues køn og seksuel orientering/transkønnethed i sammenhæng, er det ikke kun de transkønnede, der oplever at have en anden kønsidentitet end mand eller kvinde (Tabel 3).

Tabel 3 Oplevet køn i relation til seksuel orientering/transkønnethed. Procent.

	Homoseksuelle	Biseksuelle	Anstrøggruppen	Transkønnede	Total
Mand	59%	42%	35%	64%	45%
Kvinde	38%	53%	63%	29%	52%
Andet	3%	6%	3%	8%	4%
N	225	154	473	105	957

Netop denne nuancering viser relevansen af at se køn performativt, jævnfør Butler. En af respondenterne italesætter netop ønsket om ”at samfundet og personer viser forståelse for/accept af, at det seksuelle univers ikke er sort/hvid - dvs. at der findes mange glidende overgange/varianter af seksualitet”. En anden ønsker ”Et mere nuanceret billede af kønnene, og at der ikke kun er 3, men rigtig mange forskellige køn”.

Cirka en fjerdedel af respondenterne befinder sig i hver af kategorierne: 16-29 år, 30-39 år samt 40-49 år. Særligt de ældre er underrepræsenterede, hvorfor der er grund til varsomhed med analyserne af denne gruppe.

Dette er et typisk forekommende problem i elektronisk baserede undersøgelser, og skal ikke nødvendigvis ses som et udtryk for, at der er færre ældre end yngre LGBT-personer.

To tredjedele af respondenterne er i længerevarende forhold, mens en tredjedel ikke er. Parforhold kan som nævnt være en beskyttende faktor i forhold til mental sundhed (kapitel 1).

Et område med særlige problematikker for nogle LGBT-personer, er børn. Hvis man indgår i et parforhold med en af samme køn, kræver det, af gode grunde, en ekstra indsats at få et barn, og der kan være lovgivning, der vanskeliggør valget om at få børn. Godt halvdelen af respondenterne har børn. De 47 % der ikke har, angiver en række årsager hertil, hvoriblandt de primære er ikke at have interesse i børn (11%), og at det ikke er aktuelt lige nu (14%). Færre angiver årsager såsom infertilitet (3%), lovgivningsproblemer (1%) og sundhedsmæssige årsager (1%) (ikke i tabel). Der er enkelte steder, hvor LGBT-personer ikke er juridisk ligestillede i forhold til at få børn, men det er her en relativt lille andel, der føler sig ramt.

I forhold til boligsituation bor 29 % alene, en tredjedel sammen med partner, og en fjerdedel med partner og børn. 6 % bor kun med deres børn. En lille andel bor med forældre/søskende (4%), mens 2 % bor med andre voksne og evt. børn.

En fjerdedel er vokset op i Københavnsområdet, mens 13 % er vokset op i Aarhus, Odense eller Aalborg. 14 % er vokset op i en lille by, og samme andel er vokset op på landet. Tre ud af 10 er vokset op i en stor eller mellemstor by. Det er således stor spredning i, hvilken bystørrelse respondenterne er opvokset i.

Billedet er anderledes ved nuværende bopæl. Knap halvdelen (45%) bor i Region Hovedstaden, mens 11 % bor i region Sjælland. Der bor en femtedel i Syddanmark og Midtjylland, mens der bor færrest i Region Nordjylland (6%). Særligt homoseksuelle bor i Region Hovedstaden (59 % af de homoseksuelle), mens det er lidt mindre andele af de andre (ikke i tabel).

Selvom ovenstående tal ikke er direkte sammenlignelige, er der tydelig tendens til, at mange der er opvokset uden for København, senere i livet er flyttet til København. Netop på den baggrund tog Københavns Kommune i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed initiativ til en undersøgelse af trivsel og helbred blandt LGBT-personer (Johansen, 2015). Det er positivt at Københavns Kommune beskæftiger sig med LGBT-sundhed. Dog er det væsentligt, at der foretages nationale indsatser, for LGBT-personer uden for Region Hovedstaden er i nogle aspekter mere udsatte (Gransell & Hansen, 2009).

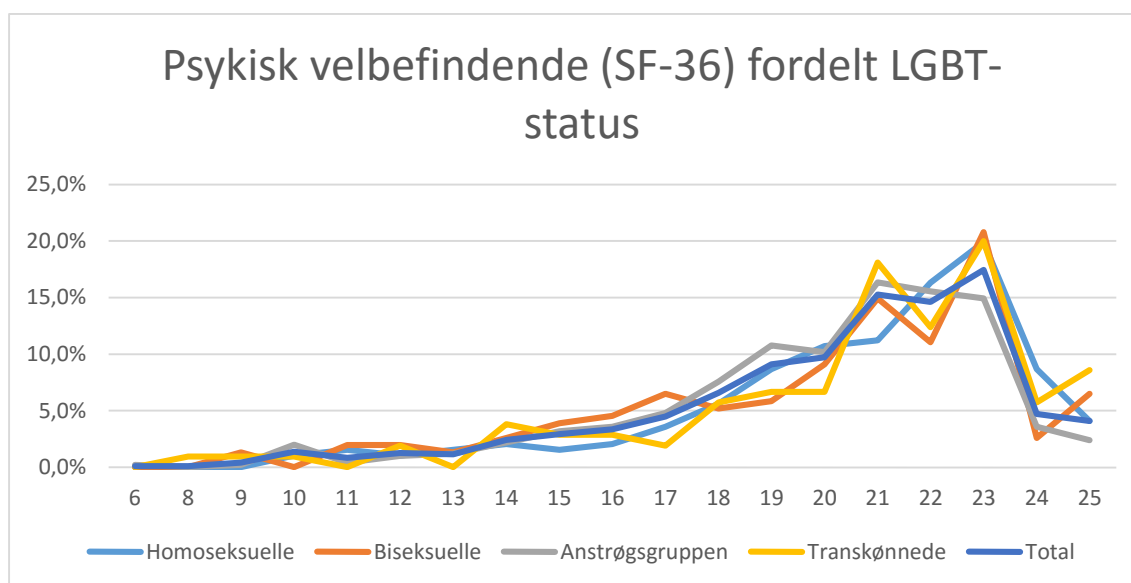
Hovedparten af respondenterne (94%) er født i Danmark, mens 6 % fordeler sig på resten af verden. En lidt større andel af respondenterne føler sig danske (97%). Andelen med udenlandsk baggrund er så lille, at der ikke

vil blive taget højde for denne faktor i analyserne. En undersøgelse tyder på, at nydanske LGBT-personer er en særlig udsat målgruppe (Følner et al., 2015), hvorfor udeladelsen her ikke er et udtryk for irrelevans.

## Mental sundhed

I dette afsnit præsenteres LGBT-personernes mentale sundhed i forhold til psykisk velbefindende, stressniveau, selvmordstanker og –forsøg, sociale relationer, social support og sexliv.

Figur 4 – Psykisk velbefindende (SF-36) opdelt i forhold til LGBT-status.



I forhold til psykisk velbefindende, er gennemsnittet blandt respondenterne 20,10 på skalaen (SF-36) (ikke i tabel), hvilket indikerer at der samlet set er mange af respondenterne der har et godt psykisk velbefindende. Der ses ingen signifikant forskel på gennemsnittet mellem grupperne. Som det ses i Figur 4, er der ikke tale om, at der er forskellig fordeling på skalaen for de forskellige grupper. Det er på baggrund af ovenstående ikke muligt at dokumentere, at nogle LGBT-grupper skulle være mere udsatte i forhold til psykisk velbefindende.

## Oplevet stress

Tabel 4 Oplevet stressniveau i dagligdagen fordelt på LGBT-status. Procent.

Oplevet stress	Homoseksuelle	Biseksuelle	Anstrøg	Transkønnede	
Ja, ofte	6%	5%	10%	7%	8%
Ja, af og til	41%	40%	46%	30%	42%
Nej (næsten aldrig)	53%	55%	44%	63%	50%
N	223	154	471	104	952

Chi<sup>2</sup>: 18,161 p=0,006

Jævnfør Tabel 4 oplever halvdelen stress. 8 % oplever det ofte. Anstrøgsgruppen er den mest udsatte af LGBT-grupperne.

LGBT-personerne adskiller sig lidt fra den øvrige befolkning, hvor 8,7 % altid/ofte var nervøse eller stressede, mens 33 % af og til var nervøse eller stressede i 2005. I 2010 var tallene steget til 12,6 % og 33 % (Christensen et al., 2012). Der er lidt flere i den øvrige befolkning, der altid/ofte oplever stress, men til gengæld en større del blandt LGBT-personerne, der af og til oplever stress. Samtidig skal der tages forbehold for, at tallene for den øvrige befolkning også indeholder nervøsitet, mens dette ikke er tilfældet i nærværende undersøgelse. På baggrund af ovenstående oplever en lidt større andel blandt LGBT-personerne stress end den øvrige befolkning.

### Selvordsforsøg og selvmordstanker

Et relevant område i forhold til LGBT-personer er selvmord og selvmordstanker.

Tabel 5 – Tanker om selvmord det seneste år og selvmordsforsøg på et tidspunkt i livet fordelt på LGBT-status. Procent

		Homoseksuelle	Biseksuelle	Anstrøg	Transkønnede	Total
Tanker om selvmord seneste år*	Nej	92%	81%	80%	90%	84%
	Ja	9%	19%	20%	10%	16%
	N	219	153	463	102	937
Selvmordsforsøg nogensinde**	Nej	93%	77%	89%	94%	88%
	Ja, inden for det seneste år	1%	1%	0,4%	0%	1%
	Ja, tidligere	7%	22%	11%	6%	11%
	N	224	151	468	103	946

\*  $\chi^2$ : 16,647 p:0,001

\*\*  $\chi^2$ : 26,332 p: 0,000

16 % har inden for det seneste år haft selvmordstanker (Tabel 5). Dette er markant flere end i den samlede voksne befolkning, hvor andelen jævnfør SUSY 2005 var 6,9 %. Samme mønster ses ved selvmordsforsøg. Hvor 12 % blandt LGBT-personerne på et tidspunkt har forsøgt selvmord, er det 3 % på befolkningsniveau (Ekholm et al., 2006).

Der er her signifikante forskelle mellem LGBT-grupperne. Blandt biseksuelle og anstrøgsgruppen har en femtedel oplevet selvmordstanker, mens det blandt homoseksuelle samt transkønnede er en tiendedel. Et lignende mønster findes ved selvmordsforsøg; hvor en fjerdedel af biseksuelle på et tidspunkt har forsøgt selvmord, gælder dette for hhv. 7 og 6 % blandt homoseksuelle og transkønnede. I anstrøgsgruppen er det en

tiendedel, hvilket er noget lavere end biseksuelle. Det er tydeligt, at der særligt blandt de biseksuelle er en stor del, der på et tidspunkt i deres liv oplever udfordringer, der er så store, at de både tænker på, men også aktivt forsøger selvmord, men alle grupperne ligger over landsgennemsnittet.

### Sociale relationer og social support

Som vist i Tabel 6, oplever 6 % ofte at være uønsket alene, mens 28 % engang imellem oplever dette. Det samme niveau ses i SUSY 2010 på befolkningsniveau, hvor 5,6 % angiver ofte at være uønsket alene (Christensen, et al., 2012).

I undersøgelsen af LGBT-personers helbred og trivsel fra Statens institut for folkesundhed (SIF), lokaliseres der en kønsforskel, hvor der blandt biseksuelle og lesbiske kvinder er hhv. 5 % og 16 % der ofte er uønskede alene, er der blandt de biseksuelle mænd 13% og bøsser 10 %. Blandt de transkønnede er tallet helt oppe på 19 % (Johansen et al., 2015). Forskellene kan ikke bekræftes i nærværende analyse.

Tabel 6 – Hvor ofte uønsket alenehed opleves og hvor ofte man har nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte (social support). Procent.

Variabel	Procent
<b>Uønsket alene</b>	
Ja, ofte	6
Ja, Engang imellem	28
Ja, men sjældent	36
Nej	31
<i>N</i>	957
<b>Social support</b>	
Ja, altid	52
Ja, for det meste	32
Ja, nogen gange	12
Nej aldrig, eller næsten aldrig	5
<i>N</i>	951

I forhold til hvorvidt LGBT-personerne oplever social support når de har brug for det, angiver 5 %, at dette aldrig eller næsten aldrig er tilfældet, mens 12 % oplever dette nogen gange. Hovedparten (85%) oplever for det meste eller altid social support, når de har brug for det (Tabel 6).

Resultatet fra SIF's undersøgelse viser, at det særligt er biseksuelle unge kvinder, der mangler social support sammenlignet med lesbiske og heteroseksuelle kvinder (Johansen, Laursen & Juel, 2015). Denne forskel findes ikke i nærværende analyse (ikke i tabel).

## Sexliv

Jævnfør kapitel 1 er seksualliv et væsentligt element i forhold til fysisk og mental sundhed.

En femtedel oplever hele tiden eller ofte nedsat sexlyst, mens en fjerdedel oplever dette indimellem (Tabel 7).

Sexlyst er generelt underbelyst i dansk kontekst, men det antages, at nedsat sexlyst oftere forekommer blandt kvinder end mænd (Graugaard, Pedersen & Frisch, 2012). I nærværende undersøgelse lokaliseres der en signifikant kønsforskel, hvor kvinderne oftere end mændene oplever nedsat sexlyst.

Tabel 7 – Sammenhængen mellem hvor ofte man oplever manglende sexlyst og køn. Procent.

Manglende lyst fordelt på køn	Mand	Kvinde	Andet	Total
Hele tiden/ofte	10%	22%	23%	17%
Indimellem	19%	32%	37%	26%
sjældent	35%	25%	29%	30%
aldrig	36%	21%	11%	27%
Count	423	482	35	940

chi2: 65,030 p:0,000

I den heteroseksuelle suppleringsundersøgelse til den oprindelige undersøgelse af datasættet, fandt de signifikant forskel mellem heteroseksuelle og LGBT-personerne. Her oplevede 40 % af de heteroseksuelle aldrig nedsat eller manglende sexlyst, i modsætning til 27 % blandt LGBT-personerne (Gransell & Hansen, 2009). Sammenlignes tallene med undersøgelsen fra Statens Institut for folkesundhed ses det, at der blandt kvinderne er en femtedel, der ofte mangler sexlyst. Disse adskiller sig ikke signifikant fra de heteroseksuelle kvinder. Blandt mændene er det særligt de homoseksuelle der er udsatte for manglende sexlyst (14%) mens tallet blandt biseksuelle og heteroseksuelle mænd er 5 og 6 % (Johansen, Laursen & Juel, 2015)

Ikke kun nedsat sexlyst kan være en indikator på mentale og helbredsmæssige problemer. Også manglende dækning af seksuelt behov kan være relevant. 38 % af respondenterne får dækket deres behov, mens en fjerdedel har et udækket behov.

Tabel 8 –Hvor ofte dækning af seksuelt behov mangles. Procent.

	Procent
Dækket behov	38%
Delvist dækket behov	32%
Udækket behov	26%
Har ikke behov	4%
N	914



Resultatet adskiller sig lidt fra en anden dansk undersøgelse, hvor særligt de mandlige respondenter oplevede manglende dækning af deres seksuelle behov (Graugaard et al., 2015). Der fandtes ingen kønsforskel i nærværende undersøgelse, og respondenterne i nærværende undersøgelse udtrykker i større grad, at de får dækket deres behov end i den anden undersøgelse (Graugaard et al., 2015).

På baggrund af ovenstående er det muligt at konkludere, at LGBT-personer på nogle områder i forhold til mental sundhed er mere udsatte sammenlignet med heteroseksuelle. Det gælder særligt i forhold til selvmordsforsøg og selvmordstanker, men også ved stress ses en lidt større andel LGBT-personer end heteroseksuelle og i forhold til sexlyst, hvor flere heteroseksuelle end LGBT-personer aldrig oplever manglende eller nedsat sexlyst. Ved sociale relationer ses det, at en lille andel af respondenterne oplever uønsket alenehed og mangel på social support. Dette er på niveau med heteroseksuelle.

# Kapitel 7: Analyse af diskrimination, vold og åbenhed

I følgende kapitel analyseres omfanget af hhv. diskrimination, vold, trusler og åbenhed omkring seksuel orientering/transkønnethed. Dette er nødvendigt for en nuanceret forståelse af, de forhold LGBT-personer i Danmark lever under, ligesom det er relevant at få et dyberegående kendskab til omfanget, førend de relateres til mental sundhed i kapitel 8.

## Omfanget af diskrimination

I dette afsnit undersøges omfanget af diskrimination mod LGBT-personer på baggrund af seksuel orientering/transkønnethed. Diskrimination er ulovligt i international og dansk sammenhæng (side 5), og der er de seneste årtier sket lovmæssige initiativer i Danmark, hvor LGBT-personer er blevet sikret ligebehandling på en række områder (bilag 1). 93 % af LGBT-personerne kender til lovgivningen omkring diskrimination, men kun 2 % har på et tidspunkt anmeldt en sag (ikke i tabel).

Tabel 9 - Oplevet diskrimination det seneste år grundet seksuel orientering/køn fordelt på LGBT-status

Årsag	Homoseksuelle	Biseksuelle	Anstrøg	Transkønnede	Total
Grundet køn/seksualitet	20%	3%	1%	5%	6%
Ikke oplevet diskrimination pba seksualitet/køn	80 %	97 %	99 %	95%	94%
N	225	154	473	105	957

Chi<sup>2</sup>: 87,474 p: 0,000

6 % har i løbet af det seneste år oplevet diskrimination på baggrund af seksuel orientering/transkønnethed (Tabel 9). Det er værd at bemærke, at der er tale om oplevelser det seneste år, og de resterende 96 % kan således have oplevet diskrimination på andre tidspunkter. Særligt homoseksuelle er udsatte, hvoraf en femtedel har oplevet diskrimination, hvilket er markant flere end de andre grupper. Dette kan hænge sammen med graden af åbenhed, hvor homoseksuelle i høj grad er mere åbne omkring deres seksuelle orientering, hvilket kan medføre en større udsathed for blandt andet diskrimination (se side 70).

Om omfanget af diskrimination er stort eller lille, i forhold til lande vi normalt sammenligner os med kan være svært at vurdere, da der kan være store forskelle på, hvad der defineres som diskrimination. En undersøgelse af LGBT-forhold i EU fra 2013 viste, at 31 % blandt danske LGBT-personer havde oplevet diskrimination det seneste år, mens EU-gennemsnittet lå på 47 %, hvilket betyder, at Danmark er blandt landene med mindst diskrimination på baggrund af seksuel orientering (FRA, 2013). Tallet fra nærværende analyse kan her forekomme meget lavt, hvilket kan skyldes, at der i EU-undersøgelsen ikke er tale om en stikprøve, men et selvadministreret spørgeskema. EU-undersøgelsen kan dog indikere, at niveauet af diskrimination ligger forholdsvist lavt i Danmark, men dog stadig forekommende, sammenlignet med andre EU-lande.

### Hvor sker diskriminationen?

Diskrimination kan have mange former. Der kan bl.a. tales om institutionaliseret diskrimination, f.eks. når LGBT-personer systematisk fravælges ved jobsamtaler, oplever nedværdigende behandling i offentlige institutioner hos f.eks. politiet eller lægen. Diskrimination kan også tage form af konfrontationer fra fremmede med negative holdninger. Til et mere nuanceret billede af diskrimination ses det i

Tabel 10, hvor diskrimination finder sted. Der er tale om enkeltstående bivariate analyser for hvert sted, da den enkelte respondent kan have oplevet diskrimination i flere sammenhænge.

Tabel 10 – Steder hvor diskrimination det seneste år har fundet sted fordelt på LGBT-status. Procent.

Sted	Homoseksuelle	Biseksuelle	Anstrøg	Transkønnede	Total
I Boligkvarter	2%	0,0%	0,0%	2%	1%
I offentligt rum	<b>12%</b>	<b>2%</b>	<b>0,4%</b>	<b>4%</b>	<b>4%</b>
I butikker	3%	1%	0,2%	2%	1%
På arbejdsplads	4%	0,0%	0,4%	1%	1%
På uddannelsessted	2%	1%	0,4%	1%	1%
Offentlige transportmidler	2%	0%	0%	2%	1%
I restaurationer o.lign.	2%	1%	0,0%	1%	1%
Ved jobsøgning	2%	1%	0,0%	2%	1%
I nattelivet/diskoteker	<b>8%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	1%	<b>3%</b>
På offentlige kontorer	1%	1%	0,0%	1%	0,4%
Hos lægen/på hospitalet	1%	1%	0,0%	1%	0,4%
Politiet/domstole	0,4%	1%	0,0%	1%	0,3%
N	225	154	473	196	957

Flest angiver, at have oplevet diskrimination på gaden eller offentlige steder (4%) eller i nattelivet/på diskoteker (3%), mens en meget lille andel har oplevet diskrimination i mødet med forskellige offentlige systemer

(politi/domstole, læge/hospital, på offentlige kontorer). Det er positivt, at så lille en del har oplevet, hvad man kan betegne som strukturel diskrimination i form af direkte begrænsninger af deres muligheder f.eks. ved jobsøgning eller i kontakt med politiet eller andre institutioner på baggrund af deres LGBT-status. At en lidt større andel har oplevet diskrimination i det offentlige rum og i nattelivet viser, at den oftest forekommende diskrimination sker i mødet mellem almindelige mennesker.

Ovenstående analyse viser, at oplevelser med diskrimination blandt LGBT-personer kun forekommer i lille grad. Det er dog tydeligt, de homoseksuelle skiller sig ud - her har hver femte oplevet diskrimination. Det at diskrimination til en hvis grad forekommer og primært finder sted i det offentlige rum eller nattelivet, kan give anledning til at tænke at, det til en hvis grad er relevant at tale om stigmatisering. Stigmatisering, som kan tage form af diskrimination, opstår ifølge Goffman i sociale relationer, hvor et individ eller gruppe er bærer af en miskrediterende egenskab. I tilfælde hvor stigmatiseringen sker på baggrund af LGBT-status, kan der tales om seksuel stigma. En af de strategier der kan anvendes til at undgå stigmatisering er at passere, dvs. skjule sin seksuelle orientering. Som det ses på side 71, er de homoseksuelle, de der oftest er åbne omkring seksuel orientering, hvilket kan være en del af forklaringen på den større forekomst af diskrimination mod denne gruppe.

Ligeledes kan diskrimination ses i lyset af Butlers begreb den heteroseksuelle matrice. Diskrimination af særligt de homoseksuelle kan tyde på, at den heteroseksuelle matrice til en hvis grad gør sig gældende, da de der skiller sig ud fra denne opleves som forkerte. Jævnfør Butler kan det at bryde med den heteroseksuelle matrice medføre problemer både politisk, juridisk og socialt. Ovenstående tyder på, at der for respondenterne primært er tale om problemer i forhold til diskrimination i det sociale liv i det offentlige rum, og i mindre grad i forhold til juridiske og politiske forhold.

## Omfanget af vold og trusler

I det følgende afsnit undersøges omfanget af vold og trusler. Udover konkrete oplevelser med vold og trusler undersøges omfanget af bekymringer omkring vold og trusler.

Tabel 11 Omfanget af oplevelser med vold og trusler nogensinde + seneste år. Procent.

		Total
Nogensinde udsat for vold/trusler	Ja en gang	29%
	Ja flere gange	25%
	Nej, aldrig	46%
<i>N</i>		957
Udsat for vold/trusler seneste år	Både trusler og vold	2%
	Kun vold	1%
	Kun trusler	8%
	Nej	89%
<i>N</i>		957

Over halvdelen af respondenterne (57%) har oplevet vold eller trusler mindst en gang i deres liv (Tabel 11), mens 11 % har oplevet vold og/eller trusler det seneste år. 3 % har oplevet vold mens 10 % har oplevet trusler (Tabel 11). I den oprindelige undersøgelse med nærværende datasæt undersøgte de om nogle grupper er særligt udsatte for vold og trusler. De fandt, at parforhold virker som en beskyttende faktor (58 % enlige har oplevet vold mod 49 % i parforhold) (Gransell & Hansen, 2009), men fandt ikke andre signifikante sammenhænge. Offerundersøgelsen for år 2008 viser, at cirka 2 % af befolkningen (16-74 år) har oplevet vold det seneste år, mens 3 % har oplevet trusler (Balvig & Kyvsgaard, 2011). Der ses således markante forskelle, særligt ved trusler, som ligger højt blandt respondenterne sammenlignet med resten af befolkningen (16-74 år). Den højere forekomst af vold og trusler blandt LGBT-personer kan genfindes i andre undersøgelser (Graugaard et al., 2015).

Blandt de 11 % der har oplevet vold eller trusler det seneste år, angiver 17 %, at hændelsen helt sikkert eller måske skyldtes seksuel orientering/transkønnethed (ikke i tabel). Dette betyder, at færre af respondenterne har oplevet vold og trusler end diskrimination på baggrund af seksuel orientering/transkønnethed. Jævnfør Offerundersøgelsen angiver 5 % af alle ofre for voldshændelser fra 2008-2011 at forbrydelsen helt sikkert eller måske var motiveret af seksuel orientering eller transkønnethed (Balvig & Kyvsgaard, 2011), hvilket antyder, at det samlede niveau af voldshadforbrydelser kan være større, end nærværende analyse indikerer. Ligesom ved diskrimination er det tydeligt, at de homoseksuelle er mere udsatte end de øvrige grupper. Her tilskriver

mere end halvdelen deres oplevelse med vold og trusler deres seksuelle orientering (Tabel 12). Årsagen til den større andel af oplevelser med vold og trusler blandt LGBT-personer kan således kun i lille grad findes i oplevet stigmatisering, undtagen blandt homoseksuelle, hvor mere end halvdelen tilskriver oplevelsen deres seksuelle orientering, hvorfor der er tale om oplevet stigmatisering.

Tabel 12 – Sammenhæng mellem seksuel orientering/transkønnethed som årsag til vold/trusler og LGBT-status. Procent.

	Homoseksuelle	Biseksuelle	Anstrøg	Transkønnede	Total
Ja	56%	6%	10%	8%	17%
Nej	44%	94%	90%	92%	83%
N	18	16	52	12	98

chi2:22,550 p:0,000

Den større andel af oplevelser med vold og trusler kan også hænge sammen med at LGBT-personer oftere udfører risikoadfærd. Dette er tilfældet f.eks. i forhold til binge-drinking (se side 8), og øget alkoholindtag kan kædes sammen med voldshændelser (Grønbæk, 2008).

### Omfanget af bekymringer for vold og trusler

Det er ikke kun selve voldshændelserne, der er interessante, men også omfanget af bekymringer for vold og trusler.

Tabel 13 – Niveauet af bekymring for vold og trusler. Procent.

Bekymringsniveau	Procent
Meget bekymrede	10%
Noget bekymrede	31%
Ikke bekymrede	59%
N	957

10 % af respondenterne er meget bekymrede for vold og trusler, mens 31 % er noget bekymrede.

Sammenlignes tallet med Trygfondens tryghedsmåling fra 2009, ses det, at 15,2 % af befolkningen føler sig 'meget' eller 'noget' utrygge ved risikoen for at opleve vold og overfald (Trygfonden, 2009). Det tyder således på, en noget større grad af bekymring for vold blandt respondenterne end i den øvrige befolkning.

Det er nærliggende at antage, at de der bekymrer sig om vold og trusler, også har oplevet vold og trusler. Tabel 14 viser, at der er signifikant sammenhæng mellem oplevelser og bekymring. Blandt de der har oplevet

vold/trusler, er knap halvdelen (46%) bekymrede. Det er værd at bemærke, at der, blandt de der aldrig har oplevet vold/trusler, er mere end en tredjedel, der er meget eller noget bekymrede (36%), hvilket ikke kan begrundes i egne oplevelser.

Tabel 14 Bekymringsniveau for vold og trusler fordelt på oplevelser med vold nogensinde. Procent.

Bekymringsniveau	Oplevet nogensinde	Aldrig oplevet	Total
Meget bekymret	12%	9 %	10%
Noget bekymret	34%	27%	31%
Ikke bekymret	54%	64%	59 %
N	512	445	957

Chi<sup>2</sup>: 10,525 p:0,005

Der er således tale om, at LGBT-personer i større omfang oplever vold og trusler sammenlignet med den øvrige befolkning, men ligesom ved diskrimination er der tale om en relativt lille forekomst af vold og trusler på baggrund af seksuel orientering/transkønnethed, hvilket må betragtes som positivt, men dog stadig relevant, særligt blandt homoseksuelle.

Som ovenstående analyse viser, er et væsentligt element i forhold til vold og trusler, den bekymring som er relativt udbredt blandt LGBT-personer. Bekymringen for vold og trusler kan ses i relation til begrebet stigmabevidsthed, som netop omhandler bevidsthed omkring den større udsathed for stigmatisering, det medfølger at være del af en minoritet. Når så stor en del bekymrer sig om vold og trusler, og en relativ stor del bekymrer sig uden at have haft personlige oplevelser med det, tyder dette på, at der er tale om stigmabevidsthed blandt respondenterne.

## Omfang af åbenhed omkring seksuel orientering/transkønnethed

I det følgende afsnit analyseres omfanget af åbenhed blandt LGBT-personer, nuanceret med viden omkring hvem de er åbne over for, hvor ofte de skjuler seksuel orientering, samt hvordan dette gøres. Afsnittets formål er at gøre os klogere på respondenternes håndtering af deres seksuelle orientering/transkønnethed i deres hverdag og sociale liv.

Jævnfør operationaliseringen (side 45) er de heteroseksuelle med anstrøg ikke blevet stillet spørgsmål angående åbenhed, og de indgår derfor ikke i dette afsnit. De transkønnede er ikke blevet spurgt om, hvor ofte og hvordan de skjuler deres transkønnethed, så de indgår ikke i delen omhandlende dette.

## Omfanget af åbenhed

77 % af respondenterne har talt med nogen om deres seksuelle orientering/transkønnethed, mens 23 % ikke har (Tabel 15). Der er signifikant forskel på LGBT-grupperne. Mens der blandt homoseksuelle er 85 %, der har talt med andre, er andelen af biseksuelle lidt lavere (76%). Blandt transkønnede har mere end hver tredje, aldrig talt med nogen om deres transkønnethed.

Tabel 15 Nogensinde talt med nogen om seksuel orientering/transkønnethed fordelt på LGBT-status. Procent.

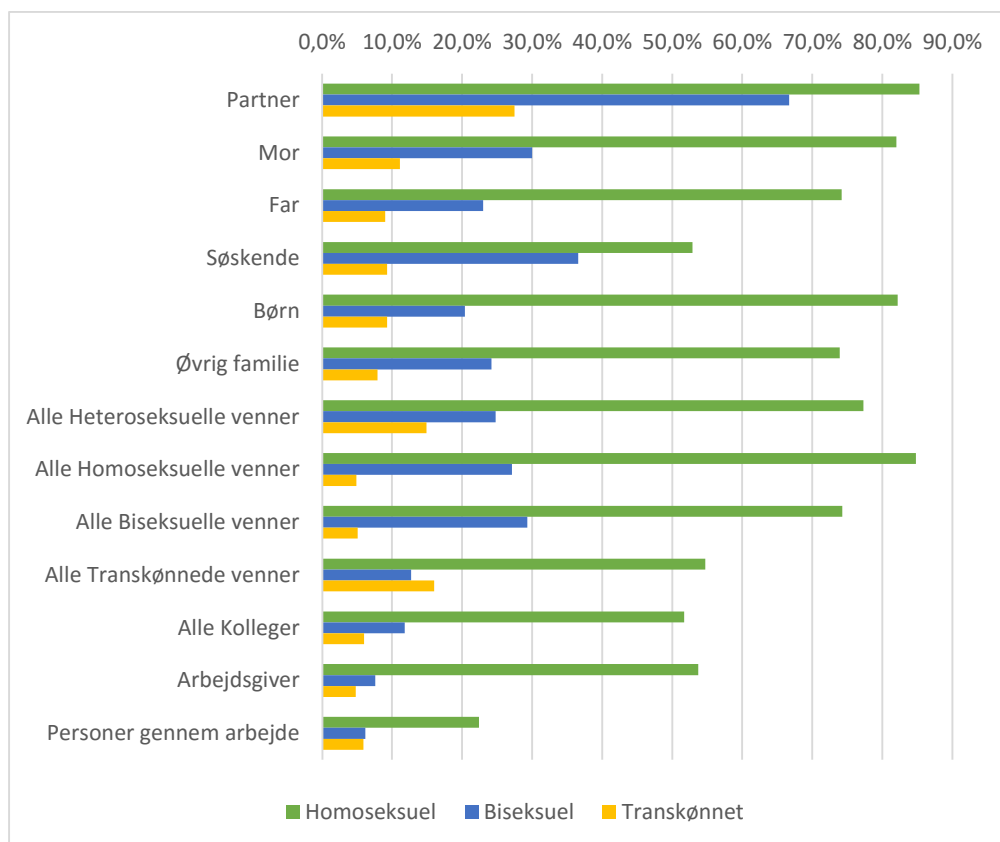
	Homoseksuelle	Biseksuelle	Transkønnede	Total
Har talt med nogen	85%	76%	63%	77%
Har aldrig talt med nogen	15%	24%	37%	23%
N	225	154	105	484

Chi2: 20,004 p:0,000

Blandt de åbne omkring seksuel orientering/transkønnethed, er der stor forskel på, hvem de vælger at være åbne over for. Mange vælger kun at være åbne over for bestemte personer eller grupper. Figur 5 viser tydeligt, at homoseksuelle er mest åbne omkring deres seksualitet i forhold til alle personer/grupper, imens de biseksuelle og særligt de transkønnede er markant mindre åbne. Generelt er der tendens til, at alle respondenterne er mere åbne jo tættere en relation, der er tale om. Særligt over for partneren (for de der har en sådan), er åbenheden størst. Blandt alle respondenterne er lidt flere åbne over for deres mor end deres far. I forhold til vennerne er der mest åbenhed over for den vennegruppe, der tilhører samme LGBT-gruppe som respondenterne selv. Blandt de fjernere relationer i form af kolleger/skolekammerater, arbejdsgivere/lærere og arbejdsrelationer, ses der en lavere grad af åbenhed. Mens lidt over halvdelen af de homoseksuelle er åbne omkring seksuel orientering overfor kolleger/skolekammerater og arbejdsgiver/lærere, gælder dette kun for omtrent 10 % af de biseksuelle og endnu færre blandt de transkønnede. Der er således en relativt stor del, af de mennesker respondenterne omgås i hverdagen, der intet kendskab har til deres seksuelle orientering eller transkønnethed.



Figur 5 Andel der er åbne omkring seksuel orientering/transkønnethed over for forskellige personer/grupper, fordelt på LGBT-status. Procent.



Tabel 16 viser, at 63 % altid eller nogle gange skjuler deres seksuelle orientering, mens 37 % aldrig gør det. De biseksuelle skjuler oftere deres seksuelle orientering end homoseksuelle.

Tabel 16 – Hvor ofte seksuel orientering skjules fordelt på seksuel orientering. Procent.

Skjuler seksuel orientering:	Homoseksuelle	Biseksuelle	Total
Altid	5%	23%	12%
Nogle gange	54%	46%	51%
Aldrig	41%	31%	37%
N	218	145	363
Chi2: 27,324 p:0,000			

Ønsket om at skjule seksuel orientering kan stamme fra en forventning om at møde negative reaktioner ved at være åbne. Når der ses på de reaktioner, de respondenter der er åbne har fået, er bekymringen ikke helt ubegrundet. Hovedparten har modtaget positive reaktioner fra langt de fleste grupper, men samtidig har mere end en fjerdedel oplevet negative reaktioner fra deres forældre (Tabel 17). Der skal her tages højde for, at de der ikke har valgt at tale åbent om seksuel orientering, måske netop har gjort det på baggrund af en begrundet

forventning om at møde negative reaktioner, hvis de f.eks. er bekendt med at familien/vennen har en negativ holdning. I en undersøgelse af danske unge angav mere end en tredjedel, at de ikke betragter det som ok at have sex med en af eget køn (Knudsen, 2007). At så stor en andel blandt unge udtrykker denne holdning kan være med til at mindske lysten til åbenhed omkring LGBT-status.

Tabel 17 Reaktioner på åbenhed fordelt på forskellige personer/grupper. Procent.

Reaktioner på åbenhed fra:	Negativ reaktion	N
Partner	7%	259
Mor	27%	230
Far	28%	196
søskende	13%	225
Børn	12%	75
øvrige familie	13%	199
Heteroseksuelle venner	8%	295
Homoseksuelle venner	4%	271
Biseksuelle venner	4%	234
Transkønnede venner	11%	90
Arbejdskolleger	7%	242
Arbejdsgiver	9%	184
Lærere	10%	124
Arbejdsrelationer	7%	174

Respondenterne anvender forskellige metoder til at skjule seksuel orientering. Den hyppigst anvendte metode er at undlade at fortælle om seksuel orientering (87%) (Tabel 18). Denne metode anvendes signifikant oftere blandt homoseksuelle (92%) end blandt biseksuelle (81%) ( $\chi^2:6,444$ ,  $p:0,011$ ). Det at undlade at kysse og kærtegne offentligt (44%) og at holde kæresten i hånden (29%) er de næsthypigst anvendte metoder. Også her er der signifikant forskel, hvor de homoseksuelle har større tendens til at anvende disse (Tabel 18). Dette er i tråd med en EU-undersøgelse, hvor 64 % af de danske LGBT-personer, betragter det som udbredt, at heteroseksuelle par holder i hånd, mens det kun er 4 %, der mener det ved samkønnede par (FRA, 2013). En stor andel af LGBT-personerne oplever således at, hvis de holdt i hånd, kyssede eller kærtegnede offentligt, ville de skille sig ud. I samme undersøgelse angav mere end to tredjedele (mindst halvdelen i hvert land), at de undgår at holde i hånd af frygt for vold, trusler og diskrimination (FRA, 2013). Det er således udbredt, både i Danmark, og i EU at undgå at vise sit forhold offentligt i samkønnede forhold.

Jævnfør side 66, foregår diskrimination oftest i det offentlige rum eller nattelivet. Ved at undgå tydelighed omkring sin seksuelle orientering, f.eks. ved at holde hånd, kan risikoen for denne form for diskrimination formindskes.

Tabel 18 Strategier for at skjule seksuel orientering fordelt på seksuel orientering. Procent.

Undlader at:	Homoseksuelle	Biseksuelle	Total	
Fortælle om seksuel orientering	92%	81%	87%	Chi <sup>2</sup> : 6,444 p:0,011
Kysse og kærtegne offentligt	59%	27%	45%	Chi <sup>2</sup> :23,185 p:0,000
Holde kæreste i hånden offentligt	45%	10%	30%	Chi <sup>2</sup> : 32,981 p:0,000
N	129	100	229	

Blandt de mindre hyppigt anvendte strategier findes at undlade at tage partner med til fester (16%), at lade være med at registrere sig (11%) eller bo sammen (10%) (Tabel 19).

Tabel 19 Strategier for at skjule seksuel orientering. Procent.

Skjuler seksuel orientering ved at undlade at...	
At tage partner med til fester	16%
Lade sig registrere med partner	11%
Bo sammen med partner	10%
Vise sig som medforæder	5%
Skjule på anden måde	18%
N	229

En del af respondenterne er opmærksomme på, at de gennem åbenhed kan bidrage til at nedbryde fordomme og normalisere det at have en anden seksuel orientering. De efterspørger større oplysning og åbenhed omkring seksualitet, også fra egen side. Bl.a. skriver en:

*”... både flere homoseksuelle burde stå frem men også flere heteroseksuelle bør støtte antidiskriminering”*

Han efterlyser således både åbenhed fra egne rækker, men også opbakning fra de heteroseksuelle.

En anden er mere konsekvent: *” Vi skal turde være konsekvent åbne ”*, mens en tredje forbinder åbenheden direkte med nedbrydning af fordomme: *”Alle burde være åben omkring deres seksualitet, på den måde normaliseres det. Derigennem finder omverdenen ud af, at vi ikke alle lever efter det stereotype billede af en homoseksuel”*.

Åbenhed er således ikke kun afgørende for den enkelte LGBT-person, men kan, som det ses i ovenstående citater også spille en afgørende rolle i øget accept og forståelse.

Der er i spørgeskemaet ikke spurgt ind til, hvorfor respondenterne vælger at skjule deres seksuelle orientering. I en kvalitativ undersøgelse fra Norge giver respondenterne en række forskellige forklaringer, herunder at man skjuler den på baggrund af negative erfaringer enten med at være åben eller med måden, man hører sin seksuelle orientering omtalt. En del skjuler også deres seksuelle orientering på baggrund af forventninger om negativ reaktion, også selvom de ikke har erfaringer, der kan danne grundlag for dette (Malterud & Bjørkman, 2013).

En respondent i nærværende undersøgelse mener også, at dette er tilfældet i Danmark: *”Der er mange homoseksuelle, der ikke tør at vise deres følelser offentligt, netop fordi de er meget bange for hatecrimes”*.

I den norske undersøgelse er der ligeledes en del, der skjuler deres seksuelle orientering, for at slippe for stereotype fordomme (Malterud & Bjørkman, 2013). Netop et opgør med de stereotype fordomme nævner en del af respondenterne i nærværende undersøgelse, særligt i forhold til mandlige homoseksuelle. En ønsker at det ikke er de ”flamboyante bøsser” der får lov at forvrænge billedet af minoriteten:

*”(...) de flamboyante bøsser giver befolkningen et forvrænget billede af hele minoriteten og den generelle livsstil vi har. Langt de fleste af os blander stille og roligt ind, da vores livsstil ikke skiller sig ud fra heteroseksuelles livsstil, ud over hvem vi deler dobbeltseng med.”*

En anden efterlyser: *”at der vises helt almindelige mennesker, som er homoseksuelle i medier og i film - at de ikke fremstilles som outrerede eller ”arketyper”*

Mens en kæder stereotypificering sammen med manglende privilegier for LGBT-personer:

*”Hvis det ikke altid var ekstremterne som fremtrådte i medierne (Gay-Pride, transvestitter, De Fantastiske Fem, osv.), så var der måske større forståelse for, at vi for det meste er ligesom alle andre. Mange tror jo at vi allesammen går rundt og klæder os ud, eller klipper os karseklippede og går med lædervest. Fordomme skabes i medierne, og bekræftes af at vi stadig ikke har de samme privilegier som resten af Danmark”*.

Ovenstående citater kan ikke direkte tilskrives som årsag til det at skjule seksuel orientering, men det understreger tydeligt et ønske om et andet syn på LGBT-personer. En respondent udtrykker det således: *”Hvis man fortæller om sin seksualitet, bliver man ofte defineret ud fra den. Det synes jeg ikke er sjovt”* Han tilskriver netop sin lukkethed omkring sin seksuelle orientering den stereotypificering han oplever at møde, når han er åben omkring sin seksuelle orientering.

Netop denne stereotypificering kan ses i lyset af Butlers begreb den heteroseksuelle matrice, hvor det at bryde med de heteronormative forventninger medfører nye forventninger omkring opførsel, påklædning etc. Stereotypificering kan således ses som et udtryk for, at LGBT-personer ikke ”får lov” til at bryde den heteroseksuelle matrice, uden at møde stereotype forventninger. Disse stereotype forventninger, får i den norske undersøgelse en del til ikke at vælge at stå frem, særligt de der ikke føler at de passer ind i netop disse stereotyper, ligesom en del i nærværende analyse problematiserer netop dette. Ovenstående citater understreger

ligeledes, at mange LGBT-personer lever helt almindelige liv som alle andre, og at de derfor rammes uforskyldt af denne stereotypificering.

Særligt de biseksuelle vælger at holde deres seksuelle orientering hemmelig. Dette kan have grund i at særlige forhold for denne gruppe. Som tidligere beskrevet kan biseksuelle opleve at blive mødt med fordomme om at de blot er usikre eller ikke kan få nok, og netop disse fordomme nævnes i den norske undersøgelse som årsag til at skjule seksuel orientering. Flere beskriver det her som at være i 'to skabe', hvor de blandt homoseksuelle lader som om der er homoseksuelle og blandt heteroseksuelle er de heteroseksuelle (Malterud & Bjørkman, 2013). En respondent i nærværende undersøgelse italesætter det således:

*"Der skal være en større accept af eksistensen af biseksualitet. Også blandt homoseksuelle. Mange har den holdning, at en biseksuel er en homoseksuel der ikke er \"ordentligt sprunget ud\". Den holdning har jeg mødt både blandt homoer og heteroer\".*

Netop denne mangel på forståelse og accept af biseksualitet som en reel seksualitet, både fra homo- og heteroseksuelles side, kan vanskeliggøre åbenhed for denne gruppe.

Det kan således antages at skjult seksualitet vælges på baggrund af stigmabevidsthed med rod i oplevet stigma eller blot forventning om stigma. Behovet for at skjule seksuel orientering kan hænge sammen med ønsket om at undgå ubehagelige situationer i form af negative konfrontationer, stereotypificering, ændrede familieforhold eller direkte fysiske eller verbale angreb såsom diskrimination og/eller vold og trusler.

## **Sammenhænge mellem forekomsten af diskrimination, vold, trusler og åbenhed**

På baggrund af de relativt lave forekomster af diskrimination, vold og trusler på baggrund af seksuel orientering/transkønnethed er det muligt at drage den konklusion at LGBT-personer i Danmark i virkeligheden ikke er så udsatte, at der kan tales om et egentligt problem. Feltet er dog mere komplekst end som så. Når netop de homoseksuelle er markant mere udsatte for oplevet stigmatisering, og samtidig er de der er mest åbne, mens de andre grupper der i mindre omfang oplever stigmatisering sjældnere er åbne omkring deres seksuelle orientering, indikerer dette, at det i et vist omfang er LGBT-personernes egen fortjeneste at omfanget af vold, trusler og diskrimination er relativt lavt, netop fordi de anvender strategier for at skjule deres seksuelle orientering.

I det følgende kapitel analyseres sammenhængen mellem diskrimination, vold og trusler samt åbenhed omkring seksuel orientering og mental sundhed.

# Kapitel 8: Analyse af mental sundhed

I det følgende kapitel sættes mental sundhed i relation til diskrimination, vold og trusler samt åbenhed. Som skitseret i det foregående kapitel, er alle temaerne noget, der i større eller mindre grad forekommer i dansk kontekst. Særligt er det opsigtsvækkende, at en stor del udviser bekymring omkring vold, en del på trods af at de ikke selv har oplevet det, og at mere end seks ud af 10 vælger en gang imellem eller hele tiden at skjule deres seksuelle orientering. Samtidig understreger omfanget af diskrimination, vold og trusler, at disse bekymringer og forbehold til en vis grad kan begrundes med, at LGBT-personer rent faktisk er en udsat gruppe på disse områder, særligt i forhold til de homoseksuelle, som samtidig er den gruppe, der er mest åbne.

I det følgende analyseres temaernes sammenhæng med mental sundhed, med udgangspunkt i analysestrategimodellen (side 53). Først analyseres sammenhængen mellem diskrimination og mental sundhed og dernæst vold og trusler og mental sundhed. Herefter sættes diskrimination, vold og trusler i relation til hinanden og mental sundhed, for at synliggøre sammenhænge mellem disse. Derefter følger en analyse af sammenhængen mellem åbenhed og mental sundhed, og til slut analyseres alle tre temaer sammen i relation til mental sundhed.

## **Diskrimination og mental sundhed**

Når det i ovenstående afsnit er dokumenteret, at diskrimination på baggrund af seksuel orientering/transkønnethed i et vist omfang forekommer i Danmark, er der således grundlag for at undersøge, om der blandt LGBT-personerne kan ses sammenhæng mellem diskrimination og mental sundhed. Netop denne sammenhæng drager Meyer i sin minoritetsstressmodel, hvor oplevet stigmatisering i form af diskrimination på baggrund af LGBT-status sættes i relation til mental sundhed (Meyer, 2007). Denne sammenhæng bakkes op af tidligere forskning (Meyer, 2003; Mays & Cochran, 2001; Pascoe & Richman, 2009; Woodford et al., 2014)

## **Statistisk analyse af sammenhæng mellem diskrimination og mental sundhed**

I Tabel 20 præsenteres de lineære regressioner til synliggørelse af sammenhænge mellem oplevet diskrimination og mental sundhed.

Tabel 20 Lineære regressioner over sammenhængen mellem diskrimination og mental sundhed. Model D1-D6

Variable	Model D1		Model D2		Model D3		Model D4		Model D5		Model D6		
	Koef.	Sig. CI 95 %	Koef.	Sig. CI 95 %	Koef.	Sig. CI 95 %	Koef.	Sig. CI 95 %	Koef.	Sig. CI 95 %	Koef.	Sig. CI 95 %	
Ikke oplevet diskrimination (ref)	-0,770	-1,65 0,11											
Oplever diskrimination			-0,803	-1,71 0,11	-0,899 *	-1,74 -0,06	-0,695	-1,49 0,10	-0,674	-1,46 0,11	-0,528	-1,22 0,17	
Homoseksuelle (ref)													
Biseksuelle			-0,750 *	-1,48 -0,02	-0,370	-1,04 0,30	-0,139	-0,77 0,49	-0,123	-0,75 0,50	-0,357	-0,91 0,20	
Anstrøgsgruppen			-0,806 **	-1,39 -0,22	-0,393	-0,93 0,14	-0,139	-0,65 0,37	-0,051	-0,56 0,45	-0,049	-0,50 0,40	
Transkønnede			-0,633	-1,45 0,18	-0,357	-1,10 0,38	-0,153	-0,85 0,55	-0,109	-0,80 0,58	-0,230	-0,84 0,38	
Ikke i forhold (ref)													
I længerevarende forhold			0,375	-0,10 0,85	0,187	-0,25 0,62	-0,329	-0,76 0,10	-0,269	-0,71 0,17	-0,109	-0,50 0,28	
Lang vid. uddannelse (ref)													
Ingen erhv. komp. uddannelse			-0,052	-0,87 0,77	0,304	-0,46 1,06	0,480	-0,24 1,20	0,430	-0,28 1,14	0,090	-0,54 0,72	
Erhvervsuddannelse			-0,251	-0,90 0,39	0,060	-0,53 0,65	0,024	-0,53 0,58	-0,043	-0,59 0,51	-0,131	-0,62 0,36	
Kort vid. uddannelse			0,007	-0,71 0,73	0,161	-0,50 0,82	0,306	-0,31 0,92	0,315	-0,30 0,93	-0,019	-0,56 0,52	
Mellemlang vid. Uddannelse			0,409	-0,15 0,97	0,422	-0,09 0,93	0,250	-0,23 0,73	0,244	-0,23 0,72	0,205	-0,22 0,63	
16-29 år (ref)													
30-39 år			0,352	-0,31 1,02									
40-49 år			0,354	-0,35 1,05	-0,004	-0,62 0,61	0,123	-0,46 0,70	0,188	-0,38 0,76	0,320	-0,19 0,83	
50-59 år			0,430	-0,34 1,20	0,011	-0,63 0,65	0,084	-0,53 0,69	0,121	-0,48 0,72	0,044	-0,49 0,58	
60+ år			0,893 *	0,00 1,78	-0,129	-0,83 0,57	0,003	-0,67 0,68	0,172	-0,50 0,84	0,379	-0,21 0,97	
Mand (ref)													
Andet køn			-1,493 *	-2,64 -0,34	-1,527 **	-2,57 -0,48	-1,424 **	-2,41 -0,44	-1,072 *	-2,05 -0,09	-0,572	-1,44 0,30	
Kvinde			-0,703 **	-1,17 -0,24	-0,701 **	-1,12 -0,28	-0,777 ***	-1,18 -0,38	-0,528 *	-0,94 -0,12	-0,363	-0,73 0,00	
Opvokset i København (ref)													
Opv. i Aarhus/Odense/Aalborg			-0,661	-1,38 0,05	-0,449	-1,10 0,20	-0,234	-0,85 0,38	-0,258	-0,87 0,35	-0,497	-1,04 0,04	
Opv. i by >5000 indbyggere			-0,541	-1,11 0,02	-0,443	-0,96 0,07	-0,405	-0,89 0,08	-0,429	-0,91 0,05	-0,483 *	-0,91 -0,06	
Opv. i by <5000 indb./landet			-0,768 **	-1,35 -0,19	-0,657 *	-1,18 -0,13	-0,483	-0,98 0,01	-0,543 *	-1,04 -0,05	-0,572 *	-1,01 -0,14	
Opv. udenlands			-0,184	-1,66 1,29	0,148	-1,21 1,50	1,015	-0,27 2,30	0,910	-0,36 2,18	0,464	-0,66 1,59	
Ingen børn (ref)													
Børn			0,909 ***	0,38 1,44	0,698 **	0,21 1,18	0,596 *	0,14 1,05	0,588 *	0,14 1,04	0,569 **	0,17 0,97	
Aldrig forsøgt selvmord (ref)													
Forsøgt på selvmord			0,865 *	0,34 1,39	-0,315	-0,94 0,31	-0,046	-0,64 0,54	0,017	-0,57 0,60	0,139	-0,38 0,66	
Ikke tænkt på selvmord (ref)													
Tænkt på selvmord					-3,946 ***	-4,49 -3,40		-3,102 ***	-3,64 -2,56	-2,885 ***	-3,42 -2,35	-2,121 ***	-2,61 -1,63
Aldrig ønsket alene (ref)													
Oftre ønsket alene													
Engang imellem ønsket alene													
Sjældent ønsket alene													
Aldrig nogen at tale med (ref)													
Altid nogen at tale med													
For det meste nogen at tale med													
Sjældent/aldrig manglende lyst (ref)													
Altid/oftre nedsat lyst til sex													
Indimellem nedsat lyst til sex													
Dækket seksuelt behov (ref)													
Delvist udækket seksuelt behov													
Udækket seksuelt behov													
Ikke stress (ref)													
Oftre stress													
Af og til stress													
R2			0,064		0,242		0,329		0,348				

I Tabel 20 model D1 ses det, at der ingen signifikant sammenhæng findes mellem diskrimination og mental sundhed i en bivariat analyse. Modellen har en meget lille forklaringskraft ( $R^2=,002$ ), hvilket understreger, at oplevelser med diskrimination i sig selv ikke er nogen direkte forklaring i forhold til mental sundhed blandt

respondenterne. Det er dog værd at hæfte sig ved, at tendensen er, at de der har oplevet diskrimination har en dårligere mental sundhed, end de der ikke har (-0,770).

I modellerne D2-D6 tilføjes baggrundsvariable samt de øvrige mål for mental sundhed trinvis. Her ses det i model D3, hvor der justeres for baggrundsvariable, selvmordstanker og -forsøg at sammenhængen mellem diskrimination og mental sundhed er signifikant, således at de der har oplevet diskrimination har dårligere mental sundhed, end de der ikke har (-,899). I forhold til selvmordsforsøg ses det, at denne ikke er signifikant. Derimod er selvmordstanker signifikant, og det ses, at de respondenter der oplever selvmordstanker har en markant dårligere mental sundhed, end de der ikke har (-3,957). Der er således en sammenhæng mellem diskrimination, selvmord og mental sundhed.

Den signifikante sammenhæng mellem diskrimination og mental sundhed, forsvinder igen, når der justeres for sociale relationer og social support (D4), og forbliver insignifikant i model D5 og D6, hvor sexlyst og dækning af seksuelt behov samt stress inddrages.

Det eneste sted hvor der lokaliseres en signifikant forskel i forhold til oplevet diskrimination og mental sundhed, er således i model D3, hvor der justeres for selvmordstanker og -forsøg. En bivariat analyse viser en signifikant sammenhæng mellem oplevet diskrimination og selvmordsforsøg, hvor hver fjerde af de, der har oplevet diskrimination har forsøgt at begå selvmord, gælder dette kun for 11 % af de, der ikke har oplevet diskrimination (Tabel 21).

Tabel 21 Oplevet diskrimination det seneste år fordelt efter selvmordsforsøg. Procent.

Diskrimination og selvmordsforsøg			
	ikke oplevet diskrimination	oplevet diskrimination	Total
ikke forsøgt	89%	75%	88%
Forsøgt	11%	25%	12%
N	886	60	946
Chi2: 11,148 p:0,001			

Der ses ingen signifikant sammenhæng mellem selvmordsforsøg og mental sundhed i modellen. Det gør der til gengæld ved selvmordstanker, hvor de der har haft selvmordstanker det seneste år har dårligere mental sundhed, end de der ikke har. Samspelet mellem diskrimination, mental sundhed og selvmord, synliggøres i en elaborering (bilag 2). Blandt de der ikke har haft selvmordstanker kan der ses en lille sammenhæng således, at de der har oplevet diskrimination har dårligere mental sundhed, end de der ikke har oplevet diskrimination (Gamma: -,253, p:0,013). tre fjerdedele i denne gruppe kan findes blandt de homoseksuelle. Der findes ingen signifikant sammenhæng mellem diskrimination og mental sundhed, blandt de der har haft selvmordstanker det



seneste år, hvilket kan skyldes, at det kun drejer sig om ni respondenter, der både har oplevet selvmordstanker og diskrimination. Resultatet tyder på, at diskrimination har betydning for den mentale sundhed blandt de der ikke har så alvorligt mentale problemer, at de overvejer selvmord. Blandt denne gruppe er der tydeligvis noget andet på spil end diskrimination.

Som det kan ses i ovenstående, er det ikke muligt at identificere nogen markante sammenhænge mellem diskrimination og mental sundhed. Der sås dog en sammenhæng ved justeringen for selvmordstanker og -forsøg (model D3), hvor det tydede på, at blandt de der ikke har så alvorlige problemer, at de har selvmordstanker, kan diskrimination have en negativ betydning for mental sundhed.

Jævnfør forrige kapitel, er andelen der har oplevet diskrimination relativt lav, med undtagelse af blandt de homoseksuelle, hvor 20 % har oplevet diskrimination. Denne gruppe udgør en stor andel (76%), blandt de der har oplevet diskrimination, men ikke har haft selvmordstanker, som netop var den gruppe, hvor der kunne lokaliseres en sammenhæng med mental sundhed.

Sammenhængen mellem mental sundhed og diskrimination af LGBT-personer er ikke tidligere undersøgt i dansk kontekst, men en amerikansk undersøgelse fandt, at oplevet diskrimination førte til dårligere livskvalitet samt psykiske problemer (Mays & Cochran, 2001).

En anden amerikansk undersøgelse af diskrimination viser, at fjendtlighed, uhøflighed eller heterosexistisk chikane øgede nervøsiteten mens fjendtlighed og heterosexistisk chikane kunne lede til depression. Studiet viste ligeledes, at det at vidne til diskrimination også øger niveauet af nervøsitet (Woodford et al., 2014). I nærværende analyse belyses diskrimination ikke lige så detaljeret, men det tyder alligevel på, at sammenhængene med mental sundhed ikke kan findes i samme grad som i de amerikanske undersøgelser.

## **Vold, trusler og mental sundhed**

Vold og trusler er jævnfør kapitel 7 et fænomen, cirka halvdelen af respondenterne på et tidspunkt har oplevet, mens 11 % har oplevet vold og/eller trusler det seneste år. Tallene er lidt højere end blandt den resterende befolkning, og særligt ved trusler det seneste år skiller respondenterne sig ud med en højere andel. Udover selve hændelserne, bekymrer fire ud af 10 af respondenterne sig om vold, men mere end en tredjedel af de der bekymrer sig har aldrig oplevet vold eller trusler (side 69). Ligesom diskrimination kan det større omfang af vold og trusler blandt LGBT-personer være en indikation på, at der forekommer stigmatisering, mens bekymring omkring disse kan være et tegn på stigmabevisthed og internaliseret stigma. I Meyers minoritetsstressmodel kædes objektive forhold i form af vold og trusler sammen med dårlig mental sundhed,

men også subjektive forhold, bl.a. i form af bekymring omkring vold og trusler kan sættes i relation til mental sundhed (Meyer, 2003, 2007).

### **Statistisk analyse af sammenhængen mellem vold, trusler, bekymring og mental sundhed**

I Tabel 22 præsenteres resultatet af de lineære regressioner til synliggørelse af sammenhænge mellem vold og trusler samt bekymringer om disse og mental sundhed.

Tabel 22 Lineære regressioner over sammenhængen mellem oplevelser med/bekymring omkring vold og trusler og mental sundhed Model V1-V9..

Variable	Model V1		Model V2		Model V3		Model V4		Model V5		Model V6		Model V7		Model V8		Model V9		
	Koef.	Sig. CI 95 %	Koef.	Sig. CI 95 %	Koef.	Sig. CI 95 %	Koef.	Sig. CI 95 %	Koef.	Sig. CI 95 %	Koef.	Sig. CI 95 %	Koef.	Sig. CI 95 %	Koef.	Sig. CI 95 %	Koef.	Sig. CI 95 %	
Aldrig vold/trusler (ref)																			
Vold/trusler en gang	-0,776 **	-1,28 -0,27																	
Vold/trusler flere gange	-1,187 **	-1,72 -0,66																	
Ikke vold/trusler seneste år (ref)																			
Vold/trusler seneste år		-1,580 ***	-2,25 -0,91																
Ikke bekymret for vold (ref)																			
Noget bekymret for vold			-0,865 ***	-1,13 -0,40															
Meget bekymret for vold			-2,582 ***	-3,28 -1,88															
Homoseksuelle (ref)																			
Biseksuelle																			
Anstrøgsgruppen																			
Transkønnede																			
Ikke i forhold (ref)																			
I længerevarende forhold																			
Lang vid.uddannelse (ref)																			
Ingen erh.v.komp. uddannelse																			
Erhvervsuddannelse																			
Kort vid. uddannelse																			
Mellemlang vid. Uddannelse																			
16-29 år (ref)																			
30-39 år																			
40-49 år																			
50-59 år																			
60+ år																			
Mand (ref)																			
Andet køn																			
Kvinde																			
Opvokset i København (ref)																			
Opv. i Aarhus/Odense/Aalborg																			
Opv. i by >5000 indbyggere																			
Opv. i by <5000 indbyggere/landet																			
Opv. udenlands																			
Ingen børn (ref)																			
Børn																			
Aldrig forsøgt selvmord (ref)																			
Forsøgt på selvmord																			
Ikke tænkt på selvmord (ref)																			
Tænkt på selvmord																			
Aldrig ønsket alene (ref)																			
Ofte ønsket alene																			
Engang imellem ønsket alene																			
Sjældent ønsket alene																			
Aldrig nogen at tale med (ref)																			
Altid nogen at tale med																			
For det meste nogen at tale med																			
Sjældent/aldrig manglende lyst (ref)																			
Altid/ofte nedsat lyst til sex																			
Indimellem nedsat lyst til sex																			
Dækket seksuelt behov (ref)																			
Delvist udkækket seksuelt behov																			
Udkækket seksuelt behov																			
Ikke stresset (ref)																			
Ofte stress																			
Af og til stress																			
R2	0,054		0,020		0,021		0,069		0,119		0,278		0,351		0,366		0,497		

I model V1 ses det, at der er signifikante sammenhænge, hvor de der en eller flere gange har oplevet vold og trusler har dårligere mental sundhed (-,776 og -1,187). Ligeledes ses det i model V2, at de der har haft oplevelser med vold eller trusler det seneste år har dårligere mental sundhed (-1,158), end de der ikke har. I forhold til bekymringer om vold ses der i model V3 klar sammenhæng med mental sundhed. De der bekymrer sig meget har dårligere mental sundhed, end de der ikke bekymrer sig (-2,582). Det samme ses ved de der blot er noget bekymrede (-,865). Sammenhængen ved bekymring bevares, når voldshændelser inddrages i model V4. Her mindskes sammenhængen mellem oplevelser med vold det seneste år og mental sundhed kraftigt (-,607) og er ikke længere signifikant. I forhold til voldsoplevelser på et tidspunkt i livet ses det ligeledes at forskellen mindskes, men den er fortsat signifikant i model V4. Der er kun meget lille forskel mellem, de der har oplevet vold/trusler en gang (-,674), og flere gange (-,742). Der er, blandt de der har oplevet voldshændelser på et tidspunkt i livet, tale om en noget større gruppe (54%), end blandt dem der har oplevet vold/trusler det seneste år (12%), hvilket kan have betydning for signifikansniveauet. Model V4's forklaringskraft ( $R^2$ ) ligger på 0,069, hvilket er relativt lavt. Sammenlignet med forklaringskraften af diskrimination ( $R^2$ :0,002, Tabel 20, D1) har vold og bekymringer om vold en større forklaringskraft i forhold til mental sundhed.

Som det ses i model V5, hvor det justeres for effekten af baggrundsvariable, bevares sammenhængen mellem vold, trusler og bekymringer og mental sundhed.

I model V6-V9 hvor de øvrige indikatorer for mental sundhed inddrages, ses det, at kun sammenhængen mellem bekymring om vold og mental sundhed bevares signifikant, og voldshændelserne har således ikke længere signifikant sammenhæng med mental sundhed. Der kan ses visse lighedstegn mellem bekymring om vold og trusler og mental sundhed, idet der ikke er tale om en hændelse, som ved de øvrige voldsvariable, men en mental reaktion på bevidstheden omkring, at oplevelser med vold eller trusler er en risiko. Det er tydeligt i det ovenstående, at denne mentale reaktion har større betydning for den mentale sundhedstilstand, end selve hændelsen har. Idet bekymringen ikke er direkte afhængig af, hvorvidt man har oplevet vold og trusler, er det således interessant, hvad der skaber denne bekymring, blandt der ikke selv har haft oplevelser.

## **Forholdet mellem diskrimination, vold, trusler og mental sundhed**

Ovenstående analyser viser sammenhænge mellem mental sundhed, vold og trusler. Men hvordan ser det ud når både diskrimination, vold og trusler alle inddrages i forhold til mental sundhed? I model DV1 (Tabel 23) indgår diskrimination, vold og trusler samt baggrundsvariable.

Tabel 23 Lineære regressioner over sammenhængen mellem vold og trusler+diskrimination og mental sundhed. Model DV1+DV2.

	Model DV1			Model DV2		
	Koef.	Sig.	CI 95 %	Koef.	Sig.	CI 95 %
Ikke oplevet diskrimination (ref)						
Oplever diskrimination	0,002		-0,908 0,913	-0,251		-0,96 0,45
Aldrig vold/trusler (ref)						
Vold/trusler en gang	-0,543 *		-1,035 -0,052	-0,257		-0,64 0,12
Vold/trusler flere gange	-0,729 *		-1,293 -0,165	-0,167		-0,61 0,27
Ikke vold/trusler seneste år (ref)						
Vold/ trusler seneste år	-0,408		-1,143 0,326	-0,041		-0,61 0,53
Ikke bekymret for vold (ref)						
Noget bekymret for vold	-0,690 **		-1,157 -0,224	-0,350		-0,71 0,01
Meget bekymret for vold	-2,236 ***		-2,963 -1,508	-1,157 ***		-1,73 -0,59
Homoseksuelle (ref)						
Biseksuelle	-0,502		-1,213 0,209	-0,305		-0,86 0,25
Anstrøgsgruppen	-0,612 *		-1,190 -0,034	-0,039		-0,49 0,41
Transkønnede	-0,515		-1,310 0,280	-0,225		-0,84 0,39
Ikke i forhold (ref)						
I længerevarende forhold	0,391		-0,070 0,853	-0,044		-0,43 0,34
Lang vid. uddannelse (ref)						
Ingen erhv.komp. uddannelse	0,246		-0,555 1,046	0,194		-0,44 0,83
Erhvervsuddannelse	0,002		-0,630 0,633	-0,009		-0,50 0,48
Kort vid. uddannelse	0,141		-0,559 0,841	0,053		-0,49 0,59
Mellemlang vid. Uddannelse	0,609 *		0,059 1,159	0,304		-0,12 0,73
16-29 år (ref)						
30-39 år	0,474		-0,174 1,122	0,382		-0,12 0,89
40-49 år	0,362		-0,319 1,043	0,054		-0,48 0,58
50-59 år	0,401		-0,347 1,148	0,365		-0,22 0,95
60+ år	0,993 *		0,126 1,861	0,441		-0,25 1,13
Mand (ref)						
Kvinde	-0,559 *		-1,013 -0,104	-0,323		-0,69 0,04
Andet køn	-1,324 *		-2,443 -0,205	-0,517		-1,38 0,35
Opvokset i København (ref)						
Opv. i Aarhus/Odense/Aalborg	-0,685		-1,381 0,012	-0,525		-1,06 0,01
Opv. i by >5000 indbyggere	-0,555 *		-1,104 -0,005	-0,477 *		-0,90 -0,05
Opv. i by <5000 indb/landet	-0,762 **		-1,324 -0,200	-0,560 *		-0,99 -0,13
Opv. udenlands	-0,421		-1,857 1,014	0,313		-0,81 1,44
Ingen børn (ref)						
Børn	0,736 **		0,217 1,254	0,502 *		0,10 0,90
Aldrig forsøgt selvmord (ref)						
Forsøgt på selvmord				0,247		-0,27 0,77
Ikke tænkt på selvmord (ref)						
Tænkt på selvmord				-2,125 ***		-2,61 -1,64
Aldrig uønsket alene (ref)						
Oftede uønsket alene				-2,214 ***		-3,00 -1,43
Engang imellem uønsket alene				-0,692 **		-1,15 -0,23
Sjældent uønsket alene				-0,419 *		-0,82 -0,02
Aldrig nogen at tale med (ref)						
Altid nogen at tale med				1,151 ***		0,64 1,66
For det meste nogen at tale med				0,356		-0,15 0,87
Sjældent/aldrig manglende lyst (ref)						
Altid/ofte nedsat lyst til sex				-0,645 **		-1,11 -0,18
Indimellem nedsat lyst til sex				-0,415 *		-0,81 -0,02
Dækket seksuelt behov (ref)						
Delvist udækket seksuelt behov				-0,171		-0,55 0,20
Udækket seksuelt behov				-0,299		-0,72 0,12
Ikke stresset (ref)						
Oftede stress				-4,813 ***		-5,46 -4,17
Af og til stress				-1,569 ***		-1,92 -1,22
R2	0,119			0,497		

Sammenlignet med model V5 (hvor diskrimination *ikke* indgår) (Tabel 22) ses det, at de signifikante sammenhænge mellem vold, trusler samt bekymring om vold og trusler og mental sundhed bevares. I forhold til diskrimination derimod, er sammenhængen mellem dette og mental sundhed ikke er signifikant i model DV1 (hvor vold *også* indgår). Sammenlignet med model D2 (hvor vold *ikke* indgår) (Tabel 20), som heller ikke var signifikant, er der sket en markant ændring i koefficienten ved oplevet diskrimination (uden justering for vold: -,0685, med justering for vold: 0,274). Sammenlignes  $R^2$  for model V5 (hvor diskrimination *ikke* indgår) og Model DV1 (hvor diskrimination *og* vold indgår) ses det ligeledes, at denne er den samme for de to modeller (,117), hvilket understreger, at det at justere for diskrimination ikke bidrager mærkbart i forhold til at forklare mental sundhed. Sammenlignes model DV2 (vold+diskrimination), hvor der tages højde for de øvrige mentale sundhedsvariable, med V9 (hvor diskrimination *ikke* indgår), ses det, at der ingen nævneværdig forskel mellem de to modeller.

Det er således tydeligt, at vold og trusler, og bekymring herom har en væsentligt større sammenhæng med mental sundhed, end stigmatisering i form af diskrimination har.

I ovenstående analyse ses det, at der særligt kan lokaliseres sammenhænge mellem bekymringer for vold og trusler og mental sundhed, hvor de meget og noget bekymrede har dårligere mental sundhedstilstand, end de der ikke bekymrer sig. Ligeledes sås det i Tabel 13 (kapitel 7), at respondenterne har en større bekymring for vold og trusler end den øvrige befolkning. Denne øgede bekymring kan ses som et tegn på stigmabevidsthed blandt respondenterne, hvor de er bevidste om, at de bryder med den heteroseksuelle matrice og tilhører en stigmatiseret gruppe, og at dette tilhørsforhold kan medføre negative oplevelser i form af bl.a. vold og trusler. Denne stigmabevidsthed som har medført en årvågenhed hvor respondenterne frygter, og måske endda forventer negative oplevelser på baggrund af deres LGBT-status kan tyde på, at der til en vis grad også kan tales om internaliseret stigma. Ovenstående tyder på, at denne stigmabevidsthed eller internaliserede stigma har større betydning for den mentale sundhed end oplevet stigmatisering, omend der også kan lokaliseres en vis sammenhæng mellem vold, trusler og mental sundhed.

Ses resultaterne i lyset af Meyers minoritetsstressmodel understøtter denne delvist resultaterne. Meyer skelner mellem objektive forhold, herunder oplevelser med vold, trusler og diskrimination og subjektive forhold i form af forventninger om afvisning, som bl.a. kan bestå i forventninger om negative oplevelser på baggrund af minoritetsstatus. Meyer kæder disse to sammen, da han mener at oplevelser med vold og trusler kan lede til en øget forventning om afvisning. Denne sammenhæng findes ligeledes her, hvor en signifikant større del af de der har oplevet vold, også bekymrer sig om vold og trusler, end det er tilfældet blandt de, der ikke har oplevet

vold. Der er dog stadig en ikke ubetydelig del, der aldrig har oplevet vold eller trusler (36%), som er bekymrede, hvilket viser, at forventninger om negative oplevelser ikke kun hænger sammen med egne erfaringer. I forhold til den sammenhæng mellem 'vold og trusler' og 'forventning om afvisning' og mental sundhed som Meyer argumenterer for i sin model, er det tydeligt i ovenstående modeller, at der er stærkest argumentation i nærværende undersøgelse for sammenhængen mellem mental sundhed og bekymringer for vold og trusler. Samme konklusion, at bekymringer for stigmatisering har mere betydning end selve stigmatiseringen, har nogle tidligere undersøgelser også vist. Et studie af homoseksuelle mænd baseret på tal fra Sverige og Australien viste, at en forventning om negativ social reaktion på homoseksualitet havde stærkere sammenhæng til mentale problemer end egentlige oplevelser med negative sociale reaktioner (Ross, 1985).

Den relativt lave forekomst af diskrimination samt vold og trusler på baggrund af seksuel orientering kan tolkes på flere måder. Enten så er det rigtig lave tal og den spinkle sammenhæng med mental sundhed et udtryk for, at diskrimination ikke er noget udbredt problem for LGBT-personer i Danmark, mens vold og trusler på baggrund af seksuel orientering har betydning for mental sundhed, men kun for et fåtal. Det store omfang af bekymringer, og disses stærke sammenhæng med mental sundhed viser dog, at til trods for den lave forekomst er relevant at tale om stigmatisering, og særligt stigmabevidsthed i relation til mental sundhed.

Der kan imidlertid også være en anden forklaring på den lave forekomst af oplevet stigmatisering. Jævnfør foregående kapitel, er der en stor andel (63%) blandt homo- og biseksuelle som altid eller nogle gange skjuler deres seksuelle orientering. Flere af kommentarerne tyder på, at dette valg netop kan grunde i frygt for hadforbrydelser og ønsket om at undgå negative konfrontationer, hvilket bakkes op af nyere norsk undersøgelse. Dette kan tyde på, at årsagen til den lave forekomst kan være, at de har udviklet strategier for at undgå diskrimination og vold og trusler.

## **Åbenhed og mental sundhed**

At skjule seksuelle orientering/transkønnethed kan, som beskrevet i det foregående, anvendes af LGBT-personer som strategi for at undgå negative konfrontationer med sin minoritetsstatus. I det følgende kapitel analyseres det, hvilken betydning af at skjule seksuel orientering/transkønnethed har for mental sundhed.

Som nævnt er det kun homoseksuelle og biseksuelle, der er blevet spurgt hvor ofte de skjuler seksuel orientering. Derfor er det kun dem, der indgår i det følgende.

Som det ses i Tabel 24 model S1, har de der nogle gange skjuler deres seksuelle orientering dårligere mental sundhed, end de der aldrig skjuler den (-,784). Sammenhængen er signifikant. Sammenhængen ved de der altid skjuler seksuel orientering er ikke signifikant i model S1, men tendensen er, at de har dårligere mental sundhed, end de der aldrig skjuler den (-1,086).

I model S2, hvor der justeres for baggrundsvariable, er der signifikant sammenhæng, hvor de der altid skjuler seksuel orientering har dårligere mental sundhed (-1,275), end de der aldrig gør. Model S2 har en ringe forklaringskraft (0,036), hvilket tyder på, at der er andet på spil end de inddragede variable.

Sammenhængen mellem mental sundhed og skjult seksualitet bevares, når der justeres for selvmordstanker- og forsøg (-1,325) (model S3), og forklaringskraften stiger markant (0,225).

Ved tilføjelse af sociale relationer og social support, sexliv og stress ses det, at den signifikante sammenhæng mellem skjult seksualitet og mental sundhed forsvinder, og koefficienten falder, således at der er mindre forskel mellem de, der aldrig skjuler seksuel orientering, og de der altid gør i forhold til mental sundhed.



Tabel 24 Lineære regressioner over sammenhængen mellem skjult seksuel orientering og mental sundhed. Model S1-S6.

Variable	Model S1			Model S2			Model S3			Model S4			Model S5			Model S6		
	Koef.	Sig.	CI 95 %	Koef.	Sig.	CI 95 %	Koef.	Sig.	CI 95 %	Koef.	Sig.	CI 95 %	Koef.	Sig.	CI 95 %	Koef.	Sig.	CI 95 %
Skjuler aldrig seksualitet (ref)																		
Skjuler altid seksualitet	-1,086		-2,26 0,09	-1,275 *		-2,53 -0,02	-1,325 *		-2,45 -0,20	-0,666		-1,70 0,37	-0,666		-1,70 0,37	-0,270		-1,19 0,65
Skjuler nogle gange seksualitet	-0,784 *		-1,54 -0,03	-0,704		-1,48 0,08	-0,624		-1,34 0,09	-0,540		-1,19 0,11	-0,540		-1,19 0,11	-0,108		-0,69 0,47
Homoseksuelle (ref)																		
Biseksuelle				-0,205		-1,04 0,63	0,180		-0,59 0,95	0,326		-0,37 1,02	0,326		-0,37 1,02	-0,001		-0,62 0,62
Ikke i forhold (ref)																		
I længerevarende forhold				0,400		-0,38 1,19	0,148		-0,57 0,87	-0,508		-1,19 0,17	-0,508		-1,19 0,17	-0,371		-1,00 0,26
Lang vid. uddannelse (ref)																		
Ingen erhv.komp. uddannelse				0,009		-1,29 1,31	0,318		-0,89 1,52	0,544		-0,55 1,64	0,544		-0,55 1,64	0,003		-0,98 0,99
Erhvervsuddannelse				-0,052		-1,13 1,03	0,071		-0,91 1,05	0,351		-0,55 1,25	0,351		-0,55 1,25	0,121		-0,68 0,92
Kort vid. uddannelse				0,167		-1,08 1,41	0,231		-0,90 1,36	0,322		-0,70 1,35	0,322		-0,70 1,35	0,071		-0,83 0,97
Mellemlang vid. Uddannelse				-0,204		-1,16 0,75	-0,219		-1,08 0,64	-0,456		-1,24 0,33	-0,456		-1,24 0,33	-0,561		-1,25 0,13
16-29 år (ref)																		
30-39 år				0,230		-0,91 1,36	-0,507		-1,55 0,54	-0,412		-1,36 0,53	-0,412		-1,36 0,53	0,136		-0,71 0,98
40-49 år				0,895		-0,25 2,04	0,130		-0,93 1,19	-0,251		-1,21 0,71	-0,251		-1,21 0,71	-0,047		-0,90 0,80
50-59 år				1,154		-0,10 2,41	-0,066		-1,23 1,10	-0,134		-1,20 0,93	-0,134		-1,20 0,93	0,292		-0,65 1,23
60+ år				1,576 *		0,09 3,06	0,440		-0,92 1,80	0,342		-0,90 1,58	0,342		-0,90 1,58	0,505		-0,61 1,62
Mand (ref)																		
Kvinde				-0,567		-1,37 0,23	-0,713		-1,44 0,02	-0,809 *		-1,47 -0,15	-0,809 *		-1,47 -0,15	-0,390		-0,99 0,21
Andet køn				-1,279		-3,02 0,46	-1,594		-3,20 0,01	-1,797 *		-3,25 -0,34	-1,797 *		-3,25 -0,34	-1,139		-2,44 0,16
Opvokset i København (ref)																		
Opv. i Aarhus/Odense/Aalborg				-0,539		-1,70 0,62	0,173		-0,88 1,23	0,036		-0,92 1,00	0,036		-0,92 1,00	-0,413		-1,26 0,44
Opv. i by >5000 indbyggere				-0,666		-1,65 0,32	-0,220		-1,12 0,68	-0,491		-1,31 0,32	-0,491		-1,31 0,32	-0,532		-1,25 0,18
Opv. i by <5000 indbyggere/landet				-0,635		-1,60 0,33	-0,243		-1,12 0,64	-0,149		-0,95 0,65	-0,149		-0,95 0,65	-0,309		-1,01 0,40
Opv. udenlands				-0,434		-2,56 1,70	0,770		-1,16 2,70	1,860 *		0,08 3,64	1,860 *		0,08 3,64	0,925		-0,65 2,50
Ingen børn (ref)																		
Børn				0,526		-0,37 1,43	0,480		-0,33 1,29	0,242		-0,50 0,98	0,242		-0,50 0,98	0,492		-0,16 1,15
Aldrig forsøgt selvmord (ref)																		
Forsøgt på selvmord							-0,651		-1,63 0,33	-0,269		-1,16 0,63	-0,269		-1,16 0,63	0,060		-0,74 0,86
Ikke tænkt på selvmord (ref)																		
Tænkt på selvmord							-4,467 ***		-5,45 -3,48	-3,351 ***		-4,28 -2,42	-3,351 ***		-4,28 -2,42	-2,127 ***		-2,98 -1,28
Aldrig uønsket alene (ref)																		
Oftre uønsket alene										-3,964 ***		-5,29 -2,64	-3,964 ***		-5,29 -2,64	-3,105 ***		-4,30 -1,91
Engang imellem uønsket alene										-1,467 ***		-2,32 -0,61	-1,467 ***		-2,32 -0,61	-1,097 **		-1,86 -0,34
Sjældent uønsket alene										-0,718		-1,44 0,01	-0,718		-1,44 0,01	-0,348		-0,99 0,30
Aldrig nogen at tale med (ref)																		
Altid nogen at tale med										2,319 ***		1,36 3,28	2,319 ***		1,36 3,28	1,605 ***		0,74 2,47
For det meste nogen at tale med										0,916		-0,04 1,87	0,916		-0,04 1,87	0,588		-0,26 1,44
Sjældent/aldrig manglende lyst (ref)																		
Altid/oftre nedsat lyst til sex													-1,191 *		-2,12 -0,27	-1,145 **		-1,98 -0,31
Indimellem nedsat lyst til sex													-1,122 **		-1,85 -0,40	-0,965 **		-1,62 -0,32
Dækket seksuelt behov (ref)																		
Delvist udækket seksuelt behov													-0,540		-1,22 0,14	-0,452		-1,06 0,16
Udækket seksuelt behov													-0,708		-1,51 0,09	-0,658		-1,37 0,06
Ikke stresset (ref)																		
Oftre stress																-5,142 ***		-6,29 -4,00
Af og til stress																-1,602 ***		-2,18 -1,02
R2	0,009			0,036			0,225			0,392			0,366			0,512		

At skjule seksuel orientering eller transkønnethed kan ses som reaktion på forventningerne om at møde negative reaktioner, hvilket kan betegnes som stigmabevindstthed. Dette valg af strategi i forhold til at undgå negative oplevelser, er jævnfør ovenstående ikke et entydigt godt valg, idet det kan medføre dårligere mental sundhed. At det at skjule stigma kan være u hensigtsmæssigt, underbygges ligeledes i tidligere forskning der har vist at skjult stigma kan medføre stress (Miller & Major, 2000; DiPlacido, 1998). Resultatet i nærværende analyse kan med Giddenske briller ses som en reaktion på den uoverensstemmelse mellem faktisk identitet og fremtræden, som Giddens benævner falske fremtrædener, der opstår når respondenterne skjuler seksuel orientering. Denne kan, hvis den udføres kontinuerligt, vanskeliggøre LGBT-personernes identitetsdannelse og gøre det svært at holde en selvfortælling i gang, når de ikke har mulighed for at gøre deres seksuelle

orientering/transkønnethed til en del af denne, ligesom det kan forbindes med skyld- og skamfølelse over ikke at kunne opretholde en sammenhængende selvidentitet. Det samme berører Goffman, hvor det at ”passere” medfører større årvågenhed, illoyalitetfølelse og selvforagt. Noget tyder på, at dette er på spil blandt respondenterne, hvor de der altid skjuler deres seksuelle orientering har signifikant dårligere mental sundhed, end de der ikke gør. Samtidig ses der en tendens, dog ikke signifikant, til, at de der nogle gange skjuler seksuel orientering har dårligere mental sundhed, dog i mindre grad, end de der altid gør.

## **Sammenhænge mellem vold, trusler, diskrimination, åbenhed og mental sundhed**

Analyserne i de foregående afsnit viste, at der er sammenhæng mellem vold, trusler og særligt bekymringer om vold og trusler og mental sundhed, og at der kun i lille omfang er sammenhæng mellem oplevet diskrimination og mental sundhed. I analyserne hvor både vold og trusler og diskrimination indgik, var det kun sammenhængen med vold, trusler og bekymring, der forblev signifikant.

I det følgende analyseres sammenhængen mellem alle tre temaer og mental sundhed. Variablen omhandlende skjult seksuel orientering er rekodet, så de der ikke er blevet stillet spørgsmålet går under ”uoplyst”.

Tabel 25 Lineære regressioner over sammenhæng mellem diskrimination, vold og trusler og skjult seksuel orientering og Mental sundhed. Model F1-F2. \*Variablen omhandlende seksuel orientering er ikke medtaget her grundet multikollinearitet

Variable	Model F1			Model F2		
	Koef.	Sig.	CI 95 %	Koef.	Sig.	CI 95 %
Ikke oplevet diskrimination (ref)						
Oplever diskrimination	0,187		-0,72 1,09	-0,184		-0,88 0,51
Aldrig vold/trusler (ref)						
Vold/trusler en gang	-0,584 *		-1,07 -0,09	-0,272		-0,65 0,11
Vold/trusler flere gange	-0,797 **		-1,36 -0,23	-0,197		-0,64 0,24
Ikke vold/trusler seneste år (ref)						
Vold/ trusler seneste år	-0,425		-1,16 0,31	-0,051		-0,62 0,52
Ikke bekymret for vold (ref)						
Noget bekymret for vold	-0,660 **		-1,13 -0,19	-0,344		-0,71 0,02
Meget bekymret for vold	-2,163 ***		-2,89 -1,43	-1,132 ***		-1,70 -0,56
Skjuler aldrig seksualitet (ref)						
Skjuler altid seksualitet	-1,145 *		-2,24 -0,05	-0,513		-1,35 0,32
Skjuler nogle gange seksualitet	-0,391		-1,12 0,34	-0,080		-0,64 0,48
Skjuler seksualitet uoplyst	-0,541		-1,16 0,08	0,002		-0,48 0,48
Ikke i forhold (ref)						
I længerevarende forhold	0,360		-0,10 0,82	-0,069		-0,46 0,32
Lang vid. uddannelse (ref)						
Ingen erhv.komp. uddannelse	0,252		-0,54 1,05	0,169		-0,46 0,80
Erhvervsuddannelse	-0,007		-0,64 0,62	-0,036		-0,52 0,45
Kort vid. uddannelse	0,134		-0,56 0,83	0,045		-0,49 0,58
Mellemlang vid. Uddannelse	0,620 *		0,07 1,17	0,302		-0,12 0,72
16-29 år (ref)						
30-39 år	0,555		-0,08 1,19	0,424		-0,07 0,92
40-49 år	0,507		-0,16 1,18	0,115		-0,41 0,64
50-59 år	0,475		-0,26 1,21	0,380		-0,20 0,96
60+ år	1,127 **		0,28 1,97	0,465		-0,21 1,14
Mand (ref)						
Andet køn	-1,410 *		-2,52 -0,30	-0,557		-1,42 0,30
Kvinde	-0,647 **		-1,10 -0,19	-0,350		-0,71 0,01
Opvokset i København (ref)						
Opv. i Aarhus/Odense/Aalborg	-0,672		-1,37 0,02	-0,523		-1,06 0,01
Opv. i by >5000 indbyggere	-0,578 *		-1,13 -0,03	-0,494 *		-0,92 -0,07
Opv. i by <5000 indbyggere/landet	-0,752 **		-1,31 -0,19	-0,554 *		-0,99 -0,12
Opv. udenlands	-0,374		-1,81 1,06	0,331		-0,79 1,45
Ingen børn (ref)						
Børn	0,663 *		0,15 1,17	0,461 *		0,07 0,85
Aldrig forsøgt selvmord (ref)						
Forsøgt på selvmord				0,231		-0,28 0,75
Ikke tænkt på selvmord (ref)						
Tænkt på selvmord				-2,140 ***		-2,62 -1,66
Aldrig uønsket alene (ref)						
Ofte uønsket alene				-2,212 ***		-3,00 -1,42
Engang imellem uønsket alene				-0,684 **		-1,15 -0,22
Sjældent uønsket alene				-0,422 *		-0,82 -0,02
Aldrig nogen at tale med (ref)						
Altid nogen at tale med				1,145 ***		0,64 1,65
For det meste nogen at tale med				0,347		-0,16 0,86
Sjældent/aldrig manglende lyst (ref)						
Altid/ofte nedsat lyst til sex				-0,622 *		-1,09 -0,15
Indimellem nedsat lyst til sex				-0,407 *		-0,80 -0,02
Dækket seksuelt behov (ref)						
Delvist udækket seksuelt behov				-0,173		-0,55 0,20
Udækket seksuelt behov				-0,300		-0,72 0,12
Ikke stresset (ref)						
Ofte stress				-4,781 ***		-5,43 -4,13
Af og til stress				-1,571 ***		-1,92 -1,22
R <sup>2</sup>	0,119			0,497		

I model F1 er de signifikante sammenhænge mellem oplevelser med vold og trusler på et tidspunkt i livet, bekymringer om vold og trusler, at skjule sin seksuelle orientering og mental sundhed bevaret, når de justeres for hinanden, diskrimination samt baggrundsvariable. Koefficienterne ved disse varierer kun en smule i forhold til model S2 (Tabel 24: *kun* åbenhed) og model DV1 (Tabel 23: *kun* diskrimination, vold og trusler).

Det betyder, at i forhold til de inddragede temaer har det at bekymre sig om vold og trusler stærkest sammenhæng med dårlig mental sundhed (-2,163), og at der er sammenhænge ved skjult seksuel orientering, hvor de der altid skjuler denne har dårligere mental sundhed, end de der aldrig gør (-1,145). Der ses stadig signifikant sammenhæng mellem oplevelser med vold og trusler og dårlig mental sundhed, både ved de der har oplevet det en gang (-,584) og flere gange (-,797).

Resultatet tydeliggør væsentligheden af, ikke kun at beskæftige sig med oplevet stigma i form af egentlige handlinger mod LGBT-personer i form af vold, trusler og diskrimination, men i lige så høj grad at beskæftige sig med stigmabevidsthed som kan lede til bekymringer for oplevet stigma. Det er ligeledes væsentligt at holde sig for øje, at det ikke er uden konsekvenser for LGBT-personerne, når de anvender strategier for at undgå stigmatisering, f.eks. i form af at passere som heteroseksuel og derigennem skjule sin seksuelle orientering. Det er ligeledes væsentligt at netop vold, trusler og diskrimination er en del af årsagen til, at mange vælger at skjule deres seksuelle orientering.

Samtidig er det væsentligt at holde sig for øje, at der er tale om et komplekst felt, og at det er nødvendigt at behandle de forskellige grupper i forhold til de udfordringer, der særligt gør sig gældende for dem.

Indledningsvist ses det i analysen (side 60), at i forhold til psykisk velbefindende adskiller LGBT-grupperne sig ikke nævneværdigt fra hinanden. Alligevel viser analysen, at det er forskellige elementer der kan påvirke den, der gør sig gældende for hver gruppe. De homoseksuelle er markant mere udsatte i forhold til diskrimination og hadforbrydelser end de øvrige grupper, og hvor vold og trusler har betydning for mental sundhed, har diskrimination indflydelse på mental sundhed, blandt de der ikke har selvmordstanker – en gruppe hvoraf en stor del af de homoseksuelle befinder sig. Vendes blikket mod biseksuelle og transkønnede, som ikke oplever diskrimination, vold og trusler i samme grad, er det tydeligt at de er markant mindre åbne omkring deres seksuelle orientering/transkønnethed. Som det ses i analyserne, har de der ofte skjuler deres seksuelle orientering dårligere mental sundhed, end de der aldrig gør (med forbehold for at transkønnede ikke indgår i variabelen ”skjult seksualitet”).

Der er således grundlag for at konkludere at diskrimination, vold, trusler og åbenhed hænger sammen med hinanden og med mental sundhed. Så længe de der er åbne er mere udsatte for stigmatisering, kan der tales om,

at det er LGBT-personernes egen fortjeneste at niveauet af diskrimination, vold og trusler med baggrund i seksuel orientering/transkønnethed er relativt lavt. Når analyserne viser, at både åbenhed, vold og trusler og særligt bekymringer om dette har sammenhæng med mental sundhed, og det således væsentligt at tage hånd om disse udfordringer. En del af respondenterne efterspørger mere oplysning og information omkring seksualitet og køn, særligt i skolen, med det formål at skabe mere accept og forståelse. Flere italesætter også, at det er nødvendigt at LGBT-personerne selv tør stå åbent frem omkring deres seksuelle orientering, for på den måde at være med til at sprede accept og gøre det mere almindeligt (side 71).

# Kapitel 9: Andre forhold og mental sundhed

I følgende kapitel vil resultaterne fra de øvrige variable, der er inddraget i regressionerne kort blive analyseret. Kapitlet er inddelt i to afsnit. I første afsnit analyseres de signifikante baggrundsvariable, herunder køn, opvækst, alder og børn. Det næste afsnit analyserer resultater for de supplerende variable for mental sundhed, herunder selvmord, sociale relationer, social support, sexliv og stress.

## Sammenhænge mellem baggrundsvariable

I forhold til de inddragede baggrundsvariable ses der flere signifikante forskelle, når der justeres for vold, diskrimination og åbenhed (model F1).

Ved alder ses det, at ældre (60+) LGBT-personer har bedre mental sundhed end unge (16-29) (1,127). I en bivariat analyse af alder og mental sundhed ses det, at alle aldersgrupper har signifikant bedre mental sundhed end de 16-29 årige, og at den mentale sundhed bliver bedre med alderen (ikke i tabel). En del af forklaringen herpå kan ligge i den identitetsproces LGBT-personerne gennemgår i ungdommen. Mere end halvdelen af LGBT-personerne har overvejet deres egen seksuelle orientering inden de fyldte 20, og knap 90 % inden de fylder 29 (Gransell & Hansen, 2009). Det er således tydeligt, at en del af erkendelsesprocessen i forhold til egen seksualitet sker i ungdommen. Samtidig rapporterer 86 % af de danske deltagere i en EU-undersøgelse at de, inden de fyldte 18, havde oplevet negative kommentarer eller adfærd, fordi en klassekammerat blev betragtet som LGBT-person. 63 % angav, at dette skete ofte (FRA, 2013). Dette kan være med til at besværliggøre accept af sig selv som LGBT-person. Ligeledes kan den bedre mentale sundhed med alderen, ses som et udtryk for, at LGBT-personerne med alderen opnår en mere stabil selvfortælling jævnfør Giddens. Samtidig kan det være et udtryk for, at de med alderen udvikler strategier, der hjælper dem til at håndtere deres seksuelle orientering.

Flere af respondenterne lægger vægt på, at de mener, at for at forbedre LGBT-personers livssituation er det væsentligt, at der bliver gjort en større indsats på skoler og ungdomsuddannelser, i forhold til oplysning omkring hvad det vil sige at være LGBT-person, både i forhold til at skabe større accept og forståelse omkring det, men også for at hindre at unge LGBT-personer føler sig alene med deres seksuelle orientering. En ønsker: *”Mere undervisning i skolen, så man ikke føler sig alene med det”*.

Et andet område med signifikante forskelle er køn, hvor de andet-kønnede har dårligere mental sundhed end mænd (-1,410), ligesom kvinder har dårligere mental sundhed end mænd (-0,647). At kvinderne har en dårligere mental sundhed kan genfindes i en række sundhedsundersøgelser på befolkningsniveau både i dansk

og international sammenhæng (Simon 2014;23; Christensen et al., 2014). Dette viser, at sammenhængene med køn stadig gør sig gældende, når der er tale om LGBT-personer, hvilket kan have sin årsag i, at LGBT-personerne på mange områder indordner sig under de heteronormative systemer samfundet er bygget op omkring. At de andekønnede har dårligere psykisk velbefindende understreger at et så markant brud med den heteroseksuelle matrice ikke er problemfrit, og kan skabe udfordringer for individet.

En anden interessant forskel ses ved opvækststed, hvor både de der er vokset op i en mellemstor by (-,578) og i en mindre by eller på landet (-,752) har dårligere mental sundhed, end de der er vokset op i københavnsområdet. Denne signifikante sammenhæng bevares, når der testes for øvrige mentale sundhedsindikatorer. Dette kan tyde på, at det er sværere at skille sig ud, når man vokser op i et mindre samfund, end når man vokser op i København, og at det at skille sig ud i barne- og ungdomsårene har betydning igennem livet. En af respondenterne udtrykker ønske om mere oplysning om: *”at fordi man er homoseksuel betyder det ikke, at man forfører alle af samme køn som for eksempel ens nabo - kollega etc. Det kan være svært at være single og homo og begå sig i et heteromiljø i små samfund”*. Dette kan tyde på, at der i mindre samfund er brug for større accept af forskellige seksualitetsformer, og at dette kan være blandt årsagerne til, at LGBT-personer der vokser op i mindre samfund har dårligere mental sundhed. Et amerikansk studie blandt unge universitetsstuderende viste, at de der var stigmatiserede på baggrund af en usynlig miskrediterende egenskab (herunder seksuelle minoriteter) havde dårligere selvtillid, var mere nervøse og depressive. Undersøgelsen viste samtidig at det at være omgivet af andre med lignende stigma virkede som beskyttende faktor i forhold til de negative følger ved at være bære af en miskrediterende egenskab (Frabble, Platt & Hoyer, 1998). Det kan således være nogle af disse mekanismer, der er på spil, når de der vokser op i mindre samfund har det sværere.

I forhold til børn ses det, at de der har børn har bedre mental sundhed (,663), end de der ikke har. Sammenhængen er konsistent gennem alle lineære regressioner i analysen. Netop det at få børn er ingen selvfølge som LGBT-person, men kun få rapporterer, at de ikke har børn grundet juridiske årsager. Mange pointerer dog at der kan være problematikker forbundet med det at få børn gennem adoption, og efterspørger lige rettigheder på dette område<sup>2</sup>. Dette understreger, at det for LGBT-personer på linje med den øvrige befolkning, er et væsentligt element i voksenlivet at få børn. At opnå dette kan derfor for nogle være en sejr. Ligeledes kan sammenhængen ses i lyset af ønsket om at leve et normalt familieliv, hvor ens seksuelle

---

<sup>2</sup> En del af de problematikker de henviser til i forbindelse med dette, har siden undersøgelsen ændret sig således at LGBT-personer nu har lige rettigheder. Der findes dog stadig enkelte forskelle, såsom at homoseksuelle par kun kan få lov til at adoptere børn fra udlandet såfremt, der er tale om et barn med særlige behov.

orientering ikke gør, at man adskiller sig væsentligt fra andre familier. Det at få børn kan være med til at konstituere noget, der ligner et almindeligt heteronormativt familieliv.

## **Sammenhænge med øvrige mål for mental sundhed**

I forhold til de øvrige mentale sundhedsmål ses der flere signifikante sammenhænge i model F2 (Tabel 25).

Selv mord er, som tidligere nævnt, en af de mest yderligtgående reaktioner på dårlig mental sundhed, hvorfor det ikke er overraskende, at der er signifikante sammenhænge hvor de der har haft selvmordstanker inden for det seneste år har dårligere mental sundhed end de, der ikke har (-2,140).

Det er dog positivt, at der ikke kan forefindes signifikant sammenhæng mellem dårlig mental sundhed og selvmordsforsøg på et tidspunkt i livet. En relativt stor del (12%), har på et tidspunkt i livet forsøgt selvmord, men analysen tyder på, at det er muligt med tiden at oparbejde en bedre mental sundhed efter et mislykket selvmordsforsøg.

Sammenhængen mellem sociale relationer og social support og både fysisk og mental sundhed er veletableret i sociologien (Kawachi & Berkman, 2001; Turner et al., 2014), hvorfor det ikke forekommer overraskende at der er signifikant sammenhæng, hvor de der ofte eller nogle gange oplever at være uønsket alene har en dårligere mental sundhed, end de der aldrig oplever dette. Selv de, der sjældent oplever det, har en signifikant dårligere mental sundhed, end de der aldrig oplever det. Der er således tydelige sammenhænge mellem uønsket alenehed og dårlig mental sundhed, og sågar sjældne oplevelser med uønsket alenehed kan have betydning. Samme mønster ses ved social support, hvor de der altid har nogen at tale med har signifikant bedre mental sundhed, end de der aldrig har.

I forhold til sexlyst, kan der i nærværende analyse findes signifikant sammenhæng, hvor de der aldrig oplever manglende sexlyst har signifikant bedre mental sundhed, end de der indimellem eller ofte oplever nedsat eller manglende lyst. Der ses ingen signifikant sammenhæng mellem manglende dækning af seksuelt behov og mental sundhed.

Der ses markante sammenhænge mellem stress og mental sundhed, hvor de der ofte (-4,785) eller nogle gange (-1,556) oplever stress har dårligere mental sundhed, end de der ikke gør. Denne sammenhæng er ikke overraskende, men da halvdelen af respondenterne oplever stress, er dette et indsatsområde, der kræver opmærksomhed. LGBT-personer er, jævnfør kapitel 2, mere udsatte for minoritetsrelaterede stressorer, hvilket



bl.a. kan omhandle bekymring for negative hændelser, eller den årvågenhed det kræver i forhold til påklædning, adfærd etc. at skjule sin seksuelle orientering. Både i forhold til bekymring samt skjult seksuel orientering kan der findes signifikant sammenhæng med stress, således at de der bekymrer sig og skjuler seksuel orientering er mere stressede (bilag 3).

# Kapitel 10: Konklusion

LGBT-personers trivsel og levevilkår har i høj grad manglet fokus i dansk kontekst både forskningsmæssigt og i forhold til offentlige tiltag. En del af årsagen hertil kan findes i den berøringsangst med feltet, som også har kendetegnet andre felter inden for seksualitetsforskningen. Ligeledes kan de manglende tiltag bygge på en forventning om, at der ikke er tale om problemer i et omfang, der kræver særlige tiltag eller forskning, til trods for at LGBT-personer, i de få undersøgelser på området skiller sig negativt ud, bl.a. i forhold til selvmordstanker og -forsøg. Ønsket med specialet er således at bidrage med viden om en minoritet, der savner belysning i dansk kontekst. Viden på området er netop nødvendig, for at kunne foretage kvalificerede valg omkring relevansen af og indholdet i offentlige tiltag og yderligere forskning. Gennem en kvantitativ tværsnitsanalyse af de udvalgte temaer; diskrimination, vold og trusler og åbenhed, var målet at opnå en mere nuanceret viden omkring, hvad der kan påvirke LGBT-personers mentale sundhed, med udgangspunkt i problemformuleringen:

*Hvilken betydning for LGBT-personers mentale sundhed kan det have, at de tilhører en seksuel minoritet?*

Med problemformuleringen og de udvalgte temaer er ønsket således at belyse, nogle af de forhold der gør sig gældende for de, som er en del af en seksuel minoritet. Netop diskrimination og vold og trusler samt åbenhed er i flere internationale undersøgelser sat i forbindelse med dårligere mental sundhed hos seksuelle minoriteter.

Ønsket med inddragelse af diskrimination, vold, trusler og åbenhed er at undersøge omfanget af og sammenhængen mellem disse, samt om de i dansk kontekst kan sættes i relation til LGBT-personers mentale sundhed.

Analyserne bygger på en socialkonstruktivistisk tilgang til køn og seksualitet, hvor køn og seksuel orientering forstås som sociale konstruktioner der kontinuerligt skabes gennem sociale interaktioner. Det teoretiske udgangspunkt for specialet bygger på teorier om køn, seksualitet, stigmatisering, og teoretiske forståelser af sammenhæng mellem selvidentitet og selvfortælling og minoritetsstress.

## **Analysens konklusion**

De indledende analyser af den mentale sundhedstilstand viser, at LGBT-personer på nogle områder i forhold til mental sundhed er mere udsatte sammenlignet med undersøgelser af befolkningen. Det gælder særligt i forhold

til selvmordsforsøg og selvmordstanker, hvor biseksuelle var særligt udsatte i forhold til disse. Analyserne viser ikke overraskende stærke sammenhænge mellem selvmordstanker og dårlig mental sundhed, men ingen signifikant sammenhæng mellem psykisk velbefindende og selvmordsforsøg på et tidspunkt i livet. Det sidste er meget positivt, da det tydeliggør, at det er muligt at opnå et bedre psykisk velbefindende efter et selvmordsforsøg. Også i forhold til oplevet stress er LGBT-personerne udsatte, hvor halvdelen oplever stress. Ligeledes var der forskel i forhold til sexlyst, hvor manglende eller nedsat sexlyst opleves af cirka hver femte. Stress og manglende lyst kan ligeledes kædes sammen med dårligere mental sundhed. I forhold til sociale relationer oplever en lille andel af respondenterne uønsket alenehed og mangel på social support. Både uønsket alenehed og mangel på social support hænger sammen med dårligere mental sundhed. analysen viser også, at i forhold til psykisk velbefindende, kunne der ikke lokaliseres nogen forskel mellem LGBT-grupperne. Denne manglende på forskel blev dog nuanceret i de følgende kapitler.

Det er væsentligt her at pointere, at det ikke er *alle* LGBT-personer der har dårlig mental sundhed, og at der således er en stor gruppe der klarer sig fint. Jævnfør ovenstående er det dog stadig tydeligt, at som samlet gruppe kan der tales om en større udsathed for nogle forhold inden for mental sundhed.

### **Hændelserne udebliver i stort omfang – men bekymringerne er til stede**

Analysen viser, at omfanget af diskrimination er relativt lavt; 6 %. Dog er der en gruppe; de homoseksuelle, hvor forekomsten er særlig høj. Diskrimination finder primært sted i det offentlige rum, mens forekomsten af diskrimination i de offentlige systemer er meget lav, hvilket må betegnes som positivt.

Med hensyn til vold og trusler har lidt over halvdelen på et tidspunkt oplevet vold og/eller trusler. Det seneste år har 11 % oplevet vold og/eller trusler. Særligt niveauet af trusler ligger højt sammenlignet med den øvrige befolkning. En ud af seks tilskriver hændelsen deres seksuelle orientering eller kønsidentitet. Her er igen de homoseksuelle udsatte, hvor mere end halvdelen angiver, at det var motiveret af seksuel orientering.

Samtidig ses det, at fire ud af 10 er bekymrede for vold og trusler, hvilket er højere end blandt befolkningen. En tredjedel af disse har aldrig oplevet vold eller trusler. Bekymringerne kan således til en hvis grad tilskrives egne erfaringer, men det er tydeligt at også stigmabevidsthed spiller en rolle.

Blandt de strategier LGBT-personer anvender for at undgå negative hændelser og reaktioner er at skjule seksuel orientering. 12 % skjuler altid deres seksuelle orientering, mens halvdelen gør det nogle gange, og der er således tale om et udbredt fænomen. Særligt blandt biseksuelle er der mange, der skjuler seksuel orientering, mens de homoseksuelle er mere åbne. Tendensen er, at LGBT-personerne er mest åbne over for nære

relationer (partner og familie) samt de venner, der har samme seksuelle orientering som dem selv. Over for alle relationerne er en større andel blandt de homoseksuelle åbne, sammenlignet med biseksuelle og transkønnede. Respondenterne har hovedsageligt modtaget positive reaktioner, med undtagelse af fra deres forældre, hvor hver fjerde har fået en overvejende negativ reaktion. At der hovedsageligt er tale om positive reaktioner skal ses i lyset af, at de der vælger ikke at være åbne, kan gøre det på baggrund af en begrundet forventning om en negativ reaktion. Ligeledes italesætter en del af respondenterne frustrationer omkring stereotypificering af LGBT-personer; særligt i forhold til ”flamboyante bøsser”. Netop stereotypificeringen kan også være årsag til, at mange vælger at skjule seksuel orientering, idet de ikke ønsker at blive sat i bås.

### **Mental sundhed – hvad spiller ind?**

Analyserne af sammenhængen mellem diskrimination, vold, trusler, åbenhed og mental sundhed viser, at de der bekymrer sig om vold og trusler har dårligere mental sundhed, end de der ikke gør. Ligeledes har de, der på et tidspunkt har oplevet vold eller trusler lidt dårligere mental sundhed, end de der ikke har. Også det at skjule seksuel orientering har betydning, hvor de, der ofte skjuler den, har dårligere mental sundhed, end de der aldrig gør. Disse resultater understreger relevansen af ikke kun at kigge på hændelser, men også på de følger hændelserne har, både for de der oplever dem, men også for de der blot er bevidste om risikoen, og som skjuler seksuel orientering på denne baggrund.

Som nævnt er der ingen nævneværdig forskel i LGBT-gruppernes fordeling på skalaen for psykisk velbefindende. Dog er det alligevel tydeligt i ovenstående, at det er forskellige faktorer, der spiller ind på de forskellige gruppers mentale sundhed. Mens de homoseksuelle i større grad oplever stigmatisering i form af diskrimination, vold og trusler, er der hos de biseksuelle og særligt de transkønnede større tendens til at skjule den seksuelle orientering. Begge dele kan jævnfør analysen hænge sammen med mental sundhed.

### **Specialets konklusion**

Specialets teoretiske udgangspunkt er en forståelse af køn og seksualitet som sociale konstruktioner, der skabes og genskabes gennem seksualitetsdiskurser, individers praksisser og sociale interaktioner. Jævnfør Butler er det, der styrer vores opfattelse af køn og seksualitet den heteroseksuelle matrice, hvorigennem personer, for hvem det udlevede køn ikke følger det biologiske køn, og hvor seksuel og romantisk tiltrækning ikke er rettet mod det modsatte køn, betragtes som usammenhængende, diskontinuerlige, unaturlige og forkerte (Butler, 1990). Når LGBT-personer bryder med den heteroseksuelle matrice, er der således tale om en særlig udsat

gruppe. Denne udsathed kan jævnfør Goffman og Meyer føre til stigmatisering og minoritetsstress med indvirkning på deres mentale sundhed. Med dette teoretiske udgangspunkt er antagelsen således, at det *har* betydning for LGBT-personers mentale sundhed at de tilhører en seksuel minoritet, idet dette leder til større udsathed for hændelser og forhold, der kan have betydning for mental sundhed.

Anskues analysens resultater i dette lys, ses det, at oplevet stigmatisering i form af diskrimination, vold og trusler på baggrund af seksuel orientering/transkønnethed ikke er et udbredt, men dog forekommende fænomen blandt LGBT-personer. Den generelt forholdsvis lave forekomst kan lede til den konklusion at LGBT-personernes brud med den heteroseksuelle matrice ikke i særligt stort omfang leder til stigmatisering og deraf følgende dårligere mental sundhed, om end det, for de få der oplever det, kan have betydning for deres mentale sundhed. Som det ses i analysen, er det dog ikke så simpelt som dette. En stor del af respondenterne anvender forskellige strategier for at *passere* som heteroseksuelle, og vælger således ikke aktivt at bryde med den heteroseksuelle matrice. Alene det at to tredjedele af de homoseksuelle og biseksuelle altid eller nogle gange skjuler deres seksuelle orientering kan ses som et udtryk for, at der kan være udfordringer forbundet med at stå åbent frem. Dette understreges ligeledes af, at homoseksuelle som er den gruppe, der er mest åbne omkring seksuel orientering, har markant flere oplevelser med stigmatisering end de øvrige respondenter, hvilket antyder, at med åbenhed følger stigmatisering i form af diskrimination, vold og trusler. Et andet følge af stigmatiseringen er den stigmabevidsthed, der leder til at fire ud af 10 bekymringer for vold og trusler. Disse bekymringer kan netop ses som en bevidsthed omkring den større udsathed for vold og trusler der følger med det at være en del af en minoritet. Der er således ikke nødvendigvis tale om, at grunden til den relativt lave forekomst af diskrimination og vold og trusler er, at LGBT-personer hovedsageligt bliver behandlet med tolerance og respekt, men i stedet at de har fundet strategier for, hvordan de kan skjule deres seksuelle orientering og dermed undgå stigmatisering.

At skjule seksuel orientering kan, jævnfør analysen mindske omfanget af oplevelser med stigmatisering, men som analysen også tydeliggør, kan skjult seksuel orientering medføre dårligere mental sundhed. Dette forklarer Goffman med, at denne passering som heteroseksuel kan lede til en følelse af splittelse, illoyalitet og selvforagt, som kan være mere fatalt for LGBT-personen end oplevet stigmatisering (Goffman, 2009). Netop denne splittelse italesætter Giddens i sin teori om selvidentitet i det moderne samfund gennem begrebet *falske fremtrædener*. Ses resultatet i lyset af denne, kan det at skjule seksuel orientering ses som et forsøg på at opretholde et hylster af normalitet. Et sådant hylster er jævnfør Giddens ikke skadeligt, men hvis det udføres kontinuerligt, kan det have store konsekvenser for individet i form af eksistentiel angst og en følelse af et *falsk selv*. Når de respondenterne der skjuler seksuel orientering, i analysen viser sig at have dårligere mental

sundhed, kan det netop være et udtryk for, at det for nogle er vanskeligt at bevare en robust selvidentitet og samtidig passere som heteroseksuel.

Ovenstående viser således, at det *kan have* betydning for LGBT-personernes mentale sundhed, at de tilhører en seksuel minoritet, idet der forekommer stigmatisering, som både har betydning for den mentale sundhed blandt de relativt få der er udsatte for den, men også for en større gruppe der blot er bevidste omkring risikoen for stigmatisering, og på baggrund af denne bekymrer sig, eller skjuler deres seksuelle orientering/transkønnethed.

# Anvendt litteratur

Agresti, A. & Finley, B. (2009): *Statistical Methods for the Social Sciences*, 4. udgave. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Aalborg Universitet. Sexologisk forskningscenter. Fundet på:

<http://www.klinisk.aau.dk/forskning/forskningsomraader/Sexologisk+Forskningscenter/>. Lokaliseret den 18/1 2016.

Amnesty International (2001) *Crimes of hate, conspiracy of silence: torture and illtreatment based on sexual identity*. London: Amnesty International.

Andersen, N. & Malterud, K. (2013). *Seksuell orientering og levekår*. Bergen: Unihelse.

Aneshensel, C.S., Rutter, C.M. & Lachenbruch, P.A. (1991). Social structure, stress, and mental health – competing conceptual and analytic models. *American Sociological Review*, 56 (1991), pp. 166–178

Bakkeli, V. & Elgvin, O. (2014). *Kunnskapsoversikt om lesbiske, homofile, bifile og transpersoner*. Oslo: FAFO.

Balvig, F. & Kyvsgaard, B. (2011). *Udsathed for vold og andre former for kriminalitet. Offerundersøgelserne 2005-2010*. Københavns Universitet. Justitsministeriet. Det Kriminalpræventive Råd. Rigspolitiet.

Balvig, F. & Kyvsgaard, B. (2014). *Udsathed for vold og andre former for kriminalitet. Offerundersøgelserne 2005-2013 med særligt afsnit om køn og vold*. Københavns Universitet. Justitsministeriet. Det Kriminalpræventive Råd. Rigspolitiet.

Barne- og Ligestillingsdepartementet (2009). *Bedre livskvalitet for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner 2009-2012*. Regjeringen.

Barry, M.M. & Jenkins, R. (2007). *Implementing Mental Health Promotion*. Churchill Livingstone Elsevier.

Beskæftigelsesministeriet (2008). *Bekendtgørelse af lov om forbud mod forskelsbehandling på arbejdsmarkedet m.v.* Fundet på: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=122522>. Lokaliseret den 16/1 2016.

Bjørner J.B. et al. (1997). *Dansk manual til SF-36: et spørgeskema om helbredsstatus*. København: Líf Lægemedelindustriforeningen.

Bjørner, J.B., Thunedborg K., Kristensen T,S., Modvig J. & Bech P. (1998). The Danish SF-36 Health Survey: translation and preliminary validity studies. *Journal of Clinical Epidemiology* 1998 Nov;51(11):991-9.

- Bolin, A. & Whelehan, P. (2009). Human sexuality. Biological, psychological and cultural perspectives. New York: Routledge.
- Bostwick, W.B., Boyd, C.J., Hughes, T.L. & McCabe, S.E. (2010). Dimensions of Sexual Orientation and the Prevalence of Mood and Anxiety Disorders in the United States. *American Journal of Public Health* | March 2010, Vol 100, No. 3
- Bryman, A. (2008). Social Research Methods. New York: Oxford University Press.
- Butler, J. (1990). Gender trouble: Feminism and the Subversion of Identity. New York: Routledge
- Butler, J. (2004). Undoing Gender. New York: Routledge.
- CASA (2009) Lige og ulige? Homoseksuelle, biseksuelle og transkønnedes levevilkår, Bilag. København: Center for alternativ Samfundsanalyse.
- Cohen, S., Kamarch, T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983; 24:385– 396.
- Christensen, A.D. (2011). Køn. I: Larsen, S.N. & Pedersen, I.K. (red.) Sociologisk leksikon. København: Hans Reitzels forlag.
- Christensen, A. I., Davidsen, M., Kjølner, M. & Juel, K. (2010). Mental sundhed blandt voksne danskere. København: Sundhedsstyrelsen.
- Christensen, A. I., Ekholm, O., Davidsen, M. & Juel, K. (2012). Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Christensen, A.I. Davidsen, M., Ekholm, O. Pedersen, P.V. & Juel, K. (2014). Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Sundhedsstyrelsen.
- Christensen, A.I., Davidsen, M., Kjølner, M. & Juel, K (2014). What characterizes persons with poor mental health? A nationwide study in Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2014; 42: 446–455
- Christensen, T.H. & Hansen, M.L. (2014). Validerede instrumenter ved måling af mental sundhed. København: Socialstyrelsen.
- Collin, F. (2015) Socialkonstruktivisme. I: Jacobsen, M.H., Lippert-Rasmussen, K. & Nedergaard, P. (red.) Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning. 3. udgave. København: Hans Reitzels Forlag.
- Det kriminalpræventive råd. Hadforbrydelser. Fundet på: <http://www.dkr.dk/hadforbrydelser>. Lokaliseret den 16/12 2016. Lokaliseret den 16/1 2016.
- de Vaus, D. (2001): Research Design in Social Research. London: SAGE publications Ltd.



- DiPlacido, J. (1998) Minority stress among lesbians, gay men, and bisexual: a consequence of heterosexism, homophobia, and stigmatization. In: Herek, G.M. (ed) *Stigma and sexual orientation: understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals* Vol. 4. (pp. 138–159). Thousand Oaks, CA, US: Sage publications.
- Edelberg, P. (2012). *Storbyen trækker. Homoseksualitet, prostitution og pornografi i Danmark 1945-1976*. København: Jurist- og økonomiforbundets forlag.
- Ekholm, O. et al. (2006). *Sundhed og sygelighed i Danmark, 2005 & udviklingen siden 1987*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Eplov, L.F. & Lauridsen, S. (2008). *Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter*. København: Sundhedsstyrelsen
- Eichberg, H. (2007). Glem det ”enkelte individ” – glem Giddens! – om en stor fortælling i effektiviseringssamfundet. *Dansk Sociologi* Nr. 3/18. årg.
- Fagligt netværk for seksuel sundhed (2012). Ny rapport: Sundhed og sex hænger sammen. Fundet på: <http://www.seksuelsundhed.dk/nyheder/ny-rapport-sundhed-og-sex-haenger-sammen.aspx?M=News&PID=23956>. Lokaliseret den 18/1-16
- FN (1948). Universal Declaration of Human Rights. Fundet på: [http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/eng.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf). Lokaliseret den 16/1 2016.
- Foucault, M. (1998). *Viljen til viden. Seksualitetens historie 1*. København: Det lille forlag.
- FRA (2013). *EU LGBT survey European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey Results at a glance*. Vienna: EU
- Frable, D.E.S., Platt, L. & Hoey, S. (1998). Concealable Stigmas and Positive Self-Perceptions: Feeling Better Around Similar Others. *Journal of Personality and Social Psychology* 1998, *Mil. 74, No. 4, 909-922*
- Frisch, M. & Simonsen, J. (2012). Marriage, cohabitation and mortality in Denmark: national cohort study of 6.5 million persons followed for up to three decades (1982–2011). *International Journal of Epidemiology* 2013;1–20.
- Følner, B, Dehlholm, M. & Christiansen, J.M. (2015). *Nydanske LGBT-personers levevilkår*. København: ALS Research.
- Giddens, A. (1996). *Modernitet og selvidentitet*. København: Hans Reitzels forlag
- Goffman, E. (2009). *Stigma – Om afvigerens sociale identitet*. København: Samfundslitteratur.
- Gransell, L. & Hansen, H. (2009) *Lige og ulige? Homoseksuelle, biseksuelle og transkønnedes levevilkår*. København: Center for alternativ Samfundsanalyse.

- Graugaard, C., Giraldi, A., Frisch, M., Eplov, L. F. & Davidsen, M. (2015) Self-reported sexual and psychosocial health among non-heterosexual Danes, *Scandinavian Journal of Public Health*, 1–6
- Graugaard, C. Pedersen & Frisch, M. (2012). Seksualitet og sundhed. København: statens institut for folkesundhed.
- Grønbæk, M. (2008). Alkohol: Syddansk Universitet. Statens Institut for Folkesundhed København.
- Hede, A., Andersen, J.G. & Andersen, J. (2009). Tryghedsmåling 2009. Danskernes tryghed på verdenskrisisens og bandekrigenes tid. København: Trygfonden.
- Heinskou, M.B. (2013). Køn og samfund. I Andersen, H. & Kaspersen, L.B. (red.): Klassisk og moderne samfundsteori. København: Hans Reitzels forlag.
- Herek, G., Chopp, R. & Strohl, D. (2007) Sexual Stigma: Putting Sexual Minority Health Issues in Context. I Meyer, I. & Northridge, M (red.): The health of sexual minorities. Public health perspectives on Lesbian, gay, bisexual and transgender population. New York: Springer.
- Institut for menneskerettigheder: Diskrimination. Fundet på:  
<http://www.menneskeret.dk/emner/ligebehandling/diskrimination>. Lokaliseret den 18/1 2016
- Johansen, Laursen & Juel (2015). LGBT-sundhed. Helbred og trivsel blandt lesbiske, bøsser, biseksuelle og transpersoner. Statens institut for folkesundhed.
- Justitsministeriet (1987). Bekendtgørelse af lov om forbud mod forskelsbehandling på grund af race m.v. Fundet på: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=59249>. Lokaliseret den 16/1 2016.
- Justitsministeriet (2014). Bekendtgørelse af straffeloven. Fundet på:  
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=164192#Kap6>. Lokaliseret den 16/1 2016.
- Katz, A., Lønne, M. & Markussen, O. (2015). LGBT Liv. Rapport om behovet for viden og indsatser for lesbiske, bøsser, biseksuelle og transpersoner. København: Stop AIDS.
- Kawachi, I. & Berkman, L.F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* Vol. 78, No. 3, September 2001.
- Keyes CLM, (2005). Mental illness and or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol*, 73(3):539-48.
- King, M. et al (2003). Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales. *British Journal of Psychiatry* (2003), 183, 552-558.
- Koushede, V. (2015). For mental sundhed - et nyt perspektiv. København: Statens Institut for Folkesundhed: Syddansk Universitet.

Knudsen, L.B. (2007). Ung2006 15-24-åriges seksualitet – viden, holdninger og adfærd. København: Sundhedsstyrelsen.

Københavns Universitet. Center for Seksualitetsforskning – kultur/samfund/sundhed. Fundet på: <http://seksualitetsforskning.soc.ku.dk/>. Lokaliseret den 18/1 2016

Lasgaard, M. & Friis, K. (2015). Ensomhed i befolkningen – forekomst og metodiske overvejelser. Temaanalyse, vol. 3, Hvordan har du det?, Aarhus: CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.

LGBT-Danmark (2015). LGBT-ordbog. Om seksuel orientering og kønsidentitet. København: LGBT-Danmark.

Lick, D., Durso, E. & Johnson, K. (2013). Minority Stress and Physical Health among Sexual Minorities. *Perspectives on Psychological Science* 8(5) 521 –548

Mays, V.M. & Cochran, S.D. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*; Nov, 2001; 91, 11.

Meyer, I. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*. 2003, Vol. 129, No. 5, 674–697

Meyer, I. (2007). Prejudice and Discrimination as Social Stressors. I Meyer, I. & Northridge, M (red.): The health of sexual minorities. Public health perspectives on Lesbian, gay, bisexual and transgender population. New York: Springer.

Meyer, I., Schwartz, S. & Fros, D.M. (2008). Social patterning of stress and coping: Does disadvantaged social statuses confer more stress and fewer coping resources? *Social Science & Medicine*. Volume 67, Issue 3, August 2008, Pages 368–379.

Miller, C.T., and Major, B. (2000) Coping with stigma and prejudice. In: Heatherton, T.F., Kleck, R.E., Hebl, M.R., and Hull, J.G. (eds) The social psychology of stigma. pp. 243–272. Guilford Press, New York,.

Pascoe, E.A. & Richman, L.S. (2009). Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review. *Psychol Bull*. 2009 July ; 135(4): 531–554. doi:10.1037/a0016059.

Plöderl, M. et al (2013). Suicide Risk and Sexual Orientation: A Critical Review. *Arch Sex Behav* (2013) 42:715–727 DOI 10.1007/s10508-012-0056-y

Kjøller M., Rasmussen N.K., Keiding L., Petersen H.C. & Nielsen G.A. (1995). Sundhed og sygelighed i Danmark 1994 – og udviklingen siden 1987. En rapport fra DIKEs repræsentative undersøgelse blandt voksne danskere. København: DIKE

Regeringen (2013). Sundere liv for alle. Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år. København: Ministeriet for sundhed og forebyggelse.

- Ross, M.W. (1985). Actual and Anticipated Societal Reaction to Homosexuality and Adjustment in Two Societies. *The Journal of Sex Research*, Vol. 21, No. 1 (Feb., 1985), pp. 40-55.
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (version 3): Reliability, validity and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66, 20-40.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminate validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480.
- Russell, S.T. (2003). Sexual minority youth and suicide risk. *American Behavioral Scientist*, 46, 1241–1257.
- Sandfort, T., Graaf, R. & Bijl, R. (2003). Same-Sex Sexuality and Quality of Life: Findings From the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 32, No. 1, February 2003, pp. 15–22.
- Sandfort, T., Bakker, F., Schellevis, F.G. & Vanwesenbeeck, I. (2006). Sexual Orientation and Mental and Physical Health Status: Findings From a Dutch Population Survey. *American Journal of Public Health June 2006*, Vol 96, No. 6
- Secker, J. (1998). Current conceptualization of mental health and mental health promotion. *Health Educ Res*, 13(1):57-66.
- Simon, R. W. (2014) Twenty Years of the Sociology of Mental Health: The Continued Significance of Gender and Marital Status for Emotional Well-Being. I Johnson, R. J., Turner, R. J. & Link, B. G. (red): Sociology of mental health: Selected topics. New York: Springer.
- Statens Folkhälsoinstitut (2005): Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation. Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer, Statens Folkhälsoinstitut, Rapport nr. A 2005/19.
- Stryker, S. (2008). Transgender history. Berkeley: Seal Press.
- Stormhøj, C. (2011). Heteronormativitet. I: Larsen, S.N. & Pedersen, I.K. (red.) Sociologisk leksikon. København: Hans Reitzels forlag.
- Tauches, K. (2011). Transgendering: Challenging the "Normal". In Seidman, S., Fischer, N. & Meeks, C. (eds) *Introducing new sexualities Studies* (2<sup>nd</sup> edition). London: Routledge.
- Tudor K, (1996). *Mental Health promotion: paradigms and practice*. Routledge.
- Turner, R. J., Turner, J. B. & Hale, W. B. (2014) Social Relationships and Social Support. I Johnson, R. J., Turner, R. J. & Link, B. G. (red): Sociology of mental health: Selected topics. New York: Springer.

Ware, J. E. et al. (1995). Comparison of Methods for the Scoring and Statistical-Analysis of Sf- 36 Health Profile and Summary Measures - Summary of Results from the Medical Outcomes Study. *Medical Care* 33.4 (1995): AS264-AS279.

West, C. & Zimmerman, D. H. (1987). Doing gender. *Gender and Society*, Vol. 1, No. 2 (Jun., 1987), pp. 125-151: Sage Publications.

Wichstrøm, L. & Hegna, K. (2003). Sexual Orientation and Suicide Attempt: A Longitudinal Study of the General Norwegian Adolescent Population. *Journal of Abnormal Psychology* 2003, Vol. 112, No. 1, 144–151

Woodford, M.R., Han, Y., Craig, S., Lim, C. & Matney, M.M. (2014) Discrimination and Mental Health Among Sexual Minority College Students: The Type and Form of Discrimination Does Matter. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 18:2, 142-163,

World Health Organization (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June 1946, and entered into force on 7 April 1948.

World Health Organization (2001). The world health report 2001 - mental health: new understanding, new hope. World Health Organization: Switzerland.

World Health Organization (2006). Defining sexual health. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2013). Mental health action plan 2013-2020. World Health Organization: Switzerland.

World Health Organization (2014). Mental health: a state of well-being. Fundet på: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/). Lokaliseret den 20/4-2015.

Wøldike, M.E. (2007). Kvinders smag for mænd, mænds smag for kvinder: heteroseksualitet som smagsfællesskab. *Kvinder, køn og forskning*, 4:9-20

## Bilag 1: Seksualitetshistorisk rids

Homoseksualitet som begreb udsprang af Karl Heinrich Ulrichs tanker i 1860'erne om det tredje køn, som havde en medfødt seksuel tiltrækning mod sit eget køn. Dette blev efterfulgt af Karl Maria Kertbeny som i 1869 kaldte dette fænomen for homoseksualitet, hvilket gennem årene er blevet til den mest anvendte betegnelse for seksuel tiltrækning mod eget køn (Edelberg, 2012: 14). At betegnelsen homoseksualitet først blev introduceret på dette tidspunkt betyder ikke, at der ikke har foregået seksuelle forhold mellem mænd og mellem kvinder før dette. Op gennem renæssancen (1500- og 1600-tallet) blev seksuel aktivitet med eget køn betegnet som sodomi. Sodomi omhandlede ikke kun seksuel aktivitet med eget køn, men var en fælles betegnelse for uanstændig og unaturlig aktivitet.

Sodomi blev betragtet som en synd, og udtryk for mørkere magter (Bech & Lützen 1986, 33-35). I Danmark udspillede dette sig indtil reformationen ved at straf ved sodomi-handlinger hovedsageligt var en sag for kirken. I tiden efter reformationen ændrede dette sig gradvist til at være en opgave statsmagten påtog sig. Fra 1683 anvendes ”omgængelse mod naturen” i lovgivningen, og dette blev fastholdt indtil 1933 (Bech & Lützen, 1986:40-41).

Udførelse af sodomi i form af samkønnet seksuel aktivitet blev hovedsageligt betragtet som et mandligt fænomen. Indtil langt inde i 1800-tallet blev kvinder i bredt omfang betragtet som uden kønsdrift, og det var derfor bredt accepteret, at kvinder boede sammen i en form for åndeligt fællesskab.

I samme periode som introduktionen af begrebet homoseksuel i anden halvdel af 1800-tallet blev holdningen til samkønnede seksuelle aktiviteter gradvist ændret. Denne nye opfattelse dækkede over forhold både mellem mænd og mellem kvinder. Dette indeholdt bl.a., at homoseksualitet byggede på både fysisk og følelsesmæssig tiltrækning mod eget køn, og at man kun kunne være enten homoseksuel eller heteroseksuel – der fandtes ingen mellemvej. Ligeledes blev homoseksualitet betragtet som en permanent tilstand, med årsag i enten arv eller miljø, og homoseksualitet medførte en bestemt personlighed, ligesom mandlig homoseksualitet var af feminin karakter, mens kvindelige homoseksuelle ønskede at være som mænd (Bech & Lützen, 1968; Nyegaard, 2011). Synet på homoseksualitet var i denne tid af negativ karakter. Det blev betragtet som forkert, en tragedie, farligt og som noget der kræver kontrol og overvågning.

Udviklingen af det nye homoseksualitetsbegreb skete bl.a. gennem begrebets introduktion i den danske lægevidenskab omkring 1890 (Nyegaard 2011). Her betragtedes homoseksualitet som en sygdom på linje med sindssygdomme. Denne anskuelse fik i første omgang positive konsekvenser for de homoseksuelle i form af lavere straffe end hidtil for udførelse af homoseksuel aktivitet, og i 1933 blev homoseksualitet helt afkriminaliseret. Først i 1981 blev homoseksualitet ikke længere betragtet som en sindssygdom, da den blev fjernet på sundhedsstyrelsens liste over psykiske sygdomme (Edelberg 2012).

Til trods for at der på dette tidspunkt var en anerkendelse af, at der også fandtes lesbiske (kvindelige homoseksuelle), var disse dog langt mindre i søgelyset end bøsser (mandlige homoseksuelle). Dette har ledt til, at mange lesbiske gennem tiden fortsat har levet i det skjulte, og der var fortsat op gennem 1900-tallet bred accept omkring kvinder, der boede sammen, så længe de ikke var synligt homoseksuelle (Lutzen 1986;122). I forhold til transkønnede er det ikke nødvendigvis meningsfuldt at skelne dem fra de homoseksuelle i denne periode. Homoseksuelt begær og kønsafvigelse var ofte tæt forbundne, netop fordi man forbandt homoseksualitet med træk og adfærd, der hører til det andet køn (Stryker, 2008)

### *Udvidelse af seksualitetsbegrebet*

Op gennem 1900-tallet blev seksualitetsbegrebet udvidet, med betegnelsen biseksualitet om en ”dobbelt seksuel attraktion til begge køn” med udgangspunkt i ideer og teorier formuleret af Freud og Ellis (Gustavson, 2006). Denne differentiering af seksualitet, hvor det nu var muligt at være andet end rent heteroseksuel eller rent homoseksuel, blev i midten af 1900-tallet fulgt op af Alfred C. Kinsey, som anvendte en 7-trinsskala over seksuel adfærd, hvor 0 svarede til rent heteroseksuel og 6 svarede til rent homoseksuel. De øvrige tal imellem var forskellige gradueringer af seksualitet. Denne skala har senere fået kritik for at underkende biseksualitet, da den taler om gradueringer mellem homoseksualitet og heteroseksualitet i stedet for biseksualitet som sin egen kategori (Gustavson, 2006). Denne underkendelse af biseksualitet er ikke kun relevant i forhold til Kinseys skala. Biseksuelle er, sammenlignet med homoseksuelle og heteroseksuelle, den gruppe der tilsyneladende oplever mindst accept. Ofte bliver de mødt med forestillinger om, at de blot er ”i en fase”, spiller et spil, er ubeslutsomme, eller at de blot er homoseksuelle, der ikke vil erkende det (Bolin & Whelehan, 2009;419; Edelberg, 2012;278-279). De biseksuelle kan opleve at møde disse fordomme både i det homoseksuelle og i det heteroseksuelle miljø. Biseksuelle vælger, i større omfang end homoseksuelle, enten hele tiden eller i nogle situationer at skjule deres biseksualitet for at undgå ubehagelige situationer (Bolin & Whelehan, 2009). Termen biseksualitet dækker således over en romantisk og seksuel tiltrækning mod både mænd og kvinder. Dette betyder ikke (nødvendigvis) at biseksuelle har forhold til begge køn på én gang, men blot at biseksuelle kan føle sig seksuelt og romantisk tiltrukket af begge køn (Bolin & Whelehan, 2009;418).

En skala tilsvarende Kinseys blev i 1960'erne udarbejdet i forhold til transseksuelle af Harry Benjamin, som anses for at være transseksualismens fader i det vestlige samfund (Ekins, 2005). I denne skala (Sexual orientation scale) skelnede Benjamin mellem forskellige grader af transvestisme og transseksualisme. Transvestitter betegner han som de der blot klæder sig og opfører sig som det andet køn. Ifølge Benjamin er disse hovedsageligt heteroseksuelle eller biseksuelle. De transseksuelle, har derimod ifølge Benjamin et grundlæggende ønske om, at tilhøre det andet køn end det de er tildelt biologisk. Samtidig er de homoseksuelle,

betragtet ud fra deres biologiske køn (Benjamin, 1966). Kun de transseksuelle kunne kvalificere sig til kønskorrigerende behandling. Siden Benjamins arbejde med transseksualisme har begrebet udviklet sig, og det sættes ikke længere i forbindelse med bestemte seksualitet, men betragtes nu udelukkende som et kønsspørgsmål. Siden 1910'erne er transseksualisme karakteriseret som en diagnose (Stryker, 2008). I dag indgår denne diagnose stadig i sygdomsregistret, men i de gældende vejledninger understreges det, at der ikke er tale om en psykisk eller somatisk lidelse (Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2010).

I nærværende speciale anvendes transkønnethed som en samlet betegnelse, for personer der overskrider de gængse opfattelser af køn. Transkønnethed er ikke en enkelt kønsidentitet, men en samlet betegnelse over forskellige grupper der grundlæggende oplever en kønsidentitetsudfordring (Stryker, 2008). Historisk er transkønnethed blevet sat i forbindelse med bestemte former for seksualitet, men med transkønnethed følger ikke en bestemt seksualitet, og transkønnethed adskiller sig således fra de seksuelle minoriteter. Det er dog fortsat en udbredt misforståelse, at transkønnethed hænger sammen med seksuel orientering. Der er mange måder at være transkønnet på, og begrebet strækker sig fra personer, der klæder sig som det modsatte køn, til hverdag eller særlige lejligheder, til personer der ønsker at leve som det andet køn fuldt og helt (Tauches, 2011).

### *Nye syn på seksualitet og køn*

Perioden slutningen af 1940'erne til 1970 var præget af en voksende modstand mod det etablerede syn på og forestillinger om seksualitet. Denne modstand byggede på et syn på homoseksuelle som værende fuldstændigt ligesom alle andre, med undtagelse af deres valg af partner, og var således et forsøg på normalisering af homoseksuelle. Dette forsøg på normalisering af homoseksualitet mødte fra 1970'erne modstand. Med udgangspunkt i optøjerne i Stonewall inn (New York), i 1969 startede homoseksuelles kamp for frigørelse og ligeret i Danmark, og andre steder i den vestlige verden. Med den nye seksualitetsdiskurs var ønsket ikke at blive accepteret på samfundets præmisser, men at opnå frigørelse på egne præmisser (LGBT Danmark). Gennem den nye seksualitetsdiskurs blev homoseksuelle betragtet som frigjorte fra kernefamilie, kønsroller og seksualangst, som nogen der turde udleve deres seksuelle lyster, lege med kønsroller etc. Ønsket var ikke kun at gøre op med diskrimination, men at gøre op med det undertrykkende samfund som udspillede sig gennem kapitalisme, patriarkat, kernefamilie og kønsroller. Seksualitetsfrigørelsen lagde sig således i tråd med andre strømninger i 1970'ernes samfund i form af klassekampe, og særligt for de lesbiske blev denne en del af den nye kvindebevægelse (Bech & Lutzen, 1986; Nyegaard, 2011). I denne periode spillede de nye organisationer Landsforeningen for Homofile (senere LGBT Danmark) (1948) og lesbisk bevægelse (1974-1985) en rolle i organiseringen af de homoseksuelle. 1970'erne symboliserede således en ny tid, hvor homoseksuelle arbejdede på at ændre opfattelsen af køn og seksualitet. (Nyegaard, 2011).



Dette ledte bl.a. til at sundhedsstyrelsen i 1981 slettede homoseksualitet fra listen over sygdomsdiagnoser. Dette blev indledning til en række forbedringer af LGBT-personers vilkår og lovmæssige rettigheder fra 1980'erne og til i dag, bl.a. i form af en lov om registeret partnerskab der gør det muligt at indgå samkønnet registeret partnerskab (1989), lov om forbud mod forskelsbehandling på arbejdsmarkedet (1996), muliggørelse af kunstig befrugtning for lesbiske (2006) (Gransell & Hansen, 2009, 5), og muligheden for at ikke-heteroseksuelle kan vies i folkekirken (2012) (Graugaard et al 2015, 1). De transkønnede har ikke fået samme politiske bevågenhed som homoseksuelle. Først i de seneste par år er der sket væsentlige tiltag på dette område, bl.a. har transkønnede fået mulighed for at skifte juridisk køn uden at skifte fysisk køn (Folketinget, 2014). Der er seneste årtier sket forbedringer af de forhold LGBT-personer lever under i Danmark. Dog er der stadig enkelte steder LGBT-personer ikke har de samme lovmæssige rettigheder som heteroseksuelle (kilde). Som den kommende analyse vil vise (kapitel 6-9) er disse forbedringer dog ikke ens betydende med, at der ikke længere er problematikker forbundet med at være LGBT-person i Danmark.

### **Kilder kun anvendt i bilag 1 (de øvrige kan findes i specialets litteraturliste):**

Bech, H. & Lutzen, K. (1986). Lyst eller nød?: kvinders og mænds homoseksualitet; redegørelse for nogle synspunkter og resultater i videnskabelig litteratur; redegørelse fra kommissionen til belysning af homoseksuelles situation i samfundet. Kommissionen til belysning af homoseksuelles situation i samfundet.

Benjamin, H. (1966). The transsexual phenomenon. New York: The Julian Press, Inv. Publishers

Ekins, R. (2005). Science, politics and clinical intervention: Harry Benjamin, transsexualism and the problem of heteronormativity *Sexualities July 2005 vol. 8 no. 3 306-328*.

Folketinget (2014). Lov om ændring af lov om Det Centrale Personregister. Fundet på: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=163824>. Lokaliseret den 20/12 2015.

Gustavson, M (2006). Blandade känslor : bisexuella kvinnors praktik och politik. Göteborg : Kabusa Böcker

Nyegaard, N. (2011). Homoseksualitetsbegrebet i Danmark. Fundet på: <http://danmarkshistorien.dk/leksikon-og-kilder/vis/materiale/homoseksualitetsbegrebet-i-danmark/>. Lokaliseret den 16/1 2016.

## Bilag 2: Oversigt over anvendte variable

Spørgsmål	Svarkategorier	Rekodninger til regressionerne
Til skalaen for psykisk velbefindende:		
1a: Har du været meget nervøs? 1b: Har du været glad og tilfreds? 1c: Har du følt dig rolig og afslappet? 1d: Har du følt dig trist til mode? 1e: Har du været så langt nede, at intet kunne opmuntre dig?	'Hele tiden' 'Det meste af tiden' 'Noget af tiden' 'Lidt af tiden' 'På intet tidspunkt'.	Spørgsmålene vendt således at: 1a, 1d+1e: Hele tiden: 1 og på intet tidspunkt: 5. 1b+1c: Hele tiden: 5 og På intet tidspunkt: 1. Rekodede spørgsmål sammenlagt til skalaen for psykisk velbefindende fra 5-25
Selvmord		
"Har du inden for det sidste år tænkt på at tage dit eget liv, selvom du faktisk ikke ville gøre det?"	'ja', 'nej' og 'ved ikke'	uden ved ikke.
"Har du nogensinde forsøgt at tage dit eget liv?"	'Ja, inden for det sidste år', 'Ja, tidligere', 'Nej' og 'Ønsker ikke at svare'.	Inden for det seneste år + tidligere er sammenlagt til "ja"
Stress		
'Føler du dig stresset i din dagligdag? Med stress menes en tilstand, hvor man føler sig anspændt, rastløs, nervøs, urolig eller ukoncentreret.'	: 'Ja, ofte', 'Ja, af og til', 'Nej, (næsten aldrig)', 'Ved ikke'.	Uden ved ikke
Sociale relationer		
'Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du egentlig har mest lyst til at være sammen med andre?'	'Ja, ofte', 'Ja, en gang imellem', 'Ja, men sjældent', 'Nej' og 'Ved ikke'.	uden ved ikke.
Social support		
'Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller har brug for støtte?'	'Ja, altid', 'Ja, for det meste', 'Ja, nogen gange', 'Nej, aldrig eller næsten aldrig' og 'Ved ikke'.	Uden ved ikke. "Ja nogen gange" og "Nej aldrig eller næste aldrig" er lagt sammen.
Sexlyst		
Har du inden for det seneste år oplevet manglende eller nedsat lyst til sex?"	'ja, hele tiden', 'ja, ofte', 'ja, indimellem', 'ja, men sjældent' og 'nej, aldrig'	"Ja, Hele tiden" og "ja ofte" er sammenlagt. "Ja, men sjældent" og "nej aldrig" er sammenlagt.
Dækket sexbehov		
I hvor høj grad har du inden for det seneste år fået dækket dine seksuelle behov?"	'Fuldstændigt', 'Næsten fuldstændigt', 'delvist', 'lidt', 'slet ikke' og 'har ikke haft seksuelle behov inden for det seneste år'	"fuldstændigt" og "næsten fuldstændigt" sammenlagt til "dækket behov". "lidt" og "slet ikke" sammenlagt til "Udækket behov"

Diskrimination		
Har du inden for de sidste 12 måneder, følt dig diskrimineret pga. din seksuelle orientering, transkønnethed eller andre grunde?"	Svarkategorier for hvert sted: 'Ja - jeg blev det på grund af: Min seksuelle orientering', 'Ja - jeg blev det på grund af: Min transkønnethed' og 'Ja - jeg blev det på grund af: Andre grunde'	Inddelt i 2 grupper: "ja, på grund af seksuel orientering/transkønnethed" og "nej" (alle de der enten ikke har oplevet det, eller kun har oplevet det af andre grunde)
Fordelt på følgende steder:		
I dit boligkvarter		
På gaden eller offentlige steder		
I butikker		
På arbejdspladser		
På uddannelsessteder		
I offentlige transportmidler		
På restauranter o.l.		
Ved jobsøgning		
I nattelivet/diskoteker		
På offentlige kontorer		
Hos læge eller på hospital		
Hos politi eller domstole		
Vold og trusler		
"Har du nogensinde været udsat for vold eller trusler?"	'Ja, en gang', 'Ja, flere gange' og 'Nej, aldrig'	
Har du inden for de sidste 12 måneder været udsat for vold eller trusler som var så alvorlige, at du blev bange? Vold kan også inkludere seksuelle overgreb."	'Ja, både vold og trusler', 'Ja, kun vold', 'Ja, kun trusler', 'Nej' og 'Irrelevant'.	"ja, vold og/eller trusler det seneste år" "nej ikke vold eller trusler det seneste år"
Oplevede du at volden skyldtes din seksuelle orientering eller transkønnethed?	"Ja, helt sikkert" "Ja, måske" "Nej" "Ved ikke" "Ikke relevant"	<i>ikke i regression</i>
Oplevede du at det du blev udsat for skyldtes din seksuelle orientering eller transkønnethed?	"Ja, helt sikkert" "Ja, måske" "Nej" "Ved ikke" "Ikke relevant"	<i>ikke i regression</i>
Bekymringer om vold og trusler		
Hvor ofte tænker du på risikoen for at blive udsat for vold eller trusler?"	'Næsten hele tiden', 'Ofte', 'Af og til', 'Sjældent' og 'Aldrig'.	De to variable er sammenlagt til variabelen: Bekymring om vold/trusler: Meget bekymrede: "ofte" eller "hele tiden" til mindst et

<p>”Sker det, at du afstår fra at gøre ting du har lyst til pga. frygt for at blive udsat for vold eller trusler?”</p>		<p>af spørgsmålene. Ikke bekymrede: ”sjældent eller ”aldrig” på begge spørgsmål. De resterende er ”noget bekymrede”. Rekodningen er foretaget med inspiration fra den oprindelige undersøgelse (Gransell &amp; Hansen, 2009).</p>
<p>Åbenhed om Seksuel orientering/transkønnethed</p>		
<p>Ved din familie, at du er homo/-biseksuel?/ Kender din familie til din transkønnethed?</p> <p>Partner(e)/ægtefælle</p> <p>Mor/mødre</p> <p>Far/fædre</p> <p>Søskende (Kryds ”ja” hvis mindst en søskende ved)</p> <p>Dine børn</p> <p>Øvrig familie</p>	<p>Ja, Nej, Ved ikke, Ej relevant/Ønsker ikke at svare</p>	<p><i>ikke i regression</i></p>
<p>Kender personer i dine omgivelser til din seksuelle orientering?/Kender personer i dine omgivelser til din transkønnethed?</p> <p>heteroseksuelle venner/bekendte</p> <p>homoseksuelle venner/bekendte</p> <p>biseksuelle venner/bekendte</p> <p>transkønnede venner/bekendte</p> <p>Arbejds-/skolekammerater,</p> <p>Arbejdsgivere/lærer</p> <p>Personer du møder gennem dit arbejde</p>	<p>Alle/de fleste, Nogle Ingen, Ved ikke, Ej relevant / ønsker ikke at svare</p>	<p><i>ikke i regression</i></p>
<p>Skjult seksuel orientering</p>		
<p>”Sker det, at du forsøger at skjule din seksuelle orientering?”</p>	<p>: Ja altid, Ja nogle gange, Nej aldrig, Ønsker ikke at svare</p>	<p>Uden "ønsker ikke at svare."</p>
<p>”Hvordan prøver du at skjule det? Lader du være med at:”</p>	<p>’Fortælle om din seksuelle orientering’ ’Tage partner med til firmafester, familiefester mv’ ’Kysse og kærtegne offentligt’ ’Holde din kæreste i hånden’ ’Lade dig registrere med din partner’ ’Bo sammen med partner’ ’Vise dig som medforælder’ og ’Anden måde’.</p>	<p><i>ikke i regression</i></p>

Seksuel orientering		
"Hvordan definerer du din seksuelle orientering i dag? Her anvendes begrebet homoseksuel som et paraplybegreb for bøsser og lesbiske. Biseksualitet defineres i denne undersøgelse som en person, der er seksuelt orienteret mod mere end et køn"	'Homoseksuel', 'Biseksuel', 'Homoseksuel med nogle heteroseksuelle anstrøg', 'Heteroseksuel med nogle homoseksuelle anstrøg', 'Heteroseksuel', 'Usikker på min seksuelle orientering' og 'Ønsker ikke at svare'	
"Vil du beskrive dig selv som transkønnet?"	'Transkønnet fortid', 'Transseksuel', 'Transvestit', 'Transgender', 'KtM (Kvinde til Mand)', 'MtK (Mand til Kvinde)', 'Cross-dresser', 'Dragqueen/king', 'Fetichistisk transvestit' og 'Andet transbegreb'.	Homoseksuel og homoseksuel med anstrøg sammenlægges. Alle transkategorierne sammenlægges til "transkønnet". De nye kategorier er følgende: Homoseksuel, biseksuel, heteroseksuelle med anstrøg, transkønnede.
Køn		
"Hvilket biologisk køn blev du født med?"	'Dreng', 'Pige', 'Intetkøn' og 'Ønsker ikke svare'.	<i>ikke i regression</i>
"Hvilket køn føler du dig mest som?"	'Mand', 'Kvinde', 'Midtimellem', 'Både og', 'Usikker / ved ikke' og 'Anden. Hvad:'	"Midtimellem", "både og", "usikker/ved ikke" og "anden. Hvad:" er rekodet til "Andet køn"
Alder		
Hvilket år er du født? _____	Årstal angives	16-29 år, 30-39 år, 40-49 år, 50-59 år og 60+.
Bopæl		
Hvilken by eller samfund tilbragte du størstedelen af din opvækst i?	'Københavnsområdet', 'Aarhus, Aalborg eller Odense', Stor by (mere end 30.000 indbyggere), Mellemstor by (5000 – 30.000 indbyggere), Lille by (under 5000 indbyggere), 'på landet' eller 'udenlands'.	Lille by og på landet er sammenlagt.
Nuværende bopæl	Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland, Region Nordjylland	<i>ikke i regression</i>

Parforhold		
"Er du i øjeblikket i et længerevarende forhold? Med længerevarende menes et forhold som har varet mere end 3 måneder"	"Nej", "Ja" og "Ønsker ikke at svare",	Uden "ønsker ikke at svare."
Børn		
"Har du børn? "	"Ja", "Nej, pga. lovgivning (f.eks. ingen adgang til adoption, donoranonymitet, manglende forældreskab)", "Nej, jeg er ikke interesseret i at få børn", "Nej, det er ikke aktuelt lige nu", "Nej, pga. infertilitet", "Nej, pga. andre sundhedsmæssige årsager", "Nej, er ikke blevet enig om familieform (f.eks. 2, 3 eller 4 forældre, eller kendt/ukendt sæddonor)", "Nej, har ikke fundet en at stifte familie med (f.eks. manglende far eller manglende mor)" og "Nej, anden anledning".	"ja" "nej" (alle der har svaret nej indgår her)
Uddannelse		
"Hvad er din længste uddannelse? Hvis du studerer, sæt kryds i den uddannelse du tager nu"	'Ingen uddannelse', 'Kort uddannelse op til 10 klasse', 'Erhvervsuddannelse, HG, EFG, mesterlære mm.', 'Kort videregående uddannelse, under 3 år', 'Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år', 'Lang videregående uddannelse, mindst 5 år 7', 'Anden' og 'Ønsker ikke svare'	ingen uddannelse og kort uddannelse op til 10 klasse er sammenlagt til "ingen erhvervskomp. Uddannelse"
Etnicitet		
Hvor er du født?	"I Danmark" "I andet europæisk land" "I Mellem Østen" "I Asien" "I Afrika" "I Nord Amerika" "I Syd Amerika" "Andet sted" "Ønsker ikke svare"	<i>ikke i regression</i>
Oplever du dig selv som dansker?	"Ja" "nej som: _____"	<i>ikke i regression</i>
Kommentarfelt		
"Hvad, synes du, bør forandres for at forbedre homo/-biseksuelles/transkønnedes livssituation?"		<i>ikke i regression</i>

## Bilag 3: Øvrige tabeller

### Elaborering over sammenhæng mellem diskrimination, selvmordstanker samt mental sundhed.

Anvendes på side 78, omhandlende sammenhænge mellem diskrimination og mental sundhed.

		Skala for psykisk velbefindende																			Total	
		6	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		
Ikke tænkt på selvmord*	ikke oplevet diskrimination	100%	0%	100%	100%	67%	100%	67%	86%	100%	87%	88%	93%	91%	87%	95%	99%	95%	93%	95%	94%	
	oplevet diskrimination	0%	100%	0%	0%	33%	0%	33%	14%	0%	13%	12%	7%	9%	13%	5%	1%	5%	7%	5%	6%	
N		1	1	1	2	3	2	3	14	15	15	33	44	68	78	130	131	162	44	39	786	
Tænkt på selvmord**	ikke oplevet diskrimination	100%		100%	91%	100%	100%	86%	100%	100%	93%	100%	94%	88%	100%	86%	88%	100%	100%		94%	
	oplevet diskrimination	0%		0%	9%	0%	0%	14%	0%	0%	7%	0%	6%	12%	0%	14%	13%	0%	0%		6%	
N		1		3	11	5	9	7	8	11	15	9	17	17	11	14	8	4	1		151	
Total	ikke oplevet diskrimination	100%	100%	0%	100%	92%	88%	100%	80%	91%	100%	90%	90%	93%	91%	89%	94%	99%	95%	93%	95%	94%
	oplevet diskrimination	0%	0%	100%	0%	8%	13%	0%	20%	9%	0%	10%	10%	7%	9%	11%	6%	1%	5%	7%	5%	6%
N		1	1	1	4	13	8	11	10	22	26	30	42	61	85	89	144	139	166	45	39	937

\*Lokal gamma: Har ikke selvmordstanker: -,253 p:0,013

\*\*Lokal gamma: Har selvmordstanker: ,214 p:0,342

### Tabeller over sammenhænge med stress. Anvendes på side 95-96 i forhold til sammenhænge mellem stress og mental sundhed.

Tablet over sammenhæng mellem stress og bekymring for vold/trusler. Procent.

	Meget bekymrede	Noget bekymrede	Ikke bekymrede	
Ofte stresset	17%	7%	6%	8%
Af og til stress	50%	48%	38%	42%
Aldrig stresset	33%	44%	56%	50%
Count	100	290	562	952

chi:29,607 p:0,000

Tablet over sammenhæng mellem stress og skjult seksuel orientering. Procent

	Altid eller nogle gange	Aldrig	Total
Ofte stresset	9%	2%	6%
Af og til stresset	42%	41%	42%
Aldrig stresset	49%	57%	52%
N	238	136	374

chi: 6,849 p:0,033