Menšinový stres v perspektivě zdravotních nerovností mezi heterosexuálními a neheterosexuálními lidmi

RNDr. Michal Pitoňák, Ph.D.
Národní ústav duševního zdraví, Klecany

Teorie menšinového stresu v současnosti představuje uznávaný interpretační rámec, kterým můžeme porozumět faktorům, jež negativně ovlivňují duševní zdraví neheterosexuálních lidí. V tomto přehledovém příspěvku představím základní východiska tohoto přístupu a diskutuji tři klíčové proximální menšinové stresové procesy – internalizovanou homonegativitu, motivaci ke skrývání sexuální identity a citlivost k odmítnutí. Na závěr poukáži na aktuální praxi v oblasti transdiagnostických intervencí.

Klíčová slova: menšinový stres, neheterosexualita, sexuální orientace, internalizovaná homonegativita, citlivost na odmítnutí, duševní zdraví.

Minority stress in the perspective of health inequalities between heterosexual and non-heterosexual people

Minority stress theory is now a recognised interpretive framework through which we can understand the factors that negatively affect the mental health of non-heterosexual people. In this review paper, I introduce the basic premises of this approach and discuss three key proximal minority stress processes – internalized homonegativity, motivation to conceal sexual identity, and rejection sensitivity. I conclude by highlighting current practice in transdiagnostic interventions.

Key words: minority stress, non-heterosexuality, sexual orientation, internalized homonegativity, rejection sensitivity, mental health.

Úvod

V současnosti je již relativně známou skutečností, že neheterosexuální[1] lidé patří mezi zranitelné skupiny s vyšším rizikem vzniku problémů s duševním zdravím v porovnání s heterosexuálními lidmi (1). Dosavadní výzkumy popsaly vyšší výskyt depresivních a úzkostných poruch (2), několikanásobně vyšší suicidalitu (3), častějšího užívání návykových látek (4), vyšší ohrožení infekcí HIV i dalšími STI (5), ale též častější poruchy příjmu potravy (6), vyšší výskyt kardiovaskulárních onemocnění či obezity (7). Některé skupiny neheterosexuálních lidí jsou pak těmito zdravotními nerovnostmi ohroženy více než ostatní. Studie například ukázaly, že bisexuální lidé zažívají výrazně vyšší míru úzkostných stavů a problémů s náladou (8) a častěji užívají návykové látky (9) nejen ve srovnání s heterosexuálními lidmi, ale také oproti gayům a lesbám.

O příčinách nerovností: od zkreslených vzorků k depatologizaci

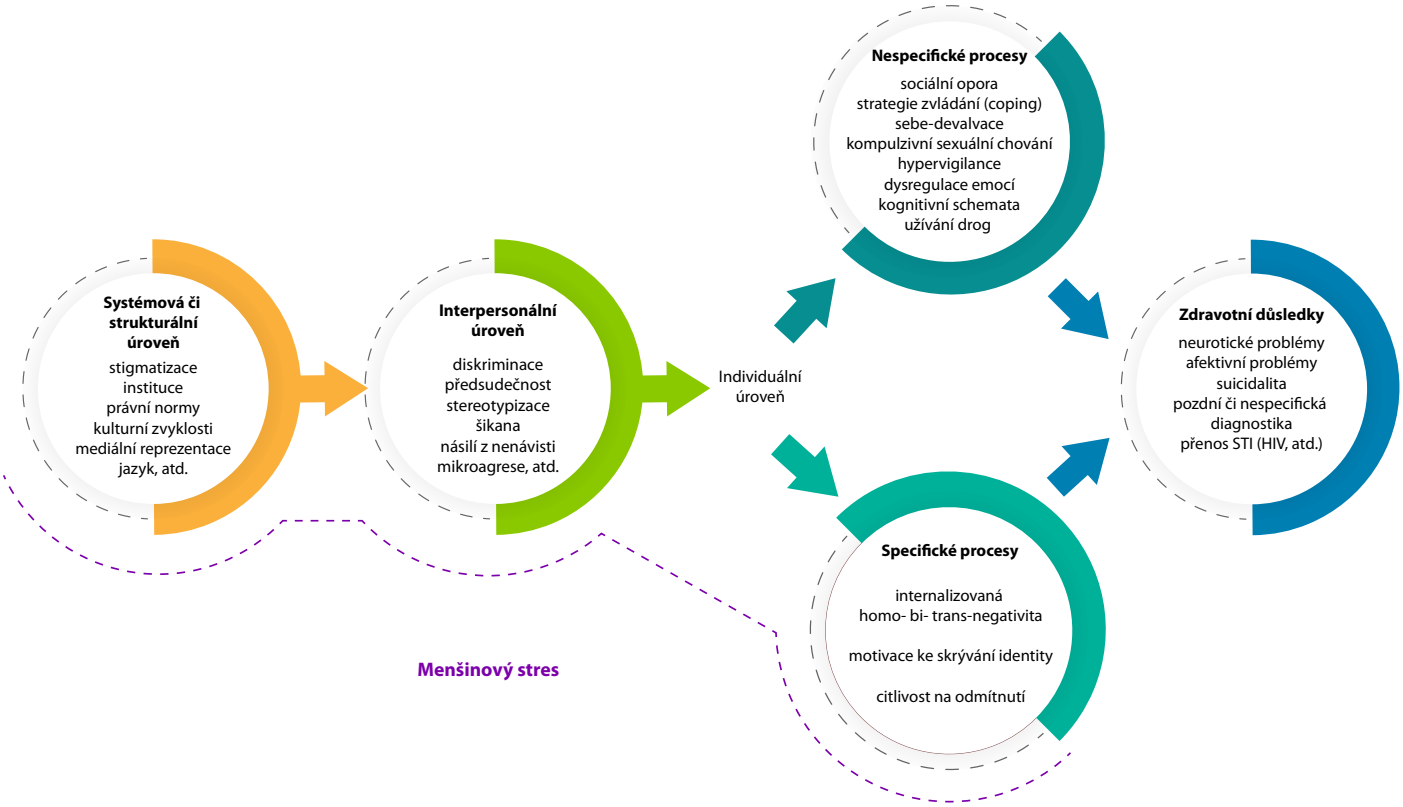
Pochopení příčin zdravotních nerovností mezi heterosexuálními a neheterosexuálními lidmi představuje komplikovanou otázku, přičemž na samotné začátku jejich diskuse se nelze vyhnout pohledu do minulosti, ve které byla „homosexualita" per se patologizována.

1 Neheterosexualita je termín, jímž označuji sexualitu lidí, pro něž není platná heterosexualita. Tento termín bývá užíván k nahrazení často používaného akronymu LGB (a dalších), který není dostatečně inkluzivní, protože v určitém smyslu rozporuje sexuální fluiditu. Zkratky vycházející z LGBT také mohou do určité míry naznačovat pořadí jednotlivých škatulek identit a tím vzbuzovat dojem nadřazenosti jedné nad druhou. Termín neheterosexuální rovněž problematizuje stále častěji kritizované redukcionistické rozlišování populace na „heterosexuály" a „homosexuály" (Pitoňák, 2017). Tento termín může zahrnovat i genderově rozmanité osoby, např. trans nebo nebinární lidi, pokud se na ně z hlediska jejich sexuální orientace vztahuje. Užíváním pojmu neheterosexuální lidé můžeme rovněž snížit míru heteronormativního předpokladu, který se všemi lidmi automaticky jedná jako s heterosexuálními, nebo omezit používání dříve medikalizovaného a dnes překonaného pojmu „homosexuál" či užívání pojmů založených na sebe-identifikaci (gay, lesba, queer apod.) ve vztahu k lidem, kteří se sexuálně identifikovat nechtějí nebo k tomu v průběhu života neměli příhodné podmínky (např. v důsledku tabuizace nebo perzekuce).

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: RNDr. Michal Pitoňák, Ph.D., email@michalpitonak.cz
Národní ústav duševního zdraví
Topolová 748, 250 67 Klecany

Psychiatr. praxi 2022;23(2):100-104
Článek přijat redakcí: 15. 4. 2022
Článek přijat k publikaci: 2. 5. 2022

Obr. 1. *Schematizace základních mechanismů působnosti menšinového stresu*



První studie zaměřené na duševní zdraví „homosexuálů" vznikaly již od začátku minulého století. Jejich zásadním nedostatkem byly ale značné metodologické chyby a zejména pak zkreslující povaha jimi shromažďovaných dat. Respondenti těchto studií byli vybíráni nejčastěji ve věznicích a psychiatrických klinikách, a proto tato dobová data napomohla vykreslovat neheterosexuální osoby jako mentálně a morálně narušené (10). Tyto z dnešního pohledu politováníhodné závěry raných studií začaly být ale vyvraceny již v 50. letech 20. století (11). Hooker například, ve svém převratném neklinicky založeném výběrového souboru homosexuálních mužů, vyvrátila řadu dosavadních tvrzení, na nichž stálo mnoho argumentů patologizace „homosexuality". Podobné studie, společně s politickými a právními změnami v 60. a 70. letech 20. století, pak vedly vyškrtnutí „homosexuality" ze třetího vydání Diagnostického a statistického manuálu (DSM-III) nemocí v roce 1973. „Homosexualita" si ale i v DSM-III ještě nějaký čas udržovala diagnózu tzv. egodystonní sexuální orientace, která byla odebrána až z DSM-III-R v roce 1987. Podobný stav přetrvával i v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10), odkud byla „homosexualita" vyškrtnuta až v roce 1990, přičemž v MKN-11, která v současnosti vstupuje v platnost, již žádnou podobnou diagnózou nenajdeme.

Připomenutí této relativně nedávné depatologizace považuji stále za podstatné, neboť i v současnosti se lze setkat s interpretacemi, které výše zmíněné zdravotní disparity, bez opory v evidenci, připisují samotné „homosexualitě" či „bisexualitě" dotčených osob či jejich příčiny nadměrně individualizují a nesledují jejich skutečné, mnohem komplikovanější příčiny.

Stigmatizace a menšinový stres

Zdravotní disparity mezi heterosexuálními a neheterosexuálními lidmi jsou v současnosti připisovány nejčastěji důsledkům společenské nebo strukturální stigmatizace (12, 13) a dalším formám systémových nerovností založených na kulturních normách či odsuzujících ideologiích (14). Studie zaměřené na stigmatizaci, diskriminaci a jejich dopady na kvalitu života lidí pravidelně upozorňují na jejich negativní dopady na právní postavení či společenský status jimi dotčených osob. V posledních desetiletích ale díky propojení poznatků z různých vědních oborů dochází k hlubšímu porozumění vlivů těchto procesů i na duševní zdraví. V současnosti je stigmatizace považována již za jednu ze základních příčin zdravotních nerovností na úrovni populace (15) a potřeba jejího odbourávání ve společnosti jako sdílený veřejně-zdravotní zájem (16, 17).

Vliv stigmatizace a diskriminace na neheterosexuální osoby byl doposud asi nejkomplexněji popsán v rámci teorie menšinového stresu (18–20), který popisuje konkrétní procesy přispívající k větší psychosociální zátěži působící na neheterosexuální, ale také na genderově rozmanité[2] lidi. Menšinový stres je obecně definován jako nadbytečný stres, kterému jsou lidé ze stigmatizovaných skupin vystaveni v důsledku své menšinové pozice. Menšinový stres tedy působí nad rámec ostatních typů stresu, je sociálně založený, chronický a relativně stabilní v čase (18, 20). Podobně jako u jiných forem stresu, lze identifikovat i menšinové stresory, tedy podněty a procesy, které tento typ stresu vyvolávají. Menšinové stresory typicky rozlišujeme v rámci pomyslného kontinua od (a) distálních (objektivních) stresorů, přes (b) interpersonální až po (c) proximální (subjektivní) stresory.

Mezi distální menšinové stresory patří například vnější systémové podmínky jako stigmati-

2 Termínem „genderově rozmanité osoby" z anglického gender diverse persons (tj. rozmanité nebo různorodé, avšak nikoliv diverzní) rozumíme všechny osoby, jejichž genderová identita, včetně jejich genderového vyjádření, je v rozporu s tím, co je v určitém kontextu a v určitém čase vnímáno jako genderová norma. Termín genderově rozmanité osoby může zahrnovat i transgender osoby. Termín genderová rozmanitost poskytuje prostor k popisu genderových identit, které vykazují projevy přesahující binární uspořádání pohlaví.

zující normy, chybějící či nevhodná reprezentace v rámci médií a kulturních tradic, nerovné zákony apod. Tyto objektivní menšinové stresory bývají v rámci velkých mezinárodních studií stále častěji katalogizovány pomocí komplexních indexů tzv. systémového nebo strukturálního stigmatu a posléze bývají korelovány se změnami duševně-zdravotních indikátorů u neheterosexuálních a genderově rozmanitých lidí v čase (13). V současnosti máme k dispozici výsledky longitudinálních studií z USA nebo Švédska, které ukazují na souvislosti např. mezi zpřístupněním manželství pro páry stejného pohlaví a snížením sebevražednosti u středoškoláků (21) nebo na snížení rozdílu v míře psychologického distresu mezi heterosexuály a neheterosexuály ve Švédsku (22). Rovněž máme k dispozici již i první důkazy o vlivu migrace neheterosexuálních lidí ze zemí s vysokou mírou stigmatizace do zemí s nižší mírou stigmatizace na snížení jejich psychologického distresu a pravděpodobnosti suicidálního chování (23).

Další skupinu menšinových stresorů, která se nachází někde na pomezí mezi distálními a proximálními stresory, tvoří interpersonálních události a podmínky. Patří sem celá řada nejrůznějších forem diskriminace, různé formy předsudečnosti, šikana ve škole, násilné činy motivované předsudky či nenávistí vůči neheterosexuálním a genderově rozmanitým lidem, ale i zdánlivě neškodné formy mikroagrese, které v podobě každodenních narážek či vtipů mohou systematicky snižovat status či sebe-hodnotu jimi dotčených osob. Ze jmenovaných interpersonálních procesů bylo asi nejvíce pozornosti věnováno negativnímu působení homonegativity a jí motivované šikaně v žákovských kolektivech (24, 25). Předsudečně motivovaná šikana proto byla zařazena mezi významné prediktory vyšší suicidality u neheterosexuální a genderově rozmanité mládeže (26).

Pro diskusi faktorů, které lze ovlivnit v rámci psychiatrické či jiné klinické praxe je asi nejdůležitější třetí skupina proximálních (subjektivních) menšinových stresorů, které se od ostatních liší zejména tím, že se projevují velmi individuálně. Proximální menšinové stresory se mohou projevovat ve formě zvnitřnění vnějších, společností založených stigmatizujících norem (27). Velmi častým projevem života ve stigmatizujícím prostředí je potřeba každodenního vyjednávání vlastní sexuální a genderové identity, která se projevuje složitými adaptativními formami skrývání či žité neautenticity v různých prostorech a místech (doma u rodičů, ve škole, v práci atd.) (28). Ovlivněny mohou být i kognitivní vysvětlující rámce, které mohou dále ovlivňovat maladaptivní formy chování jako je zvýšená citlivost na odmítnutí nebo očekávání nepřijetí (29). Ve zbývající části tohoto příspěvku se proto budu věnovat popisu tří nejlépe popsaných typů (či oblastí) působení proximálních menšinových stresorů a poukážu na nové transdiagnostické přístupy, které se na tyto specifické faktory mohou efektivně zaměřovat.

Proximální menšinové stresory

Internalizovaná homonegativita

Internalizovanou homonegativitu (dále IH), která je nejčastěji méně přesně označovaná jako internalizovaná homofobie, lze definovat jako zvnitřnění heteronormativních sociálních postojů a jejich vztažení na sebe (18). IH je tedy formou sebestigmatizace (27) a je důsledkem heteronormativního nastavení naší kultury a společnosti a jaksi automaticky si ji osvojujeme již během nespecifické socializační fáze (30). U neheterosexuálních lidí heteronormativní očekávání a nastavení společnosti ale zakládá vnitřní konflikt mezi jimi vnímanou přitažlivostí k osobám stejného pohlaví a potřebou zapadat a „být normální", což v různých kolektivech může znamenat „být", „chovat se" nebo se „vydávat" za heterosexuála. Autoři raných modelů coming outu z těchto důvodů předpokládali, že rozvoj zdravého sebepojetí u neheterosexuálů vyžaduje překonání IH (31).

Výzkumy ukazují, že heteronormativita však může přerůst ve vstřebávání negativních společenských postojů do vlastního sebepojetí, narušovat psychickou pohodu a vést k problémům s duševním zdravím (32). IH ovlivňuje neheterosexuální osoby několika způsoby, má například negativní dopad na sebehodnocení, způsobuje pocity méněcennosti, ztěžuje utváření vztahů a je asociována s depresí (33). Není pochyb o tom, že IH je v dané kultuře a společnosti úzce spjata s různými verzemi heteronormativní stigmatizace, přičemž novější vědecké práce došly k závěru, že tento proces není vhodné „patologizovat" na úrovni jednotlivce, ale spíše je třeba jej vnímat jako formu „dekompenzace", tedy stav, ve kterém se osoba ocitá, pokud nedisponuje zdroji (nejen individuálními, ale i interpersonálními atd.) potřebnými k překonání kulturně utlačujících norem a ideologií, které ji vyvolávají (14). IH se pak může projevovat například snahou potlačit některé dimenze své sexuality (např. chování nebo zejména formy sebeidentifikace) a tyto snahy pak mohou vést např. k sexuální kompulzivitě, nedostatku sociální opory atd.

Motivace ke skrývání

Dynamika skrývání/otevřenosti sexuální orientace/identity se téměř vždy odehrává na pozadí výše zmíněné heteronormativity, která v tomto případě zakládá předpoklad univerzálnosti heterosexuality, tento předpoklad pak účinně působí proti účinkům „vyoutovanosti[3]" (34). Díky poznatkům z oboru geografií sexualit dnes například již víme, že neheterosexuální lidé se ve svých životech adaptují na heteronormativitu společnosti ve které žijí velmi různorodě a vždy v závislosti na kontextu, v nichž se uplatňují jak aktivní, tak pasivní, vědomé i nevědomé strategie (35). Někteří lidé mohou být autentičtí proto například jen před určitými lidmi a jindy naopak pasivně proplouvat jako domnělí heterosexuálové (36). Dříve se na problematiku otevřenosti v ohledu vlastní sexuální orientace nahlíželo redukcionisticky skrze prizma coming outu jako určitého lineárního vývojového procesu (31). Novější výzkumy tak například ukázaly, že autenticita v ohledu své sexuální identity je možná spíš než jako určitý vývojový milník třeba vnímat jako kontinuální a kontextuální proces (37). Úroveň otevřenosti osoby v různých prostředích (např. doma, v původní rodině, v práci nebo ve škole) a v různých mezilidských kontextech (např. v rodině, u blízkých osob, u známých) proto bude záviset na mnoha faktorech a představuje tak proces, který si při studiu jeho vlivu na zdraví žádá více pozornosti (28).

Knoble a Linville (38) ve své kvalitativní studii zaměřené na vztahovou spokojenost popsali

3 Sloveso „vyoutovat se" ve zvratné formě je odvozeno z anglického výrazu to come out a je používáno za synonymum pro situaci, kdy se člověk sám svěří druhým o své sexuální orientaci či genderové identitě (např.: vyoutovala jsem se v práci kolegyním).

vyoutovanost jako fenomén s několika charakteristikami, včetně situační vyoutovanosti (tj. vyoutovanosti závislé na kontextu), a ilustrovali různé procesy včetně procesu neustálého rozhodování, strachu z diskriminace, ale také například motivace být příkladem pro ostatní. Sami pak definovali míru vyoutovanosti osoby jako „promyšlenou, personalizovanou rovnováhu mezi výhodami vyoutovanosti, kterými jsou např. uznání, zviditelnění a sociální podpora, oproti více stresujícím aspektům, jako je např. stres v rodině a diskriminace na pracovišti" (38). V tomto ohledu lze pak hovořit spíše o tzv. „managementu viditelnosti" sexuální identity (39). Motivace související se skrýváním/odhalováním sexuální identity tak může být ovlivněna různými důvody, snaze vyhýbat se předsudkům, diskriminaci nebo odmítnutí, a tyto motivace mohou potenciálně přerůst v maladaptace. Mnoho studií poukázalo na to, že proces skrývání sexuální identity a jeho negativní psychologické dopady souvisí s náklady na dodatečné psychologické zdroje, které musí osoba do procesu skrývání investovat, a ty pak mohou vést ke ztrátám na psychické pohodě (30). Lidé se mohou připravit o sociální oporu, jejíž nedostatek souvisí s větším emočním strádáním (40). V tomto ohledu je potřeba připomenout, že ačkoli se stigmatizovaným menšinám často dostává sociální opory ze strany jejich rodiny, reakce blízkých neheterosexuálních lidí bývají naopak často uváděny jako významný zdroj stresu a obav (41).

Přestože skrývání/odhalování sexuální identity a vyoutovanost představují komplexní procesy, je možné je chápat jako soubor dovedností, formu adaptační strategie/resilience vůči diskriminaci a stigmatizaci související s vlastní neheterosexualitou a systémem významů, které se s ní v dané společnosti pojí.

Citlivost na odmítnutí

Jednou z ústředních lidských pohnutek je touha být druhými přijímán a naopak nebýt odmítán (42). Zejména opakované odmítání ze strany druhých obecně snižuje pohodu jednotlivce a narušuje mezilidské fungování (43). Lidé se však ve vnímání a v reakcích na odmítnutí ze strany druhých různí. Někteří mohou signály odmítání chápat neškodně a zachovávat si po nich vyrovnanost, zatímco jiní mohou i na nevýrazné nebo jen domnělé odmítnutí reagovat přehnaně (44). Citlivost na odmítnutí (v aj. rejection sensitivity, dále RS) lze tedy definovat jako tendenci očekávat odmítnutí a obávat se ho v celé řadě sociálních situací (44). Na jednu stranu sice může RS představovat adaptivní obranný motivační stav a chránit tak osobu prostřednictvím její připravenosti na potenciální sociální hrozbu, pokud ale dochází k jeho nahodilé aktivaci nebo ke spuštění v případě, byť jen minimálního či nejednoznačného náznaku odmítnutí, bývá maladaptivní (43).

Downey a Feldman zjistili, že naše ochota vnímat odmítnutí ze strany druhých a potenciálně na něj reagovat přehnaně může být motivována úzkostným očekáváním (44). Z tohoto důvodu se často setkáme též s pojmem úzkostné očekávání odmítnutí (anxious expectation of rejection). Z hlediska kognitivně-afektivního procesování jsou pak takové formy úzkostného očekávání odmítnutí spojené s hypervigilancí vůči sebemenším náznakům dalšího odmítnutí a mohou vést k tomu, že i minimální nebo nejednoznačné náznaky odmítnutí mohou být vnímány jako odmítnutí záměrné a podněcovat tak přehnané afektivní i behaviorální reakce jako hněv, nepřátelství, sklíčenost, stažení podpory, žárlivost a další (45). RS tak může mít závažné negativní dopady nejen na mezilidské fungování (např. snižovat sociální oporu) ale rovněž působit na duševní zdraví (souvislosti s příznaky deprese a úzkostmi).

Původní konceptualizace RS a jeho vlivu na pohodu a duševní zdraví člověka i jeho mezilidské fungování byla rozšířena i o důsledky citlivosti na odmítnutí jakožto následku stigmatizovaného statusu, který bývá často spjatý se zkušenostmi s viktimizací, diskriminací a vyloučením (46). Z těchto důvodů se často uvádí, že příslušníci stigmatizovaných skupin prožívají jedinečné události spojené s odmítnutím a ty posléze mohou vyvolávat úzkostné formy očekávání odmítnutí a ovlivňovat tak interpersonální fungování i duševní pohodu.

Meyer (2003) očekávání odmítnutí zařadil mezi proximální stresory již ve své prvotní konceptualizaci teorie menšinového stresu. Podle názoru autorů spolu RS a očekávání odmítnutí souvisí, nicméně nejsou totožné, protože RS zahrnuje jak kognitivní proces (vnímanou pravděpodobnost odmítnutí, tj. možné očekávání), tak i afektivní proces (tj. obavy nebo úzkost z odmítnutí). Ayduk a Gyurak (47) tento rozdíl ilustrovali na příkladu telefonních prodejců, kteří odmítnutí ze strany zákazníků běžně očekávají, ale necítí se jím být nijak ohroženi, zatímco lidé, kteří jsou na odmítnutí citliví, se tímto odmítnutím mohou cítit dotčení a ohrožení. Z těchto důvodu se v ukazatelích vyvinutých za účelem zjišťování RS obvykle skóre anticipované úzkosti násobí s mírou očekávání odmítnutí. Pachankis, Goldfried a Ramrattan (48) byli první, kdo konstrukt RS rozšířili na zkoumání interpersonálního fungování gayů, a prokázali, že výsledky jejich nově vyvinuté Škály citlivosti na odmítnutí u gayů souvisejí s odmítáním ze strany rodičů, IH a neasertivním interpersonálním chováním. Jejich výzkum ukázal, že RS možná funguje jako mediátor mezi odmítnutím ze strany rodičů a IH. Další výzkum, který zahrnoval i neheterosexuální ženy, doložil, že RS je také spojena se zkušenostmi s diskriminací (49). Mediační vztahy menšinových stresorů a dalších obecných psychologických procesů (např. regulací emocí, kognitivním fungováním atd.) byly později rozpracovány například v rámci psychologického mediačního rámce Hatzenbuehler (50).

Proces úzkostného očekávání odmítnutí v současnosti představuje již v podstatě podoblast zkoumání vlivu menšinového stresu a poměrně dynamicky se rozvíjející oblast pro zkoumání zdravotních disparit mezi heterosexuálními a neheterosexuálními lidmi (29).

Budoucnost specifických transdiagnostických intervencí

Je zřejmé, že menšinový stres narušuje duševní zdraví prostřednictvím řady provázaných psychosociálních procesů, které působí skrze různé kanály – kognitivní (např. IH), afektivní (např. RS) a behaviorální (např. skrývání sexuální orientace, vyhýbání se, zneužívání návykových látek, sexuální impulzivita).

Některé z těchto procesů, jako například IH nebo skrývání sexuální identity jsou specifické pro neheterosexuální lidi, zatímco jiné procesy působí psychopatologicky univerzálně (např. dysregulace emocí, nízké sebehodnocení atd.). Výzkumy ale ukázaly, že proces úzkostného očekávání odmítnutí spojený s neheterosexualitou jím dotčených osob souvisí s nejen s častější depresí a úzkostí, ale také s IH, častějším skrýváním sexuální identity či častějším užíváním návykových látek, sexem bez kondomu či sexuální kompulzivitou (49, 51, 52). Výzkumy tak ukázaly, že vyšší zranitelnost vůči infekci HIV může být

předpovězena nižší sebeúctou, neasertivitou a sexuální impulzivitou (53).

Pachankis et al (54) ve své průkopnické intervenci prokázali, že psychosociální zdravotní rizika mladých gayů a bisexuálů jsou funkčně podobná a je možné je vnímat jako maladaptivní reakce na menšinový stres (55). Na základě této konceptualizace tak k chronickému vystavení menšinovým stresorům, kterým mladí gayové a bisexuálové neúměrně čelí od útlého věku, přistupovali jako k činitelům, které narušují zdravé neurobiologické stresové dráhy, vyvolávají schémata odmítání, dysregulují emoce, vedou k neasertivitě a impulzivitě. Všechny tyto činitele proto chápali jako základ souběžně se vyskytujících problémů neheterosexuálních mužů (deprese, úzkosti, užívání návykových látek, sexuální kompulzivita atd) a namísto intervencí cílených na jeden problém hledali systémověji zaměřený transdiagnostický přístup, který by cílil na všechny zmíněné psychosociální kanály najednou. Pachankis et al. (54) proto ve své intervenci nazvané ESTEEM (Effective Skills to Empower Effective Men) adaptovali CBT sestávající z 10 individuálně vedených setkání a zaměřili ji na budování dovedností díky kterým by klienti mohli lépe zvládat a čelit menšinovému stresu, včetně posilování schopnosti regulace emocí, omezování vzorců vyhýbání se sociálním situacím a zvyšování motivace a sebeúčinnosti nutných pro pozitivní změnu chování. Efektivita této a podobných forem intervencí je nadějná, neboť byla ověřena již i v kulturně přizpůsobené variantě například u čínských mladých mužů (56) a v současnosti jsou již vyvíjeny i další protokoly cílící i na neheterosexuální ženy a další skupiny zranitelné vůči menšinovým stresorům (57). Ani moderní transdiagnostické intervence ale nejsou důvodem k přehlížení širších a komplexních sociokulturních determinant těchto zdravotních nerovností.

Tato publikace vznikla v rámci výzkumného projektu č. 19-14801S nazvaného „Menšinový stres neheterosexuálních lidí v Česku" financovaného Grantovou agenturou ČR.

LITERATURA

1. Branstrom R. Minority stress factors as mediators of sexual orientation disparities in mental health treatment: a longitudinal population-based study. J Epidemiol Community Health. 2017;71(5):446-52.
2. Ploderl M, Tremblay P. Mental health of sexual minorities. A systematic review. Int Rev Psychiatry. 2015;27(5):367-85.
3. Yildiz E. Suicide in sexual minority populations: A systematic review of evidence-based studies. Arch Psychiatr Nurs. 2018;32(4):650-9.
4. Marshal MP, Friedman MS, Stall R, King KM, Miles J, Gold MA, et al. Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review. Addiction. 2008;103(4):546-56.
5. Halkitis PN, Wolitski RJ, Millett GA. A holistic approach to addressing HIV infection disparities in gay, bisexual, and other men who have sex with men. Am Psychol. 2013;68(4):261-73.
6. Austin BS, Ziyadeh NJ, Corliss HL, Rosario M, Wypij D, Haines J, et al. Sexual orientation disparities in purging and binge eating from early to late adolescence. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine. 2009;45:238-45.
7. Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ, Barkan SE, Muraco A, Hoy-Ellis CP. Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: results from a population-based study. Am J Public Health. 2013;103(10):1802-9.
8. Ross LE, Salway T, Tarasoff LA, MacKay JM, Hawkins BW, Fehr CP. Prevalence of Depression and Anxiety Among Bisexual People Compared to Gay, Lesbian, and Heterosexual Individuals:A Systematic Review and Meta-Analysis. J Sex Res. 2018;55(4-5):435-56.
9. Schuler MS, Collins RL. Sexual minority substance use disparities: Bisexual women at elevated risk relative to other sexual minority groups. Drug Alcohol Depend. 2020;206:107755.
10. Morin SF. Heterosexual bias in psychological research on lesbianism and male homosexuality. Am Psychol. 1977;32(8):629-37.
11. Hooker E. The adjustment of the male overt homosexual. J Proj Tech. 1957;21(1):18-31.
12. Hatzenbuehler ML. Structural Stigma and the Health of Lesbian, Gay, and Bisexual Populations. Current Directions in Psychological Science. 2014;23(2):127-32.
13. Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Mirandola M, Weatherburn P, Berg RC, Marcus U, et al. The Geography of Sexual Orientation: Structural Stigma and Sexual Attraction, Behavior, and Identity Among Men Who Have Sex with Men Across 38 European Countries. Arch Sex Behav. 2017;46(5):1491-502.
14. Riggs DW, Treharne GJ. Decompensation: A Novel Approach to Accounting for Stress Arising From the Effects of Ideology and Social Norms. J Homosex. 2017;64(5):592-605.
15. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. Am J Public Health. 2013;103(5):813-21.
16. Zeeman L, Sherriff N, Browne K, McGlynn N, Mirandola M, Gios L, et al. A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. Eur J Public Health. 2019;29(5):974-80.
17. Bränström R, van der Star A, Pachankis J. European-wide monitoring of sexual and gender minority health: a necessary and feasible task for advancing health equity. European Journal of Public Health. 2019;29:199-200.
18. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. Psychol Bull. 2003;129(5):674-97.
19. Meyer IH. Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity. 2015;2(3):209-13.
20. Pitoňák M. Rozdíly v duševním zdraví mezi ne-heterosexuály a heterosexuály: přehledová studie. Československá psychologie. 2017;61:575-92.
21. Raifman J, Moscoe E, Austin SB, McConnell M. Difference-in-Differences Analysis of the Association Between State Same-Sex Marriage Policies and Adolescent Suicide Attempts. JAMA Pediatr. 2017;171(4):350-6.
22. Hatzenbuehler ML, Bränström R, Pachankis JE. Societal-level explanations for reductions in sexual orientation mental health disparities: Results from a ten-year, population-based study in Sweden. Stigma and Health. 2018;3:16-26.
23. Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Branstrom R, Schmidt AJ, Berg RC, Jonas K, et al. Structural stigma and sexual minority men's depression and suicidality: A multilevel examination of mechanisms and mobility across 48 countries. J Abnorm Psychol. 2021;130(7):713-26.
24. Smetáčková I, Braun R. Homofobie v žákovských kolektivech: Government of the Czech Republic; 2009.
25. Pitoňák M, Spilková J. Homophobic Prejudice in Czech Youth: a Sociodemographic Analysis of Young People's Opinions on Homosexuality. Sexuality Research and Social Policy. 2016;13(3):215-29.
26. Kosciw JG, Greytak EA, Diaz EM. Who, what, where, when, and why: demographic and ecological factors contributing to hostile school climate for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. Journal of youth and adolescence. 2009;38(7):976-88.
27. Williamson IR. Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. Health Educ Res. 2000;15(1):97-107.
28. Pachankis JE, Mahon CP, Jackson SD, Fetzner BK, Branstrom R. Sexual orientation concealment and mental health: A conceptual and meta-analytic review. Psychol Bull. 2020;146(10):831-71.
29. Feinstein BA. The Rejection Sensitivity Model as a Framework for Understanding Sexual Minority Mental Health. Archives of Sexual Behavior. 2020;49:2247-58.
30. Frost DM, Hammack PL, Wilson BDM, Russell ST, Lightfoot M, Meyer IH. The Qualitative Interview in Psychology and the Study of Social Change: Sexual Identity Development, Minority Stress, and Health in the Generations Study. Qual Psychol. 2020;7(3):245-66.
31. Cass VC. Homosexual Identity: A Concept in Need of Definition. Journal of Homosexuality. 1984;9:105-26.
32. Mohr JJ, Daly CA. Sexual minority stress and changes in relationship quality in same-sex couples. Journal of Social and Personal Relationships. 2008;25(6):989-1007.
33. Shidlo A. Internalized Homophobia Conceptual and Empirical Issues in Measurement. In: Green B, Herek GM, editors. Lesbian and Gay Psychology: Theory, research, and clinical application. Thousand Oaks: SAGE Publications; 1994. 176-205.
34. Fuss D. Inside/Out: Lesbian Theories, Gay Theories: Routledge; 1991. 288 p.
35. Pitoňák M. Prostorovost, institucionalizace a kontextualita heteronormativity: studie vyjednávání neheterosexuálních identit v Česku. Gender rovné příležitosti výzkum. 2013;14:27-40.
36. Pitoňák M. V sexuálním closetu / Geografie „ne-heterosexuálních lidí". In: Osman R, Pospíšilová L, editors. Geografie „okrajem": Každodenní časoprostorové zkušenosti. Praha: Univerzita Karlova; 2019. p. 147-82.
37. Cohler BJ, Hammack PL. The Psychological World of the Gay Teenager:Social Change, Narrative, and „Normality". Journal of Youth and Adolescence. 2007;36:47-59.
38. Knoble NB, Linville D. Outness and relationship satisfaction in same-gender couples. Journal of Marital and Family Therapy. 2012;38(2):330-9.
39. Lasser J, Ryser GR, Price LR. Development of a Lesbian, Gay, Bisexual Visibility Management Scale. Journal of Homosexuality. 2010;57(3):415-28.
40. Potoczniak D, Crosbie-Burnett M, Saltzburg N. Experiences Regarding Coming Out to Parents Among African American, Hispanic, and White Gay, Lesbian, Bisexual, Transgender, and Questioning Adolescents. Journal of Gay & Lesbian Social Services. 2009;21(2-3):189-205.
41. Solomon D, McAbee J, Asberg K, McGee A. Coming Out and the Potential for Growth in Sexual Minorities: The Role of Social Reactions and Internalized Homonegativity. J Homosex. 2015;62(11):1512-38.

Další literatura u autora a na www.psychiatriepropraxi.cz