

A homofobia internalizada e os comportamentos para a saúde numa amostra de homens homossexuais

HENRIQUE PEREIRA (*)

ISABEL LEAL (**)

1. INTRODUÇÃO

O conceito de Homofobia Internalizada tem sido apresentado por muitos autores como um factor central na manifestação de vários aspectos relacionados com a saúde e com a doença entre pessoas homossexuais.

Definido como medo à própria homossexualidade, a homofobia internalizada é um fenómeno cultural, que não é universal, nem toma as mesmas formas ou o mesmo significado em diferentes grupos sociais.

O objectivo do presente trabalho é investigar como é que a existência de homofobia internalizada condiciona a adopção de comportamentos para a saúde, comparativamente entre sujeitos homossexuais com maiores e menores níveis de homofobia internalizada.

Para investigar esta questão, delineou-se um estudo comparativo entre dois grupos (um de homens homossexuais com maiores níveis de ho-

mofobia internalizada e outro com homens homossexuais com menores níveis de homofobia internalizada), prefazendo um total de 304 indivíduos da cidade de Lisboa.

Muito antes de perceberem a natureza da sua orientação sexual, os homossexuais internalizam uma série de mensagens correspondentes aos valores negativos face à homossexualidade. Muitas vezes, reconhecem os seus sentimentos de atracção por pessoas do seu próprio sexo e iniciam um processo psicológico de auto-rotulação que não é acompanhado por nenhuma abertura interpessoal das suas próprias emoções e comportamentos. Mas, iniciado o processo de auto-rotulação, os efeitos de dano psicológico ocasionados pelas tais mensagens negativas tomam lugar.

Meyer e Dean (1998) definem Homofobia Internalizada como «o direccionamento das atitudes sociais negativas para o *self* da pessoa gay, levando à desvalorização desse *self* e resultantes conflitos internos e uma auto-imagem empobrecida».

Os gays, as lésbicas e os bissexuais representam uma minoria sexual. Como tal, enfrentam tanta discriminação, estigmatização e violência que é apenas natural que, como resultado, lhes

(*) Universidade da Beira Interior.

(**) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

ocorram elevados níveis de stress e ansiedade. Tanto mais é assim que a nossa sociedade heterossexista apenas os tolera se não se assumirem e permanecerem para sempre ‘no armário’ (DiPlacido, 1998). No entanto, ao contrário das outras minorias sociais, em muitos países (incluindo Portugal) aos homossexuais falta-lhes um reconhecimento constitucional que os proteja da discriminação. Recentemente, alguns autores têm vindo a salientar a importância do factor do stress das minorias como sendo a componente principal da internalização da homofobia.

A manifestação mais comum da internalização da estigmatização é a sensação de vergonha face à perspectiva de ser identificado como gay (Mondimore, 1998). Esta sensação de vergonha pode ser o resultado do confronto com possíveis ameaças externas e internas e o bem-estar emocional do indivíduo vai depender da maneira como ele as gere.

Apesar da crença de que os estados emocionais e de atitude influenciam os processos fisiológicos do corpo existirem há muitos séculos, só recentemente é que se obtiveram dados empíricos para o provar. Os estudos de Alameda County tornaram-se clássicos na investigação dos factores que levam as pessoas a atingir, manter e promover a sua saúde. Estes comportamentos eram os seguintes (Matarazzo, & Leckliter, 1988):

1. Sete ou oito horas de sono por dia;
2. Tomar o pequeno-almoço quase todos os dias;
3. Nunca comer (ou raramente) entre as refeições;
4. Peso ajustado à altura;
5. Nunca fumar cigarros;
6. Consumo moderado (ou nenhum) de álcool;
7. Actividade física regular.

Desde há muito que os investigadores notaram que os comportamentos para a saúde diferem significativamente na sua complexidade entre grupos sociais. Determinantes sociais e demográficos, como o estatuto socio-económico ou o género sexual, devem ser tidos em conta. A par com o apoio social que o indivíduo tenha, talvez o determinante mais importante seja o simples acesso regular a um médico. Outros determi-

nantes têm a ver com a percepção dos sintomas, as cognições e as emoções de uma pessoa.

Parece haver muitos indícios de que a existência de Homofobia Internalizada entre os gays compromete algumas dimensões da saúde física e mental dos indivíduos.

Assim, pareceu-nos fundamental explorar em que sentido isso acontece numa amostra de homossexuais da cidade de Lisboa, tentando perceber que factores ou dimensões estavam em jogo.

Pretendeu-se, então, com este trabalho, responder à seguinte questão de investigação: Será que existem diferenças significativas entre homossexuais com mais Homofobia Internalizada e homossexuais com menos Homofobia Internalizada no que diz respeito à adopção de comportamentos para a saúde? Se sim, de que maneira é que essa diferença se manifesta? Importava também saber se existiam diferenças significativas na adopção de comportamentos para a saúde quando a Homofobia Internalizada estava apenas condicionada por factores internos *versus* factores externos ou factores globais.

2. MÉTODO

2.1. Participantes

Os participantes deste estudo foram indivíduos do sexo masculino e de nacionalidade portuguesa cuja sexualidade é homo ou bissexualmente orientada e que já haviam preenchido os questionários para a validação do Questionário de Avaliação da Homofobia Internalizada. Esta amostra foi recolhida junto dos membros da Associação ILGA-Portugal e frequentadores do Centro Comunitário Gay e Lésbico na cidade de Lisboa, nos bares/discotecas «Bric-a-bar» e «Max», e através do método ‘bola de neve’ entre indivíduos que já tinham preenchido a escala. Trata-se de uma amostra de conveniência recolhida entre homens que têm um comportamento homossexual.

Na tabela a seguir (Tabela 1) podem ver-se mais detalhadamente as características demográficas de todos os sujeitos.

TABELA 1
Características demográficas da amostra

Número total de sujeitos (<i>n</i>)	304
Média de Idades (anos)	29,9
Solteiros	69,1%
Casados	7,2%
Comprometidos	23,7%
4 anos de escolaridade	1%
6 anos de escolaridade	3,6%
9 anos de escolaridade	10,2%
12 anos de escolaridade	30,3%
Bacharelato/Licenciatura	43,1%
Mestrado/Doutoramento	11,8%
Gays	80,9%
Bissexuais	16,8%
Não Sabem/Não Responderem	2,3%

2.2. Material

A construção do Questionário de Avaliação da Homofobia Internalizada teve por base o trabalho desenvolvido por Ross e Rosser (1996). Para avaliar a validade interna submeteram-se os 304 casos para os 26 itens ao α de Cronbach. O resultado obtido foi $\alpha = 0,7440$, o que, segundo Pestana e Gageiro (1999: 418) é um valor bastante aceitável.

Foi ainda efectuada uma correlação de variáveis transformadas (*Correlations Transformed Variables*) para, por tentativa e erro, eliminar os itens com menor correlação entre si e ver se o α de Cronbach aumentava. Eliminando esses itens, o α de Cronbach diminuiu, pelo que se decidiu manter todos os itens.

Seguidamente, uma vez que se tratava de uma escala de tipo Likert, submetemos as respostas a uma análise de correspondência – CATPCA (*Principal Components Analysis for Categorical Data*) para avaliar os factores (ou as dimensões) em jogo. As duas grandes dimensões surgidas verificou-se pertencerem a duas categorias distintas a que chamamos respectivamente de «percepção interna do estigma» e «percepção externa do estigma».

Utilizou-se também um questionário construído com base no Questionário Europeu de Saúde

e Comportamento (*European Health and Behaviour Survey*). Este questionário foi adaptado e foram-lhe acrescentadas questões para avaliar a dimensão do comportamento sexual de risco entre homossexuais.

Depois de recolhidos e tratados os dados em SPSS para a validação do instrumento, procedeu-se à divisão dos sujeitos de acordo com os objectivos do trabalho, ou seja, dividiram-se os 304 indivíduos em dois grupos, um grupo com maiores níveis de Homofobia Internalizada e outro grupo com menores níveis de Homofobia Internalizada.

Decidiu-se submeter todas as respostas do questionário a uma análise de frequências para se encontrar o valor mediano, acima do qual organizaria o Grupo Sem HI (G s/HI-2Dim) e abaixo do qual organizaria o Grupo Com HI (G c/HI-2Dim).

3. RESULTADOS

Os resultados obtidos foram os apresentados na Tabela 2.

TABELA 2

<i>N</i>	Mediana
304	86,000

Com isto, os dois grupos (G s/HI-2Dim e G c/HI-2Dim) ficaram homogeneamente distribuídos, conforme mostra a Tabela 3.

TABELA 3

	Freq.	%
Com HI (< ou = 86,000)	155	51%
Sem HI (> 86,000)	149	49%
Total	304	100%

Por outro lado, no sentido de investigar se existiriam diferenças considerando apenas os factores internos ou externos da Homofobia Internalizada, estabeleceram-se dois grupos separadamente, tendo em conta as duas dimensões resultantes da validação do instrumento (Dimensão Percepção Interna do Estigma e Dimensão Percepção Externa do Estigma).

Do mesmo modo, submeteram-se os resultados a uma análise de frequências para se encontrar o valor mediano, acima do qual se organizariam os Grupos Sem HI-DimINTERNA e Sem HI-DimEXTERNA e os Grupos Com HI-DimINTERNA e Com HI-DimEXTERNA. As Tabelas 4, 5, 6, e 7 resumem os resultados obtidos.

TABELA 4
Dimensão Percepção INTERNA do estigma

<i>N</i>	Mediana
304	70,000

TABELA 5
Dimensão Percepção EXTERNA do estigma

<i>N</i>	Mediana
304	19,000

TABELA 6
Dimensão Percepção INTERNA do estigma

	Freq.	%
Com HI (< ou = 70,000)	160	52.6%
Sem HI (> 70,000)	144	47.4%
Total	304	100%

TABELA 7
Dimensão Percepção EXTERNA do estigma

	Freq.	%
Com HI (< ou = 19,000)	156	51.3%
Sem HI (> 19,000)	148	48.7%
Total	304	100%

O Questionário de Comportamentos para a Saúde envolvia variáveis quer nominais, quer ordinais. Por esta razão, para as poder relacionar entre os grupos (Gc/HI-2Dim vs Gs/HI-2Dim, Gc/HI-DimINTERNA vs Gs/HI-DimINTERNA e Gc/HI-DimEXTERNA vs Gs/HI-DimEXTERNA) e analisar se haveriam ou não diferenças significativas entre eles em termos dos comportamentos para saúde, foi necessário submeter as respostas a testes estatísticos diferentes. Assim, para as variáveis nominais (sim/não) e variáveis ordinais com apenas três categorias, utilizaram-se tabelas de contingência do Qui-Quadrado – χ^2 . Para as variáveis ordinais com mais de três categorias, utilizou-se o teste de Mann-Whitney.

O critério de decisão de rejeição ou não da Hipótese Nula (H_0 = Não existem diferenças significativas) foi de acordo com um α de 0.05.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

PARA O GRUPO C/HI-2Dim VS GRUPO S/HI-2Dim:

Analisando as respostas obtidas, é possível dizer que existem diferenças significativas entre os G c/HI-2Dim vs G s/HI-2Dim para as seguintes Dimensões:

- Dieta e Hábitos Alimentares
- Problemas de Saúde e Cuidados Preventivos
- Comportamento Sexual de Risco

Vejam como é que essas diferenças se manifestam entre os dois grupos.

Dieta e Hábitos Alimentares

As variações encontradas no Grupo Com HI indicam que estes sujeitos têm hábitos alimentares mais adequados do que os sujeitos sem HI.

No entanto, os comportamentos alimentares dos sujeitos do Grupo Sem HI demonstram um equilíbrio ligeiramente maior quando se trata de um comportamento mais extremadamente desadequado.

Problemas de Saúde e Cuidados Preventivos

Para esta dimensão, são os sujeitos sem HI que têm mais problemas de saúde e cuidados preventivos comparativamente aos sujeitos com HI.

Embora a questão 28 (‘Nos seus relacionamentos sexuais pratica sexo anal?’) não pertença concretamente a nenhuma dimensão específica, importa verificar como se manifestam as diferenças entre os dois grupos, pois isso pode influenciar os resultados para a questão 30. Constata-se que são os homens sem Homofobia Internalizada que praticam mais sexo anal.

Finalmente, para a dimensão Comportamento Sexual de Risco:

Pelos resultados obtidos é possível perceber que são os sujeitos sem homofobia internalizada que estão em maior risco quando têm relações sexuais.

PARA O GRUPO C/HI-DimINTERNA VS GRUPO S/HI-DimINTERNA:

Analisadas as respostas, é possível dizer que existem diferenças significativas entre os Grupos C/HI-DimINTERNA VS S/HI-DimINTERNA para a dimensão: Comportamento Sexual de Risco

Esta diferença se manifesta entre os dois grupos do seguinte modo: são os homens com mais Homofobia Internalizada quando medida apenas através de dimensões internas, que têm mais comportamentos sexuais seguros do que os homens com menos Homofobia Internalizada.

PARA O GRUPO C/HI-DimEXTERNA VS GRUPO S/HI-DimEXTERNA

Analisando as respostas de acordo com a discussão efectuada, é possível dizer que existem diferenças significativas entre os Grupos C/HI-DimEXTERNA VS S/HI-DimEXTERNA para a dimensão: Dieta e Hábitos Alimentares

Esta diferença manifesta-se entre os dois grupos do seguinte modo: quanto maior a Homofobia Internalizada, menores os comportamentos de saúde.

Verifica-se assim, que são os sujeitos com

mais Homofobia Internalizada que têm mais comportamentos para a saúde quando se têm em conta dimensões internas e globais, mas menos comportamentos para a saúde quando se tem em conta a dimensão externa, isso desafia as intervenções e a investigação de uma maneira importante.

Para o primeiro conjunto de conclusões parece que faz mais sentido perceber que ser homossexual varia de cultura para cultura e que se constrói uma identidade homossexual por contraponto à repressão social e cultural. Logo, é natural que os gays da amostra do presente estudo que *inventaram* as suas identidades e se rotularam de gays – vivendo bem com esse rótulo, ou seja, tendo menos homofobia internalizada – procurem agir em termos de comportamento para a saúde de acordo com aquilo que a sociedade e a cultura vigente espera deles, isto é, que tenham comportamentos menos adequados.

Os homossexuais que expressam publicamente a sua sexualidade ou que são conotados como tal (e que terão, por isso, menos homofobia internalizada), são objecto de todo o tipo de agressões, pelo simples facto de viverem numa sociedade que discrimina a sua natureza.

Assim, os homens com mais homofobia internalizada recorrerão a estratégias que os levam a lidar com essa discriminação e sobretudo com a internalização desse homo-negativismo, evitando a exposição pública e contendo-se na expressão dos seus sentimentos e comportamentos.

Afinal, se o que é esperado pela sociedade é que os gays sejam mais desajustados, homens com mais homofobia internalizada (que terão mais renitência em se identificarem como gays) terão mais comportamentos ajustados, inclusive comportamentos para a saúde, quando essa homofobia implica a percepção interna do estigma. Instalar-se-á uma resistência à própria identificação como gay que traz repercussões ao nível da adopção de comportamentos de saúde.

Muitos homossexuais cresceram num ambiente de isolamento emocional, social e mesmo cognitivo, que os levaram a interiorizar uma série de estereótipos, vividos como fracassos, limites, defeitos ou obstáculos.

Este dano a nível da auto-estima pode ser sobre-compensado a nível da adopção de comportamentos de saúde, ou seja, para compensarem o «defeito» de serem homossexuais, constróem

uma saúde física isenta de falhas, demonstrando para si próprios que é aceitável, apesar de tudo, serem homossexuais.

Sobretudo à luz da percepção interna ou global do estigma, repetidas vezes surgirá no gay a ideia de que se fracassar, se não adoptar comportamentos positivos para a sua saúde (incluindo os do comportamento sexual de risco), então é porque ele é homossexual.

Por outro lado, ao questionarem internamente como é que deve ser um homossexual através do confronto com estereótipos ou ideias normativas, o facto de poderem ou deverem tornar explícitos esses estereótipos, suscitará dúvida ou conflito.

Difundida a ideia de que o homossexual é 'anormal' ou 'doente' e promíscuo, ou seja, «os gays são assim...», instala-se uma dissonância cognitiva (por sustentar ao mesmo tempo ideias incompatíveis). Esta situação produz ansiedade, incerteza crónica e retração emocional. «Eu não sou como os outros gays, logo tenho que me comportar de modo diferente!» Logo, adoptam mais comportamentos para a saúde.

As conclusões deste trabalho colocam desafios importantes na prática clínica – afirmativa e da saúde. Afinal, ao intervir ao nível dos comportamentos para a saúde entre homossexuais, parece fundamental investigar se a criação de uma identidade própria ou de uma individuação implica questionar os estereótipos.

Percebemos como a homofobia internalizada depende de factores externos e internos. E percebemos como, hoje em dia, muitos homossexuais preferem um estilo masculino, evitam a imagem do gay efeminado, e desejam cada vez mais alternativas ao sexo fácil, tentando formar relacionamentos estáveis.

Este fenómeno confronta-nos com um paradoxo que se está a construir: para se ser um homossexual mais livre, há que ser 'menos' homossexual. E esta noção assenta nas ideias da *Queer Theory* de que, assim que se desfizerem os estereótipos tradicionais, tenderão a desaparecer as diferenças sociais entre homossexuais e heterossexuais.

Quando a homossexualidade desaparecer como um critério de classificação das pessoas, e a homossexualidade se diluir no mundo social como mais uma característica dos indivíduos, o próprio conceito de homofobia internalizada deixará de fazer sentido e, para se ser um homos-

sexual mais livre, há que deixar de se preocupar com o facto de ser homossexual ou não.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, D. J., & Oleson, T. (1999). Shame and internalized homophobia in gay men. *Journal of Homosexuality*, 37 (3), 33-43.
- American Psychological Association: *Internalized Homophobia Scale for Lesbians*. www.apa.org/divisions/div44/lesbianscale.htm
- Berggren, N. *The Emotional Origin of Homophobia*. <http://hem.passagen.se/nicb/emotion/htm>
- Bishop, G. D. (1994). *Health psychology: Integrating mind and body*. Singapore: National University of Singapore.
- Castañeda, M. (1999). *La experiencia homosexual – Para comprender la homosexualidad desde dentro y desde fuera*. Barcelona: Paidós.
- Cherry, R. (1997). The relationship between internalized homophobia and substance abuse in gay and bisexual men. *Dissertation Abstracts International: Section B - The Sciences and Engineering*, 58 (5-B), 2659.
- Cole, S. W., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., & Visscher, B. R. (1996). Elevated physical health risk among gay men who conceal their homosexual identity. *Health Psychology*, 15 (4), 243-251.
- Davies, D. (1996). Homophobia and heterosexism. In Dominic Davies & Charles Neal (Eds.), *Pink therapy – A guide for counsellors and therapists working with lesbian, gay and bisexual clients* (pp. 41-65). Buckingham: Open University Press.
- Davies, D., & Neal, C (1996). An historical overview of homosexuality and therapy. In Dominic Davies & Charles Neal (Eds.), *Pink therapy – A guide for counsellors and therapists working with lesbian, gay and bisexual clients* (pp. 11-23). Buckingham: Open University Press.
- DiPlacido, J. (1998). Minority stress among lesbians, gay men and bisexuals: a consequence of heterosexism, homophobia, and stigmatization. In G. Herek (Ed.), *Stigma and sexual orientation* (pp. 138-159). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Frederick, R. J. Jr. (1996). Internalized homophobia, gender roles, self-esteem and fear of intimacy in gay men. *Dissertation Abstracts International: Section B - The Sciences and Engineering*, 56 (9-B), 5169.
- Hedges, W. (1997). *Queer theory explained*. In SOU English Department, www.sou.edu/English/Hedges/Sodashop/RCenter/Theory/Explained/quer.htm
- Jagose, A. (1996). *Queer theory*. Melbourne: Melbourne University Press.

- Jurek, M. R. (1999). Psychosocial factors predicting high risk sexual behavior in HIV negative gay men (immune deficiency). *Dissertation Abstracts International: Section B- The Sciences and Engineering*, 60 (6-B), 2947.
- Kinsey, A. C. (1953). *The sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- McIntyre, T. M., Soares, V., & Silva, S. (1997) Hábitos de saúde e comportamentos de risco na adolescência: Implicações para a prevenção. *Psicologia: Teoria, Prática e Investigação*, 2, 233-240.
- Matarazzo, J. D., & Leckliter, I. N. (1988). Behavioral health: the role of good and bad habits in health and illness. In S. Maes, C. D. Spielberger, P. B. Defares, & I. G. Sarason (Eds), *Topics in health psychology* (pp. 3-18). New York: John Wiley and Sons, Ltd..
- Meyer, I., & Dean, L. (1998). Internalized homophobia, intimacy, and sexual behavior among gay and bisexual men. In G. Herek (Ed.), *Stigma and sexual orientation* (pp. 160-186). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mondimore, F. M. (1998). *Una historia natural de la homosexualidad*. Barcelona: Paidós.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (1999). *Análise de dados para as ciências sociais*. Lisboa: Ed. Sílabo.
- Ratti, R., Bakeman, R., & Peterson, J. L. (2000). Correlates of high-risk sexual behaviour among Canadian men of South Asian and European origin who have sex with men. *AIDS Care*, 12 (2), 193-202.
- Ogden, J. (1999). Crenças de saúde. In J. Ogden (Ed.), *Psicologia da Saúde* (pp. 25-54). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ross, M. W., & Rosser, B. R. S. (1996). Measurement and correlates of internalized homophobia: a Factor Analytic Study. *Journal of Clinical Psychology*, 52 (1), 15-21.
- Tatchell, P. (1997). Goodbye to Gay?. *Gay and Lesbian Humanist*, 16 (4), 325-333.
- Tatchell, P. (1998). Just cases of mistaken identity. *Tri-bune*, 7 (14), 62-64.
- Tatchell, P. (1998). *Future sex – More gay desire, but fewer gay people?* www.tatchellgayarchive.freemove.co.uk/queer%20theory
- Tessina, T. (1989). *Gay relationships*. Los Angeles: Jeremy P Tarcher, Inc.
- University of California: *Assessment of Internalized Homophobia*. www.psychology.ucdavis.edu/rainbow/html/ihpitems.html
- Williamson, I. R. (2000). Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Education Research – Theory and Practice*, 15 (1), 97-107.
- Wagner, G., Brondolo, E., & Rabkin, J. (1996). Internalized homophobia in a sample of HIV+ gay men, and its relationship to psychological distress, coping, and illness progression. *Journal of Homosexuality*, 32 (2), 91-106.

RESUMO

Este trabalho procura investigar o conceito de Homofobia Internalizada quer teoricamente, quer na prática, nomeadamente em relação à adopção de comportamentos para a saúde entre homens homossexuais. Pretendeu-se saber se existiam diferenças significativas na adopção desses comportamentos entre homens com maiores e menores níveis de homofobia internalizada e, se sim, de que maneira é que essas diferenças se manifestavam. Para tal, delineou-se uma investigação numa perspectiva comparativa recorrendo a um número significativo de participantes (n=304). Os questionários utilizados foram o Questionário de Avaliação da Homofobia Internalizada (também validado no presente estudo – $\alpha=0.74$) e o Questionário de Comportamentos para a Saúde. Da investigação concluiu-se que existem diferenças significativas entre os dois grupos que se manifestam de maneira divergente, consoante se considerava a homofobia internalizada em função da dimensão interna da percepção do estigma; em função da dimensão externa da percepção do estigma; ou ainda, em função da dimensão global (interna e externa) de percepção do estigma.

Palavras-chave: Homofobia internalizada, comportamentos para a saúde, homens homossexuais.

ABSTRACT

This work aims to investigate the concept of Internalized Homophobia both theoretically and in practice in relation to health behaviour among homosexual men. We wanted to know if there were any significant differences comparing two groups of men, one with higher levels and the other with lesser levels of internalized homophobia. For this we developed a comparative investigation using a significant number of participants (n=304). The questionnaires that we used were the Questionnaire for the Assessment of Internalized Homophobia (also validated in the present study – $\alpha=0.74$) and the Questionnaire of Health Behaviour. We concluded that there were significant differences between the two groups if we considered the internalized homophobia as a result of internal perception of the stigma; as a result of external perception of stigma; or as a result of both internal and external perception of the stigma.

Key words: Internalized homophobia, health behaviours, gay men.