

Aus dem Institut für Medizinische Psychologie der
Ludwig-Maximilians-Universität München
Vorstand: Professor Ernst Pöppel

Psychosoziale Progressionskorrelate der HIV-Erkrankung bei homosexuellen Männern

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Joram Ronel

aus

München

2002

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München

Berichterstatterin: Prof. Dr. U. Mitzdorf

Mitberichterstatter: Prof. Dr. N. Nedopil
Prof. Dr. W. Eisenmenger
Prof. Dr. P. U. Unschuld

Dekan: Prof. Dr. Dr. h.c. K. Peter

Tag der mündlichen Prüfung: 25. April 2002

Im liebevollen Gedenken an meinen Großvater

*Dr. Walter Hoppe
Psychiater und Nervenarzt*

Geboren am 20.8.1900 in Allenberg (bei Königsberg)

Emigriert nach Tel Aviv 1932

Zurückgekehrt nach Deutschland 1974

Verstorben in München am 18.10.1981

*Der Gesundheit Beachtung schenken, ist des Lebens
größtes Hindernis.*

Plato (427-347 v.Chr.)

*Jetzt habe ich endlich AIDS überstanden und nun
kommt BSE.*

Judith H., 30 Jahre, HIV-seronegativ, Januar 2001

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1-29
1.1.	Biomedizinische und psychosoziale Grundlagen	3-25
	<i>Kochs Grundvariablen der Infektionserkrankung</i>	3-4
1.1.1.	Natürlicher Verlauf der HIV-Erkrankung - Progressionsmodelle	4-10
	<i>Immunologische Indikatoren der HIV-Progression</i>	4-5
	<i>Virologische Marker der HIV-Progression</i>	5-6
	<i>Kofaktoren der HIV-Infektion - Ein Überblick</i>	6
	<i>Virale Kofaktoren der HIV-Progression</i>	7
	<i>Kofaktoren durch venerische Erkrankungen</i>	7
	<i>Nicht-venerische Koinfektionen als Kofaktoren der HIV-Erkrankung</i>	8
	<i>Genetische Kofaktoren der HIV-Progression</i>	8
	<i>Drogengebrauch und HIV-Progression</i>	9
	<i>Soziodemographische Merkmale und HIV-Progression</i>	9
	<i>Sozioökonomische Faktoren der HIV-Progression</i>	9
	<i>Ernährungsstatus und HIV-Progression</i>	9-10
1.1.2	Psychische und soziale Einflüsse auf den Verlauf der HIV-Erkrankung	10-16
	<i>Psychoneuroimmunologie</i>	10-11
	<i>Belastende Ereignisse und Stressoren</i>	11
	<i>Reaktionen auf allgemeine belastende Stressoren</i>	11-12
	<i>Reaktionen auf die HIV-Infektion als belastender Stressor</i>	12-14
	<i>Depressivität</i>	14
	<i>Soziale Faktoren</i>	14-15

	<i>Emotionale Gehemmtheit</i>	15
	<i>Zusammenfassung der PNI-Studien zu HIV</i>	15-16
1.1.3	Männliche Homosexualität: Stigma, internalisierte Homophobie und Gesundheit	16-19
	<i>Stigma und Identität - Ergebnisse der „Bremer Studie“</i>	16-18
	<i>Internalisierte Homophobie und Gesundheit</i>	18-19
1.1.4	Psychologische und soziokulturelle Aspekte von HIV-Infektion und AIDS	19-25
	<i>AIDS als Metapher</i>	20-21
	<i>Die Psychodynamik der Vergesellschaftung von AIDS</i>	21-22
	<i>Medien, Kirchen, Politik</i>	22-23
	<i>AIDS-Angst als neurotische Störung bei HIV-Seronegativen</i>	23
	<i>Die 'Vergesellschaftung' von AIDS und dessen Einfluß auf HIV-infizierte Menschen</i>	23-25
1.2	Rationale	26-29
1.2.1	Fragestellung	26
1.2.2	Voraussetzungen	26-28
	<i>Teilnehmerpopulation</i>	26-27
	<i>Funktionalisierung der HIV-Progression</i>	27
	<i>Explorativer Charakter der Untersuchung, Fallzahlen</i>	27-28
1.2.3	Zu untersuchende Themenbereiche	28-29
2.	Methodik der Untersuchung	30-54
2.1.	Auswahl der Studienteilnehmer	30-32
2.1.1	Long-Term-Non-Progressoren	30-31
2.1.2	Short-Term-Progressoren	31-32
2.2.	Beschreibung des Erhebungsinstrumentariums	33-40

2.2.1	Entwicklung des Fragebogens, Pilotstudie	33-34
2.2.2	Der Fragebogen „FIGAH“	34-35
2.2.3	Zusätzliche Instrumente.....	35-40
	1. Gießen Test	36
	2. Fragebogen zur Sozialen Unterstützung	37
	3. Symptom-Checkliste	37-38
	4. Profile of Mood States	38
	5. Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit	38
	6. Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung	38-39
	7. Medical Outcomes Study in HIV-Infektion	39
	8. Skala zur sozialen Wünschbarkeit nach Crowne und Marlowe.....	39-40
2.2.4	Biomedizinische Daten.....	40
2.3	Durchführung der Untersuchung	41-43
2.3.1	Ethische Implikationen	41
2.3.2	Rekrutierung und Aufklärung der Teilnehmer	41-42
2.3.3	Ablauf und Durchführung.....	42-43
2.3.4	Rahmenbedingungen	43
2.4	Organisation des Datenmaterials	44-45
2.4.1	Kodierung des FIGAH	44
2.4.2	Inhaltliche Kategorisierung des FIGAH.....	44-45
2.5	Quantitative Auswertung	46-48
2.5.1	Statistische Einschränkungen und Möglichkeiten	46
2.5.2	Statistische Verfahren.....	46-47

2.5.3	Vergleich der Ergebnisse mit Referenzpopulationen und anderen Studienergebnissen	47-48
2.6	Qualitative Analyse	49-54
2.6.1	Methodischer Hintergrund	49-51
2.6.2	Auswertungsschritte	52-54
	<i>Kategorienbildung</i>	52-53
	<i>Typisierung mittels signifikanter Variablen und Skalen</i>	53
	<i>Modifizierung durch „Tendenz-Variablen“ und Skalen</i>	53
	<i>Miteinbeziehung von Experten</i>	54
3.	Ergebnisse	55-127
3.1	Beschreibungen der Studiengruppen	55-64
3.1.1	Fallzahlen und Compliance	55-56
3.1.2	Soziodemographische Daten	56-61
3.1.3	Biomedizinische Daten	61-64
3.2	Quantitative Auswertung des „FIGAH“	65-120
3.2.1	Übersicht	65
3.2.2	Items mit signifikanten Gruppenunterschieden	65-80
	<i>Gruppenkriterien</i>	65-67
	<i>Soziodemographische Daten</i>	67
	<i>Homosexualität/Sexualität</i>	67-73
	<i>HIV-Infektion</i>	73-77
	<i>Krankheits- und Gesundheitsverhalten</i>	77-79
	<i>Arzt-Patienten-Beziehung</i>	79-80
3.2.3	Items mit starken statistischen Gruppenunterschieden	80-90
	<i>Homosexualität</i>	80-84

	<i>HIV-Infektion</i>	84-87
	<i>Krankheits- und Gesundheitsverhalten</i>	87-89
	<i>Soziokulturelle Einflüsse</i>	89-90
3.2.4	Items mit schwachen statistischen Gruppenunterschieden.....	90-106
	<i>Homosexualität/Sexualität</i>	90-99
	<i>HIV-Infektion</i>	99-102
	<i>Krankheits- und Gesundheitsverhalten</i>	102-104
	<i>Arzt-Patienten-Beziehung</i>	104-105
	<i>Soziokulturelle Einflüsse</i>	105-106
3.3	Quantitative Auswertung der zusätzlich verwendeten psycho- und soziometrischen Verfahren	107-120
3.3.1	Übersicht.....	107
3.3.2	Dimensionen mit signifikanten Gruppenunterschieden	107-113
	<i>SCL 90-R</i>	107-108
	<i>KKG</i>	108-110
	<i>EFK</i>	110
	<i>MOS-HIV</i>	110-113
3.3.3	Dimensionen mit starken statistischen Gruppenunterschieden	113-118
	<i>SCL 90-R</i>	113-116
	<i>MOS-HIV</i>	116-118
3.3.4	Dimensionen mit schwachen statistischen Gruppenunterschieden.....	118-120
	<i>SCL 90-R</i>	118-120
3.4	Qualitative Auswertung der erhobenen Gruppenunterschiede	121-127
3.4.1	Vorbemerkungen	121

3.4.2	Subjektive Qualität der jetzigen Lebenssituation.....	121-122
3.4.3	Subjektive Qualität der kindlichen und jugendlichen Lebenssituation	122
3.4.4	Arbeitszufriedenheit und Zufriedenheit mit dem Ausbildungsniveau	122
3.4.5	Beziehungsqualität zur Herkunftsfamilie	123
3.4.6	Beziehungsqualität zur (Ehe-) Partnerin und den eigenen Kindern.....	123
3.4.7	Akzeptanz der eigenen Homosexualität	123
3.4.8	Strukturierung der homosexuellen Identität nach außen	123
3.4.9	Reaktionen auf Stigmatisierungen der Homosexualität	124
3.4.10	Qualität und Bedeutung schwuler Subkultur	124
3.4.11	Sexueller Handlungsstil.....	124-125
3.4.12	Emotionale Bewertung der HIV-Infektion	125
3.4.13	Offenbarung des HIV-Befundes und Reaktionen auf Stigmatisierungen	126
3.4.14	Gesundheits-, Krankheitskonzepte und Verhalten	126-127
3.4.15	Qualität des Arzt-Patienten Verhältnisses	127
3.4.16	Reflexion der öffentlichen Bewertung von Homosexualität und HIV-Infektion .	127
3.4.17	Religiöse und lebensphilosophische Sinnkonzepte.....	127
4.	Diskussion	128-156
4.1	Beurteilung der Ergebnisse	128-143
4.1.1	Allgemeine Bewertung.....	128-132
	<i>Zusammenfassung der Ergebnisse</i>	128-130
	<i>Aussagekraft der Ergebnisse</i>	130-132
	<i>Bedeutung der Ergebnisse</i>	132
4.1.2	Einordnung der Ergebnisse in die bestehende Literatur.....	133-143
	<i>Vergleich der Ergebnisse mit PNI-Studien zu HIV</i>	133-134

	<i>Vergleich der Studiengruppen mit Standardpopulationen</i>	134-143
4.2	Ein Stigma wandelt sich. Die gesellschaftlichen Bedeutungen von AIDS seit der AIDS-Konferenz von Vancouver 1996	144-147
4.3	Auszüge aus einem Interview mit einem Short-Term-Progressor	148-155
4.4.	Ausblick	156
5.	Zusammenfassung	157-158
<u>Anhang</u>	159-220
I.	Literaturverzeichnis	159-174
II.	Teilnehmerinformation	175-176
III.	Originalfragebogen FIGAH	177-211
IV.	Kategoriensystem FIGAH	212-216
V.	Danksagung	217-218
VI.	Curriculum vitae	219-220

1. Einleitung

Fast zwanzig Jahre nach den ersten Berichten über die todbringende Krankheit AIDS sind vergangen, nicht ganz so viele vergingen von der ersten Idee bis zur Fertigstellung dieser Arbeit. Vieles - fast alles - im Bezug auf AIDS hat sich über die Jahre gewandelt und entwickelt: Erkenntnisse und gesellschaftliche Bedeutungen haben einen Prozeß durchgemacht, wie er wohl immer charakteristisch war für Entdeckungen der Wissenschaft und die ihr folgenden psychologischen, sozialen und kulturellen Bewertungen durch die Menschen.

Die Grundfrage dieser Arbeit entstand aus der Frage der möglichen Beeinflussung einer Krankheit (in diesem Falle das Immunschwächesyndrom AIDS) durch psychische und soziale Faktoren. Zum nicht unwesentlichen Teil also aus der archaischen Frage nach dem Einfluß des Faktors Mensch auf Gesundheit und Krankheit:

Gibt es Menschen, die allein aufgrund spezifischer psychischer oder sozialer Konstellationen einen qualitativ anderen Krankheitsverlauf aufweisen als der Durchschnitt der Erkrankten?

Das erworbene Immunschwächesyndrom AIDS bot sich als Feld für eine Exploration zu diesem Thema an. Neben der gesundheitspolitischen Brisanz und der Gefährlichkeit der Erkrankung spielte vor allem die starke psychologische und soziale Wertigkeit eine wesentliche Rolle. Keine Zeitung, keine politische Partei, keine Kirche, keine sozial engagierte Gruppe, welche nicht eine Meinung zu AIDS besaß. Die „Vergesellschaftung“ dieser durch Tod, Sexualität, Schuld und Jugend geprägten Erkrankung würde einen reichhaltigen Nährboden für eine entsprechende Untersuchung bieten.

Im Unterschied zu den bereits bestehenden Untersuchungen zu dieser Fragestellung, welche zumeist aus recht allgemein gehaltenen Fragebögen gewonnene psychosoziale Merkmale mit HIV-Progressionsmarkern zu korrelieren versuchten, wurde eine im wesentlichen neue Herangehensweise gewählt: Zwei Vergleichsgruppen sollten unterschiedliche Erkrankungsverläufe repräsentieren. Schnell-erkrankende und (langjährig) nicht-erkrankende HIV-infizierte Personen standen für die Extreme *krank* und *gesund*. Eine Beschränkung auf schwule Männer bei der Auswahl der Untersuchungsteilnehmer wurde aus rekrutierungstechnischen Gründen als praktikabelste Spezifizierung festgelegt. Mittels detaillierter Fragebögen sollten zwischen diesen Gruppen bestehende Unterschiede in psychischen und sozialen Bereichen erkannt und typisiert werden um dann eine Zuordnung psychosozialer Aspekte zu schnell-erkrankenden (= kranken) und nicht-erkrankenden (= gesunden) HIV-infizierten schwulen Männern zu ermöglichen. Eine Aussage zu psychosozialen Faktoren der Progression der HIV-Erkrankung sollte als Ergebnis erzielt werden.

Ein geeignetes Erhebungsinstrument, welches die potentiell relevanten psychischen und sozialen Aspekte in der zu untersuchenden Population erfassen konnte, schien nicht zu existieren. Obwohl einige Untersuchungen (vor allem US-amerikanische Studien) auf zum Teil vergleichbaren Herangehensweisen basierten, beschränkten sich diese Arbeiten auf Erhebungsinstrumente, welche für nicht-homosexuelle und nicht-HIV-infizierte Populationen entwickelt, jedoch bei schwulen HIV-positiven Männern eingesetzt wurden. Im Gegensatz hierzu wurde für die vorliegende Studie entschieden, ein kombiniertes Verfahren anzuwenden. Neben vorhandenen - meist testtheoretisch ausreichend validierten - Fragebögen zur Persönlichkeit mußte ein eigenes neues Instrument erstellt

werden, welches ausführlich auf die spezifischen Merkmale der zu untersuchenden Population im besonderen eingehen konnte.

Zudem mußte ein praktikables statistisches Grundkonzept entwickelt werden. Dieses sollte erstens den Anforderungen der Hypothesenbildung und zweitens der technischen Durchführbarkeit entsprechen. Aufgrund der abzusehenden Vielzahl der zu untersuchenden Items und Dimensionen, welche einzeln, mittels *t*-Test und χ^2 -Test geprüft werden sollten, genügte eine Fallzahl von etwa zehn Personen je Untersuchungsgruppe, um eine Korrelierbarkeit zu ermöglichen. Hierbei würde es zwar nicht möglich sein, Kausalitätszusammenhänge zu ermitteln, statistisch relevante Zusammenhänge würden mit der eher als gering erscheinenden Fallzahl jedoch mit der üblichen Aussagekraft getroffen werden können.

Um eine Aussage zu *psychosozialen* Progressionsfaktoren treffen zu können, mußten bereits bekannte, in der Literatur beschriebene, nicht-psychosoziale Progressionsfaktoren für diese Studie mitberücksichtigt werden. Von vornherein sollten bei den Teilnehmern solche anderen Progressionsfaktoren (wie beispielsweise bekannte *biomedizinische* HIV-Progressionsfaktoren wie etwa eine bestehende HBV-Infektion) zur Vermeidung einer fehlerhaften Auswertung weitestgehend ausgeschlossen werden. Ebenfalls wurden vorbeschriebene psychosoziale Einflußfaktoren gesammelt, welche dann zumeist in das entwickelte Erhebungsinstrumentarium einfließen. Einleitend werden die wichtigsten Arbeiten hierzu zusammengefaßt und dargestellt.

Eine sozialwissenschaftlich geprägte Einarbeitung zur Erlangung von Kenntnissen über in Frage kommende psychische und soziale Besonderheiten der zu untersuchenden Personen ging der Erstellung des Instrumentariums voraus. Es wurden Vorstellungen über gesellschaftliche Voraussetzungen und kulturelle Bedingungen gesammelt, welche beeinflussend auf intrapsychische Vorgänge bei homosexuellen HIV-infizierten Menschen wirken können. Im Unterschied zu den meisten vorherigen Arbeiten zu der hier bearbeiteten Fragestellung konnte in dieser Studie somit auf aktuelle soziokulturelle Lebensbedingungen methodisch eingegangen werden.

Da - wie so oft nur unadäquat vorausgesehen - sich die Durchführung und Ausarbeitung dieser Studie als zeitaufwendiger herausstellte als geplant, liegt der eigentliche Untersuchungszeitraum nun bereits einige Jahre zurück (1996-97). Seither hat sich vieles an den oben angesprochenen psychischen und sozialen Voraussetzungen der untersuchten Population und der gesellschaftlichen Bedeutung von AIDS entwickelt und geändert. Ein drastischer Paradigmenwechsel ereignete sich mit der internationalen AIDS-Konferenz in Vancouver 1996, welche erstmals eine Behandelbarkeit der Erkrankung postulierte. Die hier vorliegende Arbeit basierte somit auf den Konditionen der *Prä-Vancouver-Ära*. Im Diskussionskapitel dieser Arbeit wird versucht, die wesentlichen Veränderungen nach Vancouver zusammenzufassen und diese zu den ermittelten Ergebnissen in Bezug zu setzen.

Ziel der Erhebung war es, nicht nur in einzelnen spezifischen psychosozialen Detailpunkten Korrelationen zu erzielen, sondern die Summe der statistisch relevanten Gruppenunterschiede sinnvoll zusammenzufassen und zu interpretieren. Letztenendes sollte eine Typologie beider Vergleichsgruppen erstellt werden. Zu diesem Zweck wurden verschiedene Techniken der qualitativen Inhaltsanalyse eingesetzt, auf welche im Methodenteil näher eingegangen wird. Die erarbeiteten Typologien stellen den Versuch dar, unterschiedliche Persönlichkeitsstrukturen der beiden Untersuchungsgruppen deutlicher herauszustellen als dies durch eine Auflistung der Einzelergebnisse möglich wäre. Der tatsächliche prognostische Aussagewert einer solchen typologischen Persönlichkeitsstruktur bleibt im Rahmen dieser Untersuchung offen.

1.1 Biomedizinische und psychosoziale Grundlagen

Kochs Grundvariablen der Infektionserkrankungen

Zu Beginn sei ein historisches aber noch immer aktuelles Modell über das Verständnis von Infektionskrankheiten dargestellt. Der Arzt und Forscher *Robert Koch*¹ stellte eine für alle Infektionserkrankungen gültige und im nachhinein erfolgreiche Grundtheorie der Epidemiologie auf, die rudimentär bereits eine Verbindung zwischen natur- und sozialwissenschaftlichen Anschauungen postulierte [Pflanz, 1973] (S.8f):

Die Epidemiologie übertragbarer Krankheiten ging ursprünglich von einem Schema mit drei Grundvariablen aus: Wirt, Agens und Umwelt. Zu einer Infektion kommt es nur, wenn sich alle drei Variablen zur gleichen Zeit, am gleichen Ort unter spezifischen Bedingungen treffen. Empfänglichkeit des Wirtes, Virulenz und quantitativ hohe Zufuhr des Agens sowie Umweltbedingungen, welche Agens und Wirt zusammenbringen, tragen zum Zustandekommen der Infektion bei.

Kochs Verständnis war wegweisend für die Entwicklung moderner epidemiologischer Modelle. *Wirt*, *Agens* und *Umwelt* waren für Koch keine unveränderlichen Komponenten, sondern Variablen, die für jeden einzelnen Erkrankungsfall so konstituiert sein mußten, daß ein Mensch an einer ansteckenden Erkrankung auch tatsächlich erkrankte (vgl. Abb. 1.1). Koch erkannte schon sehr früh, daß eine genaue Differenzierung dieser drei Grundvariablen der Schlüssel für die zunächst unerklärlich wirkende Tatsache war, daß manche Individuen an einer Infektionserkrankung erkrankten und andere wie gefeit schienen.

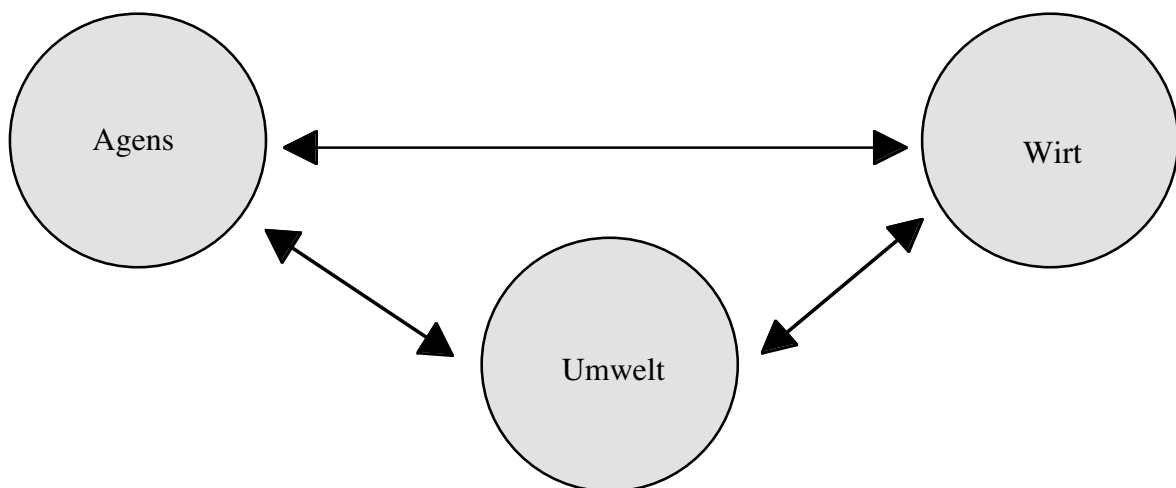


Abb. 1.1: Kochsche Grundvariablen einer Infektionserkrankung

¹ Robert Koch (1843 - 1910) stellte zum ersten Mal die Beziehung einer Mikrobe zu einer Infektionserkrankung her. 1876 gelang ihm der Beweis, daß der "Milzbrandbazillus" eine ursächliche Rolle für den Milzbrand spielt. Dies war eine für diese Zeit revolutionäre Erkenntnis, die von vielen damals angesehenen Wissenschaftlern zunächst heftig kritisiert und bekämpft wurde [Hoppe, 1984].

Im folgenden sollen nun die heutigen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den von Koch formulierten Grundvariablen betrachtet werden: Erkenntnisse über das Agens, also das HI-Virus, Erkenntnisse über den Wirt, also den infizierten Menschen und Erkenntnisse über die Umwelt, in der infizierte Individuen leben.

1.1.1 Natürlicher Verlauf der HIV-Erkrankung - Progressionsmodelle

Der natürliche Verlauf der Infektion mit dem Humanen Immundefizienzvirus (HIV) zeigt eine breite klinische und immunologische Variabilität. Das Spektrum der unterschiedlichen Erkrankungsentwicklungen umfaßt Verläufe, die über Dekaden langjährig asymptomatisch bleiben und solche, die die Progression zum Vollbild des Erworbenen Immundefizienzsyndroms (AIDS) in kürzester Zeit - teilweise innerhalb weniger Monate - erreichen [Walsh und Calabrese, 1992], [Sheppard et al., 1993], [Keet, 1995]. Trotz der enormen medizinischen Erfolge mit Kombinationspräparaten aus antiretroviralen Therapeutika in der letzten Zeit [Holtzer und Roland, 1999] ist die wissenschaftliche Beschäftigung mit der Frage der unterschiedlichen HIV-Krankheitsverläufe weiterhin von großer Wichtigkeit für das Verstehen der HIV-Erkrankung und für immunologische Erkrankungen überhaupt. Auf den folgenden Seiten werden einige wesentliche Theorien, Hypothesen und Überlegungen dargestellt, die aus unterschiedlichen und untereinander zum Teil kontroversen wissenschaftlichen Teilbereichen resultieren.

Immunologische Indikatoren der HIV-Progression

Im klinischen Alltag ist nach wie vor die Bestimmung der $CD4^+$ -T-Lymphozyten, welche als primäre Zielzellen der HIV-Infektion agieren, einer der wesentlichsten Indikatoren für das Voranschreiten der Immundefizienz. Obwohl auch hier noch immer Unsicherheiten im Verständnis bestehen, wird die $CD4^+$ -T-Lymphozytenzahl als goldener Standard für die Verlaufseinschätzung betrachtet [Fahey et al., 1990], [Veugelers et al., 1993]. Neben der Erhebung der $CD4^+$ -T-Lymphozytenzahl spielen davon ableitbare Parameter ebenfalls eine Rolle. Das Verhältnis zwischen den $CD4^-$ und den $CD8^-$ Fraktionen (der $CD4/CD8$ -Ratio) [Coates et al., 1992] und der relativen $CD4$ -Zahl² werden ergänzend, vor allem in nicht-klinischen, wissenschaftlichen Bereichen eingesetzt [Burcham et al., 1991]. Die Bestimmung der $CD4^+$ -T-Lymphozyten ist ein weitgehend zuverlässiger Indikator der Progression der HIV-Erkrankung. Es liegen eine Reihe sorgfältiger Untersuchungen über Kohorten von homosexuellen [Phillips, 1992], intravenös drogenbenutzenden [Alcabes et al., 1994] und hämophilen Infizierten [Eyster et al., 1987] vor. Dennoch bestehen Kautelen zu diesem Parameter. In einigen Fällen wurde beispielsweise trotz normal-hoher $CD4$ -Zellzahl eine Progression zu AIDS beobachtet [Murray et al., 1989], bei anderen Infizierten zeigte sich trotz deutlich niedriger $CD4$ -Zellzahlen keine klinische Progression [Keet et al., 1994b]. Eine isolierte Manifestierung einer $CD4$ -Lymphozytopenie konnte kurioserweise bei einigen Personen diagnostiziert werden, welche nachweislich nicht HIV-seropositiv waren [N.N., 1992].

Als weiterer immunologischer Progressionsparameter der HIV-Progression kann *Neopterin*, welches durch Makrophagen HIV-infizierter Personen gebildet wird, im Blutserum und im Urin bestimmt

² Die $CD4\%$ -Zahl entspricht derjenigen Anzahl von T-Lymphozyten in Prozent, welche den $CD4$ -Rezeptor tragen.

werden [Munoz et al., 1992]. Die Aussagekraft dieses Progressionsmarkers wird jedoch als eher unspezifisch eingeschätzt, da erhöhte Neopterinpiegel auch bei HIV-seronegativen intravenösen Drogenbenutzern und schwulen Männern beobachtet wurden [Strickler et al., 1993], [Moss et al., 1988].

β₂-Mikroglobulin, ein lymphozytäres Protein, welches Bestandteil des MHC (*major histocompatibility complex*) an B- und T-Lymphozyten ist, zeigt erhöhte Serumwerte bei lymphozytärer Stimulation. Erhöhte *β₂-Mikroglobulin*werte finden sich in der Akutphase der HIV-Infektion, sinken danach wieder ab, um bei weiterer Progredienz der HIV-Erkrankung wieder anzusteigen [Osmond et al., 1991]. Wie auch beim Neopterin ist die Verwendbarkeit von *β₂-Mikroglobulin* als Progressionsmarker wegen seiner Unspezifität umstritten: Bei i.v.-drogengebrauchenden Personen können *β₂-Mikroglobulin*spiegelveränderungen eher ein Hinweis auf Veränderungen des Drogenkonsums anzeigen, als tatsächliche immunologische Prozesse repräsentieren [Flegg et al., 1991].

Im humoralen Schenkel des Immunsystems produzierte antigenspezifische Immunglobuline werden schon seit längerem zur Progressionsmarkierung verwendet. Antikörper, welche gegen das *p24-core*-Antigen des Humanen Immundefizienzvirus gerichtet sind, können zu Beginn der HIV-Infektion gemessen werden und vermindern sich deutlich beim klinischen Ausbruch von AIDS, welcher mit einer Zunahme der HIV-p24-Antigenämie einhergeht [Keet et al., 1993]. Dennoch wird dieser und auch andere immunologische Marker, wie Gesamtimmunglobulin oder Serum-IgA, im klinischen Alltag nur begrenzt eingesetzt, da die Aussagekraft bezüglich der Progression der HIV-Infektion im Vergleich zu anderen Progressionsmarkern als nur gering eingeschätzt wird [Coates et al., 1992], [Strathdee et al., 1995].

Virologische Marker der HIV-Progression

Neben der oben beschriebenen immunologischen Bestimmung der Anti-p24-Antikörper besteht die Möglichkeit des direkten Virusnachweises mittels Bestimmung des *HIV-p24-Antigens*. Dieses Antigen zeigt eine charakteristische biphasische Verlaufskurve, welche bei akuter Infektion erstmals ansteigt, anschließend in der Latenzphase wieder abfällt und dann erneut bei Beginn der klinischen Manifestation von AIDS ansteigt [Keet et al., 1993]. Die Bestimmung dieses Markers, welcher bis vor kurzem die einzige Möglichkeit des indirekten Nachweises der HIV-Replikation war, wies für wissenschaftliche Anforderungen allerdings zu viele unterschiedliche Sensitivitätswerte verschiedener Testvorrichtungen auf und konnte daher nur bedingt eingesetzt werden [O'Shaughnessy und Cassol, 1994], [Strathdee et al., 1996b].

In westlichen Ländern ist seit spätestens 1996 die standardisierte Bestimmung der *Viruslast* im Blut zu einem unentbehrlichen Parameter der HIV-Diagnostik avanciert [Mellors et al., 1996]. Zusammen mit der Einführung neuer Medikamente, nämlich der Protease-Inhibitoren und deren Kombination mit Reverse-Transkriptase-Inhibitoren zu neuen antiretroviralen Therapeutika bedeutete die Viruslastbestimmung eine entscheidende Optimierung der HIV-Medizin [Knechten et al., 1999]. Die Viruslast kann in verschiedenen Verfahren gemessen werden, wobei die Anzahl der freien Viren im Blut, genauer die Anzahl der HIV-1-Genomäquivalente (RNA-Kopien), bestimmt werden können [Hauber, 1999]. Die Viruslastbestimmung wird neben der Nutzung als Progressionsmarker sowie zur Therapieüberwachung und zur Entscheidung über Therapiewechsel auch in klinischen Studien immer häufiger als Surrogatmarker verwendet. Zusammen mit der CD4⁺-Lymphozytenzahlbestimmung gilt

heute die Viruslast in der HIV-Diagnostik als Standardmarker der HIV-Progression [de Wolf et al., 1997], [Mellors et al., 1997], [Vlahov et al., 1998].

Kofaktoren der HIV-Infektion - Ein Überblick

Die zu Beginn der AIDS-Epidemie bis Ende der 80er Jahre vorherrschende monokausalistische Betrachtungsweise der Pathogenese der HIV-Erkrankung wird allgemein als obsolet betrachtet. Die pathogenetische Annahme einer eindimensionalen Kette von der HIV-Infektion über die immunologische und klinische Progression bis hin zum Vollbild des Immundefizienzsyndroms, welches unweigerlich zum Tode führt, wird heute mehr und mehr durch komplexere multikausale Modelle ersetzt. Root-Bernstein und Merrill (1997) [Root-Bernstein und Merrill, 1997] erarbeiteten in Anbetracht klinischer und in vitro durchgeführter Studien zur HIV-Pathogenese ein mathematisches Modell, welches die Notwendigkeit von Kofaktoren in der Pathogenese von AIDS postuliert. Die Autoren wiesen in ihrer im folgenden zitierten Einleitung auf rechnerische Modelle hin, die die Existenz für Kofaktoren in der HIV-Pathogenese plausibel machten (S.137):

Because different risk groups are exposed to different assortments of putative cofactors, each group should develop AIDS at different rates following HIV infection [...]. Young hemophiliacs develop AIDS an average about 18 years following infection; gay men and older hemophiliacs about 10 years following infection; blood transfusion patients about 6 years; organ transplant recipients, about 2 years; and infants with perinatally acquired HIV-infections about 6 months [...]. Similarly confounding are data that show that time-to-AIDS has been increasing progressively [...]. During the period of 1981-1985, it was thought that the average time from HIV infection to AIDS was about 2 or 3 years [Kim et al., 1987]; in 1986-7, it was thought to be 5 years [Ebbesen, 1986], by 1988 it was calculated to be 6 years [Moss et al., 1988] and now it is an average of about 10 years [Weiss, 1993]. [...] We should have seen estimates which were gradually becoming more precise (more decimal points known) as time progressed and more individuals were added to the base of data. The increasing estimates of mean time to AIDS are easily understood if the HIV-infected people who developed AIDS most quickly were those with the „most“ cofactors, and those with the „least“ cofactors progressed much more slowly.

Grundsätzlich können Kofaktoren als Risikovariablen angesehen werden, die kausal mit der Entwicklung des Erkrankungsverlaufes in Beziehung stehen. Kofaktoren können in *modifizierbare* und *nichtmodifizierbare* Faktoren eingeteilt werden. Hierbei gilt das klinische Interesse primär den modifizierbaren Progressionsfaktoren, welche den natürlichen Verlauf der HIV-Infektion beeinflussen können [Strathdee et al., 1996a]. Eine weitere nützliche Einteilung klassifiziert Kofaktoren als *fixiert* und *unfixiert*. Fixierte Kofaktoren etwa beinhalten all jene Faktoren, welche bereits *vor* der Infektion von Bedeutung waren. Wirtsspezifische und behavioristische Aspekte würden in diese Klasse der fixierten Kofaktoren fallen. Koinfektionen mit anderen Erregern oder Geschlechtskrankheiten spielen zeitlich für die HIV-Pathogenese nur *nach* der Infektion mit HIV eine Rolle und werden daher als unfixierte Kofaktoren klassifiziert [Brookmeyer et al., 1987].

Über die tatsächlichen Progressionsfaktoren bestehen in der heutigen Literatur lediglich bedingt einheitliche Meinungen, die folgende unvollständige Auflistung kann nur einen Einblick in die Thematik geben.

Virale Kofaktoren der HIV-Progression

Phenotypisch *unterschiedliche virale Stämme* des HIV-1 scheinen unterschiedliche pathogenetische Einflüsse auf den infizierten Wirtsorganismus zu haben [Levy, 1993]. Durch Selektionsdruck verringert sich innerhalb eines infizierten Organismus die Anzahl der Virusstämme vom Zeitpunkt der Infektion bis zum Ausbruch von AIDS und pathogenere HIV-Stämme können sich entwickeln [Schuitemaker et al., 1992]. Man vermutet, daß Virusstämme, welche Synzytien-induzierende (SI)³ Eigenschaften besitzen, mit einem schnelleren Abfall der CD4-Lymphozytenzahl assoziiert sind und diejenigen Stämme, welche diese induktive Eigenschaften nicht besitzen (NSI), oftmals bei nicht-progredierenden Patienten gefunden werden [Koot et al., 1999], [Keet et al., 1994b], [Koot et al., 1993]. Die zu dieser Fragestellung durchgeführten Untersuchungen fanden überwiegend in vitro statt, so daß eine Übertragung der SI/NSI-Hypothese auf den HIV-1-Wildtyp von den Autoren nur bedingt vollzogen wird.

Die Fähigkeit des HIV, *Resistenzen* gegenüber antiretroviralen Therapeutika auszubilden, wird als ein weiterer viraler Einflußfaktor auf die Erkrankungsprogression beschrieben. Am Beispiel des antiretroviralen Nucleosidanalogen Zidovudin (AZT) konnte gezeigt werden, daß die Zeit bis zur Entwicklung einer hohen viralen Zidovudin-Resistenz, negativ mit dem Voranschreiten der Immundefizienz korreliert ist [Montaner et al., 1993]. Auch für andere antiretrovirale Substanzen werden inzwischen Resistenzbildungen beschrieben [Wainberg et al., 1995]. Die Entwicklung resistenter HIV-Mutationen gilt heute, nach Einführung kombinierter Behandlungsregime, als eine der größten Herausforderungen in der HIV-Medizin [Miller, 1999].

Kofaktoren durch venerische Erkrankungen

Läsionen der Rektum- und Vaginalschleimhaut, welche durch unterschiedliche geschlechtlich übertragene Krankheiten typischerweise verursacht werden können, erhöhen die Wahrscheinlichkeit der HIV-Transmission und können somit als Kofaktoren der HIV-Übertragung gesehen werden. Hervorgerufen durch *Lues oder genitale Ulzerationen anderer Genese* kann das HIV durch die beschädigte Epithelschicht leichter in den Wirtsorganismus eintreten [Plummer et al., 1991]. Aber auch nicht-ulzerative Geschlechtskrankheiten, beispielsweise durch *Chlamydieninfektion* bedingt, können die HIV-Transmission begünstigen [Laga et al., 1993]. Infektionen mit der genitalen Variante des *Herpes Simplex Virus* (HSV-2) werden ebenfalls als Transmissionskofaktoren beschrieben [Holmberg et al., 1988].

Diese weitgehend unkontroverse Anerkennung von venerischen Kofaktoren der **HIV-Übertragung** ist bei Kofaktoren für die eigentliche **Progression** bereits HIV-infizierter Personen weniger eindeutig. Für die Koinfektion mit *hepatotropen Viren* (Hepatitis B, Hepatitis C) liegen Ergebnisse aus verschiedenen Untersuchungen vor, welche eine Korrelation der sexuell übertragbaren Hepatitiden mit einer schnelleren HIV-Progression belegen können [Eskild et al., 1992], [Eyster et al., 1991]. Auch für Infektionen mit *Mycoplasmen* (beispielsweise *Mycoplasma fermentans*) bestehen Hinweise auf eine Akzelleration der HIV-Progression [Lo et al., 1991].

³ Verschmelzung von Einzelzellen zu Riesenzellen im Gewebe.

Nicht-venerische Koinfektionen als Kofaktoren der HIV-Progression

Das *Humane Herpesvirus Typ 6* (HHV 6) kann Infektionen in unterschiedlichen Organsystemen (Hepatitis, Enzephalitis, interstitielle Pneumonien) bei immundeprimierten Patienten hervorrufen. Bereits seit Mitte der 80er Jahre wird für die Koinfektion mit HHV 6 eine Assoziation mit der Progression der HIV-Erkrankung diskutiert [Lusso und Gallo, 1995]. Für einen weiteren und neuen Typ des Humanen Herpesvirus, dessen genaue genetische Klassifizierung noch nicht abgeschlossen ist, wird ein ätiologischer Zusammenhang zur Genese des Kaposi-Sarkoms vermutet [Jones et al., 1995].

Genetische Kofaktoren der HIV-Progression

Genetische Progressionsfaktoren wurden in den letzten zehn Jahren immer häufiger untersucht und diskutiert [Haynes et al., 1996]. Insbesondere auf das *HLA-System*⁴ richtete sich das Interesse der Forschungsarbeiten. Das HLA-System ist ein komplexes, autosomal-kodominant vererbtes System von Gewebeanantigenen, das sich besonders gut auf Leukozyten nachweisen läßt. Der HLA-Genkomplex, welcher auf dem Chromosom 6 liegt, umfaßt eine große Menge eng gekoppelter Genloci mit multipler Allelie, welches eine polymorphe Vielzahl an verschiedenen HLA-Phänotypen kodiert. Die Hauptregionen dieses Komplexes werden mit den Buchstaben A bis D bezeichnet. Über eine ganze Reihe verschiedener HLA-Phänotypen (DR, Cw4, DR-5, Bw4 und andere) wurden Korrelationsstudien durchgeführt, welche Hinweise auf HIV-Progressionszusammenhänge ergaben. Die tatsächlichen biologischen Mechanismen und Ursachen dieser genetischen Progressionsfaktoren sind nur teilweise aufgeklärt, jedoch ist bekannt, daß entweder die Abwesenheit oder auch das Vorhandensein eines spezifischen genetischen Allels die Progression der HIV-Erkrankung beschleunigen oder verlangsamen kann. Der Rahmen dieser Abhandlung erlaubt keine ausführlichere Betrachtung dieses Themengebietes, es sei auf Übersichtsarbeiten verwiesen [Klein et al., 1994], [Strathdee et al., 1996a].

Ein weiterer genetisch bedingter Faktor der HIV-Progression wird mit der Expression von *CD38* auf den *CD8⁺*-T-Lymphozyten in Zusammenhang gebracht. *CD38* ist ein spezifischer Differenzierungsantigen auf der Zelloberfläche der leukozytären Supressorzellen (*CD8⁺*-T-Lymphozyten). Es konnte gezeigt werden, daß eine hohe gemessene *CD38*-Dichte mit einer erhöhten Viruslast und mit einem Abfall der *CD4*-Zellen positiv korrelierbar war [Liu et al., 1997], [Perfetto et al., 1998].

Der genetischen Grundlage eines chemokinetischen Kohlenstoff-Korezeptors für makrophagentropisches HIV-1 wird ebenfalls eine progressionsrelevante Bedeutung zugeordnet. Dieser Rezeptor wird als *CCR5* (C-C-chemokine receptor 5) bezeichnet. Eine Nukleotid-Deletion ($\Delta 32$) des *CCR5*-Gens scheint in der homozygoten aber auch in der heterozygoten Form eine protektive Wirkung auf seinen Träger zu haben. So konnte gezeigt werden, daß unabhängig von der *CD4*-T-Zellzahl und der RNA-Viruslast ein hohes Maß an Korrelation zwischen dem *CCR5* Genotyp und dem klinischen Verlauf der HIV-Infektion gegeben war. Die Hypothese, daß jeder der nicht-progredierenden HIV-infizierten Personen Träger dieser Rezeptormutation sei, wurde von den Autoren allerdings nicht bestätigt [de Roda-Husman et al., 1997].

⁴ human leucocyte antigen System

Drogengebrauch und HIV-Progression

Bis dato liegen keine einheitlichen Aussagen über die Effekte von konsumierten Drogen auf den Verlauf der HIV-Erkrankung vor [Strathdee et al., 1996a]. Die in der schwulen Szene zum Teil häufig eingenommenen Modedrogen wie Amyl- oder Butylnitrate („Poppers“) zeigten in den vorliegenden Untersuchungen keine signifikanten Wirkungen auf die HIV-Progression [Veugelers et al., 1994a]. Auch die Frage, ob Zigarettenrauchen den klinischen Verlauf negativ beeinflusst, konnte bisher nicht eindeutig geklärt werden [Craib et al., 1992]. Für den Gebrauch von Cannabis, Alkohol und psychoaktive Substanzen wie Heroin und Kokain konnten keine konsistenten Aussagen bezüglich einer möglichen Progressionsassoziation gemacht werden, wobei hier wohl in erster Linie methodische Schwierigkeiten der Studien im Vordergrund standen [Munoz et al., 1988], [Kaslow et al., 1989], [Fong et al., 1994], [Ronald et al., 1994].

Soziodemographische Merkmale und HIV-Progression

Das Geschlecht der infizierten Personen scheint keine Rolle für den Verlauf der HIV-Erkrankung zu spielen [Vlahov et al., 1994]. Wie weiter oben bereits erwähnt, gibt es je nach Zugehörigkeit zur Infektionsgruppe (oder zu einer der sogenannten Risikogruppen) indes erkennbare Unterschiede im Verlauf der Erkrankung [Carré et al., 1994], [Root-Bernstein und Merrill, 1997]. Als weiterer demographischer Einflußfaktor wird das Alter der mit HIV infizierten Person diskutiert. Perinatal infizierte Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren scheinen einen etwas rascheren Verlauf der HIV-Erkrankung aufzuweisen als Erwachsene [N.N., 1994]. Bei einigen Studien hat sich gezeigt, daß die Progression der Erkrankung mit dem Alter der Patienten korrelierbar ist [Moss et al., 1988], [Carré et al., 1994], [Veugelers et al., 1994b]. Allerdings ist hier zu erwähnen, daß andere Studien wiederum über gegenteilige Ergebnisse berichteten [Keet et al., 1993].

Sozioökonomische Faktoren der HIV-Progression

In den hierzu vorliegenden Arbeiten zeigte sich, daß ein niedrigerer sozioökonomischer Status der Infizierten mit einem höheren Maß an Risikoverhalten und einer schlechteren Erreichbarkeit für Präventionskampagnen korreliert [Hogg et al., 1993]. Als möglicher sozialökonomischer Faktor wurde, vor allem in den Vereinigten Staaten, die ethnische Zugehörigkeit der infizierten Personen mit der Progression der HIV-Erkrankung in Verbindung gesetzt. Bei Patienten afroamerikanischer und lateinamerikanischer Herkunft fand sich im direkten Vergleich zu weißen, nicht-lateinamerikanischen Patienten (*caucasians*) eine statistisch schnellere Progression zu AIDS. Diese Unterschiede wurden hauptsächlich mit der Tatsache in Verbindung gebracht, daß die Erreichbarkeit und Verfügbarkeit des Gesundheitssystems für die einzelnen Gruppen unterschiedlich gut war [Curtis und Patrick, 1993].

Ernährungsstatus und HIV-Progression

Malnutrition als Folge von AIDS ist eine nicht seltene Diagnose bei fortgeschrittener Immundefizienz. Inwieweit eine mangelhafte Ernährung als direkter Einflußfaktor der Progression postuliert werden kann, scheint bisher jedoch offen zu sein. Es wurde gezeigt, daß die Einnahme essentieller Spurenelemente mit einer höheren CD4⁺-T-Lymphozytenzahl assoziiert werden konnte. Erfahrungswerte bestehen neben den Vitaminen B1, B2, B6, B12, A, C, E auch für Folsäure,

Plasmaproteine, Zink und Eisen. Eine direkte kausale Aussage über die Progression zu AIDS konnte allerdings nicht gemacht werden [Abrams et al., 1993], [Baum et al., 1995].

1.1.2 Psychische und soziale Einflüsse auf den Verlauf der HIV-Erkrankung

Psychoneuroimmunologie

Seit Anfang der 80er Jahre kursiert der Begriff Psychoneuroimmunologie (PNI) als Schlagwort in der medizinischen Literatur, mit dem eine Weiterentwicklung der bis dahin eher psychoanalytisch und persönlichkeitspsychologisch orientierten Psychosomatik bezeichnet wird. Ader gab vor zwanzig Jahren, 1981, eine erste Monographie über PNI heraus [Ader, 1981]. Basierend auf den Erkenntnissen der psychosomatischen Krankheitslehre, stellt die PNI ein Forschungsfeld dar, in welchem mittels immunologischer, endokrinologischer, molekularbiologischer, elektrophysiologischer, anatomischer aber auch psychologischer und soziologischer Verfahren die Grundlagen einer *bio-psycho-sozialen Medizin* untersucht werden sollen [Engel, 1977]. PNI kann also als ein interdisziplinäres Forschungsfeld verstanden werden, in dem Beziehungen, Wechselwirkungen und Prozesse zwischen informationsverarbeitenden und informationsübertragenden Systemen des Organismus untersucht werden. Die These einer gegenseitigen Wechselwirkung des zentralen autonomen Nervensystems, des endokrinen Systems und des Immunsystems stellt einen wissenschaftlichen Paradigmenwechsel dar und bedeutet eine Abkehr von der Annahme unabhängiger autoregulativer Subsysteme. Inhaltlich befindet man sich hiermit nicht eigentlich auf neuem Terrain. Man kommt historischen Bestrebungen großer Ärzte von Paracelsus bis Freud nach, die in gänzlich verschiedenen Epochen den Nachweis eines Zusammenspiels zwischen Geist und Körper zu finden suchten. Kropiunigg [Kropiunigg, 1995] schreibt hierzu (S. 101):

PNI ist also nichts anderes als die Neuformulierung der alten Frage nach psychosomatischen Zusammenhängen. Nunmehr sind die Untersuchungsansätze nicht mehr nur auf einfache kausale Verknüpfungen von Persönlichkeit und Krankheit, zwei relativ groben Kategorien begrenzt [...]. Jetzt erst kann annähernd gemessen werden, was Paracelsus noch als „das Unsichtbare, das doch Wirkung hat“, bezeichnet hat.

Im wesentlichen spielen zwei grundlegende neurophysiologische Mechanismen eine entscheidende Rolle für den psychischen Einfluß auf körperlich-immunologische Vorgänge. Sie konnten inzwischen durch einige aufwendige Untersuchungen recht gut verstanden und beschrieben werden [Ader et al., 1991].

Das erste (endokrinologische) PNI-Prinzip ist die Interaktion zwischen einerseits dem hypothalamisch-hypophysären System (und der Vielzahl der dort sezernierten neuroendokrinen Botenstoffe) und andererseits dem Immunsystem. Es existieren eine Reihe von Forschungsarbeiten, die unter anderem die psychologisch bedingte Sekretion von Hormonen wie Glukokortikoiden, Adrenocorticotropin, β -Endorphin, antidiuretischem Hormon, Oxytocin, Wachstumshormon und Östrogenen sowie deren Wirkung auf das Immunsystem beschreiben konnten. Übersichtsarbeiten finden sich hierzu bei [Pert et al., 1985], [Blalock, 1994] und [Berczi, 1994].

Das zweite (nervale) PNI-Prinzip beschreibt die Verbindung zwischen dem autonomen Nervensystem und dem Immunsystem. Diese beruht auf unterschiedlichen Mechanismen. Immunologische Organe werden durch Fasern des autonomen Nervensystems innerviert, wodurch zelluläre immunologische Prozesse durch Neurotransmitter direkt beeinflusst werden. Es scheint, daß nicht nur efferente Verbindungen „von oben nach unten“, sondern auch afferente Leitungen bestehen, welche bei Immunstimulation zentrale neuronale Aktivität hervorrufen können. Übersichten hierzu bei [Ader et al., 1991] und [Gilbert und Payan, 1991]. Die hier nur andeutungsweise beschriebenen Grundmechanismen psychoneuroimmunologischer Funktion befinden sich im Fluß der Erforschung; eine Fortentwicklung auf diesem Gebiet bleibt abzuwarten.

Daß auch das Immundefizienzsyndrom AIDS eine Beeinflussbarkeit durch PNI-Prozesse unterliegen könnte, erschließt sich aus dem oben gesagten von selbst. Folgender Überblick über die wichtigsten Untersuchungen zu dieser Fragestellung, soll den derzeitigen Forschungsstand skizzieren und die verschiedenen Herangehensweisen an die Frage, ob psychische oder soziale Bedingungen einen Einfluß auf den Verlauf der HIV-Infektion haben, darlegen. Auch solche Studien, die keine eindeutige Assoziation von psychosozialen Einflußfaktoren auf die Progression der HIV-Erkrankung nachweisen konnten, finden Erwähnung, soweit sie für diese Arbeit relevant sind. Die referierten Untersuchungen wurden nach den von ihnen untersuchten psychosozialen Konstrukten geordnet.

Belastende Ereignisse und Stressoren

Traumatische Ereignisse (wie Todesfälle, Naturkatastrophen, Kriege, Gefangenschaft, körperliche Versehrtheit oder beispielsweise Arbeitslosigkeit) können, abhängig von der jeweiligen individuellen psychologischen Konstitution, wesentliche Veränderungen der Lebensumstände einer Person hervorrufen. Physiologisch können solche sogenannten *Distress-Ereignisse* Modifikationen im Neuroendokrinum und im sympathischen vegetativen Nervensystem hervorrufen und vermögen grundsätzlich das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko eines Organismus zu erhöhen [Elliot und Eisdorfer, 1982]. Verschiedene Studien, in welchen quantitativ die Häufigkeit und Frequenz solcher belastender Ereignisse (aber nicht die darauf erfolgten individuellen Reaktionen) bei HIV-infizierten Personen untersucht wurden, ergaben keine Assoziation zwischen dem Auftreten von Symptomen [Kessler et al., 1991] oder der Verminderung der CD4-Zellzahl und anderen Surrogatmarkern [Perry et al., 1992], [Rabkin et al., 1991]. Zwei retrospektive Untersuchungen konnten jedoch einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit belastender, stressvoller Ereignisse und einer immunologischen Verschlechterung erstellen [Goodkin et al., 1992b], [Evans et al., 1995].

Reaktionen auf allgemeine belastende Stressoren

Charakteristische emotions- und handlungsorientierte Reaktionen auf psychologische Belastungen werden in der medizinischen Psychologie als Coping-Mechanismen bezeichnet. Trauer ist ein spezifischer Coping-Mechanismus, der durch Todesfälle im Freundeskreis von HIV-infizierten schwulen Männern nicht selten erlebt wurde. In einigen Untersuchungen wurde versucht, eine Beziehung zwischen Trauer und der Progression der HIV-Erkrankung herzustellen. Kessler und Kollegen [Kessler et al., 1991] sowie Perry und Kollegen [Perry et al., 1992] konnten keine Assoziation nachweisen. Kemeny und Kollegen [Kemeny et al., 1995] hingegen konnten eine Verbindung zwischen der Trauer über den Verlust eines Partners und dem Anstieg des Neopterinpiegels, der Mitogen-induzierten Lymphozytenproliferation und in einer weiteren Studie

[Kemeny und Dean, 1995] dem Abfall der CD4-Zellzahl beschreiben. Die Autoren dieser Untersuchungen unterschieden explizit die Dysphorie durch Trauer von einer mit depressiven Zustandsbildern assoziierten Dysphorie, welche nicht durch persönliche Verluste begründet war.

Die Hypothese, daß die durch Depressionen ausgelösten dysphorischen Gemütszustände andere immunologische Korrelate hervorrufen als Trauer, welche unabhängig von einer depressiven Symptomatik besteht, bestätigte sich in Ergebnissen einer weiteren Untersuchung [Kemeny et al., 1994]: Depression ohne Verlusterlebnisse hatte *keinen* Effekt auf das Immunsystem. Eine immunologische Verbesserung innerhalb von 2 bis 3 Jahren zeigte sich bei denjenigen Studienteilnehmern mit Trauerreaktionen, die nicht durch Depressivität kompliziert waren. Nur die Verbindung von Trauer mit depressiven Symptomen vermochte in dieser Studie die immunologische Situation der Probanden zu verschlechtern.

Eine Vertiefung dieser Thematik führten Bower und Kollegen [Bower et al., 1998] durch. Sie konnten zeigen, daß bei Teilnehmern, bei denen kognitiv „*Sinn-findende*“ Bewertungen auf HIV-spezifische Stressoren entwickelt wurden, ein positiver Effekt auf ihre immunologische und körperliche Verfassung feststellbar war. So verlangsamte sich der CD4-Zellzahlabfall und die AIDS-bedingte Mortalitätsrate sank im Vergleich zu anderen Teilnehmern ab, bei denen ein solcher Coping-Mechanismus psychometrisch nicht zu messen war.

Segerstrom und Kollegen [Segerstrom et al., 1996] untersuchten als weiteren Coping-Mechanismus die kausale Attribuierung von negativen Stressoren und konnten zeigen, daß die Tendenz, sich selbst für Schicksalsschläge verantwortlich zu fühlen, einen negativen Effekt auf die immunologische Situation zur Folge hatte. Die Wahrnehmung der persönlichen Bewertung eines unter Umständen belastenden Ereignisses scheint somit eine höhere Korrelation mit Progressionsmarkern zu produzieren als die alleinige, undifferenzierte Quantifizierung von möglichen belastenden Ereignissen.

Reaktionen auf die HIV-Infektion als belastender Stressor

Die Art und Weise, wie HIV-infizierte Menschen ihre Infektion erleben und mit ihr umgehen, wurde von mehreren Arbeiten als Ursache der verschiedenen schnellen HIV-Progressionen diskutiert. Die HIV-Infektion selbst wurde in diesen Untersuchungen als der eigentliche Stressor, der bewältigt werden muß, betrachtet. Aus der Krebsforschung wird schon seit längerem über die Relevanz gewisser psychologischer Typologien diskutiert [Greer et al., 1990]. Angelehnt daran wurden ähnliche Überlegungen ebenfalls für die HIV-Infektion formuliert.

Aktive Coping-Strategien zeigten sich assoziierbar mit positiven Immunsystemveränderungen bei CD4-Lymphozyten [Goodkin et al., 1992b] und natürlichen Killerzellen [Goodkin et al., 1992a]. Das Konstrukt *Kampfgeist* („*fighting spirit*“) stellte sich als erfolgreiche Coping-Strategie heraus, es konnte eine verminderte Progressionsrate zu AIDS bei einer heterogenen Gruppe seropositiver Teilnehmer festgestellt werden [Solano et al., 1993]. In einer Studie von Reed und Kollegen [Reed et al., 1994] konnte demgegenüber für schwule Männer dokumentiert werden, daß fatalistische Erwartungen, die von den Autoren mit dem Begriff der realistischen Akzeptanz („*realistic acceptance*“) bezeichnet wurden, mit einer verminderten Überlebenszeit korrelierten. In einer Anschlußuntersuchung konnte dargestellt werden, daß bei seropositiven trauernden Teilnehmern mit negativen Erwartungen bezüglich ihres zukünftigen Gesundheitszustandes, ein erhöhtes Auftreten von Symptomen feststellbar war [Reed et al., 1999].

In einer weiteren experimentellen Untersuchung wurde für *verdrängende Strategien* eine Assoziierung mit dem Abfall der CD4-Zellzahl und einer Steigerung der Morbidität beschrieben. Diese Studie, welche die unmittelbaren psychologischen Reaktionen auf die Befundmitteilung des HIV-Antikörpertests thematisierte, konnte den oben beschriebenen Zusammenhang aufzeigen [Ironson et al., 1994]. Andere Autoren kamen jedoch in diesem Punkt zu gegensätzlichen Ergebnissen [Mulder et al., 1999].

Die Vermutung, daß interventionelle oder therapeutische Maßnahmen zur Streßreduktion einen Einfluß auf die Entwicklung und den Verlauf der Erkrankung haben, wurde von verschiedenen Untersuchungsgruppen hypothetisiert. Auch hier zeigte sich eine Heterogenität der Ergebnisse. Die Mehrzahl der Arbeiten hierzu konnten keinen Zusammenhang zwischen psychotherapeutischen Interventionen und Progression feststellen [Coates et al., 1989], [Mulder et al., 1995].

Die Autoren einer Untersuchung, die eine Gruppe der Studienteilnehmer mit der Methode der progressiven Muskelrelaxation (nach Jacobsen⁵) vertraut machten, konnten für diese Gruppe eine antidepressive aber auch eine positive immunologische Wirkung konstatieren [Eller, 1995]. Eine kombinierte Anwendung unterschiedlicher behaviouristischer Kurzverfahren wie Biofeedback, Entspannungstraining, Meditation und Hypnose rief bei einer kleinen Gruppe asymptomatischer seropositiver Männer einen signifikanten Anstieg der CD4-Lymphozyten hervor [Taylor, 1995].

Ein Vergleich zwischen drei Teilnehmergruppen, welche nach Erhalt ihres HIV-Befundes entweder keiner Intervention zugeführt wurden, an einem Sportprogramm (Aerobic) teilnahmen oder eine verhaltenstherapeutisch orientierte, kognitive Streßmanagement-Technik erlernten, konnte die drei Teilnehmergruppen in den Auswirkungen auf ihr Immunsystem unterscheiden. Nur die Streßmanagement-Gruppe zeigte einen signifikanten Anstieg der CD4-Lymphozyten [Antoni et al., 1991].

Andere Untersuchungen, welche allgemeinere, durch die HIV-Infektion bedingte Emotionen und Affekte als Kofaktoren der Erkrankung überprüften, fanden meist gegensätzliche Resultate. Perry und Kollegen, deren Studie weiter oben bereits erwähnt wurde [Perry et al., 1992], konnten zeigen, daß Hoffnungslosigkeit einen negativen Einfluß auf die immunologische Situation der Probanden hatte. Rabkin und Kollegen, die in einem anderen Zusammenhang ebenfalls oben bereits zitiert wurden [Rabkin et al., 1991] vermochten es, in einem sehr ähnlich aufgebauten Setting nicht, diese Ergebnisse zu replizieren. Solomon und Temoshok [Solomon und Temoshok, 1987] konnten hingegen folgende Beziehung demonstrieren: Probanden, bei denen die Subskala *Kontrolliertheit*, als spezifisches Konstrukt für psychologische Widerstandskraft („*hardiness*“), erniedrigte Werte aufwies, waren mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko assoziiert. Andere Autoren konnten für das gleiche Konstrukt im selben psychometrischen Verfahren dieses Ergebnis für ihre Studienteilnehmer nicht nachvollziehen [Perry et al., 1992], [Solano et al., 1993].

Keet und Kollegen [Keet et al., 1994a] fanden eine statistische Häufung für einen *wenig aktiven Copingstil* bei non-progredienten, asymptomatischen schwulen Männern, welche über sieben Jahre seropositiv waren. Auch Mulder und Kollegen [Mulder et al., 1999] konnten zeigen, daß bei schwulen seropositiven Männern, bei denen eine *verdrängende Konfliktbewältigungsstrategie* psychometrisch erfassbar war, ein verlangsamter Abfall der CD4-Lymphozyten und ein vermindertes Auftreten von SI-Virusstammvarianten vorhersagbar war. Patterson und Kollegen [Patterson et al., 1996] konnten jedoch

⁵ Vgl. [Jacobsen, 1990]

in diesem Punkt (sowohl bei aktivem als auch bei verdrängendem Coping) keinerlei Korrelation ausmachen.

Depressivität

Der Begriff Depression wird hier einerseits als ein affektiver Gemütszustand (depressive Verstimmung oder Dysthymie) und andererseits als eine klinisch relevante Erkrankung mit physischen Ausprägungen (psychiatrische Depression im Sinne eines Syndroms) unterteilt. Für beide Zustände existieren psychoneuroimmunologische Vorerfahrungen, die eine Verbindung zum Immunsystem postulierten [Stein et al., 1991]. Zwar kann Depression durch Streß hervorgerufen sein oder auch Streß zur Folge haben, dennoch sind dysphorische Symptome von Streß als Copingmechanismus grundsätzlich zu unterscheiden. Eine ganze Reihe von Untersuchungen versuchte, mit sehr unterschiedlichem Erfolg, einen Zusammenhang zwischen Depression und der HIV-Progression nachzuweisen.

Mehrere, zum Teil mit hohen Fallzahlen angelegte und methodisch sehr sorgfältige Studien, fanden keine signifikanten Zusammenhänge zwischen depressiven Symptomen und einer Veränderung der klinischen oder immunologischen Situation [Rabkin et al., 1991], [Perry et al., 1992], [Lyketsos et al., 1993].

Studien, die die pharmakologische Behandlung depressiver Symptome mit einer Verbesserung der immunologischen Situation in Zusammenhang bringen wollten, konnten dies in den Ergebnissen nicht bestätigen. In drei Untersuchungen von Rabkin und Kollegen mit drei verschiedenen antidepressiven Substanzen zeigten sich zwar jeweils Verbesserungen in der getesteten Depressivität, jedoch keine signifikanten Auswirkungen auf physiologische Parameter [Rabkin et al., 1994a, Rabkin et al., 1994b, Rabkin et al., 1994c]. Die gefundenen Zusammenhänge zwischen Trauerreaktionen und Depression und deren Einfluß auf die HIV-Erkrankung wurden bereits weiter oben dargestellt.

Burack und Kollegen [Burack et al., 1993] wiesen einen erhöhten CD4-Abfall bei seropositiven depressiven Teilnehmern innerhalb von 5 Jahren nach. Patterson und Kollegen [Patterson et al., 1996] fanden eine Assoziation zwischen Depression und der Erhöhung des Mortalitätsrisikos, wobei hier die Mortalitätsursachen nicht im einzelnen erfaßt werden konnten und deshalb eine klare Abtrennung zwischen einer HIV-bedingten Pathogenese oder beispielsweise suizidalen Vorkommnissen nicht möglich war.

Soziale Faktoren

Das Vorhandensein positiver sozialer Beziehungen und Bindungen kann, soweit die derzeitige Studienlage, einen gesundheitsfördernden Effekt hervorrufen. Reziprok kann der Mangel an sozialen Ressourcen mit mannigfaltigen physiologischen Dysfunktionen in Verbindung gebracht werden [Berkman, 1995]. Vor allem an Tiermodellen konnte dieser bio-soziale Zusammenhang bestätigt werden [Bohus und Koolhas, 1991]. Allerdings wurden bisher nur wenige Untersuchungen zu diesem Thema mit HIV-seropositiven Teilnehmern durchgeführt.

In einer prospektiven Untersuchung konnte dargestellt werden, daß niedrige soziometrische Werte bezüglich *subjektiv empfundener sozialer und emotioneller Unterstützung* mit einem rascheren CD4-Abfall einhergingen [Theorell et al., 1995]. In einer 1993 durchgeführten Studie wurden teilweise

ähnliche Ergebnisse erzielt [Solano et al., 1993]. In einer Studie von Persson und Kollegen [Persson et al., 1994] konnte gezeigt werden, daß diejenigen Teilnehmer, die höhere Werte für soziale Beziehungen aufwiesen, eine höhere CD4-Lymphozytenzahl zeigten, als diejenigen, die ein niedrigeres soziales Unterstützungsniveau erkennen ließen. Cole und Kolleginnen [Cole et al., 1997] stellten dar, daß ein hohes Maß an wahrgenommener sozialer Ablehnung („*rejection sensitivity*“) bei schwulen seropositiven Männern mit einem raschen CD4-Abfall, einer Verkürzung der Latenzzeit bis zum Ausbruch von AIDS und einer erhöhten Mortalität korrelierbar waren. Interessanterweise konnte dieser Zusammenhang nicht für Männer nachvollzogen werden, die ihre Homosexualität gegenüber anderen nicht preisgaben und verheimlichten.

Andere Untersuchungen ergaben erstaunlicherweise genau gegenteilige Ergebnisse. Miller und Kollegen [Miller et al., 1997] beschrieben einen Zusammenhang zwischen subjektiv empfundener Einsamkeit und langsamerem CD4-Abfall. Objektive Werte über eine hohe soziale Integration der Teilnehmer hatte keinerlei Einfluß auf deren immunologische Situation. Auch Blomkvist und Kollegen [Blomkvist et al., 1994] zeigten eine ähnliche Beziehung auf. Ein hohes Maß an sozialer Aktivität konnte in dieser Studie bei hämophilen Studienteilnehmern mit einer erhöhten Mortalität korreliert werden.

Emotionale Gehemmtheit

Das psychosoziale Konstrukt der emotionalen Hemmung („*psychological inhibition*“/“*emotional supression*“) wurde von einigen Autoren bereits für andere immunologische Erkrankungen als Beeinflussungsfaktor untersucht. Es bestehen Erkenntnisse über die Infektion mit dem Hepatitis-B-Virus [Petrie et al., 1995], über die Infektion mit dem Epstein-Barr-Virus [Esterling et al., 1994], über Erkältungskrankheiten [Totman et al., 1980] und über allergisch-atopische Erkrankungen [Kagan et al., 1991].

Für die Infektion mit dem HI-Virus bei schwulen Männern zeigten Cole und Kollegen [Cole et al., 1996] einen Zusammenhang zwischen emotionaler Gehemmtheit, die, wie die Autoren fanden, durch die Verheimlichung der Homosexualität repräsentiert war und einer Verschlechterung der immunologischen und klinischen Situation. In einer weiteren (oben bereits zitierten) Untersuchung [Cole et al., 1997] wurde für diese Teilnehmergruppe, die ihre sexuelle Orientierung anderen Personen nicht mitteilte, folgende Korrelation festgestellt: Agressive Äußerungen und Ablehnung konnten die „verheimlichenden“ Teilnehmer mehr verletzen, als Teilnehmer, welche ihre Homosexualität gegenüber Dritten offenbarten.

Zusammenfassung der PNI-Studien zu HIV

Die Heterogenität der oben skizzierten Ergebnisse erschwert eine einheitliche Bewertung. Eine wissenschaftliche Stabilität in Bezug auf die bio-psycho-soziale Krankheitstheorie kann nur sehr bedingt postuliert werden. Dennoch konnte in einer ganzen Reihe von Untersuchungen (in methodisch sehr unterschiedlichen Ansätzen) eine Beziehung zwischen psychosozialen Aspekten und der Progression der HIV-Erkrankung dokumentiert werden.

Ausführlichere Darstellungen über in diesem Gebiet durchgeführte Arbeiten wurden von Mulder und Antoni [Mulder und Antoni, 1992] und Cole und Kemeny [Cole und Kemeny, 1997] verfaßt. Letztere

erstellten eine umfassende tabellarische Systematik der etwa 30 wichtigsten Studien auf diesem Gebiet, in der ebenfalls diejenigen Untersuchungen mit einbezogen wurden, die keinerlei psychoneuroimmunologisch relevanten Zusammenhänge herstellen konnten. In ihrer Metaanalyse gingen die Autoren insbesondere auf methodische Qualitätsmerkmale ein. Cole und Kemeny führten das Scheitern vieler Untersuchungen, einen Zusammenhang herzustellen, letztlich auf methodische Mängel zurück. Dennoch sind sie in ihrer Grundbewertung prinzipiell optimistisch (S.312):

[...] results suggest that psychobiological influences may be relevant to the physical health of HIV-infected individuals and could conceivably account for some of the substantial variability in HIV progression rates. Attempts to replicate and expand upon existing findings would be useful [...].

Ein weiterer, mehr inhaltlicher als formalmethodischer Kritikansatz, der die hier vorgestellte Promotionsarbeit wesentlich beeinflusste, gilt der Tatsache, daß die meisten der hier genannten Studien größtenteils nur sehr peripher auf die durchaus spezifischen und charakteristischen psychosozialen und kulturellen Bedingungen der von ihnen untersuchten Population eingingen. In der Regel beschränkten sich die Autoren auf die Verwendung von zwar testtheoretisch gut validierten und standardisierten psycho- und soziometrischen Verfahren, welche jedoch eine abgestimmtere und detaillierte Herangehensweise an schwule Lebenswirklichkeiten von vornherein nicht ausreichend ermöglichten. Folgende Grundüberlegung ist für diese Frage entscheidend: Die an sich bereits sehr heterogene Population der *homosexuellen* Männer ist verständlicherweise durch psychosoziale Konstrukte, die anhand einer *heterosexuellen* Normpopulation entwickelt und validiert worden sind, unter Umständen nur schwerlich wissenschaftlich zu erfassen.

1.1.3 Männliche Homosexualität: Stigma, internalisierte Homophobie und Gesundheit

Stigma und Identität - Ergebnisse der „Bremer Studie“

Bei den in der hier vorliegenden Untersuchung teilnehmenden Personen, handelte es sich ausschließlich um schwule Männer [vgl. Kap. 2.1]. Aus diesem Grund sollen an dieser Stelle einige wesentliche sexualsoziologische Theorien und Überlegungen dargestellt werden, die für eine Arbeit, welche sich mit männlicher Homosexualität beschäftigt, von Bedeutung sein müssen. Einem multikausalen und biopsychosozial fundierten Modell als Grundtheorie für die hier vorgestellte Arbeit folgend, müssen gerade auch psychosexuelle, kulturelle und biographische Faktoren der Untersuchten in eine Progressionstheorie der HIV-Erkrankung einbezogen werden.

Die Bremer Sozialwissenschaftler Jörg Hutter und Volker Koch entwickelten für ihre Studie „*Soziosexuelle Faktoren in der Epidemiologie von Aids*“ [Hutter und Koch, 1995], [Hutter et al., 2000] einige Begriffe und Grundthesen, die für die vorliegende Untersuchung wichtige methodische Anregungen boten. Die als „Bremer Studie“⁶ bezeichnete Arbeit, wurde seinerzeit sehr aufmerksam und zum Teil kontrovers diskutiert [Bundesverband Homosexualität, 1995]. Die Autoren untersuchten in einem einfach-verblindeten Verfahren verschiedene soziosexuelle Aspekte schwuler Männer. In einem ersten Schritt wurden inhaltsanalytisch fünf unterscheidbare soziosexuelle Typen homosexueller Männer gebildet, denen die Teilnehmer zugeordnet werden konnten. In einem zweiten Schritt

⁶ Die Autoren sind Mitarbeiter des Projekts *Schwulesbische Studien* der Universität Bremen

korrelierten die Autoren dann diese fünf Gruppen mit dem zuvor erhobenen HIV-Serostatus der Teilnehmer. Eine unvermutete Verteilung der HIV-spezifischen Suszeptibilität konnte beschrieben werden: Eine signifikante Korrelation zwischen gewissen soziosexuellen Typen schwuler Männer und deren HIV-Serostatus konnte dargestellt werden. Einige Gruppen zeigten eine signifikant hohe HIV-Inzidenz, andere eine signifikant niedrige. Dieser deutliche Zusammenhang zwischen der Epidemiologie der HIV-Infektion und soziosexuellen Faktoren erstaunte gerade auch in Kreisen der Selbsthilfe und der schwulen Subkultur. Die Berücksichtigung von für die Population homosexueller Männer *spezifischen*, sozialen Einflußgrößen und konkreten Verhaltensweisen war in der „Bremer Studie“ durchaus erfolgreich und wurde in der bisherigen Literatur in dieser Ausführlichkeit noch nicht angewendet und beschrieben.

Das allgemeingesellschaftliche Stigma⁷ der Homosexualität und die immer noch weit verbreitete Diskriminierung von Homosexuellen erfordert von schwulen Männern in besonderer Weise persönliche Anstrengungen, um sich ihre soziale und psychologische Integrität zu bewahren oder zu entwickeln. [Hutter und Koch, 1995] (S. 13):

[Der homosexuelle Mensch erkennt], daß die Eigentümlichkeit seiner libidinösen Bedürfnisse nicht in den allgemeinen Rahmen seiner Kultur hineinpaßt. Während der Heterosexuelle bei der Erprobung geschlechtlicher und psychologischer Intimität unbewußt Kontakt mit den grundlegenden Modalitäten seiner Kultur aufnimmt, wird dem Homosexuellen schmerzhaft bewußt, daß er sich damit nicht überein weiß, fremd in der eigenen Kultur wird. Spätestens also wenn das Individuum seine sexuellen [...] Wünsche als inferiore Variante des normalen Geschlechtsleben deutet [Hervorhebung durch die Autoren] [...], spätestens dann hat die Gesellschaft das Individuum eingeholt, von der [das Individuum] möglicherweise glaubte, es bliebe höchst privat und ginge niemanden etwas an [...]. Diese Bezogenheit von Individuum und Gesellschaft hat für einen einmaligen sozialen Kontrollmechanismus gesorgt, der darin gipfelt, daß der Kontrollierte zugleich sein eigener und häufig genug unbarmherziger Kontrolleur ist - auf emotionaler, intellektueller und moralischer Ebene.

Hutter und Koch sprechen von einem „strukturell vorgezeichneten Bruch in der Identitätsbildung“ und der häufigen Möglichkeit des Scheiterns in dieser Auseinandersetzung mit dem biographisch entscheidenden Bruch (S. 14). Forschungsleitend arbeiteten die Autoren in ihren Thesen mit den Konstrukten *Stigma-Management* und *sexueller Handlungsstil*, welche auf die Arbeit des amerikanischen Soziologen E. Goffman von vor bereits mehr als 30 Jahren zurückgehen [Goffman, 1967]. Hutter und Koch beschrieben wie folgt ihre psychosexuellen Grundthesen (S. 15):

*Der Begriff des Stigma-Managements versucht der Tatsache gerecht zu werden, daß **jeder** [Hervorhebung durch die Autoren] homosexuell fühlende Mensch sich dem einerseits unsichtbaren, andererseits aber auch nicht zu eliminierenden 'Mal' auf die eine oder andere Art gegenüber verhalten muß. Stigma-Management ist das Management von Scham und von Konflikt in sozialen Situationen, in denen die psychologische und soziale Integrität des betroffenen Individuums auf dem Spiel steht. Der Begriff zielt auf diejenigen Strategien und Techniken ab, mit denen der Homosexuelle die diskreditierenden Wirkung des Stigmas zu minimieren bzw. zu kompensieren versucht [...].*

⁷ Der von den Griechen stammende Begriff des *Stigmas* bezeichnete körperliche Zeichen, die dazu bestimmt waren, Ungewöhnliches oder Schlechtes über den moralischen Zustand des Zeichenträgers zu offenbaren.

Der Begriff des sexuellen Handlungsstils trägt dem Problem Rechnung, daß sexuelle, mithin alle intimen Verhaltensweisen nicht aus sich selbst heraus erklärt werden können. Analytische Bezugspunkte [...] bilden dabei jene sexualwissenschaftlichen Konzepte, die das Sexuelle an der Homosexualität auf einen handlungstheoretischen Begriff bringen. Das sexuelle Verhalten eines Individuums hat eine Geschichte und verweist auf biographisch frühere Konstellationen [...]. Bezugspunkt [...] ist folglich nicht das sexuelle Verhalten als solches, sondern vielmehr der normative und nur biographisch verständliche Bezugsrahmen, innerhalb dessen sich ein Individuum sexuell verhält.

Stigma-Management und sexueller Handlungsstil waren für die Autoren der „Bremer Studie“ die wichtigsten Arbeitskonzepte ihres Vergleiches seronegativer mit seropositiven schwulen Männern. In ihren Ergebnissen konnten die Autoren diese Konzepte bestätigen. Diese Korrelation psychosexueller Charakteristika mit der epidemiologischen Verteilung der HIV-Infektion schien für die Autoren sinnvoll und war in ihrer Untersuchung nachweisbar. Eine Modifizierung dieser Befunde auf die hier vorliegenden Untersuchungsbedingungen spielte bei der Planung dieser Arbeit eine entscheidende Rolle.

Internalisierte Homophobie und Gesundheit

Eine der direkten Folgen der kulturellen Stigmatisierung der Homosexualität ist die individuelle Entwicklung von internalisierter Homophobie bei homosexuellen Männern. Homophobie wird von M. Kantor, einem amerikanischen Kliniker und Hochschullehrer für Psychiatrie, in seiner ausführlichen Analyse dieses Phänomens [Kantor, 1998] psychodynamisch im Grunde als eine „Manifestation einer Phobie vor Sexualität im allgemeinen“ [S. 13, Übersetzung durch J.R.] bewertet. Sie ist weit verbreitet und bei Hetero- wie Homosexuellen gleichermaßen anzutreffen. Die verschiedenen Ausprägungen der Homophobie reichen von pseudomedizinisch begründeten homophoben Modellen der Homosexualität als einer behandlungsbedürftigen Erkrankung bis hin zu kriminalisierenden Einschätzungen persönlichkeitsgestörter paranoider und antisozialer Homophobiker [vgl. Kantor, Kap. 12 bis 14: *Personality Disorder Homophobes I, II und III*].

Homophobie bei homosexuellen Männern äußert sich in einer starken Ambivalenz der eigenen Identität. Eine innere Mißbilligung des eigenen Handelns und die Distanzierung, Abgrenzung und Ablehnung gegenüber homosexuellen Individuen und Gruppen ist Folge einer nicht zu unterschätzenden Dynamik des individuellen Identitäts- und Stigma-Managements. Kantor beschreibt die Entwicklungsdynamik der internalisierten Homophobie folgendermaßen (S. 55ff):

Gays [...] become self-homophobic when they go along with [or] identify with hostile or actually homophobic parents, introjecting their critical nonaccepting attitudes towards them, accepting these attitudes as their own, and in turn treating themselves, and other gays [...] just like their parents treated them. Often they incorporate their parents' negative values in order to proclaim their love for [them]. [...] Often [...] parents were also sexophobes who criticized their child for [...] heterosexual behavior as much as they criticized him for having homosexual tendencies or for actually doing homosexual things. Such gays [...] become self homophobic as part of a global self-sexophobia, and compulsively criticize themselves [...]. In such cases the self-criticism originates in a rigid punitive conscience [...]. [...] However, not all homosexual self-abuse is due to the

introjection of negative family messages. Gay bashing is innate as well as acquired, for gays can bash themselves before they have had a chance to be mistreated.

Somit kann internalisierte Homophobie als eine Extremvariante eines ineffektiven und selbstdestruktiven Stigma-Managements angesehen werden. Sie soll in der hier vorliegenden Arbeit eine hypothetische Grundlage für einen sexualsoziologisch wirksamen pathogenetischen Kofaktor der HIV-Erkrankung darstellen.

Inspiziert durch Untersuchungen zum Einfluß internalisierter Homophobie und heterosexueller Normen auf das Verhalten homosexueller Männer, entwickelte sich das Konzept der *Psychovenerologie* [Ross, 1978], zu welchem im weitesten Sinne auch die Arbeit von Hutter und Koch zählt. Hierbei wurden Forschungsarbeiten durchgeführt, die die Beziehung zwischen psychologischen Faktoren und der Infektion mit unterschiedlichen venerischen Erkrankungen bei homosexuellen Männern untersuchten und darstellten [Ross, 1986] (S. 207):

[...] Both social and psychological variables are consistently implicated in the three aspects of sexual behavior that we have selected as determining levels of STD⁸ infection: partner numbers, particular sexual practices and places of partner contact. While there are clearly interactions between these three aspects, in each we find that social variables such as culture, degree of socialization into the homosexual subculture, societal reaction to homosexuality, age of homosexual identification and activity, education, religious belief, and beliefs about social sex roles in the individual, are implicated.

Während einige dieser Faktoren dem biomedizinischen Verständnis kofaktorieller Beeinflussung der Übertragung venerischer Erkrankungen entsprachen, waren andere oben beschriebene Faktoren der *Psychovenerologie* eher sozialmedizinisch von Bedeutung. Sie konnten in verschiedenen Arbeiten zu diesem Thema mit der Erlangung von Geschlechtskrankheiten in Verbindung gesetzt werden.

Das interdependente System zwischen einem gesellschaftlich existenten Stigma, seiner diskreditierenden Funktion, der spezifischen Reaktionen eines davon betroffenen Individuums, der Integration dieser Reaktionen in die Gesamtpersönlichkeit dieses Individuums und dessen Auswirkungen auf Gesundheit scheint demnach eine wesentliche Rolle in einem biopsychosozialen Gesundheits- und Krankheitsmodell zuzukommen.

1.1.4 Psychologische und soziokulturelle Aspekte von HIV-Infektion und AIDS

Aber es ist begrüßenswert, daß eine besonders gefürchtete Krankheit als normal erscheint. Selbst die am meisten mit Bedeutung befrachtete Krankheit kann einfach zu einer Erkrankung werden. So ist es mit der Lepra gegangen, auch wenn zehn Millionen Menschen in der Welt [...] das haben, was heute, im Zuge einer gesunden Entdramatisierung, Hansen'sche Krankheit genannt wird [...]. So wird es auch mit Aids geschehen, sobald die Krankheit sehr viel besser verstanden sein wird und es vor allem eine Behandlung gegen sie gibt. Vorderhand hängt vieles in Bezug auf das individuelle Erleben und die Sozialpolitik von dem Kampf um die sprachliche Besetzung der Krankheit ab: wie sie in Argument und Klischee angeeignet und assimiliert wird. Der uralte,

⁸ Sexually Transmitted Disease

anscheinend unerbittliche Prozeß, durch welchen Krankheiten Bedeutung zuwächst (indem sie für die tiefsten Ängste stehen) und sie zu einem Stigma werden, verdient noch allemal bekämpft zu werden [...]. Bei dieser Krankheit, die so viele Schuld- und Schamgefühle weckt, wirkt der Versuch, sich von diesen Metaphern zu lösen, besonders befreiend, ja tröstlich. Doch man wird die Metaphern nicht schon dadurch los, daß man sich ihrer enthält. Sie müssen aufgedeckt, kritisiert, in Frage gestellt und aufgelöst werden.

(Susan Sontag, Aids und seine Metaphern [Sontag, 1989])

AIDS als Metapher

Diese bereits vor über zehn Jahren formulierten Sätze der amerikanischen Kulturkritikerin Susan Sontag sagen sehr treffend einen Wandel der sozialen Perzeption der HIV-Erkrankung voraus. Inzwischen läßt sich nicht nur auf eine zwanzigjährige medizinische Entwicklung (in Diagnose und Therapie) zurückblicken, es ist auch notwendig die gesellschaftlichen Veränderungen in der Wahrnehmung von HIV-Infektion und von AIDS zu registrieren. AIDS - welches von Sozialwissenschaftlern oftmals neologistisch mit „Aids“ orthographiert wird, um eine gewisse Eigenständigkeit des Syndroms in nicht-medizinischen Bereichen zu verdeutlichen - hatte von Anfang an eine in gewisser Weise besondere gesellschaftliche Funktion. Eine Reihe von Autoren befaßte sich mit dieser speziellen Funktion, die medizinhistorisch wohl in eine Reihe mit den großen apokalyptisch besetzten Seuchen der Menschheit einzuordnen ist. Pest, Cholera oder Syphilis sind nur einige Beispiele dieser bedeutungsschweren Erkrankungen. Ein großes Deutsches Nachrichtenmagazin bezeichnete das Immundefizienzsyndrom plakativ in einem Artikel als „Schwulenpest“⁹. Die mittelalterliche Vorstellung, daß Krankheit eine von Gott gesandte Strafe ist, die den sündigen Kranken gerechterweise heimsucht, besteht, zwar in deutlich modifizierter Form, auch heute noch fort. Wegenstein [Wegenstein, 1998] stellte in ihrer Arbeit heraus, daß die gesellschaftliche Beurteilung der Syphilis in den letzten beiden Jahrhunderten und von AIDS heute, erstaunliche Parallelen aufweist. Neben dem militärischen Sprachgebrauch steht für die Autorin in erster Linie eine Mystifizierung der Krankheit als eine tradierte Funktion im Mittelpunkt (S. 68f):

In dem Moment, in dem die Krankheit selbst [Syphilis] nicht mehr mit Schuld und Strafe Gottes erklärt werden kann, wird ihre Schädigung mit der Fehlerhaftigkeit der Natur selbst begründet. So entsteht eine neue Art von Schuld, bei der ebenfalls moralische Wertung involviert ist. Diese betrifft den Körper selbst [...]. Die Unsichtbarkeit von Viren bei der Übertragung hatte daher eine Mystifizierung zur Folge: L'ennemi dans le sang („der Feind im Blut“) lautete die Aufklärungskampagne gegen die Syphilis am Anfang des 19. Jahrhunderts. Die Anti-AIDS-Werbekampagnen von heute unterscheiden sich von dieser Mystifizierung und von der kriegerischen Syphilis-Metapher l'ennemi dans le sang [...] höchstens im Grad ihrer Metaphorisierung. Eine rezente Anti-AIDS-Kampagne in den USA (1995) war etwa die Abbildung eines jungen hübschen lächelnden Mädchens [...], worunter geschrieben stand: She shows all the signs of having HIV. Die Aussage, daß hinter einer noch so schönen, gesunden [...] und daher vertrauenerweckenden Fassade sich eine Gefahr verstecken könnte, ist dabei mindestens so kriegerisch und hetzerisch wie die Aussage, daß der „Feind im Blut stecke“.

⁹ Der SPIEGEL, Hamburg, "Aids: Hürde zu den Heteros übersprungen", S. 120, 22.2.1988

Eine weitere dramatische Metaphorisierung von AIDS stellt Wegenstein in einem anderen Beispiel dar und macht damit deutlich, daß dieser Mechanismus keinesfalls nur von Nicht-Infizierten Bevölkerungsteilen ausgeht, sondern gleichfalls von mit dem HI-Virus selbst infizierten Individuen und Gruppen. Die französische *Dependence von Act-Up*¹⁰, einer AIDS-politischen Bewegung die 1987 in New York gegründet wurde, formulierte 1994 in ihren Forderungen historische Vergleiche zur nationalsozialistischen Geschichte (in kursivierter Schrift sind die Bemerkungen Wegensteins; S. 57f)¹¹:

„Wird AIDS so morden wie das Naziregime?“

Act-Up fordert einen Nürnberger Prozeß mit den Kriegsverbrechern: „Ein Nürnberg anlässlich von AIDS könnte sich daher von den Schuldzuweisungen her analog zu den Nürnberger Prozessen abspielen: auf den Bänken saßen zweifellos Mitterand, Fabius, Dufoix etc. nebeneinander (...) wir wußten nichts davon, wir waren ja nur kleine Leute, wir sind nicht schuldig. Dies ist genau das Gleiche, was die Würdenträger der Nazis in Nürnberg ausgesagt hatten.“

Die Psychodynamik der Vergesellschaftung von AIDS

Das enorme öffentliche Interesse, das seit Beginn der AIDS-Epidemie Anfang der achtziger Jahre die deutsche und gleichermaßen internationale Öffentlichkeit beherrschte, hat merklicherweise in der letzten Zeit deutlich abgenommen (seit der Konferenz von Vancouver im Jahre 1996 und der systematischen Einführung wirksamer antiviraler Therapien). Die wesentlichsten psychodynamischen Vorgänge, welche die bis in die späten 90er so präsenste gesellschaftliche Relevanz ermöglichten, sollen hier kurz dargestellt werden. Clement [Clement, 1992] beleuchtete aus einer tiefenpsychologischen Sichtweise heraus, diejenigen psychosexuellen Prozesse, die die HIV-Infektion zu einem Projektionsfeld der Sexualmoral machten (S.3f):

Die [...] Verbindung der HIV-Infektion mit sexuellem Verhalten hat auch die öffentliche Rezeption der Krankheit bestimmt, indem sie ein breites und mächtiges Assoziationsfeld von Promiskuität, Sucht und verbotener Sexualität aktivierte, das seine Dramatik aus der Spannung von Verbot, Abscheu und gleichzeitiger Faszination erhält. [...] Ein projektiver Mechanismus [...] demzufolge kollektiv unbewußte Impulse von leidenschaftlichem Kontrollverlust und exzessiver Sexualität, verbunden mit einer kulturell verankerten Homophobie so abgewehrt werden, daß sie ausschließlich bei den Betroffenen gesehen werden [...]. Je stärker diese Impulse sind, desto schärfer sind danach auch das Vorurteil und die Empathieverweigerung ihnen gegenüber.

Nach langer Zeit gab es mit AIDS wieder eine sexuell übertragbare Erkrankung, die (bis heute) nicht heilbar ist und die tödlich verläuft. „AIDS hat die Aura von Krebs und Syphilis in einem“ [Becker und Clement, 1996]: Zu dem Stigma der Krebserkrankung, welches den Erkrankten oftmals das Gefühl gibt, aussätzig und gar ansteckend zu sein, kommt die soziale Stigmatisierung einer

¹⁰ Akronym für *Aids Coalition to Unleash Power*

¹¹ 1985 wurde in Frankreich (ähnlich wie in Deutschland auch) ein obligatorischer HIV-AK-Test für Blutspender eingeführt. Laurant Fabius, damaliger Premierminister, zeichnete dafür verantwortlich. Laut *Act-Up* war dieser Zeitpunkt jedoch viel zu spät, da sich herausstellte, daß einige Patienten bereits kontaminiertes Blut transfundiert bekommen hatten.

Geschlechtskrankheit hinzu, die zudem noch mit gesellschaftlichen Randgruppen wie Homosexuellen und i.v.-Drogenkonsumenten assoziiert ist.

Medien, Kirchen, Politik

Die öffentliche Konzentration auf das Thema AIDS war also keineswegs nur eine Erfindung der Medien. Zwar haben sich verschiedene Medienerzeugnisse - manche verantwortungsbewußter als andere - seit Bekanntwerden von AIDS äußerst intensiv mit einer Erkrankung beschäftigt, die (in der Bundesrepublik Deutschland) zu keiner Zeit eine statistisch relevante Stellung in der Liste der Todesursachen eingenommen hatte. Im Gegenteil, im Jahr 1996 verzeichnete das Statistische Bundesamt in Wiesbaden unter den ICD-9¹² Positionen 41 bis 44 („HIV-Infektion“) insgesamt 1.583 Todesfälle (für das Jahr 1997 waren dies unter den gleichen ICD-Positionen 814 Todesfälle [Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.), 1999]). Ohne die gesundheitspolitische und ethische Tragweite dieser zweifellos hohen Zahl in Frage stellen zu wollen, ist ein Vergleich mit einigen Zahlen anderer Todesursachen für das Jahr 1996 aufschlußreich. So wurden unter der Kategorie „tumoröse Neubildungen“ (ICD-9 Positionen 140 bis 239) insgesamt 219.064 Todesfälle aufgelistet, unter Erkrankungen des Kreislaufsystems (ICD-9 Positionen 390 bis 495) insgesamt 425.884 Fälle. Unter den ICD-Positionen E880 bis E888 („Unfälle durch Sturz“) summieren sich für das Jahr 1996 immerhin 10.237 Todesfälle [Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.), 1997]. Dieses wird nicht dokumentiert um Todesursachen gegeneinander aufzurechnen und dadurch deren gesellschaftliche Bedeutung oder Wertung abzuleiten. Es geht lediglich darum, eine realistische Einschätzung der epidemiologischen Situation zu ermöglichen.

Das deutliche Interesse der Medien, das inzwischen nach und nach zu versiegen scheint, spiegelte demnach vor allem die Intensität der gesamtgesellschaftlichen „Ängste von monströsem Ausmaß“ [Dannecker, 1991] (S. 78) wider. Über die Rolle der Medien wurden von mehreren Autoren einige sehr aufschlußreiche und differenzierende Arbeiten verfaßt. Auf sie wurde hier bereits teilweise verwiesen [Köneke, 1990], [Bock, 1992], [Wegenstein, 1998].

Auch von Seiten der Kirchen war von Anfang an eine deutliche Ambivalenz zu spüren. Viele seelsorgerisch tätige Laien und Kleriker fühlten sich den infizierten Patienten einerseits verbunden und beteiligten sich mit großem Engagement und Professionalität an vielseitigen Hilfsangeboten. Andererseits waren kirchenintern, aus einer christlichen Moraltheologie heraus begründet, immer auch starke Bedenken gegen allzu toleranten Umgang mit einer als an sich unethisch angesehenen Lebensweise formuliert worden [Cadwallader, 1992], [Kayal, 1993].

Der Höhepunkt der *politischen* Auseinandersetzungen um die adäquate Reaktion der Gesetzgebung auf die neue, noch unbekanntere Erkrankung AIDS fand in Deutschland Mitte der 80er Jahre statt. Einer der Hauptprotagonisten dieser damals sehr kontrovers geführten Diskussion¹³ war der damalige Staatssekretär im Bayerischen Innenministerium Gauweiler. Unter dessen Federführung wurde der sogenannte Bayerische AIDS-Maßnahmenkatalog entworfen, ein Gesetzentwurf zur Änderung des Bundes-Seuchengesetzes. Verbunden mit einer Verbesserung des Beratungsangebotes wurde in

¹² *International Classification of Diseases*; 9. Auflage der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenen internationalen Klassifikation von Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen

¹³ Vgl. Der SPIEGEL, Hamburg, *Streitgespräch: "Staatssekretär Gauweiler und Sexualwissenschaftler Dannecker über Meldepflicht und Seuchenbekämpfung"*; 12.1.1987

diesem Gesetzentwurf unter anderem eine striktere Anwendung seuchenrechtlicher Instrumentarien empfohlen [Gauweiler, 1989] (S.215):

Es bestehen wohl keine Meinungsverschiedenheiten darüber, daß gegenüber Uneinsichtigen staatliche Maßnahmen ergriffen werden müssen [...]. Wir alle wissen, daß diese namentliche Meldung sich auf klar beschriebene Ausnahmefälle beschränkt und ausschließlich die Fälle betrifft, in denen Personen fahrlässig und bzw. vorsätzlich und unverantwortlich die Infektion weiterverbreiten [...]. Selbstverständliche Verpflichtungen - z.B. Informationspflichten gegenüber Intimpartnern ebenso wie gegenüber Ärzten [...]; das Verbot Blut, Organe, Gewebe oder Samenflüssigkeit zu spenden; Tätigkeitsverbote für HIV-infizierte Prostituierte - werden verbindlich für alle normiert [...] Unter diesem Gesichtspunkt bedarf es auch spezifischer Strafbestimmungen. Die bestehenden Vorschriften mit harmlosen Bußgeldern werden dem Unrechtsgehalt von Handlungen, die in einem solchen Ausmaß andere tödlich gefährden, nicht gerecht.

Ohne eine politische Bewertung der damaligen Kontroverse an dieser Stelle vornehmen zu wollen, soll aus dem hier dargestellten die damalige gesellschaftliche Brisanz der Thematik deutlich gemacht werden. Die oben zitierten Überlegungen waren keinesfalls nur in Bayern oder in Deutschland an der gesundheitspolitischen Tagesordnung. Ähnliche Initiativen waren in dieser Zeit weltweit beobachtbar und erreichten einen sogar die damaligen Ost-West-Blöcke überwindenden Charakter. Die tatsächliche politische Umsetzung fiel in den einzelnen nationalen Gesetzgebungen allerdings sehr unterschiedlich aus.

AIDS-Angst als neurotische Störung bei HIV-Seronegativen

Sozialpsychologisch wirkende Ängste, zum Teil sicherlich durch Medienberichte evoziert, waren und sind im 'normal-neurotischen' Teil der Bevölkerung aber auch in psychiatrischen Formen bei einer Vielzahl von Personen zu beobachten. Als Hinweis auf die starke Verbreitung irrationaler Affekte und Furcht im Bezug auf die HIV-Erkrankung können in der medizinischen Praxis folgende Überlegungen dienen: „Die Erwägung einer neurotischen Störung bei Patienten, die '100% sicher' sind, daß sie mit HIV infiziert sind, sollte differentialdiagnostisch im klinischen Kontakt nicht unberücksichtigt bleiben“ [Jäger, 1988]. Gerade bei denjenigen Personen die zu keiner der sogenannten Hauptrisikogruppen zählen, ist eine solche Selbsteinschätzung nicht selten zu beobachten. Die Manifestierung einer schwerwiegenden *AIDS-Phobie* gilt als extreme Ausbildung dieser neurotischen Störung. Sie wird tiefenpsychologisch als Borderline-Symptomatik eingeschätzt und dem Formenkreis der Frühstörungen zugeordnet [Neeral, 1988].

Die 'Vergesellschaftung' von AIDS und dessen Einfluß auf HIV-infizierte Menschen

Aids ist beides: eine schwere Erkrankung und nichts als Blendwerk. Weil die Erkrankung tödlich ist und die Mystifikation verheerend, fällt es uns unendlich schwer, die Wirklichkeit von ihren Verdrehungen zu trennen und die Realangst von der neurotischen. Aids ist ein kultureller und politischer Volltreffer, in dem sich die einzelnen Greuel mit dem Grauen des Ganzen lärmend vermählen. In diesem Phänomen schießen zusammen: die latente Untergangsstimmung mit bestens bedienten Geschäftsinteressen, das Sicherheitsdenken mit dem ökologischen, der Präventivschlag mit dem Mythos vom Blut, das heidnische Aug-um-

Auge der vatikanischen Geißeln Gottes mit der christlichen Charité, der Haß auf das Andersartige mit dem Neid auf den Glamour der Perversion, die Angst vor dem sexuell Triebhaften mit dem Liberalisierungshorror, der verdeckte Rassismus mit der öffentlichen Sozialhygiene, der Schrecken der Verseuchung mit der momentanen Ruhe des Tests, das Selbsthilfegruppengesamttreffen mit der Ohnmacht der kausalen Medizin, die eigenen homosexuellen Regungen mit der praktizierten Homosexualität, die Schuldangst der Libertinen mit der Rage der Verfolger. Aids für alle. Alle für Aids [...].

Kein vernünftiger Mensch wird eine tödliche Erkrankung verharmlosen. Kein vernünftiger Mensch aber wird in Aids eine der größten Bedrohungen der Menschheit sehen. So sehr es sich auch aufdrängt, das Versagen der allgemeinen Abwehr mit dem der individuellen gleichzusetzen, so sehr muß die Differenz von Krankheit und Gesellschaft betont werden. Gerade weil das Individuum mit dem Allgemeinen zusammengebrannt ist, dürfen seine Ängste und Krankheiten nicht gleichgeschaltet werden. An Aids stirbt jeder allein. Das Sterben mag in dieser Kultur ebenso maskiert sein wie gang und gäbe - als menschliches ist es individuell.

Volker Sigusch, Aids als Risiko (S.7f), [Sigusch, 1987]

Die allgemeine „Vergesellschaftung“ von AIDS, wie oben an verschiedenen Beispielen sichtbar gemacht und hier von dem Sexualwissenschaftler Volkmar Sigusch vor über zehn Jahren skizziert, ist eine für diese Arbeit entscheidende theoretische Komponente im psychosozialen Einflußsystem auf die Erkrankten und die Erkrankung. Die Vergesellschaftung von AIDS und HIV, die teils bewußt, größtenteils wohl eher unbewußt mit mystifizierenden, ideologisierenden und dramatisierenden Mechanismen geschieht, ist in erster Linie Reaktion der nicht-infizierten Gesellschaftsmehrheit. Eine Auseinandersetzung oder gar Verinnerlichung dieser gesellschaftspsychologisch bedrohlichen Bilder und Bedeutungen von AIDS findet bei HIV-infizierten Menschen in dem Ausmaß statt, in dem sie selbst integraler Bestandteil dieser Gesellschaft sind. Sich diesem „HIV-Positivismus“ [Rosenbrock, 1988] zu entziehen ist für Seropositive nur sehr schwer möglich.

Zwar sind AIDS und HIV heute, in Zeiten nach 'Vancouver', eher an die Peripherie der öffentlichen Aufmerksamkeit gerückt, dennoch wäre es wohl nur zum Teil richtig, wenn man AIDS nun als ein rein medizinisch-gesundheitliches Problem sähe, welches unemotional in einer sachlichen Atmosphäre betrachtet und behandelt werden könnte. Eine Wandlung der öffentlichen Perzeption fand wohl statt, die Konsequenzen hieraus bleiben zu diskutieren [vgl. Kap. 4.2.2].

Ein ethnomedizinischer Exkurs von Cohen [Cohen, 1988], der die gesellschaftlichen Einflüsse auf HIV-infizierte Personen in Haiti anhand einiger Fallbeispiele beleuchtete, beschrieb eine klinisch feststellbare raschere Progression der HIV-Erkrankung, ausgelöst durch Rituale des *Voodoo*-Kultes¹⁴. Scherer [Scherer, 1996] postulierte in ihrer Promotionsarbeit, daß beispielsweise die Mitteilung des HIV-Testergebnisses pathogen im Sinne eines Voodoo-Mechanismus wirken kann. Die Autorin stellte psychoneuroimmunologische Funktionsweisen des Voodoo-Kultes dar und übertrug diese auf biopsychosoziale Modelle unserer Gesellschaft. Hilflosigkeit, chronischer psychischer Streß, resignative Coping-Strategien seien die „Voodoo-Formeln“ der Moderne.

¹⁴ Mit Dämonen- und Geisterglauben verbundener religiöser Kult, der verbreitet durch den Sklavenhandel, bei deren Nachkommen in Nordamerika und vor allem in Haiti praktiziert wird. Der mit christlichen Elementen zu einem Glauben verschmolzene Kult wird allerdings oft auch als Synonym für schwarze Magie und Zauberei verwendet.

Nach über 15 Jahren Medien- aber auch Präventionsarbeit war AIDS (zum Untersuchungszeitraum dieser Arbeit) unverrückbar im öffentlichen Bewußtsein gegenwärtig und dort inhaltlich stark besetzt. Die omniprésente Vorstellung von AIDS als einer unweigerlich tödlichen Erkrankung, verbunden mit der Metaphorik einer Selbstverschuldung durch „falsches und sündiges Leben“ [Becker und Clement, 1996] (S. 939) konnte nicht ohne Auswirkungen auf HIV-Infizierte bleiben. Diese Einflüsse und deren Auswirkungen auf HIV-infizierte Menschen war von wesentlicher Bedeutung für die methodische Entwicklung der Aufgabenstellung der hier vorliegenden Arbeit.

1.2 Rationale

1.2.1 Fragestellung

Die oben angeführten Darstellungen zu biomedizinischen Grundlagen, klinischen Erfahrungen, psychologischen und sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen spiegeln insgesamt gesehen, einen recht heterogenen, zum Teil widersprüchlichen Wissensstand wider. Auf die Grundfrage dieser Arbeit, *ob und in wie weit psychosoziale Aspekte auf die Progression der HIV-Erkrankung Einfluß haben*, konnte in der bis dato vorliegenden Literatur keine abschließende und einheitliche Antwort gegeben werden. Eine neue, differenzierte Herangehensweise sollte versuchen, weitere Erkenntnisse zu liefern.

Fragestellung dieser Studie war es, unter besonderer Berücksichtigung der *psychischen, gesellschaftlichen* und *soziokulturellen* Situation und Lebensweise der zu untersuchenden Population, also homosexueller Männer, eine explorative Bestandsaufnahme spezifischer psychosozio-kultureller Aspekte detailliert zu leisten und diese mit der Progression der HIV-Erkrankung zu korrelieren.

Anhand eines Vergleiches zwischen zwei Untersuchungsgruppen welche zu genau definierten HIV-Progressionsstadien zuzuordnen waren, sollten solche Rückschlüsse auf die Progression der HIV-Erkrankung erhalten werden. Idealerweise würden die Untersuchungsgruppen stellvertretend für progrediente und nicht-progrediente Krankheitsverläufe stehen. Die zu findenden psychosozialen Gruppenunterschiede könnten dann mit der Progression der HIV-Erkrankung korreliert werden.

Anders als bei dem Gros der zu dieser Fragestellung durchgeführten Arbeiten sollte die Exploration psychosozialer Aspekte so spezifisch wie möglich geschehen. Ein auf heterosexuelle, nicht-HIV-infizierte Untersuchungspersonen ausgerichtetes Instrumentarium schien insofern als nicht alleinig verwendungsfähig. Für die hier dargestellte Untersuchung war es entscheidend, eine in einen theoretisch Hintergrund eingebettete, charakteristisch populationszentrierte Methodik zu entwickeln.

1.2.2 Voraussetzungen

Teilnehmerpopulation

Die hier vorliegende Untersuchung beschränkte sich aus Gründen der Durchführungspraktikabilität bei der Auswahl der Teilnehmerpopulation auf die Gruppe der schwulen Männer. Diese Auswahl geschah in erster Linie auf Grund der im Vergleich zu anderen HIV-seropositiven „Infizierten-Risikogruppen“ relativ hohen epidemiologischen Prävalenz von früher 60-70%, heute 50-60% aller Neuinfektionen¹⁵.

Die Untersuchung anderer Infizientengruppen (wie i.v. Drogengebrauchende, durch heterosexuelle Kontakte Infizierte, etc.) wäre wissenschaftlich von vergleichbarem Interesse, technisch aufgrund der

¹⁵ Vergleiche die vierteljährlich erscheinenden "Quartalsberichte zu Trends und Eckdaten zur Epidemiologie von HIV und AIDS in Deutschland" des AIDS-Zentrums des Robert Koch-Institutes, Fachgebiet 23 - Infektionsepidemiologie, Stresemannstr. 90-102, 10963 Berlin

weitaus geringeren Anzahl von infizierten Personen jedoch schwerer zu bewerkstelligen. Eine Beschränkung auf lediglich einen Infektionsweg wurde explizit mit dem oben dargestellten Ziel erwogen, eine Studienrationale zu entwickeln, welche so detailgetreu und spezifisch wie möglich auf die Untersuchungspopulation eingehen kann. Die zu erhebende soziokulturelle Vielfalt sollte durch diese Beschränkung so übersichtlich wie möglich gehalten werden. Hierbei war weniger der gemeinsame Infektionsweg als übereinstimmende und zu kontrollierende Variable von Interesse, sondern vielmehr die Vergleichbarkeit der Lebenswirklichkeiten der HIV-infizierten Studienteilnehmer. Es muß betont werden, daß hierbei nicht davon ausgegangen wurde, daß schwule Männer in einer einzigen, gruppentypisch homogenen, Lebensform charakterisierbar wären. Die Eingrenzung der Studienteilnehmer auf homosexuelle Männer, geschah somit lediglich zur Verbesserung der Kontrollierbarkeit möglicher Einflußfaktoren auf die Progression der HIV-Erkrankung.

Funktionalisierung der HIV-Progression

Um eine sinnvolle Korrelation psychosozialer Aspekte mit der klinischen und immunologischen Progression der HIV-Erkrankung zu ermöglichen, wurde für diese Untersuchung eine retrospektive Herangehensweise gewählt. Anders als bei prospektiven Verlaufsuntersuchungen wurde hier a priori Progression und Nicht-Progression funktionalisiert um, wie oben bereits erwähnt, anschließend korrelativ mit psychosozialen Aspekten in Zusammenhang gebracht zu werden.

Klinisch und immunologisch nicht-progrediente, langjährig asymptomatische Personen wurden als Untersuchungsgruppe der *Long-Term-Non-Progressoren* definiert, medizinisch rasch-progrediente Personen als Untersuchungsgruppe der *Short-Term-Progressoren*.

Explorativer Charakter der Untersuchung, Fallzahlen

Die spezifischen Einschlußkriterien der Untersuchungsteilnehmer [vgl. Kap. 2.1] ließen einen realistischerweise eher mäßigen Rekrutierungserfolg erwarten. Es mußte somit zum einen mit einer von vornherein geringen Fallzahl gerechnet werden. Da als Instrumentarium die Fragenbogenform gewählt wurde, mußte zum anderen, aufgrund der Maßgabe, detailliert und populationszentriert zu explorieren, von einer sehr hohen Anzahl an Items und Dimensionen ausgegangen werden.

Dieser beiden Tatsachen mußte im Studiendesign so Rechnung getragen werden, daß einerseits eine Durchführung realisierbar blieb und andererseits ein Ergebnis im Sinne o.g. Rationale zu erzielen war. Eine Untersuchungsform, welche einem kausal-attribuierenden Anspruch genügte, konnte somit grundsätzlich nicht entwickelt werden. Ein bewußt *explorativer* und *hypothesengenerierender* Studiencharakter schien als Kompromisslösung tolerierbar.

Aufgrund des formulierten explorativen Studienanspruches ergaben sich realisierbare Möglichkeiten bezüglich der quantitativen und anschließenden qualitativen Ergebnisanalyse. Eine methodische Festlegung der Gruppenunterscheidungen auf der Basis von *t*-Test und χ^2 -Test [vgl. Kap. 2.5.2] ließ eine Begrenzung der Fallzahlen auf etwa *zehn Teilnehmer* pro Untersuchungsgruppe zu. Dieses Rekrutierungsziel schien erreichbar, womit nun trotz des zu erwartenden sehr umfangreichen Datenmaterials, Aussagen zur Beantwortung der Grundfrage der Untersuchung gemacht werden

könnten. Insgesamt kann die vorliegende Studie somit als qualitativ ausgerichtete, retrospektive und explorative Querschnittsuntersuchung zur Hypothesengenerierung charakterisiert werden.

1.2.3 Zu untersuchende Themenbereiche

Zum Ende dieser Einleitung werden im folgenden 16 Themenbereiche skizziert, welche in dieser Arbeit untersucht werden sollen. Sie bilden die Grundlage der zu erstellenden Methodik, welche Unterschiede zwischen den zwei zu untersuchenden Vergleichsgruppen hervorbringen soll. Diese Bereiche wurden zum einen aus den oben beschriebenen Untersuchungsergebnisse bezüglich psychosozialer Einflußfaktoren der HIV-Erkrankung erarbeitet, zum anderen gingen sie aus den in den Kapiteln 1.1.2 bis 1.1.4 zusammengefaßten gesellschaftlichen, kulturellen und psychologischen Vorstellungen und Erkenntnissen zu HIV-infizierten homosexuellen Männer hervor.

Weder leitet sich die hier vorgestellte Systematik als einzig folgerichtige methodische Basis von dem oben gesagten ab, noch wird der Anspruch der Vollständigkeit im Bezug auf die tatsächlich erfragten psychosozialen Aspekte oder die möglichen sinnvollen Aspekte erhoben. Die dargestellten Themenbereiche sind das inhaltlich komprimierte Ergebnis der einleitenden Vorüberlegungen und somit das methodische Fundament dieser Arbeit.

Im weiteren soll zu diesen Themenbereichen, nach Auswertung der zu erarbeitenden Untersuchungsergebnisse, Stellung bezogen werden. Im Sinne von zu prüfenden Hypothesen könnte dann die jeweilige Relevanz einer dieser Themenbereiche, bezogen auf die spezifischen Untersuchungsbedingungen dieser Arbeit, bewertet werden.

- Subjektive Qualität der jetzigen Lebenssituation
- Subjektive Qualität der kindlichen und jugendlichen Lebenssituation
- Arbeitszufriedenheit und Zufriedenheit mit dem Ausbildungsniveau
- Beziehungsqualität zur Herkunftsfamilie
- Gegebenenfalls Beziehungsqualität zur (Ehe-) Partnerin und den eigenen Kindern
- Akzeptanz der eigenen Homosexualität
- Strukturierung der homosexuellen Identität nach innen und außen
- Reaktionen auf Stigmatisierung der Homosexualität
- Qualität und Bedeutung schwuler Subkultur
- Sexueller Handlungsstil
- Emotionale Bewertung der HIV-Infektion

- Offenbarung des HIV-Befundes und Reaktionen auf Diskriminierungen
- Gesundheits-, Krankheitskonzepte und Verhalten
- Qualität des Arzt-Patienten Verhältnisses
- Reflexion der gesellschaftlichen Bewertung (durch Medien, Politik und Kirchen) von Homosexualität und der HIV-Infektion
- Religiöse und lebensphilosophische Sinnkonzepte

2. Methodik der Untersuchung

2.1 Auswahl der Studienteilnehmer

2.1.1 Long-Term-Non-Progressoren

Nur die wenigsten HIV-infizierten Menschen bleiben über viele (15 bis 20) Jahre hinweg klinisch und immunologisch völlig unbeeinflusst von den Folgen der HIV-Infektion¹⁶. Ein großes Interesse an dieser Gruppe von Infizierten bestand und besteht von verschiedener Seite: Infizierte selbst, die allgemeine Öffentlichkeit und Wissenschaftler setzten - sehr unterschiedlich motiviert - bereits seit Mitte der 80er Jahre einige Hoffnung auf diese epidemiologische Ausnahmerecheinung [Zink, 1994], [Keet, 1995], [Seyfarth, 2000].

Drei unterschiedliche englische Termini sind für diese spezielle Gruppe irritierenderweise synonym im Gebrauch: Long-Term-Survivors (LTS), Long-Term-Asymptomatics (LTA) und Long-Term-Non-Progressors (LTNP). Im Deutschen werden dementsprechend *Langzeitüberlebende* (= LTS), *Langzeit-Asymptomatische Patienten* (= LTA) und *Langzeit-Nichtprogressoren* (= LTNP) unterschieden. Üblicherweise werden inzwischen von den meisten Autoren LTS als eine Gruppe von HIV-Patienten definiert, die mehrere Jahre nach Bekanntwerden der Diagnose von AIDS überlebt haben. LTNP und LTA hingegen werden als HIV-Infizierte beschrieben, welche über eine lange Zeit hinweg kein Immunmangelsyndrom entwickelt haben und trotz ihrer HIV-Infektion gesund geblieben sind. Bei der Gruppe, die als LTA bezeichnet werden, steht nur das klinische (asymptomatische) Bild im Vordergrund, bei den LTNP wird zusätzlich auf das Feststellen der immunologischen Nichtprogredienz wertgelegt. Im Gegensatz dazu, wird von anderen Autoren [Schrager, 1993] vorgeschlagen, „*asymptomatische LTS*“ in eine Gruppe mit mehr als 500 CD4-Zellen/mm³ als „high LTS“ und eine mit weniger als 200 CD4-Zellen/mm³ als low LTS zu bezeichnen.

Die Definition einer nicht-progredienten HIV-infizierten Gruppe ist also diffizil und in den verschiedenen Studien, meist abhängig von der Länge der entsprechenden Prospektivuntersuchung unterschiedlich ausgefallen. Jede dieser Begriffsbestimmungen ist letztlich willkürlich, eine allgemeingültige Vereinheitlichung ist bisher ausgeblieben. Als entscheidende Parameter kommen Länge der Infektionszeit, Zeitpunkt des HIV-Tests, klinischer Status, Medikation und immunologische Beurteilung in Frage. Dementsprechend inkonsistent sind auch die Definitionen von langjährig HIV-infizierten Menschen: Sie umfassen zusammengenommen ein Spektrum von Populationen mit 5 bis 10 Jahren nach HIV-Test, mit und ohne Einbeziehung immunologischer Parameter [Levy, 1993], [Harrer, 1994].

¹⁶ Genaue Vorstellungen zu Inkubations- und Überlebenszeiten bestehen bisher nur rudimentär, da der exakte Infektionszeitpunkt für die überwiegende Zahl der HIV-Infizierten nicht bekannt ist. Eine im August 2000 sich noch im Gange befindliche Studie vom AIDS-Zentrum des Robert Koch Institutes zu diesem Thema geht, nach ersten Analysen, von einer geschätzten Überlebenszeit von 124 Monaten (10,3 Jahre) bei einem gemischten deutschen Kollektiv aus, wobei diese Daten von zumeist mit Kombinationspräparaten behandelten Infizierten stammten [Fischer, 2000].

Die Teilnehmer der Gruppe der Long-Term-Non-Progressoren sollten also durch mehrere Attribute charakterisierbar sein. In dieser Untersuchung wurde, wie inzwischen von immer mehr Autoren praktiziert, eine Zeitspanne von mindestens acht Jahren nach Bekanntwerden des Testergebnisses gefordert. Weiterhin sollten die Teilnehmer körperlich gesund, immunologisch stabil und im laborparametrischen Normbereich sein (CDC Klassifizierung 1A¹⁷). Um bei der Interpretation der Untersuchungsergebnisse Unsicherheiten und Fehler zu vermeiden, wurden von vornherein medikamentös behandelte Teilnehmer aus der Untersuchung ausgeschlossen. Dies bezog sich in erster Linie auf antivirale Medikation, aber auch jede andere Form HIV- und AIDS-spezifischer Therapeutika durfte bis zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht verwendet worden sein. Folgende Kriterien wurden für die Gruppe der Long-Term-Non-Progressoren definiert.

Rekrutiert wurden Teilnehmer, welche zum Zeitpunkt der Untersuchung

- 1. sich selbst als homosexuell orientiert einordneten,**
- 2. seit mindestens 8 Jahren HIV-AK-positiv getestet waren,**
- 3. klinisch asymptomatisch, also gesund waren,**
- 4. keine HIV-spezifische Medikation erhalten haben,**
- 5. immunparametrisch stabil waren und im peripheren Blut eine CD4+ Zahl von über 500/ μ l und weniger als 10.000 Virusäquivalente/ml aufwiesen.**

2.1.2 Short-Term-Progressoren

Als Vergleichsgruppe zur oben beschriebenen Studienpopulation wurde eine zweite Gruppe gesucht, welche für ein schnelles Voranschreiten der HIV-Infektion repräsentativ war. Der Terminus *Short-Term-Progressor* war in der Literatur bisher nicht verwendet worden und sollte dichotom zum Begriff *Long-Term-Non-Progressor*, eine weitere epidemiologische Seltenheit charakterisieren.

Es war für die Untersuchung grundlegend, ein gewisses Maß an wissenschaftlicher Vergleichbarkeit mit der Population der Long-Term-Non-Progressoren zu gewährleisten. So wäre es wenig sinnvoll gewesen, Menschen, die sich seit Jahren mit ihrer Infektion auseinandersetzen konnten, mit gerade neu infizierten Personen zu vergleichen. Ebenso wenig hätte es Sinn gemacht, asymptomatische Personen mit schwerstkranken Menschen zu vergleichen. Da diese Untersuchung die Ursachen der Progressionsentwicklung beschreiben und nicht die Folgen von Krank- bzw. Gesundsein darstellen wollte, war die sorgfältige Abwägung der Definitionskriterien für diese zweite Studiengruppe von großer Bedeutung. Eine annähernd ideale Kontrollgruppe zu definieren war in dieser Art von Gruppenvergleich nicht möglich. Ein Minimum an progressionsabhängigen Variablen war zu erwarten, obwohl das Untersuchungsinstrumentarium [vgl. Kap. 2.2] so konzipiert worden war, daß so weit wie möglich *krankheitsunabhängige* psychosoziale Daten erfaßt wurden.

¹⁷ Ein von der amerikanischen Gesundheitsbehörde *Centers of Disease Control* entwickelte, weltweit immer häufiger angewendete hierarchische, klinische und immunologische Klassifizierung der HIV-Erkrankung.

In der vorliegenden Literatur waren keine entsprechenden Hinweise auf eine vergleichbare theoretische Ausgangslage bei der Zusammenstellung der Studiengruppen zu finden. In Gesprächen mit verschiedenen Experten¹⁸ wurde versucht den Zeitraum abzuschätzen, der in der Regel benötigt wird um sich nach Mitteilung des HIV-Befundes an die Tatsache des positiven HIV-Serostatus zu habituieren und entsprechende Coping-Mechanismen zu aktivieren. Diese posttraumatische Gewöhnungsphase (nach dem „Testschock“), sollte bei den Teilnehmern der zweiten, progredienten Gruppe vorübergegangen sein. Eine Zeitspanne von zwei bis vier Jahren nach Bekanntwerden des Testergebnisses wurde hierfür willkürlich festgelegt.

Da der Zeitpunkt des HIV-Tests nicht mit dem Infektionszeitpunkt identisch ist, wurde als weiteres Kriterium zur Kriterienfestlegung für die Gruppe der Short-Term-Progressoren der *vermutete* Infektionszeitpunkt eingeführt. Dieser anamnestisch erhobene Parameter sollte, neben dem HIV-Testzeitpunkt eine zusätzliche, qualitätssichernde Funktion zur Ermittlung des tatsächlichen Infektionsbeginns hinzufügen.

Das Progredienzkriterium dieser Untersuchungsgruppe wurde so festgelegt, daß einerseits eine deutliche immunologische Verschlechterung innerhalb des letzten Jahres bei den Teilnehmern erkennbar gewesen sein mußte, andererseits zum Zeitpunkt der Untersuchung keine aktuelle AIDS-definierende Erkrankung (oder eine andere, nicht AIDS-assoziierte akute Erkrankung) vorliegen durfte. Demnach konnten Patienten der klinischen Kategorie C der CDC-Klassifikation nicht in die Studie aufgenommen werden. Teilnehmer, bei denen eine AIDS-definierende Erkrankung mindestens ein Jahr vor Beginn der Untersuchung wieder ausgeheilt war, wurden für die Untersuchung akzeptiert. Hinsichtlich einer für diese Gruppe 'erlaubte' HIV-Therapie wurde festgelegt, daß Short-Term-Progressoren *vor* Therapiebeginn eine deutliche immunologische Verschlechterung aufweisen mußten. Bei einer nach Therapiebeginn festgestellten immunologischen Rekonvaleszenz, wurden die Teilnehmer nicht aus der Untersuchungsgruppe ausgeschlossen.

Somit wurden für die Gruppe der Short-Term-Progressoren Teilnehmer rekrutiert, die zum Zeitpunkt der Untersuchung

- 1. sich selbst als homosexuell orientiert einordneten,**
- 2. seit mindestens 2 bis maximal 4 Jahren HIV-AK-positiv befundet waren,**
- 3. ihren Infektionszeitpunkt anamnestisch nicht mehr als 5 Jahre zurückliegend vermuteten,**
- 4. vor Therapiebeginn oder innerhalb des letzten Jahres im peripheren Blut eine CD4+ Zahl von weniger als 300/ μ l und mehr als 100.000 Virusäquivalente/ml aufwiesen**
- 5. und in die klinischen Kategorien A oder B der CDC-Klassifikation einzuordnen waren.**

¹⁸ Dr. Hans Jäger, Kuratorium für Immunschwäche e.V., KIS, München
Michael Tappe, Vorstand der Münchner AIDS-Hilfe e.V., München
Guido Vael, Vorstand der Deutschen AIDS-Hilfe e.v., Berlin

2.2 Beschreibung des Erhebungsinstrumentariums

2.2.1 Entwicklung des Fragebogens, Pilotstudie

Als instrumentelle Technik wurde für die gesamte Untersuchung die Selbstbeantwortung von Fragebögen gewählt. Die Fragen sollten leicht verständlich sein. Sie sollten geschlossen formuliert und nur in speziellen Fällen, beispielsweise wenn eine suggestive Wirkung zu augenscheinlich war, als offene Items in den Fragebogen integriert werden können. Aus testtheoretischen Überlegungen heraus und hinsichtlich der Auswertungsmöglichkeiten war es notwendig, die einzelnen Fragen so zu konzipieren, daß sie in der Regel wenige Antwortmöglichkeiten zur Beantwortung anboten.

Gründend auf den in der Einleitung beschriebenen Forschungsergebnissen und hieraus entstandenen Themenbereiche wurde, da bis dato in dieser inhaltlichen Konstellation kein geeignetes Instrument vorlag, ein eigener Fragebogen für diese Untersuchung entwickelt. Eine breite Vielzahl von psychischen und sozialen Faktoren, die für die Fragestellung relevant waren, wurden zu einem einzigen Instrument integriert.

Für einige Dimensionen bereits vorhandene, zumeist standardisierte oder bei anderen Untersuchungen mit HIV-infizierten Personen angewendete psycho- und soziometrische Verfahren wurden dem Gesamtinstrumentarium hinzugefügt. Dadurch sollte einerseits das Spektrum der möglichen Faktoren erweitert und vervollständigt werden, andererseits eine Vergleichbarkeit der Studienpopulation zu Referenzgruppen ermöglicht werden.

Da im Rahmen dieser Untersuchung eine psychometrische Validierung des verwendeten Fragebogens im testtheoretischen Sinne nicht möglich war, wurde vor Beginn der eigentlichen Untersuchung eine Pilotstudie durchgeführt um das Instrument auf seine Anwendbarkeit zu überprüfen. Rahmenbedingungen, Rekrutierung und Ablauf der methodischen Vorgaben der eigentlichen Studie wurden strikt eingehalten [vgl. Kap. 2.3]. Fünf zufällig ausgewählte HIV-positive homosexuelle Teilnehmer unterschiedlicher klinischer Ausprägung nahmen an der Pilotstudie teil, ohne über deren Pilotcharakter informiert gewesen zu sein. Somit sollte die Qualität der einzelnen Items überprüft und die Akzeptanz des Instruments bewertet werden.

Alle Items der Pilotversion des Fragebogens wurden auf spezifische testvalidierende Phänomene wie Decken- oder Bodeneffekte und hohe mittlere Ankreuzungstendenzen untersucht. Entsprechend wurden die Items modifiziert oder aus dem Fragebogen herausgenommen. Insgesamt wurden, mit dem Ziel die Sensitivität des Instrumentes zu erhöhen, etwa 40% der Items, inhaltlich modifiziert. Durch Relativierung der vorgegebenen Antwortsyntax („häufig“ wurde beispielsweise durch das schwächere „manchmal“ ersetzt) oder durch Vermeidung von suggestiv wirkenden Formulierungen konnte eine Sensitivisierung der Items erreicht werden. Ungefähr 20% der Items wurden in die Endversion des Fragebogens nicht mehr aufgenommen.

Des weiteren wurden die Pilotteilnehmer aufgefordert, nach dem Ausfüllen des Fragebogens schriftlich und in einem aufgezeichneten Interview Angaben zur Ausfüllzeit, Verständlichkeit, Konzentrationserfordernissen, Ermüdungsgefühl und Sinnhaftigkeit des Fragebogens zu machen. Von zwei Pilotteilnehmern wurde die lange Ausfüllzeit bemängelt (durchschnittlich in der Pilotstudie etwa

zwei Stunden), generell wurden jedoch keine subjektiv empfundenen Konzentrationsschwierigkeiten beklagt. Bei allen Teilnehmern wurde der Fragebogen als verständlich und als insgesamt Sinn-machend beschrieben, obwohl wie unten aufgezeigt nur in sehr allgemeiner Form über das eigentliche Studienziel aufgeklärt wurde. Die Teilnahme an der Studie wurde von allen fünf Pilotteilnehmern als angenehm und interessant empfunden. Vier der fünf Teilnehmer baten um Zusendung der Ergebnisse, alle Teilnehmer hielten die mit ihnen durchgeführte Untersuchung für einen wesentlichen Forschungsbeitrag zum Verständnis der HIV-Infektion.

2.2.2 Der Fragebogen „FIGAH“

Der für die Studie eigens entwickelte *Fragebogen zu Individuellen und Gesellschaftlichen Aspekten der HIV-Infektion*, (im weiteren FIGAH genannt) wurde hypothesenorientiert konzipiert und nach den in der Vorstudie gewonnenen Erfahrungen modifiziert. Zusammen mit den in Kap. 2.2.3 beschriebenen zusätzlichen Standardverfahren wurde das Gesamtinstrument den Teilnehmern zur Selbstbeantwortung in einer Sitzung vorgelegt. Die Ausfülldauer betrug etwa 1,5 Stunden. Der FIGAH beinhaltet insgesamt 148 Fragen, die in (für die Teilnehmer nicht ersichtlichen) 415 Items aufgeteilt werden konnten.

Es ergab sich folgende thematische Untergliederung des FIGAH:

1. Soziodemographischer Hintergrund (18 Fragen)

In diesem Kapitel des Fragebogens wurden Alter, Familienstand, Qualität der Wohnsituation, Herkunft (rural oder urban), Zufriedenheit mit den kindlichen und jugendlichen Lebensumständen und die Beziehungsqualität zur Herkunftsfamilie thematisiert. Des weiteren wurden Daten zur Schul- und Berufsausbildung, zur Berufstätigkeit und zur subjektiv empfundenen Ausbildungs- und Arbeitsqualität erhoben.

2. Homosexualität/Sexualität (61 Fragen)

Hier wurden Fragen zur (homo-)sexuellen Orientierung und Entwicklung, zu jugendlichen Erfahrungen und Coming-Out gestellt. Aktuelle Sachverhalte wurden durch folgender Bereiche ermittelt: Informierungs- und Offenbarungsverhalten im allgemeinen und speziell zu verschiedenen Personen und Gruppen der alltäglichen Umwelt, Verhaltensmuster bei Konfrontationen und Bloßstellungen, Erleben von Diskriminierungen, Stigma-Management, Gestaltung des Freundeskreises, Kontakte zur heterosexuellen Umwelt und zur Szene/Subkultur sowie deren Bedeutung, gesellschaftliche Leitbilder, Identifizierung mit Homosexualität und schwulen Männern, internalisierte Homophobie, erlebte und gewünschte Sexualität und sexueller Handlungsstil mit Beziehungspartnern und Nicht-Beziehungspartnern. Außerdem wurden Einflüsse der HIV-Infektion auf die eigene Sexualität erhoben.

3. HIV-Infektion (29 Fragen)

Im dritten Kapitel wurden zum einen Hintergründe der Infizierung und Umstände des Erfahrens der eigenen HIV-Infektion erfragt. Zum anderen wurden nicht-medizinisch bedingte Veränderungen durch die HIV-Infektion auf unterschiedliche Lebensbereiche ermittelt. Hierzu wurden Fragen zur Testsituation, zu Opfer- und Schuldgefühlen, zu Verarbeitungsprozessen zu verschiedenen Lebensabschnitten, zum Informierungsverhalten gegenüber Vertrauten und anderen Personen (sowie deren Reaktionen über die Mitteilung des Befundes), zur Perzeption und Reaktion bezüglich Diskriminierungen gegen HIV-Infizierte und AIDS-Kranke, zu Lebensveränderungen und Einschränkungen in Partnerschaften, Familie und sonstiger Umwelt und zum Stellenwert der HIV-Infektion insgesamt, gestellt.

4. Krankheits- und Gesundheitsverhalten (21 Fragen)

Hier wurden gesundheits- und krankheitsspezifische Verhaltensmuster, Überzeugungen und Konzepte untersucht. Es wurde differenziert, ob diese abhängig von der HIV-Infektion sind oder persönlichkeitsimmanent (unabhängig vom Auftreten der HIV-Infektion) vorkamen. Themen wie allgemeiner Lebensstil, Sport, Ernährung, Einstellung zur Alternativ- und Schulmedizin, sekundärer Krankheitsgewinn, Hoffnung auf Genesung, Informationsstand über Tatsachen und Forschungsergebnisse, welche die HIV-Infektion und AIDS betreffen und Art der Informationsgewinnung wurden hier instrumentalisiert. Außerdem wurden Fragen zur allgemeinen Lebensqualität und zu subjektiven Verwirklichungsmöglichkeiten gestellt.

5. Arzt-Patienten-Beziehung (11 Fragen)

Dieses Kapitel des FIGAH untersuchte verschiedene Aspekte der Beziehung zwischen HIV-infiziertem Patienten und dem/der behandelnden Arzt/Ärztin. Vertrauen, Ziel und Qualität der Behandlung, Vorstellungen über Rolle und Funktion des Arztes und des Medizinsystems allgemein wurden erfragt.

6. Soziokulturelle Einflüsse (8 Fragen, 27 Unterpunkte)

Im letzten Abschnitt des Fragebogens wurden Daten zu HIV-relevanten gesellschaftlichen, politischen und kulturellen Aspekten ausfindig gemacht. Die Wahrnehmung der Berichterstattung in den Medien, der empfundene Einfluß von politischen Äußerungen und gesundheitspolitischen Zielen zu HIV und AIDS auf die Teilnehmer wurden erhoben. Zudem thematisierten einige Fragen die Rolle von Religion und von Lebenskonzepten in Zusammenhang mit der eigenen HIV-Erkrankung.

2.2.3 Zusätzliche Instrumente

An den FIGAH wurde eine Testbatterie zu verschiedenen psychologischen und soziologischen Dimensionen angefügt. Es wurden acht häufig angewendete Verfahren [Westhoff, 1993] ausgesucht,

welche zum Teil auf angloamerikanischen Instrumente zurückgingen. Ein wesentliches Auswahlkriterium dieser Instrumente war deren bisheriger Einsatz bei ähnlichen Populationen oder Fragestellungen. Ein Vergleich der hier untersuchten Studiengruppen mit den in den folgenden Verfahren getesteten Standard- und Normpopulationen sollte durchführbar sein.

Auch diese zusätzlichen Verfahren waren im Selbstbeantwortungsverfahren konzipiert. Verwendet wurden ausschließlich Originalformen, entsprechende Lizensierungen lagen vor. Die Ausfülldauer betrug im Durchschnitt etwa eine halbe Stunde. Folgende Instrumente wurden verwendet:

1. Gießen Test (GT)

Der GT, von Medizinspsychologen 1991 [Beckmann et al., 1991] entwickelt, ist ein gut validiertes, sehr häufig angewendetes diagnostisches Routineinstrument, welches auch in Hinblick auf sozialpsychologische Untersuchungen entwickelt wurde. Der GT ist ein Persönlichkeitstest und erfaßt mit 40 Items in 8-facher Likert-Skalierung elementare Merkmale des sozialen Befindens, der sozialen Reaktionen und der sozialen Resonanz in Bezug auf tiefenpsychologisch relevante Kategorien bei Gruppenbeziehungen. Dies wird in den sechs in sich bipolar angeordneten Skalen des GT deutlich:

1. Soziale Resonanz
2. Dominanz
3. Kontrolle
4. Grundstimmung
5. Durchlässigkeit
6. Soziale Potenz

Die Ausfüllzeit beträgt etwa 10 Minuten. Die Auswertung umfaßt eine Ergebnistabelle mit Roh- und Standardwerten für alle Skalen, für Mitte und Extremantworten sowie ein Testprofil. Es liegen geschlechtsspezifische Normen in Form von T-Werten und Prozenträngen für die Altersbereiche 18-34 und 35-60 Jahre vor. Clement [Clement, 1992] verwendete den GT für eine HIV-infizierte, homosexuelle Stichprobe.

2. Fragebogen zur Sozialen Unterstützung - Kurzform (F-SOZU K22)

Der 1989 von G. Sommer und T. Fydrich [Sommer und Fydrich, 1989] entwickelte F-SOZU, ist in seiner Lang- wie auch in seiner Kurzform ein Standardinstrument mit hoher Zuverlässigkeit und Gültigkeit zur differenzierten Erfassung von zentralen Aspekten sozialer Unterstützung. Die Anwendung des F-SOZU wird von den Autoren insbesondere zur Erhebung protektiver und kurativer Faktoren bei psychischen Störungen und chronischen körperlichen Erkrankungen empfohlen [Sommer und Fydrich, 1991]. Die Kurzform (F-SOZU K22) besteht aus 22 Items, die auf einer 5-stufigen Ratingskala aufgebaut sind und zu folgende Komponenten sozialer Unterstützung zugeordnet werden können:

1. Emotionale Unterstützung
2. Praktische Unterstützung
3. Soziale Integration
4. Vertrauensperson
5. Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung

Die Durchführungsdauer beträgt etwa 3 Minuten. Die Auswertung der Kurzform erfolgt durch Bildung eines Gesamtwertes. Es liegen Kennwerte für eine Reihe von Stichproben vor, unter anderem für homosexuelle HIV-Infizierte [Franke, 1994].

3. Symptom-Checkliste (SCL-90-R)

Die in Deutschland zunehmend verwendete Adaptation der SCL-90-R [Franke, 1995] ist im angloamerikanischen Bereich ein Klassiker der psychodiagnostischen Meßinstrumente [Derogatis, 1986]. Die SCL-90-R erfaßt objektiv, reliabel und valide den aktuellen psychopathologische Status der Testteilnehmer, wobei Rückschlüsse auf charakteristische Profile zulässig sind. Die 90 Items, welche in 5-stufiger Likert-Skalierung formuliert sind, geben Aufschluß über neun primäre Symptomdimensionen und drei globalpsychologische Indices:

1. Somatisierung
2. Zwanghaftigkeit
3. Unsicherheit im Sozialkontakt
4. Depressivität
5. Ängstlichkeit
6. Aggressivität/Feindseligkeit
7. Phobische Angst
8. Paranoides Denken
9. Psychotizismus
10. GSI *Global Severity Index*
11. PSDI *Positive Symptom Distress Index*
12. PST *Positive Symptom Total*

Die Ausfüllzeit beträgt etwa 10 Minuten. Die Transformation der Rohwerte in T-Werte einer Standardisierungsstichprobe ist möglich, Profildbögen liegen vor. Die Autorin der deutschsprachigen Version der SCL-90-R hat die psychische Belastung von HIV-

infizierten homosexuellen Männern anhand des von ihr entwickelten Instruments untersucht [Franke et al., 1995].

4. Profile of Mood States (POMS)

Der bereits Ende der 60er Jahren in den USA entwickelte Test [McNair et al., 1971] ist, vor allem im angloamerikanischen Sprachraum, ein sehr häufig eingesetztes Verfahren zur Erfassung von Stimmungszuständen in psychologischen wie auch in medizinischen Untersuchungen. Die hier verwendete deutsche Version [Bullinger et al., 1990] ist eine direkte Übersetzung der Originalform mit Testgütekriterien, die eine Vergleichbarkeit mit amerikanischen Studien ermöglicht. Die 35, 5-stufig Likert-skalierten Items ermöglichen die Bildung folgender Dimensionen:

1. Niedergeschlagenheit
2. Müdigkeit
3. Tatendrang
4. Mißmut

Die Durchführungsdauer beträgt etwa 5 Minuten. Kennwerte für verschiedene Stichproben liegen vor.

5. Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)

Das auf der Skala des *Multidimensional Health Locus of Control* [Wallston et al., 1978] beruhende deutschsprachige Verfahren [Lohaus und Schmitt, 1989] ist ein den testtheoretischen Gütekriterien entsprechendes, oft eingesetztes Instrument zur Erfassung spezifischer Kontrollüberzeugungsdimensionen in den Bereichen Gesundheit und Krankheit. Das Instrument ist so konzipiert, daß es krankheitsunabhängig für Gesunde und Erkrankte gleichermaßen gültig Auskunft geben kann. Der KKG besteht aus 21 Items, die jeweils 6-stufig beantwortet werden. Die gebildeten Subskalen im KKG entsprechen den drei theoretischen Kontrollüberzeugungsdimensionen:

1. Internalität
2. Soziale Externalität
3. Fatalistische Externalität

Die Beantwortung des KKG dauert etwa 10 Minuten. Die Transformierung der Rohwerte anhand von Normtabellen in T-Werte ist möglich, eine Stichprobe mit HIV-infizierten, homosexuellen Männern [Schaefer et al., 1993] liegt vor.

6. Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK)

Der EFK [Franke et al., 1998 a,b] ist ein neu konzipiertes, bisher nur wenig verwendetes Instrument zur Erfassung verschiedener Krankheitsverarbeitungsmechanismen. Testtheoretischen Kriterien zufolge ist der EFK für medizinpsychologische Untersuchungen gut geeignet und wurde auch im Hinblick auf die HIV-Erkrankung entworfen. Er besteht aus 45, 5-fach Likert-skalierten Items, die 9 Dimensionen ergeben:

1. Handelndes, problemorientiertes Coping
2. Abstand & Selbstaufbau
3. Informationssuche & Erfahrungsaustausch
4. Bagatellisierung, Wunschdenken, Bedrohungsabwehr
5. Depressive Verarbeitung
6. Hilfe annehmen können
7. Aktive Suche nach sozialer Einbindung
8. Vertrauen in ärztliche Kunst
9. Erarbeiten eines inneren Haltes

Die Ausfülldauer beträgt etwa 5 Minuten. Standardstichproben bestehen nicht, eine Untersuchung homosexueller HIV-infizierter Männer durch die Autorin dieses Instrumentes liegt jedoch vor.

7. **Medical Outcomes Study in HIV-Infektion (MOS-HIV)**

Der MOS-HIV ist ein kurzes, multidimensionales, international gebräuchliches Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von HIV-infizierten Personen. Das Originalinstrument wurde 1991 entwickelt [Wu et al., 1991], die deutsche Version [Zander et al., 1994] wurde psychometrisch überprüft und entsprach den testtheoretischen Anforderungen. Der MOS-HIV besteht aus 30 Items mit drei-, fünf- oder sechsstufigen Lickert-Antwortskalen. Insgesamt werden 11 Subskalen ermittelt, von denen die letzten fünf allerdings auf je einem einzelnen Item beruhen:

1. Körperliche Leistungsfähigkeit
2. Rollenerfüllung
3. Psychische Befindlichkeit
4. Energie/Erschöpfung
5. Gesundheitliche Belastung
6. Geistige Leistungsfähigkeit
7. Allgemeiner Gesundheitszustand
8. Schmerzfreiheit
9. Sozialkontakte
10. Globale Lebensqualität
11. Gesundheitsveränderungen

Die Bearbeitungszeit beträgt etwa 3 Minuten. Zur Auswertung stehen Stichproben verschiedener HIV-Patientengruppen entsprechend der CDC-Klassifikation zur Verfügung [Zander et al., 1994].

8. **Skala zur sozialen Wünschbarkeit nach Crowne und Marlowe (SDS-CM)**

Das Konzept der sozialen Wünschbarkeit (*social desirability*) beruht auf der Beobachtung, daß einige Fragebogenfragen von den Befragten seltener zustimmend beantwortet werden, wenn diese sozial unerwünschte Inhalte haben. Diese Überlegungen veranlaßten amerikanischer Forscher bereits vor 40 Jahren [Crowne und Marlowe, 1960] dazu, eine Skala zu entwickeln, die von sozial erwünschten und kulturell sanktionierten

Verhaltensweisen ausgeht, deren beständige Ausübung bzw. Vortäuschung jedoch ungläubwürdig ist. Die deutsche Version [Lück und Timaeus, 1969] ist eine sinnngemäße Übersetzung aus dem amerikanischen. Die Hinzunahme dieser Skala ist seither in sozial- und sexualwissenschaftlichen Fragebogenuntersuchungen häufig Usus, um bei intimen, persönlichen Inhalten das Phänomen der sozialen Wünschbarkeit einerseits kontrollieren zu können und es andererseits als eigenständige psychologische Persönlichkeitskomponente erfassbar zu machen. Die SDS-CM besteht aus 23 Items, die die Teilnehmer, ohne die Intention des Instruments zu kennen, mit „richtig“ oder „falsch“ beantworten sollen. Die Ausfülldauer beträgt etwa 5 Minuten. Es wird ein Rohwert gebildet, der interindividuell und nach Gruppen verglichen werden kann. Standardwerte zu Studien mit HIV-Patienten lagen nicht vor.

2.2.4 Biomedizinische Daten

Bei allen Teilnehmern wurden, wo möglich, eine Reihe von klinischen, immunologischen und mikrobiologischen Daten zusätzlich erhoben. Es sollte somit der Gesundheits- bzw. Krankheitszustand der Teilnehmer so genau wie möglich dokumentiert werden um von vornherein potentielle Kofaktoren der HIV-Erkrankung zu erfassen und zu berücksichtigen. Diese Datenerhebung war nur bei denjenigen Teilnehmern möglich, bei denen entsprechende Befunde vorlagen, eine eigene Bestimmung im Rahmen der Studie war technisch nicht durchführbar. Die Dokumentation der genannten Bereiche berücksichtigte jeweils die Daten zum Zeitpunkt der Untersuchung, die Entwicklung im Verlauf des letzten Jahres bis zum Untersuchungszeitpunkt sowie Daten vor Therapiebeginn bei den Short-Term-Progressoren.

Neben den in den Einschlußkriterien geforderten Parametern wie CD4-Zahl und Virusbelastung wurden auch CD8-Zahlen (zur Ermittlung der CD4/8-Ratio) erhoben. Zudem wurden Hepatitiden anamnestisch erfragt wobei auch serologische Befunde registriert wurden [vgl. Kap. 1.1.1]. Da auch bei schwulen HIV-Infizierten theoretisch eine Infektion durch beispielsweise i.v. Drogenkonsum denkbar ist, wurde explizit der vermutete Infektionsweg exploriert.

2.3 Durchführung der Untersuchung

2.3.1 Ethische Implikationen

Durch die besondere Auswahl der Vergleichsgruppen mußten aus methodischen Gründen einige ethische Voraussetzungen erfüllt sein. Vor allem im Hinblick auf die Gruppe der Short-Term-Progressoren war es von Bedeutung, daß die Teilnehmer nicht das Gefühl vermittelt bekamen, daß sie von Interesse seien, weil sie im Leben „etwas falsch gemacht“ hätten, was dann zu der überdurchschnittlich schnellen Progression geführt habe.

Eine authentische Datenerhebung über persönliche psychosoziale Aspekte der Studienteilnehmer muß in einem bewertungsfreien Rahmen geschehen, in dem unvoreingenommen berichtet werden kann [Bar-On, 1996]. Insofern war es aus Gründen der Vermeidung von Verfälschungen im Sinne sozialer Wünschbarkeit [Nevid, 1983] notwendig, entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen, in welchen die Teilnehmer nur unvollständig über das tatsächliche Studienziel informiert werden würden. Die dadurch hervorgerufene Ambivalenz, die Studienteilnehmer einerseits unzureichend aufzuklären um andererseits ein vorurteilsfreies Milieu zu schaffen, bewirkte ein Dilemma, welches zu diskutieren bleibt [Wiesenthal, 1981].

2.3.2 Rekrutierung und Aufklärung der Teilnehmer

Um Teilnehmer für die Untersuchung zu interessieren und zu gewinnen, war es also notwendig, die Studie in der Art darzustellen, daß das eigentliche Ziel nicht genannt zu werden brauchte aber eine Untersuchungsrationale für die Teilnehmer trotzdem nachzuvollziehen war. An der Rekrutierung waren Arztpraxen mit einem Behandlungsschwerpunkt in der HIV-Medizin, HIV-Ambulanzen in Krankenhäusern und Kliniken, HIV-Selbsthilfegruppen, ambulante HIV-Pflegedienste, und andere Einrichtungen und Gruppierungen im HIV- und Schwulen-Bereich beteiligt. Einige wenige Teilnehmer konnten im Rahmen eines deutschlandweiten Treffens HIV-positiver Menschen direkt auf die Studie aufmerksam gemacht werden¹⁹.

Die Teilnehmer dieser Untersuchung wurden somit fast ausschließlich auf indirektem Wege rekrutiert, also über Dritte auf die Studie aufmerksam gemacht. Dadurch sollte den für die Studie in Frage kommenden Personen der Eindruck vermittelt werden, daß sie *zufällig*, durch ihnen vertraute, über die Studie informierte, Personen (Ärzte, Pfleger, Sozialarbeiter, etc.) ausgewählt wurden und nicht eigens wegen ihrer Zugehörigkeit zu einer speziellen HIV-Progressionsgruppe von einer ihnen fremden Institution gesucht wurden. Diese (genau den Einschlußkriterien entsprechenden) Personen sollten sich als willkürlich ausgesuchte, durchschnittliche Repräsentanten HIV-infizierter Menschen angesprochen fühlen. Durch diese Art der Kontaktaufnahme mittels Dritter wurde versucht, die Frage nach dem „*warum gerade ich?*“ nicht aufkommen zu lassen und somit den vergleichenden Charakter dieser Untersuchung nicht zu offenbaren.

¹⁹ Bundespositivenversammlung 1996, Leipzig

Die Mitarbeiter der rekrutierenden Stellen wurden durch Vorgespräche und mittels eines Merkblattes auf die unbedingte Notwendigkeit hingewiesen, die Teilnehmer nur in *allgemeiner Form* über die Studie zu informieren. Ausschließlich den Einschlusskriterien beider Gruppen entsprechende HIV-Infizierte wurden auf eine „laufende sozialwissenschaftlich-psychologische Untersuchung“ aufmerksam gemacht, die biographische Lebenserfahrungen HIV-infizierter Männer untersuchen möchte. Ihnen wurde mitgeteilt, daß verschiedene psychologische und soziologische Themenbereiche aus dem Alltag und der Vergangenheit HIV-infizierter Menschen untersucht werden. Weiterhin wurden die Teilnehmer darauf hingewiesen, daß die Studie an der Universität München durchgeführt werde und daß mitteilungswillige Personen zur Teilnahme gesucht würden. Durch betonte Verweisung auf den universitären und offiziellen Charakter der Untersuchung wurde versucht, eine gewisse Autorität zu erzeugen, die das Vertrauen in die Integrität der Studienziele verstärken sollte. Der Arbeitstitel der Untersuchung wurde den potentiellen Teilnehmern als „*Leben vor und mit der HIV-Infektion - individuelle und gesellschaftliche Aspekte*“ angegeben. Auf die Tatsache, daß in der Untersuchung zwei verschiedene Progressionsgruppen untersucht werden würden, wurde aus oben genannten Gründen ausdrücklich nicht hingewiesen.

Die in Betracht kommenden Männer wurden gefragt, ob sie grundsätzlich an einer Teilnahme interessiert seien und ob sie einverstanden wären, daß ihre Adresse an den Studiendurchführer weitergegeben würde. Ein Informationsblatt zur Studie wurde ausgehändigt [siehe Anhang].

2.3.3 Ablauf und Durchführung

Der Ablauf der Untersuchung sollte sich bei allen Teilnehmern so weit wie möglich einheitlich gestalten. Die Rekrutierer teilten die Namen und Anschriften derjenigen Männer mit, die an einer Teilnahme interessiert und mit einer Adressenweitergabe einverstanden waren. Diese wurden dann meist telefonisch kontaktiert und ein weiteres Mal über die Studie im o.g. Sinne informiert. In diesen Vorgesprächen wurde die Möglichkeit gegeben, Fragen zu stellen und Unsicherheiten zu besprechen. Auch auf die Möglichkeit einer Absage der Teilnahme wurde explizit hingewiesen. Einige wenige Teilnehmer kontaktierten den Studiendurchführer von sich aus und zogen es zum Teil auch vor, ihre Adresse oder Identität nicht mitzuteilen. Bei bestehendem Interesse, wurde mit jedem der Teilnehmer einzeln ein Termin zur Beantwortung des Fragebogens vereinbart.

Die Beantwortung des Fragebogens sollte in einem ruhigen Raum erfolgen. Der Studiendurchführer sollte in einem Nebenraum anwesend sein, um während des Ausfüllens bei Bedarf Fragen zur Verständlichkeit beantworten zu können und so die Anzahl der nicht beantworteten Items so gering wie möglich zu halten sowie Unklarheiten und Kommentare zu dokumentieren. Zu diesem Zweck stand ein geeigneter Raum²⁰ zur Verfügung. Teilnehmer, die es vorzogen, den Fragebogen zuhause zu beantworten, konnten dies ausnahmsweise tun, wobei meist darauf verzichtet werden mußte, daß der Studiendurchführer persönlich anwesend war. In den meisten dieser Fälle wurde dann der Fragebogen den Studienteilnehmern vorher vom Studiendurchführer persönlich ausgehändigt und nach dem Ausfüllen wieder entgegengenommen, wobei Zeit für Fragen und Diskussion zur Verfügung stand.

Es wurde vereinbart, daß vor Beginn des Ausfüllens ein individueller Kodename gewählt werden soll um eine anonyme Datenbearbeitung zu gewährleisten. Die Teilnehmer wurden informiert, daß das

²⁰ Kuratorium für Immunschwäche K.I.S. e.V., München

Ausfüllen nicht unter Zeitdruck geschehen solle, daß bei Müdigkeit, Konzentrationsschwäche oder anderen Gründen unbegrenzt Pausen eingelegt werden können und daß die Bearbeitung jederzeit unterbrochen, gegebenenfalls auch beendet werden kann. Den Teilnehmern wurde ein Begleitbrief ausgehändigt in dem diese Hinweise schriftlich wiederholt wurden. Im Anschluß an die Bearbeitung des Fragebogens wurden Fragen, Kritik und Anregungen der Teilnehmer besprochen und festgehalten und ein weiterer Termin für ein Interview festgelegt, welches in die hier beschriebene Untersuchung nicht einfloß.

2.3.4 Rahmenbedingungen

Grundsätzlich ist die Teilnahme eines Probanden oder Studienteilnehmers an einer wissenschaftlichen Untersuchung als ein belastendes Ereignis anzusehen. Für Studienteilnehmer, die bereits an einer gesundheitlichen Bedrohung leiden, gilt dies in besonderem Maße. Insofern galt es, die Studie selbst und ihren organisatorischen Rahmen so wenig belastend wie möglich für die Teilnehmer zu gestalten.

Die spezifische Fragestellung dieser Untersuchung setzte voraus, daß persönliche, teils auch intime Daten über die Teilnehmer erhoben wurden. Die Gefahr einer psychologischen Destabilisierung durch die Auseinandersetzung und Selbstreflexion mit der jetzigen Lebenssituation und der eigenen biographischen Entwicklung schien möglich. Da eine psychotherapeutische Interaktion im Rahmen der Untersuchung nicht gegeben sein würde, mußten die Teilnehmer im Vorgespräch darauf hingewiesen werden, daß der Kontakt zur studierendurchführenden Person begrenzt und ein therapeutischer Rahmen nicht intendiert sei. Allerdings wurde auf die Möglichkeit der Kontaktaufnahme nach Beendigung der Studie von Seiten der Teilnehmer deutlich hingewiesen um gegebenenfalls eine gewünschte Vermittlung an eine psychosoziale Beratungsstelle zu ermöglichen.

Auch auf die Freiwilligkeit der Teilnahme wurde größter Wert gelegt. Da die Rekrutierung in den meisten Fällen auf indirektem Wege geschah und dies meist über Vertrauenspersonen der Teilnehmer, wurden die Rekrutierer darauf hingewiesen, daß eine beeinflussende Überredung zur Teilnahme von ihrer Seite unterbleiben und Abhängigkeitsverhältnisse nicht ausgenutzt werden sollen. Auch auf die Möglichkeiten einer Umentscheidung nach einer Zusage oder Abbruch einer bereits begonnenen Untersuchung wurde hingewiesen.

Durch die Gewährleistung der Anonymität wurde zusätzlich versucht die psychologische Belastung der Teilnahme zu reduzieren. Jeder der Teilnehmer sollte zur Identifizierung (wie oben bereits erwähnt) einen eigenen Kodennamen wählen, unter welchem seine Daten dann in die Studie eingingen. Das Wissen über die tatsächliche Identität eines Teilnehmers beschränkte sich somit einzig auf den Studiendurchführer. Es wurde zudem zugesichert und gewährleistet, daß in keinem Fall eine öffentliche Zuordnung persönlicher Daten zum entsprechenden Teilnehmer möglich gemacht werden kann. Spezifische Erkennungsmerkmale würden nur in veränderter Form wiedergegeben werden.

2.4 Organisation des Datenmaterials

2.4.1 Kodierung des FIGAH

Anders als bei den zusätzlich verwendeten Instrumenten [vgl. Kap. 2.2.3] mußten die mit dem FIGAH erhobenen Daten in eine quantifizierbare Form gebracht werden. Die Kodierung des aus dem Fragebogen hervorgehenden Datenmaterials wurde aufgrund der Uneinheitlichkeit der verwendeten Frageformen und der Notwendigkeit einer statistischen Auswertung vorgenommen. Im FIGAH [vgl. Kap. 2.2.2] wurden hauptsächlich nichtmetrische Skalen auf nominalem Niveau und nur wenige auf ordinalem Niveau verwendet. Die Fragen waren zum größten Teil in geschlossener Form gestellt. Die Teilnehmer konnten sich zwischen zwei oder mehreren vorgegebenen Antwortmöglichkeiten entscheiden, zum Teil bestand auch die Möglichkeit der nicht-dichotomisierten Mehrfachankreuzung. In einigen wenigen Fragen wurde eine offene Frageform gewählt.

Eine Kodierung, die der gegebenen Vielfalt der Frageformen entsprechen sollte, sollte disjunkt (d.h. nicht überlappend) und vollständig sein. Die verwendeten Kodierungen bezogen sich deshalb auf die kleinstnötige und größtmögliche Frageneinheit. Jede so kodierte Frageneinheit entsprach einem Item, an welchem in einer späteren Auswertung Gruppenunterschiede bemessen werden sollten. Insgesamt ergaben sich nach der Kodierung des FIGAH 415 Items.

Für eine nominale Skala innerhalb einer Frage wurde willkürlich in der Reihenfolge der Nennung der Antwortmöglichkeiten eine Zahlenreihe, beginnend mit dem Wert 1 und bestehend aus ganzen Zahlen, festgelegt. Bei dichotomisierten „ja-nein“ Antwortmöglichkeiten wurde für „ja“ der Wert 1 festgelegt, für „nein“ der Wert Null. Für Antwortmöglichkeiten, die eine Skala auf dem Ordinalniveau darstellten, wurde in aufsteigender Reihenfolge, entsprechend ihrer Wertigkeit, ebenfalls eine mit dem Wert 1 beginnende Zahlenreihe (aus ganzen Zahlen) kodiert. Bei metrischen Skalen, die von den Teilnehmern selbst mit reellen Zahlen beantwortet wurden, wurden die angegebenen Werte als Kodierung übernommen. Fragen, bei denen die Option einer Mehrfachankreuzung gegeben war, wurden so kodiert, daß jede der Antwortmöglichkeiten ein eigenes Item darstellte, welches entweder angekreuzt (bejaht) oder nicht angekreuzt (verneint) wurde. Deren Kodierung entsprach somit denen der „ja-nein“ Fragen. Die Antworten der offenen Fragen wurden gesammelt und inhaltsanalytisch kategorisiert. Jede der gefundenen Kategorien eines Items erhielt einen Zahlenwert auf nominalem Skalenniveau.

Eine diesen Kodierungsrichtlinien entsprechende elektronische Datenblattmatrix wurde für den FIGAH mit dem Programm „Microsoft Excel™“ erstellt. Auch für die verwendeten zusätzlichen Fragebögen [vgl. Kapitel 2.2.3] wurden, den jeweiligen Auswertungshinweisen und - Richtlinien der Testautoren entsprechend, elektronische Datenblätter angelegt.

2.4.2 Inhaltliche Kategorisierung des FIGAH

Eine systematische inhaltliche Zuordnung der einzelnen Items zu den eingangs formulierten Themenbereichen [vgl. Kap. 1.2.3] erfolgte vor Beginn der Untersuchung. Die explorative Form der

hier beschriebenen Untersuchung und die gegebenen Untersuchungs- und Auswertungsbedingungen erforderten diesen methodischen Schritt um eine objektivierbare Ausgangsbasis für die inhaltsanalytische Beurteilung zu schaffen. Im Unterschied zu der oben beschriebenen Kodierung der Fragebogenantworten in ein eindeutiges und numerisches System zu *quantitativen* Auswertung, ging es bei der Erstellung der Itemkategorisierung um eine Voraussetzung zur *qualitativen* Analyse. Die erstgenannte Einordnung entspricht somit den Normen der exakten Wissenschaften, die letztgenannte ist Bestandteil sozialwissenschaftlicher Arbeitsweise. Das Vorgehen zur Erstellung dieser Kategorien wird in Kap. 2.6.2 beschrieben.

2.5 Quantitative Auswertung

2.5.1 Statistische Einschränkungen und Möglichkeiten

Eine explorativ angelegte Erhebung mit kleiner Stichprobe (etwa 10 Personen pro Gruppe) welche ein nach testtheoretischen Kriterien unvalidiertes, nichtmetrisches Untersuchungsinstrument (den FIGAH) als zentrales Verfahren verwendet, unterscheidet sich in den Möglichkeiten der Auswertung von einer Untersuchung mit kausal-attribuierendem Aufbau und großer Stichprobe mit Normalverteilung. Der Statistiker Haselhoff beschreibt solche Untersuchungen wie folgt [Haselhoff und Hoffmann, 1970], S. 203:

Die Ergebnisse der Untersuchung mit kleineren Stichproben vermitteln [hauptsächlich] einen Einblick in die Vielfalt der überhaupt möglichen Variablen und damit in die Dimensionen des Problems. Darüber hinaus wird ein solches Material produktive Anregungen in Richtung auf die Formulierung einer größeren Zahl sinnvoller Hypothesen liefern.

Die Hypothesengenerierung steht demzufolge im Vordergrund. Hochrechnungen der gefundenen Ergebnisse auf eine Grundgesamtheit gehören zwar nicht zu den Zielen so angelegter Untersuchungen, sind unter bestimmten Voraussetzungen jedoch *trotzdem* möglich. Bei Erhebungen mit großen Stichproben besteht die Gefahr der zufällig ermittelten Signifikanzen, da bei genügend großer Stichprobe de facto jede Nullhypothese verworfen werden kann. Bei kleinen Stichproben hingegen sind nur sehr deutliche und extreme Ergebnisse in der Lage, signifikante Faktoren zu produzieren [Blalock jr., 1979].

Der explorative und hypothesengenerierende Charakter dieser Studie ermöglichte die Untersuchung einer Vielzahl von Variablen. Die Intention war, aus der großen Menge der in Frage kommenden Variablen diejenigen zu finden, die tatsächlich zur Klärung der Grundfrage der Arbeit beitragen konnten, das heißt die Untersuchungsgruppen voneinander unterscheiden konnten. In diesem Sinne waren die gefundenen, statistisch relevanten und sensitiven Variablen diejenigen, auf welche das meiste Augenmerk in der Auswertung gerichtet wurde. Derartige Variablen, welche keine Gruppenunterscheidung ergaben, wurden für die spätere Auswertung nicht verwendet.

2.5.2 Statistische Verfahren

Abgesehen von deskriptiven statistischen Methoden, welche auch bei kleinen Stichproben zulässig sind, wurde jedes eingesetzte statistische Verfahren auf seine Anwendbarkeit hin geprüft. In den meisten Fällen mußte wegen der kleinen Stichprobenzahl auf die Anwendung differenzierterer statistischer Tests, wie etwa varianz- und faktorenanalytische Verfahren, verzichtet werden. Lediglich

Verfahren, für die die auszuwertenden Daten genügend robust erschienen, wurden für die statistische Analyse ausgesucht und zugelassen.²¹

Allgemein wurde für diese Studie ein Signifikanzniveau mit einem α von 0,05 gewählt. Resultate mit p -Werten unterhalb dieses Bereiches wurden, wie üblich, als signifikant bezeichnet. Werte, welche eine höhere Fehlerwahrscheinlichkeit aufwiesen, wurden bis zu einem p -Wert von 0,13 als statistischen Tendenzen in die Auswertung miteinbezogen und entsprechend ihrer Wertigkeit interpretiert [vgl. Kap. 2.6.2]. Da die Variablen in der statistischen Analyse nicht miteinander kombiniert, sondern in der quantitativen Auswertung zunächst einzeln betrachtet wurden, konnten die Ergebnisse der angewendeten Methoden ohne die sog. *Bonferroni*-Korrektur für sich akzeptiert werden. Der *Capitalizing on Chance*-Fehler traf hier nicht zu [Wiseman, 1996].

Um zu entscheiden, ob die untersuchten Variablen abhängig von der Progression der HIV-Infektion waren oder nicht, wurde mit Hilfe des Statistik-Computerprogrammes „SPSS©“ die χ^2 -Methode für die meisten im FIGAH erfragten und kodierten Items mit nonparametrischer Skalenstruktur angewendet. Die Voraussetzungen zur Anwendung dieses Statistikverfahrens waren trotz der nur geringen Stichprobengröße gewahrt [Erickson und Nosanchuk, 1977], S. 255.

Um die Mittelwerte einer Testvariablen der beiden Untersuchungsgruppen auf signifikante Unterschiede zu testen, wurde der t -Test angewendet, dessen Nullhypothese davon ausgeht, daß die Stichproben sich nicht voneinander unterscheiden sondern aus einer identischen Stichprobe stammen. Für einige wenige Items im FIGAH, in denen echte Mittelwerte (μ) errechnet werden konnten und vor allem für die meisten Skalen und Subskalen der zusätzlich angewendeten psychosozio-metrischen Verfahren [vgl. Kap. 2.2.3] konnte der t -Test verwendet werden. Auch hier waren die Anwendungskriterien gewährleistet [Erickson und Nosanchuk, 1977], S. 159.

Die Ergebnisse dieser statistisch-quantitativen Verfahren bildeten die Basis für die Auswertung dieser Studie. Diese wurden aufeinanderfolgend, in mehreren Stufen, verwendet. In einem ersten Schritt wurden die gefundenen Ergebnisse zur rein deskriptiven Darstellung der beiden Untersuchungsgruppen verwendet. Unterschiede, die in der Beantwortung des Fragebogens auftraten, konnten so deutlich gemacht werden. In einem weiteren Schritt mußten die gefundenen Ergebnisse interpretiert werden, wobei sozialwissenschaftliche Verfahren [vgl. Kap. 2.6] zur Anwendung kamen und eine deutliche Abgrenzung zur rein quantitativen Analyse stattfand.

2.5.3 Vergleich der Ergebnisse mit Referenzpopulationen und anderen Studienergebnissen

Zusätzlich zur erhebungsimmanenten quantitativen und qualitativen Auswertung wurden in Fällen, in denen entsprechende Daten zur Verfügung standen, die Ergebnisse der standardisierten und normierten Testverfahren mit vorliegenden Referenzstichproben und Ergebnissen anderer Untersuchungen verglichen. Es wurde untersucht, ob sich die hier befragten Studiengruppen von anderen Populationen mit vergleichbaren Voraussetzungen und Umständen unterschieden und ob eine Zuordnung zu einer der Referenzgruppe möglich war. Ein solcher Vergleich sollte auch Aufschluß über die Aussagekraft der gewählten Einschlußkriterien geben.

²¹ Statistische Beratung durch Dr. Michael Wiseman, Leibniz-Rechenzentrum der Bayerischen Akademie der Wissenschaften.

Für folgende Verfahren lagen Norm- oder Referenztabelle oder Ergebnisse aus einzelnen wissenschaftlichen Untersuchungen vor, wobei teilweise nur Daten von kranken, jedoch nicht spezifisch HIV-infizierten Personen zur Verfügung standen:

1. Gießen Test (GT)
2. Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SOZU K22)
3. Symptom-Checkliste (SCL-90-R)
4. Profile of Mood States (POMS)
5. Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)
6. Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung
7. Medical Outcomes Study in HIV-Infection (MOS-HIV)

Die Darstellung dieses Auswertungsschrittes erfolgte im Kapitel „Diskussion“ dieser Arbeit [vgl. Kap. 4.1.2].

2.6 Qualitative Analyse

2.6.1 Methodischer Hintergrund

Zielsetzung der qualitativen Auseinandersetzung mit dem erhobenen Datenmaterial war es, inhaltsanalytisch aus den sensitiven Variablen ein Modell psychosozialer Kofaktoren der Progression zu generieren. An dessen Ende sollte idealerweise die Erstellung von typologischen Persönlichkeitsstrukturen stehen, die die untersuchten Studiengruppen, STP und LTNP, unterscheidbar machten. Der qualitative Ansatz dieses Teils der Auswertung sollte als Ergänzung zur quantitativen Analyse betrachtet werden: Es ging somit in dieser Stufe der Auswertung um das *Interpretieren*, *Verstehen* und *Zusammenfassen*. Huber [Huber, 1989] beschreibt das inhaltsanalytische Vorgehen als einen Prozeß, bei dem Vorannahmen, Wissen, Erkenntnisinteressen und eigene Kontextbedingungen eine entscheidende Rolle spielen. Hierzu werden etablierte Methoden der Interpretationstechnik vorgestellt, welche aus verschiedenen geistes- und sozialwissenschaftlichen Bereichen hervorgegangen sind.

Die Konzepte der qualitativen Dokumentenanalyse gehen auf unterschiedliche Disziplinen zurück. Die *Hermeneutik* als geisteswissenschaftliche Kunstlehre der Interpretation hat wohl die längste Tradition wissenschaftlichen Verstehens und Auslegens [Coreth, 1969], [Danner, 1979]. Aus den Kommunikationswissenschaften ging das Konzept der *Content Analysis* hervor, in welcher der methodische Umgang mit zunächst rein sprachlichem Material beschrieben wurde [Krippendorff, 1980]. Aus dem Bereich der Soziologie stammen verschiedene Methoden der *qualitativen Sozialforschung*, in der die Deutung von in erster Linie Handlungskontexten und alltäglichen gesellschaftlichen Interaktionen entwickelt wurde [Hopf, 1979]. Eine zusammenfassende Weiterentwicklung dieser Interpretationstechniken, unter Einbeziehung von ebenfalls literaturwissenschaftlichen und psychologischen Verfahren, wurde von Mayring [Mayring, 1997] zu einem Regelwerk der *qualitativen Inhaltsanalyse* systematisiert. Es werden hierbei drei Grundformen des Verfahrens mit dem zu interpretierenden Material beschrieben, wobei der Schwerpunkt auf die Analyse von textlichem Material gesetzt ist [Mayring, 1997], S. 58:

Zusammenfassung:[...] Das Material so zu reduzieren, daß die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Korpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.

Explikation: [...] Zu einzelnen fraglichen Textteilen zusätzliches Material heranzutragen, das das Verständnis erweitert, das die Textstelle erläutert, erklärt, ausdeutet.

Strukturierung: [...] Bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen.“

Ein weiterer wichtiger Ansatz zur Analyse und Interpretation von erhobenem Material stellt das Konzept der *Grounded Theory* dar [Strauss und Corbin, 1990], [Glaser und Strauss, 1967]. Hierbei werden Methoden erläutert, welche zur Typologie-Bildung benötigt werden. Mit Hilfe von sukzessiver Kategorisierung des Materials und durch Theorie und Empirie geleitet, wird aus einer Vielzahl von

einzelnen Konstrukten eine Typisierung ermöglicht. Diese Typisierung wird bei Hinzunahme weiterer Konstrukte entweder beibehalten, sofern eine Subsumierung möglich ist, oder falls dies nicht der Fall ist immer wieder modifiziert, beziehungsweise neu entworfen bis eine größtmögliche Anzahl von Merkmalen unter einer Typologie zusammengefaßt werden kann.

Für die qualitative Auswertung der hier vorliegenden Untersuchung galten spezielle Voraussetzungen. Im Gegensatz zur qualitativen Analyse eines Textdokumentes, beispielsweise etwa eines transkribierten Interviews, mußten für diese Studie die einzelnen statistisch relevanten Variablen, die die Progressoren der HIV-Erkrankung von den Nicht-Progressoren unterschieden, also Items des FIGAH und Skalen bzw. Subskalen der zusätzlich verwendeten Fragebogen, zu einem sinnmachenden Bild zusammengefügt werden. Die Ausgangsbasis dieser Auswertung war also nicht von den Untersuchungspersonen direkt stammendes (sprachliches) Material sondern ein Extrakt aus vorformulierten, fast ausschließlich geschlossenen, Fragebogenfragen. Die interpretative Auswertung mußte diese besonderen Umstände der Untersuchung berücksichtigen und die inhaltsanalytischen Regeln auf sie übertragen.

Bos [Bos und Tarnai, 1989] skizzierte als Ablauf für ein inhaltsanalytisches Procedere folgendes Schema, welches grundsätzlich allen Methoden der Dokumenteninterpretation gerecht wird [vgl. Abb. 2.1]:

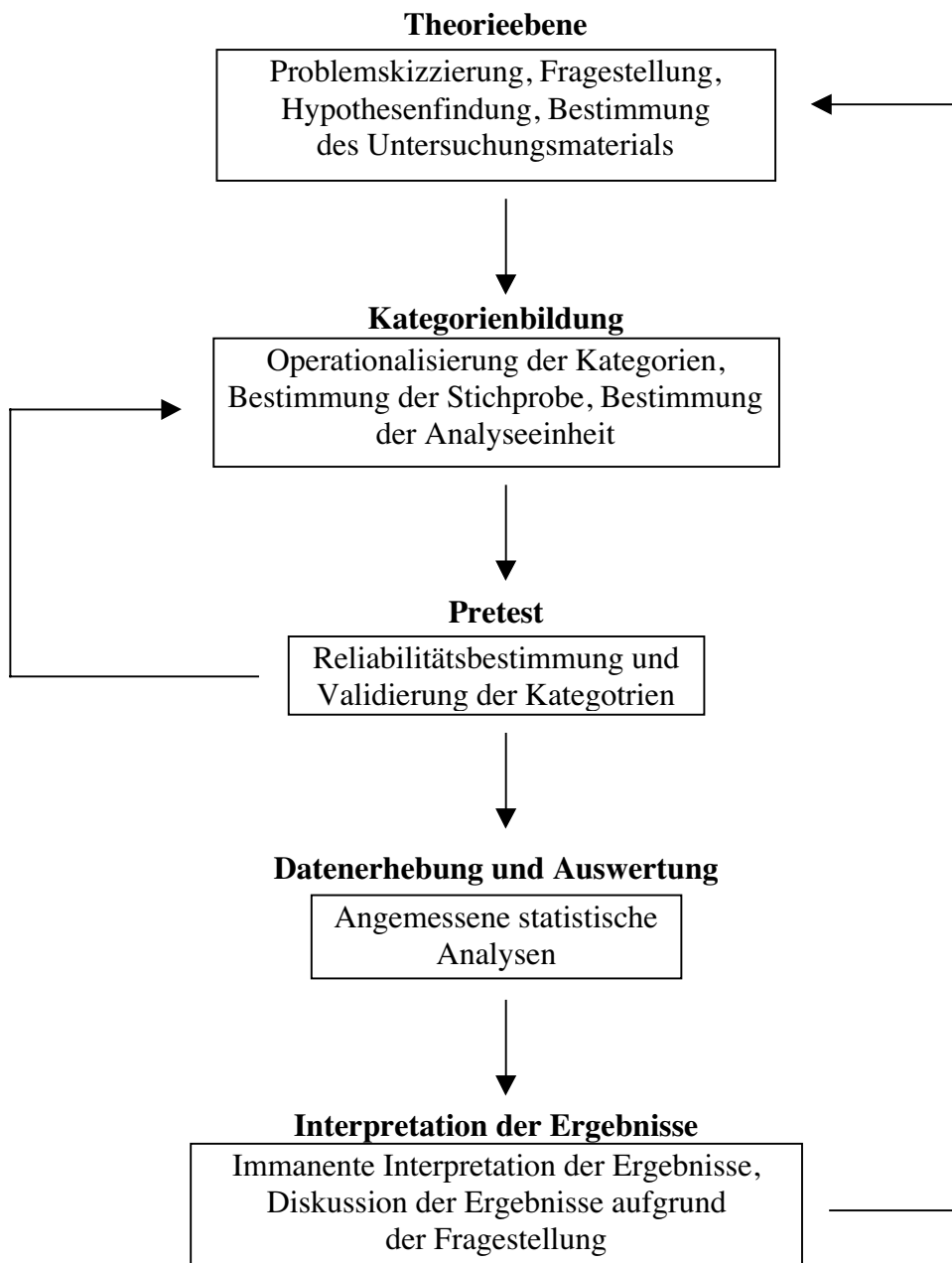


Abb. 2.1: Verlaufsschema einer inhaltsanalytischen Untersuchung

Auch auf diese Untersuchung ließ sich das oben dargestellte Studienschema übertragen obwohl hier bereits formulierte Ergebnisse einer zunächst rein quantitativen Auswertung qualitativ bewertet wurden.

Kategorienbildung

Die Ergebnisse der zusätzlich verwendeten Fragebögen waren meist in Form von Skalen bzw. Subskalen direkt in psychosoziale Konstrukte übertragbar und somit unmodifiziert den Themenbereichen zuzuordnen. Die Items des FIGAH mußten für die inhaltsanalytische Auswertung in einem vierstufigem Verfahren zunächst in ein qualitatives Kategoriensystem transformiert werden [vgl. Kap. 2.4.2].

In Anlehnung an die Kapitel des FIGAH wurden zunächst Hauptkategorien der ersten Ebene festgelegt, die sich inhaltlich so wenig wie möglich überschneiden sollten. Anschließend wurden in einem zweiten Schritt alle Items aufgelistet und den Hauptkategorien inhaltlich zugeordnet, wobei jedes Item nicht mehr als einmal erscheinen durfte. In einem dritten Schritt wurden die Hauptkategorien in weitere Kategorienebenen aufgegliedert, so daß jedes im FIGAH vorkommende Item genau eine Zuordnung zu einer Kategorie und somit zu einem psychosozialen Konstrukt erhielt. In einem vierten Kategorisierungsschritt wurden alle Items ein weiteres Mal mit Hilfe der oben beschriebenen inhaltsanalytischen induktiven und deduktiven Techniken auf die entstandenen Unterkategorien verteilt, so daß jedes Item nun auch mehrfach bei den unterschiedlichen Kategorien und Unterkategorien erscheinen konnte, sofern es hierfür zusätzliche Informationen beinhaltete.

Dieses Verfahren wurde zum Zwecke der Validierung von mehreren Personen unabhängig voneinander durchgeführt²². Nach Überarbeitung (beruhend auf dem Prinzip des Gruppenkonsenses) entstand somit ein Kategorisierungssystem welches die Fragebogeninhalte auf relevante psychosoziale Konstrukte abbilden konnte [vgl. Anhang]. Aus folgender Tabelle geht hervor, in wie weit eine Hauptkategorie in Unterkategorien aufgegliedert wurde (2. bis 4. Ebene), wieviel Unterkategorien in welcher Ebene gebildet worden sind und wie hoch die Zahl der Items war, die insgesamt einer Hauptkategorie zuzuordnen war [Tab. 2.1]. Es wird deutlich, daß die untersuchten psychosozialen Konstrukte nicht gleichmäßig, sondern unproportional auf die sieben Hauptkategorien aufgeteilt wurden.

Hauptkategorie (1. Ebene)	Anzahl der Unterkategorien			Anzahl Items
	2. Ebene	3. Ebene	4. Ebene	
1. Demographie	10	2	-	13
2. Soziologische Daten	8	17	-	45
3. Sozio-Sexuelle Daten	5	2	-	13
4. Medizinische Daten	5	2	-	8
5. Lebensqualität	2	5	-	17
6. Persönlichkeit	6	45	68	352
7. Arzt-Patienten-Beziehung	-	-	-	9

Tab. 2.1: Kategorienebenen im FIGAH

²² Fünf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Institutes für Medizinische Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität München stellten sich hierzu zur Verfügung.

Da ein Großteil der Items im FIGAH in die Hauptkategorie „Persönlichkeit“ zuzuordnen war machte diese somit einen Kernbereich der Untersuchung aus. Diese Kategorie soll hier beispielhaft genauer dargestellt werden [vgl. vollständige Kategorienliste im Anhang]. Die Hauptkategorie „Persönlichkeit“ wurde in der zweiten Ebene in sechs Unterkategorien aufgeteilt:

1. Management des Stigmas Homosexualität
2. Sexueller Handlungsstil
3. Erfahrungen mit dem HIV-Test
4. Management des Stigmas HIV
5. Krankheits-/Infektions-/Gesundheitsverhalten
6. Gesellschaftliche Einschätzungen

Der Überbegriff „Persönlichkeit“ wurde für diese Kategorie der ersten Ebene gewählt, da im Unterschied zu den anderen Hauptkategorien, diejenigen Konstrukte erfaßt werden sollten, die nicht unmittelbar von *äußeren* Faktoren beeinflussbar sind. In dieser Kategorie wurden Items gesammelt, die von individuellen Persönlichkeitsstrukturen und Erfahrungen abhängig waren, wobei soziologische und kulturelle Einflüsse mitberücksichtigt wurden.

Typisierung mittels signifikanter Variablen und Skalen

Signifikante Variablen des FIGAH (p -Wert $< 0,05$) wurden nun mittels des inhaltsanalytisch erstellten Kategoriensystems in psychosoziale Konstrukte transkribiert. Diese Konstruktliste wurde um die signifikanten Skalen der zusätzlichen Testverfahren ergänzt. Eine vorläufige Typisierung der beiden Untersuchungsgruppen wurde erstellt und diente als Ausgangspunkt für die zu folgende Modifizierung der Typisierung.

Modifizierung durch „Tendenz-Variablen“ und Skalen

Die Modifizierung dieser ersten Typisierung erfolgte in mehreren Schritten. „Starke statistische Tendenzen“ ($0,05 < p < 0,10$) der ermittelten Items des FIGAH und Skalen der zusätzlichen Tests wurden ihren psychosozialen Konstruktkorrelaten im Kategoriensystem zugeordnet. Das gleiche Vorgehen wurde bei Variablen und Skalen höherer Fehlerwahrscheinlichkeiten, sog. „schwach statistischen Tendenzen“ ($0,10 < p < 0,13$) wiederholt. Drei psychosoziale Konstruktlisten (Typisierungen) unterschiedlicher statistischer Wertigkeit wurden somit erstellt.

Eine Integration dieser drei Typisierungen zu einer modifizierten Typologie erfolgte unter dem hierarchischen Vorbehalt der statistischen Aussagekraft der drei Konstruktlisten. Statistisch „schwächere“ Konstrukte konnten das selbe statistisch „stärkere“ Konstrukt bestätigen. Ein psychosoziales Konstrukt, das inhaltlich einem „stärkeren“ statistischen Konstrukt widersprach, wurde nicht in die modifizierte Typisierung mitaufgenommen. Es wurde somit ausgehend von der „signifikanten“ Liste eine Integration mit der Liste der „starken statistischen Tendenzen“ vorgenommen und anschließend eine weitere Angleichung mit den „statistisch schwachen Tendenzen“ geprüft. Demnach ist das Verfahren als semiquantitativ zu bewerten.

Einbeziehung von Experten

Wie in mehreren Publikationen beschrieben [Bos und Tarnai, 1989, S. 10], wurde die Mitarbeit von mit der Thematik der Untersuchungspopulation vertrauten Experten zur Validierung der eigenen Betrachtungen veranlaßt. Den einzelnen Mitgliedern der Expertengruppe wurde die integrierte und modifizierte Konstruktliste sowie die Liste aller relevanten statistischen Items und Skalen (mitsamt deren statistischer Aussagekraft) vorgelegt. Eine Begutachtung auf inhaltliche Konsistenz und Stringenz ohne spezifische methodische Vorgaben wurde erbeten. Zusätzlich wurde in einer kritischen Diskussion mit allen Personen der Expertengruppe²³ eine abschließende Bewertung des Ergebnisses vorgenommen, welches als weitere Evaluierungsmaßnahme in die endgültige Typisierung einfloß.

²³ Teilnehmende Personen waren:

- Ulla Mitzdorf, Professorin für Medizinische Psychologie, Universität München
- Michael Tappe, Vorstand der Münchner AIDS-Hilfe e.V
- Guido Vael, Vorstand der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., Berlin

3. Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Studiengruppen

3.1.1 Fallzahlen und Compliance

Insgesamt konnte im Rekrutierungszeitraum von 15 Monaten, in enger Zusammenarbeit mit verschiedenen Stellen im HIV-Bereich²⁴, 22, den Einschlußkriterien [vgl. Kapitel 2.1] entsprechenden, Personen zur Teilnahme gewonnen werden. 13 Personen gehörten der Gruppe der Long-Term-Non-Progressoren an, 9 Personen entsprachen den Kriterien für die Gruppe der Short-Term-Progressoren [vgl. Tab. 3.1].

Kodenamen LTNP		Kodenamen STP	
Casa	LTNP#1	Gini	STP#1
Thomas	LTNP#2	Gisela	STP#2
Ficus	LTNP#3	Donald Duck	STP#3
Casablanca	LTNP#4	Dolle	STP#4
Felix	LTNP#5	Lucky	STP#5
Felicia	LTNP#6	Volker	STP#6
Zottl	LTNP#7	Ofarim	STP#7
Wendl	LTNP#8	Donald	STP#8
Hans	LTNP#9	Condor	STP#9
Manfred	LTNP#10		
Mohnblume	LTNP#11		
R.U.R.	LTNP#12		
Langzeit ²⁵	LTNP#13		

Tab. 3.1: Kodenamen und Studiennummern der Teilnehmer

²⁴ Folgende Institutionen waren an der Rekrutierung der Teilnehmer beteiligt:

- Praxisgemeinschaft Dres.med. H. Jäger und E. Jägel-Guedes, München
- Münchner AIDS-Hilfe e.V.
- SUB - Schwules Kommunikations- und Kulturzentrum e.V., München
- Café Regenbogen e.V., München
- Zentralklinikum Augsburg, III. Medizinische Klinik, HIV-Ambulanz
- Zentrum für AIDS-Arbeit Schwaben e.V. (ZAS), Augsburg
- Praxis Dr.med. Becker, München
- Medizinische Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität, HIV-Ambulanz, München
- Pflege- und Service Center (PSC) der Münchner AIDS-Hilfe e.V.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin
- Bundes-Positiven-Treffen (BPV) 1996, Leipzig
- sowie eine Reihe weiterer im HIV-Bereich erfahrenen und tätigen Einzelpersonen.

²⁵ Kodename mußte aus Gründen der Anonymitätswahrung von der Studiendurchführung ausgewählt werden.

Die meisten Teilnehmer wurden auf indirektem Wege [vgl. Kapitel 2.3.2] rekrutiert, zwei Teilnehmer wurden direkt, also von Seiten des Studiendurchführers, auf die Studie aufmerksam gemacht, ein Teilnehmer meldete sich von sich aus und konnte in die Studie aufgenommen werden. Einer Person wurde von der Teilnahme abgeraten. Eine gewisse psychisch labile Prädisposition wurde von Seiten des behandelnden Arztes beschrieben. Dieser Person wurden formale Gründe genannt, die tatsächlichen Bedenken wurden nicht geäußert.

Die Akzeptanz und das Interesse der Teilnehmer für die Studie schien nach Durchsicht der Gesprächsnotizen und den gesammelten, von den Teilnehmern geäußerten Kommentaren generell positiv zu sein. Es wurden zwar viele kritische, im Tenor jedoch konstruktive, Anmerkungen formuliert. Kritikpunkte betrafen den Wortlaut von Fragen im FIGAH, Themenbereiche, welche nicht genügend berücksichtigt wurden oder die Länge der Ausfüllzeit des Fragebogens. Eine Mehrzahl der Teilnehmer begrüßte den psychosozialen Ansatz dieser Studie und zeigte sich interessiert an den Ergebnissen. Nur bei einer der rekrutierten Personen, welche später nicht in eine der Studiengruppen aufgenommen wurde, war eine verminderte Compliance festzustellen. Nach den Angaben dieser Person war dies darauf zurückzuführen, daß zu persönliche und intime Bereiche der Privatsphäre im Fragebogen thematisiert werden würden. Nach Rücksprache mit dieser Person wurde auf eine Teilnahme nicht gedrängt und auf die Aufnahme in die entsprechende Studiengruppe verzichtet.

3.1.2 Soziodemographische Daten

Die Zusammenstellung der beiden Untersuchungsgruppen geschah nach den in der Methodik beschriebenen Kriterien. Eine Rekrutierung nach den Regeln des *paired matching* wurde nicht durchgeführt.

Im Altersvergleich der Teilnehmer konnten keine statistisch relevanten Unterschiede der Untersuchungsgruppen festgestellt werden (im *t*-Test wurde ein *p*-Wert von lediglich 0,36 ermittelt). Das durchschnittliche Alter der LTNP lag allerdings mit 37,2 Jahren etwas über dem der STP, mit durchschnittlich 34,5 Jahren [vgl. Abb. 3.1].

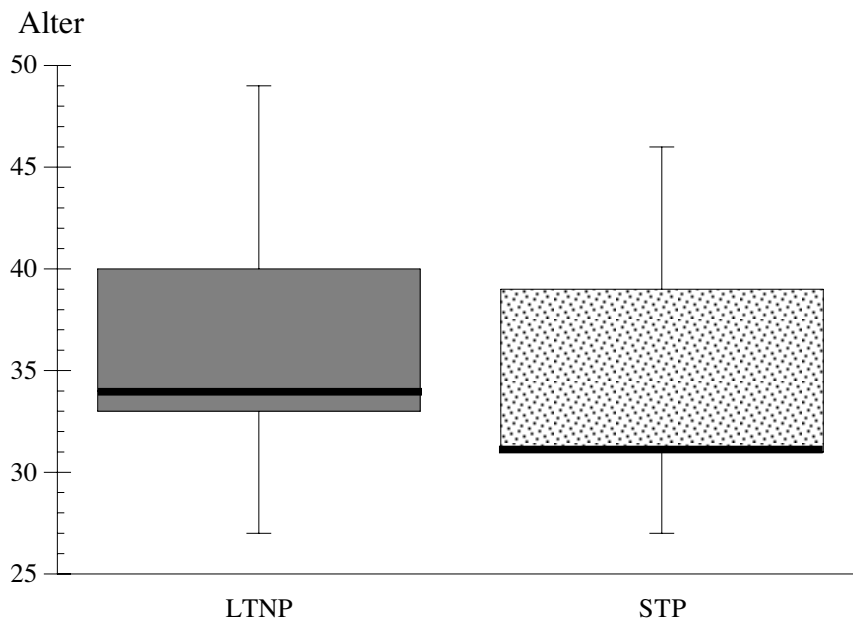


Abb. 3.1: Altersstruktur der beiden Untersuchungsgruppen (mit Darstellung von Median und Quartilen)

Auch im Bezug auf den Ausbildungsstand der teilnehmenden Gruppen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede [vgl. Abb. 3.2 und 3.3].

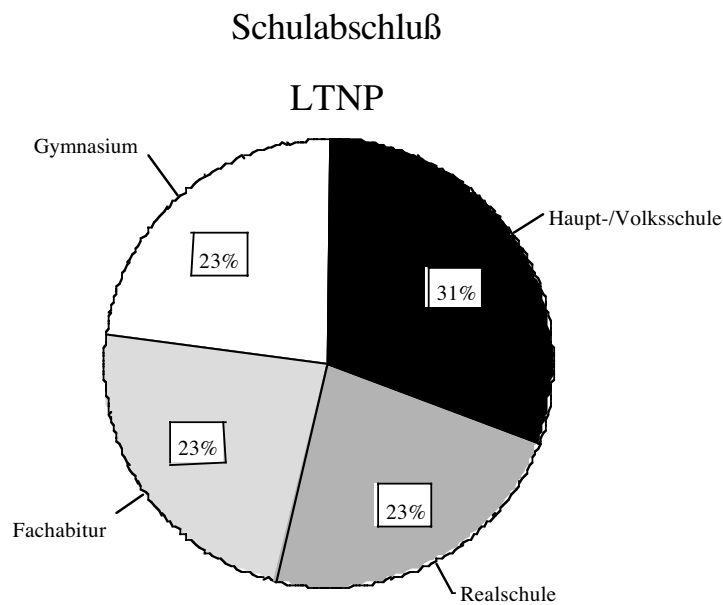


Abb. 3.2: Ausbildungsstand LTNP

Schulabschluss

STP

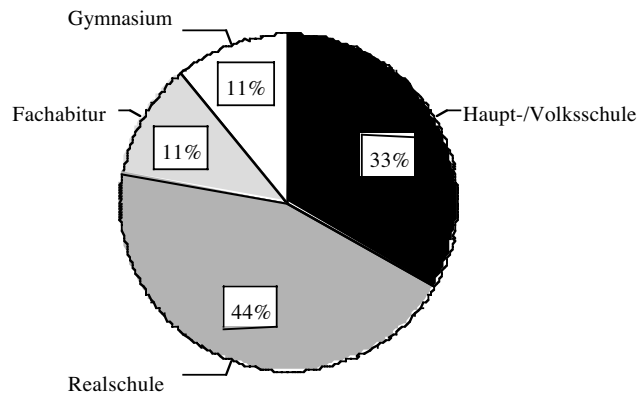


Abb. 3.3: Ausbildungsstand STP

Es zeigte sich zwar, daß LTNP ihre Schulausbildung zu einem etwas größerem Teil (23%) als STP (11%) mit dem Abitur abschlossen und STP eher einen Real- oder Hauptschulabschluß erwarben (44%) als LTNP (23%), doch wiesen diese Ergebnisse nur eine schwache statistische Relevanz auf (p -Wert=0,65).

Auch im Bezug auf die Unterschiede im beruflichem Werdegang ergaben sich nur unsignifikante Unterscheidungen: 62% der LTNP und 78% der STP beendeten eine Lehre oder eine Berufsfachschule. 31% der LTNP und 11% der STP besuchten eine Universität. Der p -Wert hier war 0,35 [vgl. Abb. 3.4 und 3.5].

Beruflicher Abschluß

LTNP

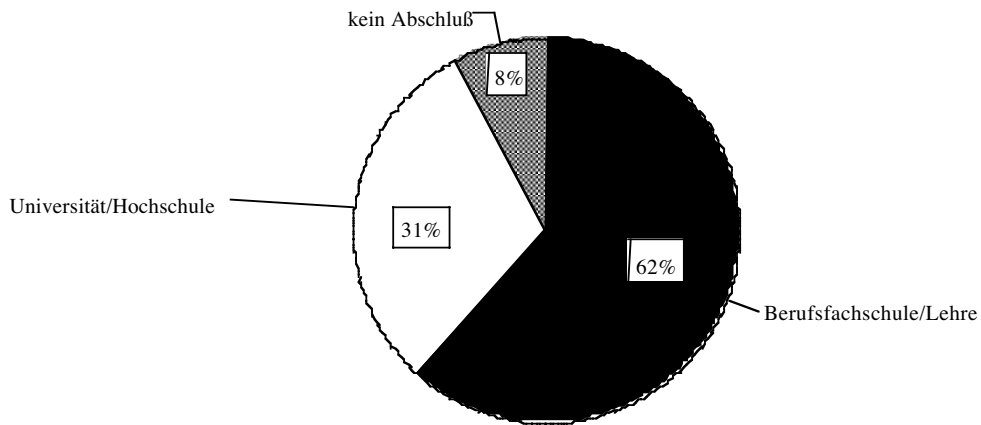


Abb. 3.4: Berufsabschluß LTNP

Beruflicher Abschluß

STP

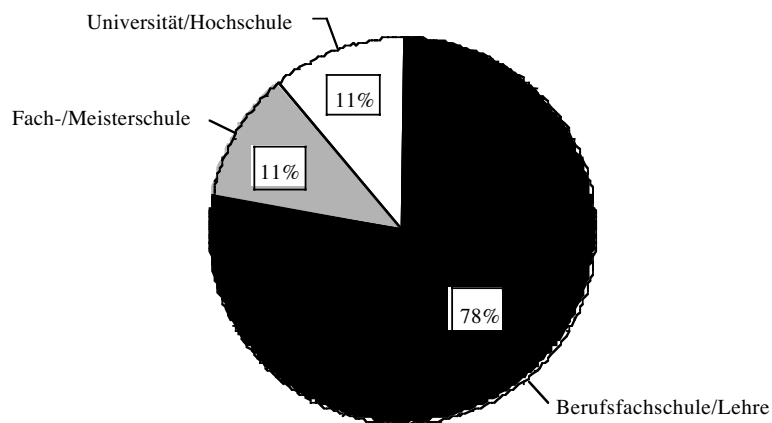


Abb. 3.5: Berufsabschluß STP

Auch die Verteilungsstruktur bezüglich der derzeitigen Berufstätigkeit der Studienteilnehmer ergab kein statistisch signifikante Unterscheidung [vgl. Abb. 3.6].

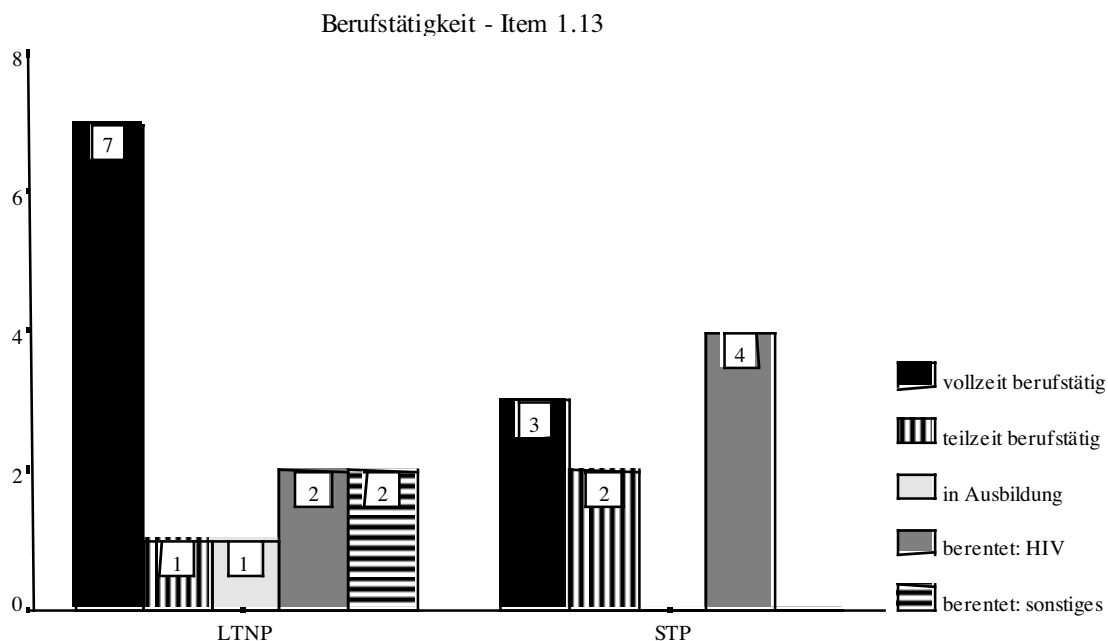


Abb. 3.6: Berufstätigkeit (absolute Anzahl der Teilnehmer)

Es ist zwar feststellbar, daß der Anteil der berufstätigen LTNP im Vergleich zu den STP höher ist und daß die HIV-bedingten Berentungen häufiger bei den STP als bei den LTNP angegeben wurden, doch ist eine Verallgemeinerung bei einem p -Wert von 0,28 hier nicht zulässig.

Beim Vergleich der beiden Untersuchungsgruppen bezüglich urbaner bzw. ruraler Herkunft konnten wiederum keine statistisch aussagekräftigen Ergebnisse ermittelt werden (p -Wert=0,34). Dennoch zeigte sich, daß die untersuchten Teilnehmer der Gruppe der LTNP tendentiell eher aus einer ländlichen Umgebung stammten, wohingegen STP eher städtischer Herkunft waren [vgl. Abb. 3.7].

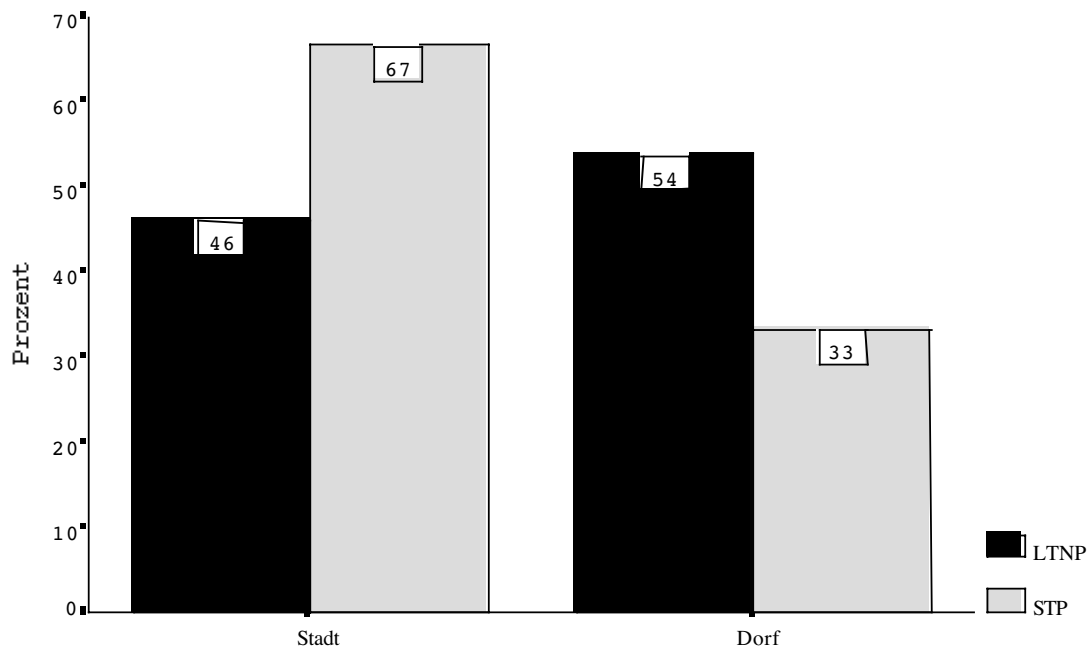


Abb. 3.7: Herkunft der Teilnehmer

3.1.3 Biomedizinische Daten

Die Untersuchungsgruppen zeigten, wie erwartet und wie durch die Einschlußkriterien zum Teil gefordert, sehr deutliche Unterschiede in den erhobenen Surrogatmarkern der HIV-Erkrankung. Im *t*-Test konnten signifikante Unterschiede für die CD4+-Zahl und die Viruslast bestätigt werden [vgl. Abb. 3.8 und 3.9].

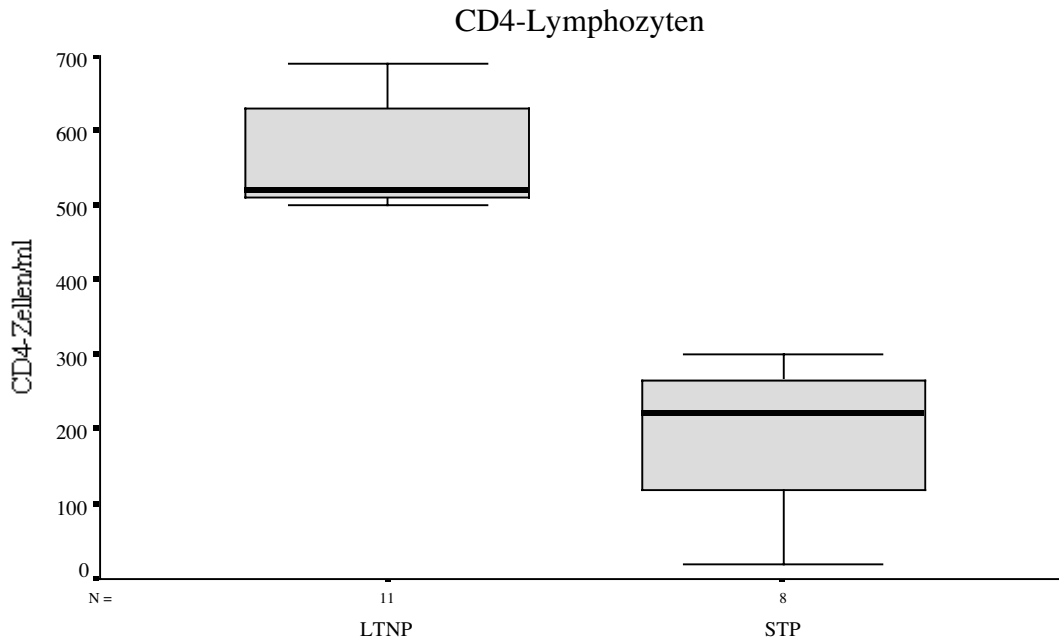


Abb. 3.8: CD4+-Lymphozyten bei LTNP und STP (mit Darstellung von Median und Quartilen)

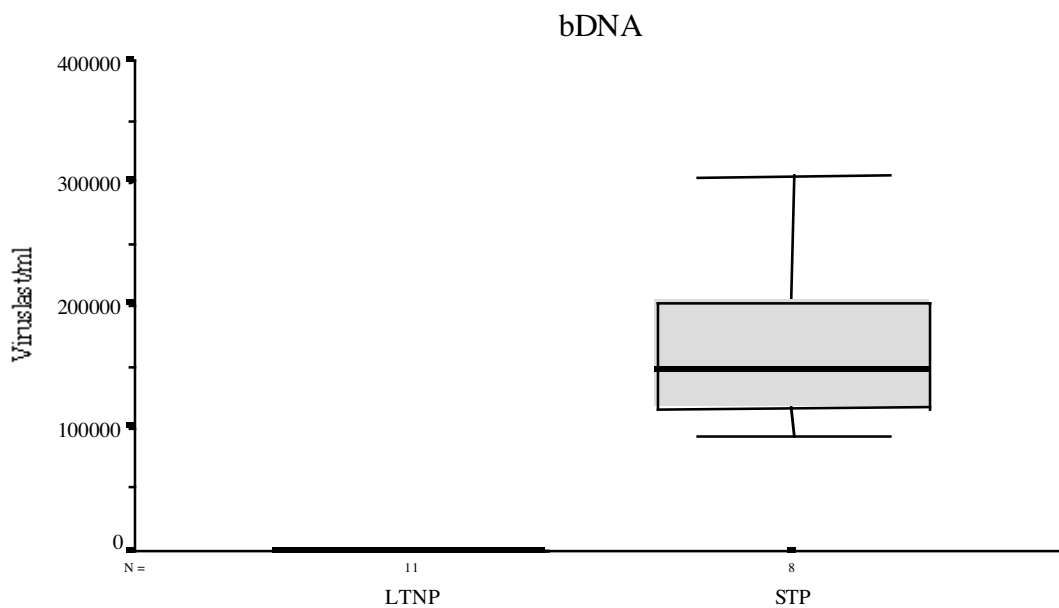


Abb. 3.9: Viruslast (bDNA) bei LTNP und STP (mit Darstellung von Median und Quartilen). Für bDNA-Werte, welche unterhalb der Nachweisgrenze lagen, wurde der Wert „0“ verwendet.

Bei der Verteilung der CD8-Lymphozyten wie auch beim Verhältnis der CD4-Lymphozyten zu den CD8-Lymphozyten zeigten sich ebenfalls deutliche Unterschiede. In beiden Parametern wiesen LTNP höhere Werte auf. Die Untersuchungsgruppen konnten durch den *t*-Test für die CD8-Lymphozyten mit

einem signifikanten p -Wert von 0,027 getrennt werden, für die Ratio CD4/CD8 errechnete sich ein p -Wert von 0,078 [vgl. Abb. 3.10 und 3.11].

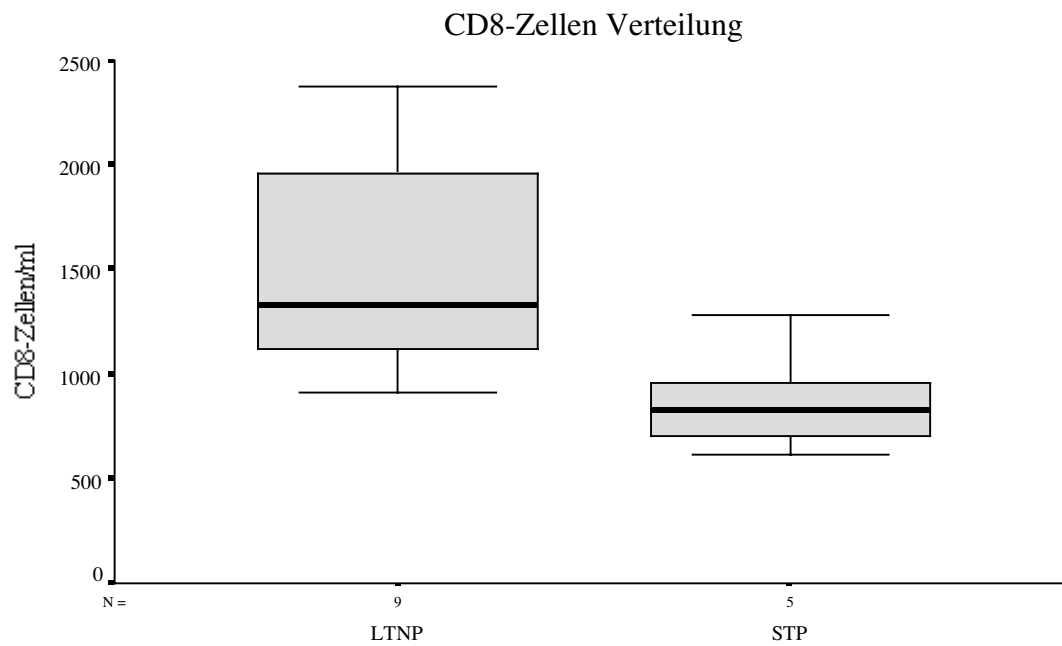


Abb. 3.10: CD8+-Zellen bei LTNP und STP (mit Darstellung von Median und Quartilen)

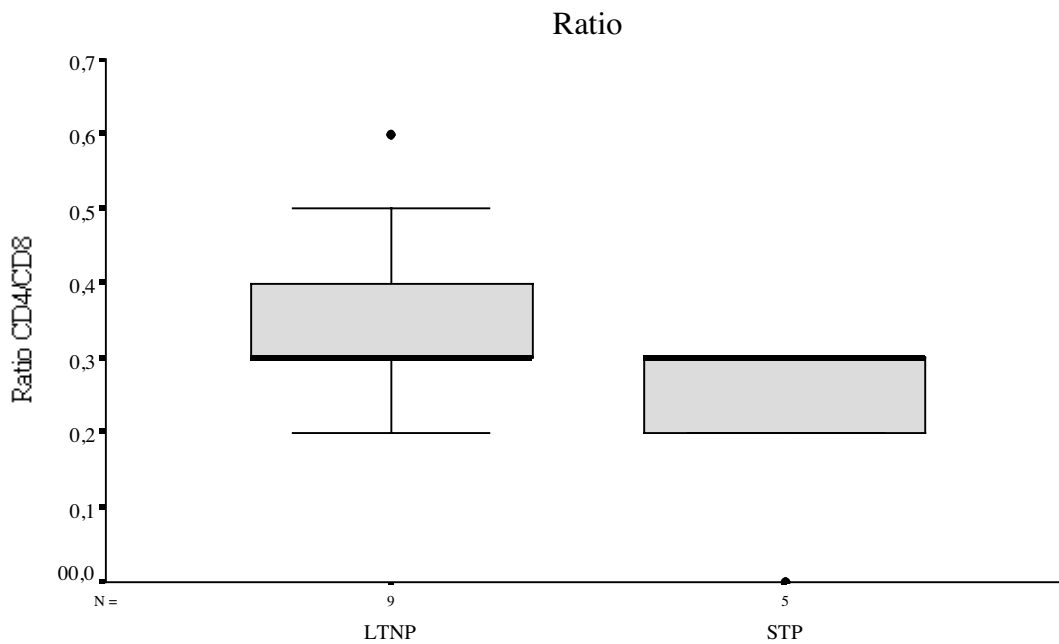


Abb. 3.11: Ratio CD4/CD8 bei LTNP und STP (mit Darstellung von Median, Quartilen und Ausnahmen)

Eine differenzierte klinische Beurteilung der Studienteilnehmer war nur unvollständig möglich [vgl. Kap. 2.2.4]. Durch das spezifische Rekrutierungsvorgehen konnte eine studieneigene medizinische Untersuchung nicht vorgenommen werden.

Die zur Verfügung stehenden Anamnesen, Krankenakten, Patientendokumentationen und Unterlagen über die Studienteilnehmer wurden systematisch auf bekannte Kofaktoren der HIV-Erkrankung untersucht. Bei keinem der 22 Studienteilnehmer wurde der Nachweis einer akuten, chronischen oder ausgeheilten Infektion mit Hepatitis-B- oder Hepatitis-C-Viren festgestellt. Alle Teilnehmer wiesen einen guten klinischen Allgemein- und Ernährungszustand auf. Trotz der Unverifizierbarkeit dieser Daten, erhärtete sich die Vermutung, daß die gefundenen Gruppenunterschiede nicht auf diese viralen Kofaktoren zurückzuführen waren.

3.2 Quantitative Auswertung des 'Fragebogens zu Individuellen und Gesellschaftlichen Aspekten der HIV-Infektion' (FIGAH)

3.2.1 Übersicht

Wie bei einer explorativ angelegten Studie zu erwarten, zeigten nur eine geringe Anzahl von Items des FIGAH statistisch relevante Gruppenunterschiede. Die 148 Fragen dieses Instrumentes wurden in insgesamt 415 Items kodiert [vgl. Kap. 2.4.1]. 52 sensitive Items mit einem p -Wert von bis zu 0,13 konnten in die Auswertung aufgenommen werden. Diese entsprachen 12,5% der kodierten Items, wobei die meisten Items (4,8%) der höchsten statistischen Kategorie zuzuordnen war (entspr. 38,4%). Nach p -Werten geordnet, ergab sich folgende Verteilung der sensitiven Items des FIGAH [vgl. Tab.3.2]:

<i>Statistisches Niveau, p</i>	<i>Itemanzahl</i>	<i>Anteil am statistischen Niveau</i>	<i>Gesamtanteil</i>
$p < 0,05$	20	38,4%	4,8%
$0,05 < p < 0,10$	13	25,0%	3,1%
$0,10 < p < 0,13$	19	36,6%	4,6%
GESAMT	52	100 %	12,5%

Tab.3.2: Verteilung der statistisch relevanten Items. „Anteil am stat. Niveau“: Verteilung der Items nach statistischem Niveau (100% = alle statistisch relevanten Items); „Gesamtanteil“: Verteilung im Bezug auf die Gesamtzahl der Items im FIGAH.

Diejenigen Items, welche eine Irrtumswahrscheinlichkeit von weniger als 0,05 aufwiesen, wurden als *signifikante* Items bezeichnet, diejenigen mit einem p -Wert bis zu 0,10 als *Tendenzen 1. Grades* und Items mit einem p -Wert bis zu 0,13 als *Tendenzen 2. Grades*. Im folgenden Kapitel werden die einzelnen sensitiven Items, nach deren Signifikanzklassen und Inhalten geordnet, beschrieben.

3.2.2 Items mit signifikanten Gruppenunterschieden

Gruppenkriterien

Zur Überprüfung der erhobenen Einschlußkriterien wurde im FIGAH zum einen der Zeitpunkt des HIV-Tests [vgl. Abb. 3.12], zum anderen der von den Untersuchungsteilnehmern vermutete Infektionszeitpunkt [vgl. Abb. 3.13] erhoben. Beide Items zeigten wie erwartet deutliche Unterschiede in beiden Untersuchungsgruppen.

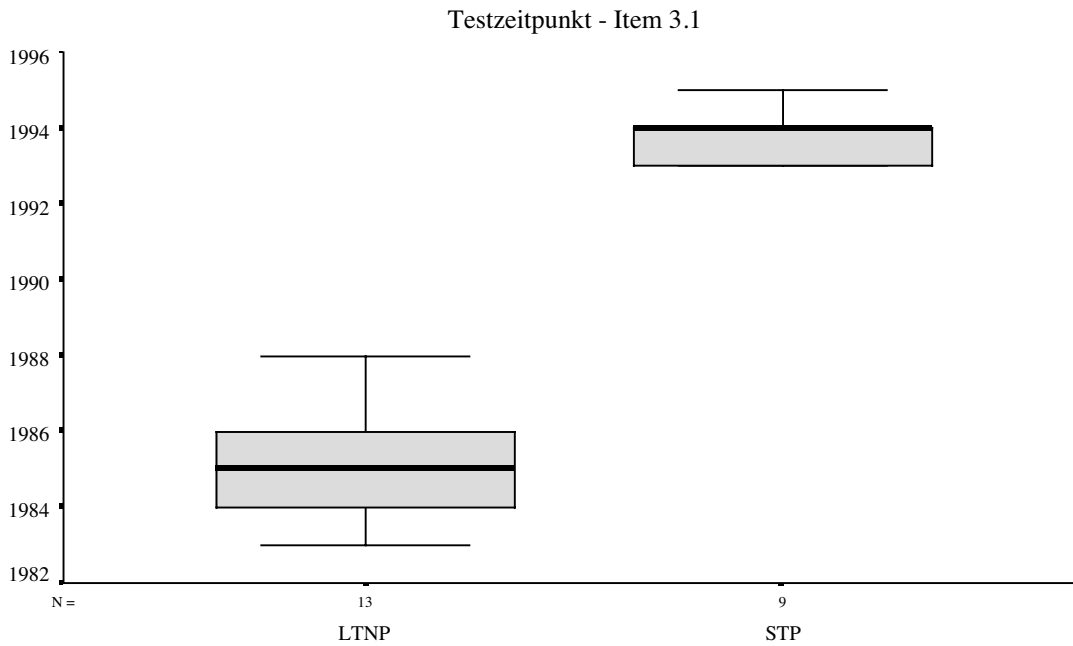


Abb. 3.12: Dokumentierter Testzeitpunkt (mit Darstellung von Median und Quartilen)

Der mittlere **Testzeitpunkt** für die Gruppe der LTNP wurde für 1985,3 errechnet, der für die STP lag bei 1993,7. Die Datenerhebung geschah im Zeitraum des Jahres 1996, so daß man die mittlere Zeit seit dem HIV-Test bei 10,7 Jahren (LTNP) bzw. 2,3 Jahren (STP) festmachen konnte. Es wurde ein Signifikanzwert von $p=0,005$ ermittelt.

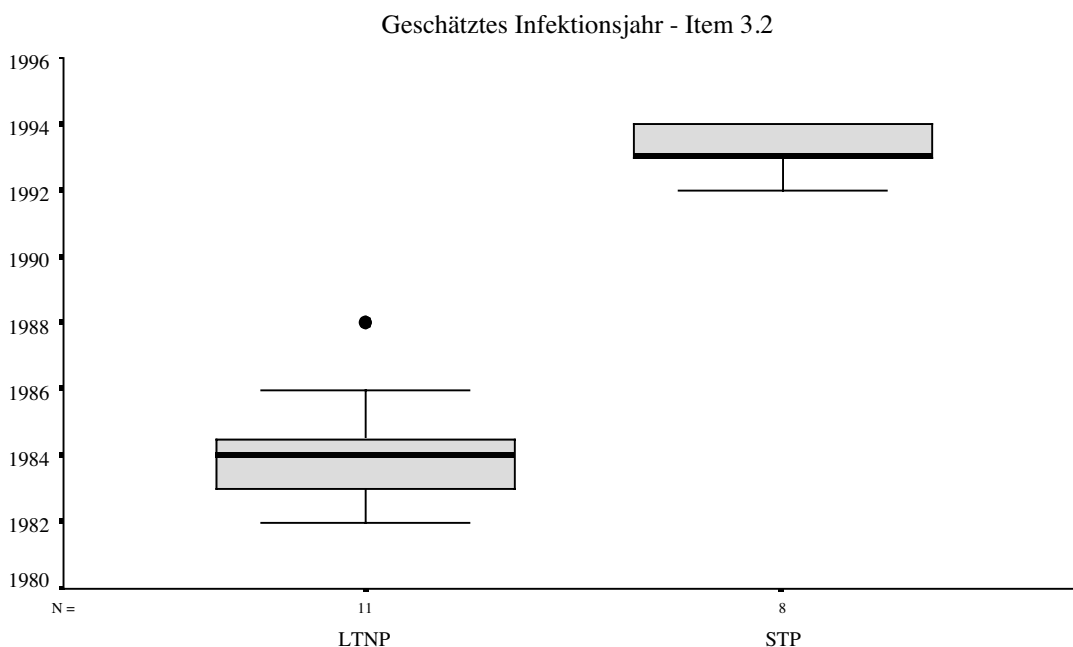


Abb. 3.13: Geschätzter Testzeitpunkt (mit Darstellung von Median, Quartilen und Ausnahmen)

Für den von den Teilnehmern erfragten **geschätzten Infektionszeitpunkt** konnten ähnlich deutliche Unterschiede gefunden werden. Der mittlere geschätzte Infektionszeitpunkt für LTNP lag bei 1984,0, der für STP bei 1993,2. Die mittlere geschätzte Infektionsdauer lag also bei 12 (LTNP) bzw. 2,8 (STP) Jahren. Ein Irrtumswahrscheinlichkeit von $p=0,014$ konnte im χ^2 -Test festgestellt werden.

Soziodemographische Daten

Nur in einem Item aus diesem Themenbereich des FIGAH konnte eine deutliche Signifikanz ermittelt werden. Auf die Frage über allgemeinen Beweggründe, welche zur jetzigen **Wohnsituation** geführt haben, ergaben sich unterschiedliche Beweggründe [vgl. Abb. 3.14].

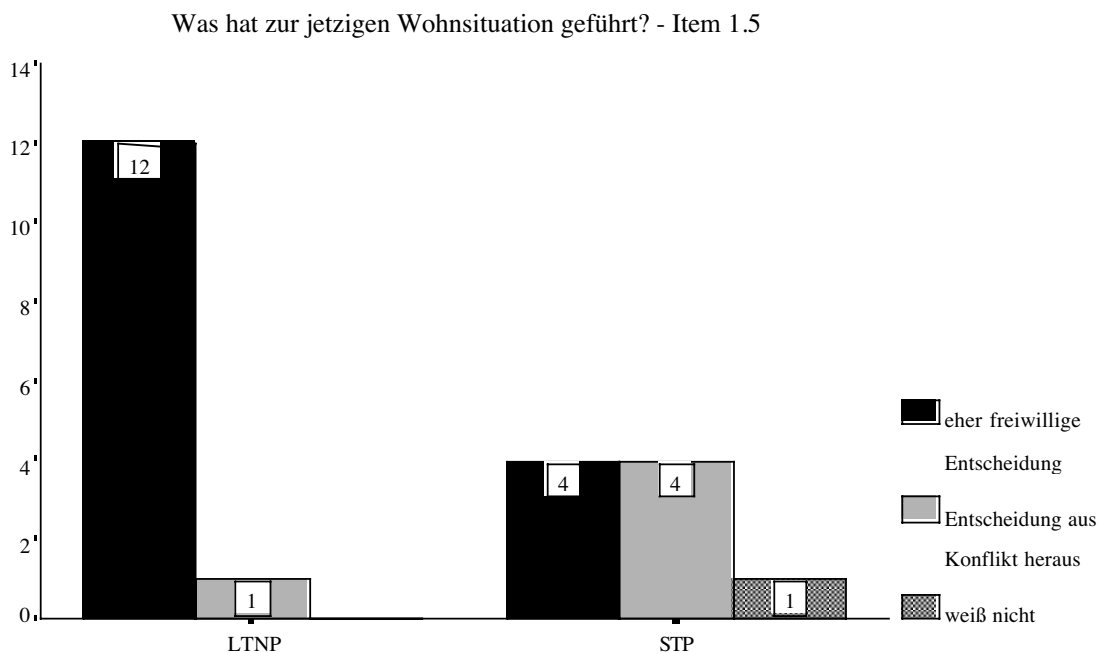


Abb. 3.14: *Jetzige Wohnsituation - Beweggründe (hier und in allen folgenden vergleichbaren Abbildungen: absolute Anzahl der Teilnehmer)*

Bei deutlich mehr LTNP als STP führte eine freiwillige Entscheidung zu ihrer heutigen Lebenssituation (Wohnort, Wohnsituation, etc.). Bei den befragten STP wurden konflikthafte Gründe ebenso häufig wie freiwillige Entscheidungen angegeben. Der Signifikanzwert (χ^2 -Test) betrug hier $p=0,043$.

Homosexualität/Sexualität

Fragen aus diesem umfangreichsten und vielfältigen Themenbereich des FIGAH erzielten überproportional häufig signifikante Gruppenunterschiede. In der Frage 2.9 des FIGAH wurde thematisiert, welche Personen in der Alltagsumgebung des Studienteilnehmers über dessen Homosexualität informiert seien. Nur bei der Präzisierung bezüglich des **Arbeitgebers** des Teilnehmers, traten hierzu deutliche Unterschiede auf [vgl. Abb. 3.15].

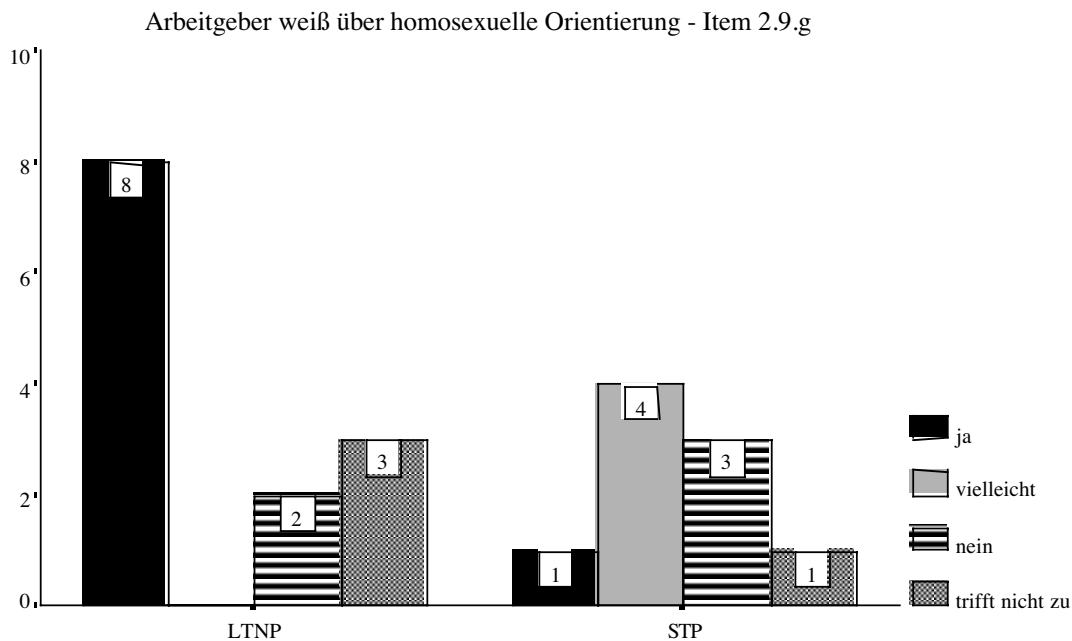


Abb. 3.15: *Informierung der Umwelt - Arbeitgeber*

Es zeigte sich mit einer deutlichen Signifikanz ($p=0,016$), daß Arbeitgeber von LTNP häufiger über deren Homosexualität informiert wurden als Arbeitgeber von STP. Bei der Gruppe der STP war nur der Arbeitgeber eines einzigen Teilnehmers über dessen sexuelle Orientierung informiert. Durch die auf den Fragebögen vermerkten Kommentare war ersichtlich, daß diese Frage auch von denjenigen Teilnehmern beantwortet wurde, welche zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits berentet waren.

Beim Kontakt der Untersuchungsgruppen zur schwulen **Szene und Subkultur** wurde eine deutliche Unterscheidungen zwischen LTNP und STP ermittelt [vgl. Abb. 3.16].

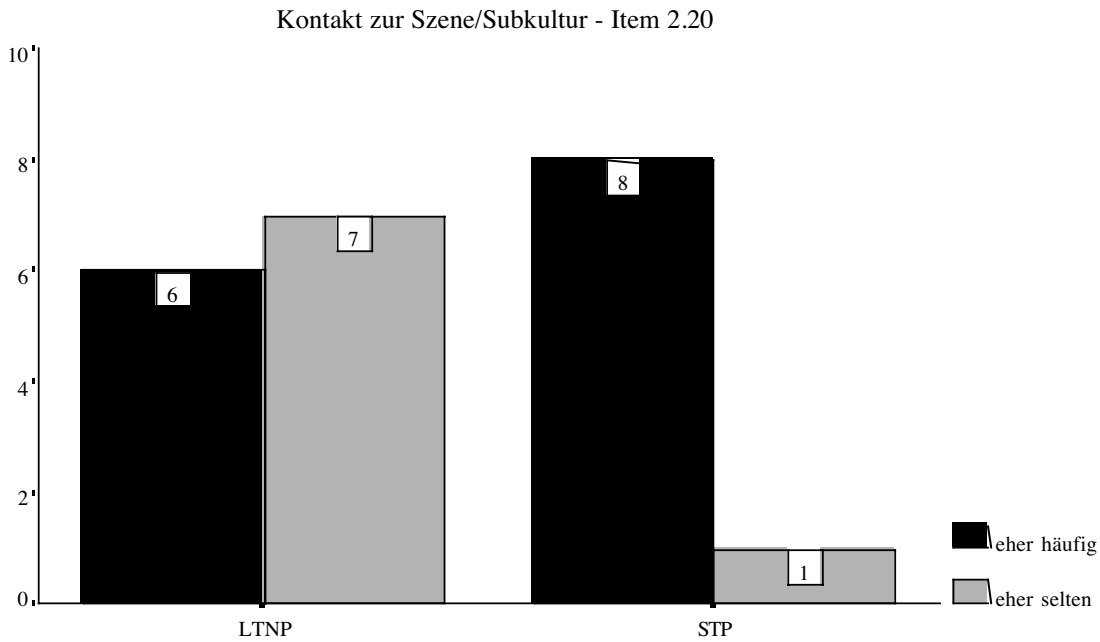


Abb. 3.16: Kontakt zur Szene/Subkultur

Diese statistisch signifikante Verteilung ($p=0,040$) veranschaulicht, daß, im Gegensatz zu LTNP die meisten STP angaben, die schwule Szene und Subkultur häufig zu frequentieren.

Auch bei der Beschreibung der Funktionen und Bedeutungen der Szene/Subkultur konnte eine klarere Meinung bei den STP festgestellt werden: Unter mehreren Optionen in Frage 2.24 des FIGAH zeigte sich bei STP eine signifikante Favorisierung für den im Fragebogen vorgegeben Antwortbegriff „**Aktionsforum**“ mit einem p von 0,041 [vgl. Abb. 3.17].

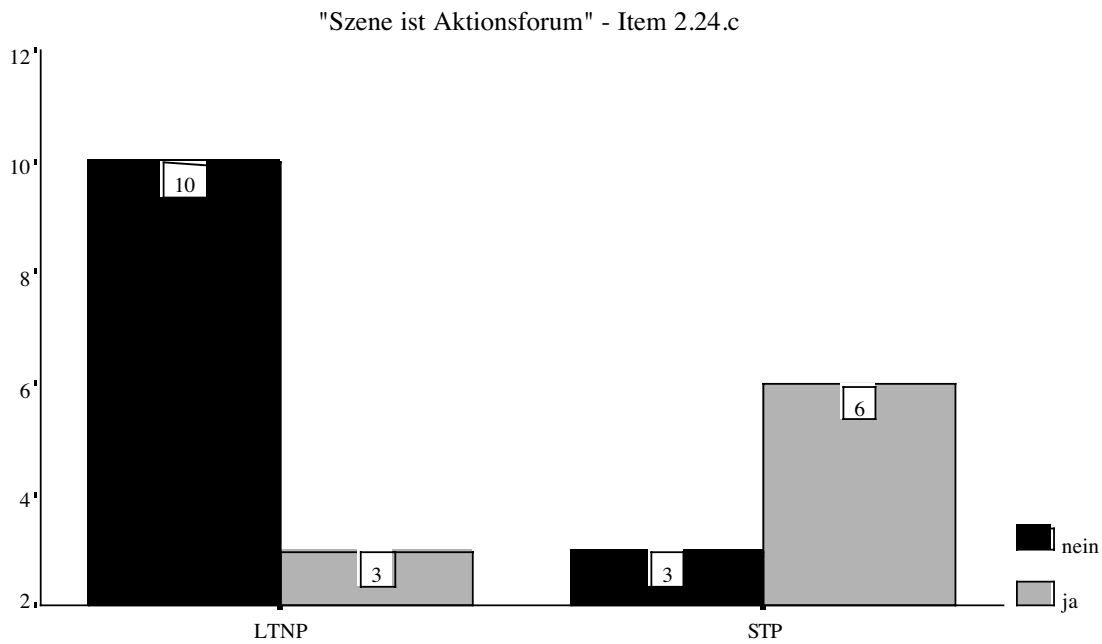


Abb. 3.17: Szene als „Aktionsforum“

In der Frage nach **längerfristigen partnerschaftlichen Beziehungen** der Teilnehmer zu Männern (Frage 2.41) kamen ebenfalls deutliche Unterscheidungen zutage [vgl. Abb. 3.18].

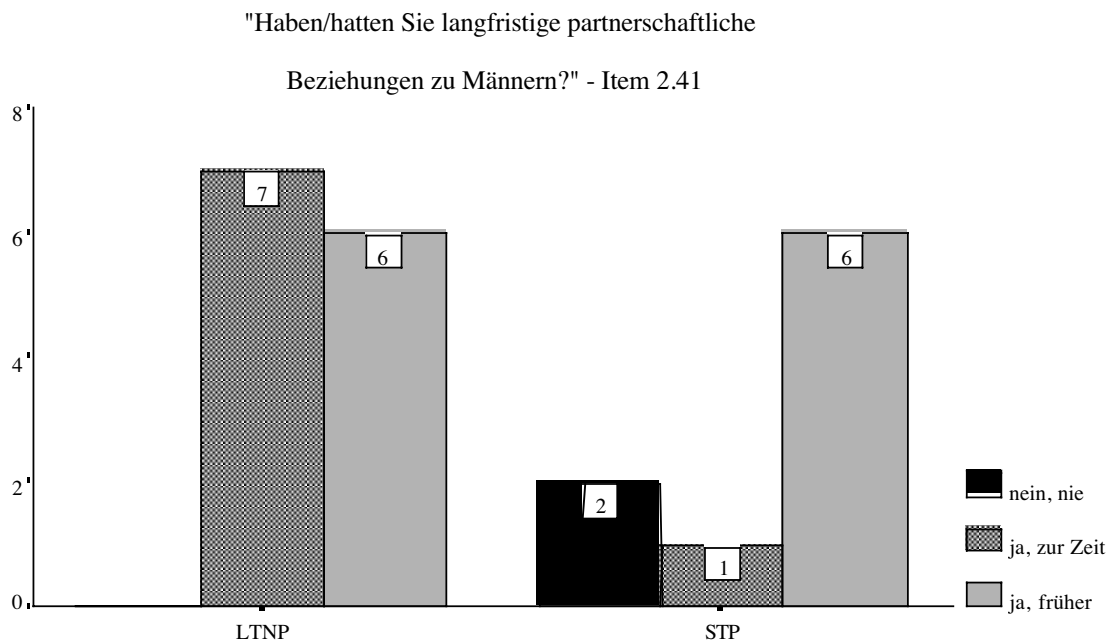


Abb. 3.18: Längerfristige partnerschaftliche Beziehungen zu Männern

Mehr Teilnehmer der Gruppe der LTNP führten während des Untersuchungszeitraums eine partnerschaftliche Beziehung zu einem Mann als STP. Nur ein Teilnehmer der STP gab im Untersuchungszeitraum eine partnerschaftliche Beziehung an. Zwei STP gaben an, noch niemals eine partnerschaftliche Beziehung zu einem Mann gehabt zu haben. Die statistische Signifikanz dieser Verteilung war $p=0,050$.

Mit einem Signifikanzwert von $p=0,042$ unterschieden sich die beiden Untersuchungsgruppen in der Einschätzung der Qualität einer Partnerschaft zu einem Mann [vgl. Abb. 3.19].

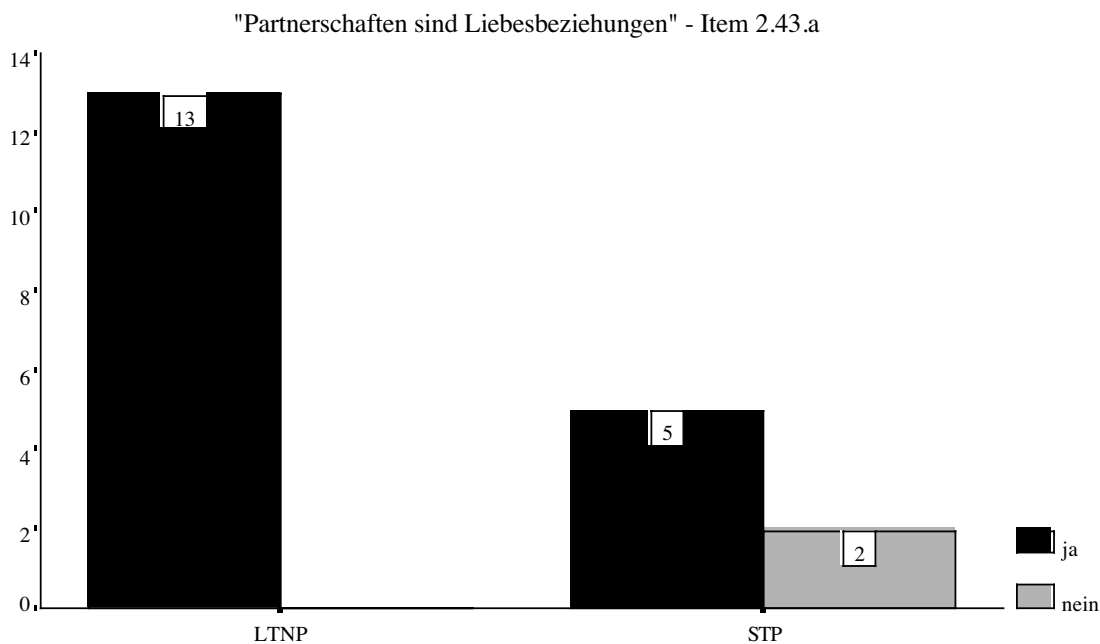


Abb.3.19: Partnerschaft ist Liebesbeziehung

Jeder der LTNP attribuierte längerfristige Beziehungen zu Männern als **Liebesbeziehung**. Da nur sieben der neun STP Erfahrungen mit Partnerschaften hatten [vgl. Abb. 3.18], ist die Gruppe der STP bei der Berechnung dieses Items kleiner ausgefallen.

Was die Erfahrungen mit partnerschaftlichen **Beziehungen zu Frauen** anging, gab es keinen statistisch aussagekräftigen Unterschied. In der Frage jedoch, wie diese Beziehungen eingeschätzt wurden, zeigte sich mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p=0,038$, daß keiner der LTNP diese als **Zweckbeziehung** bezeichnete, wohingegen die Verteilung bei der Gruppe der STP nicht eindeutig erschien. Auch hier wurden nur diejenigen Antworten berücksichtigt, bei denen die Teilnehmer Erfahrungen mit Partnerschaften zu Frauen angegeben hatten [vgl. Abb. 3.20].

Partnerschaften mit Frauen=Zweckverbindungen - Item 2.38.d

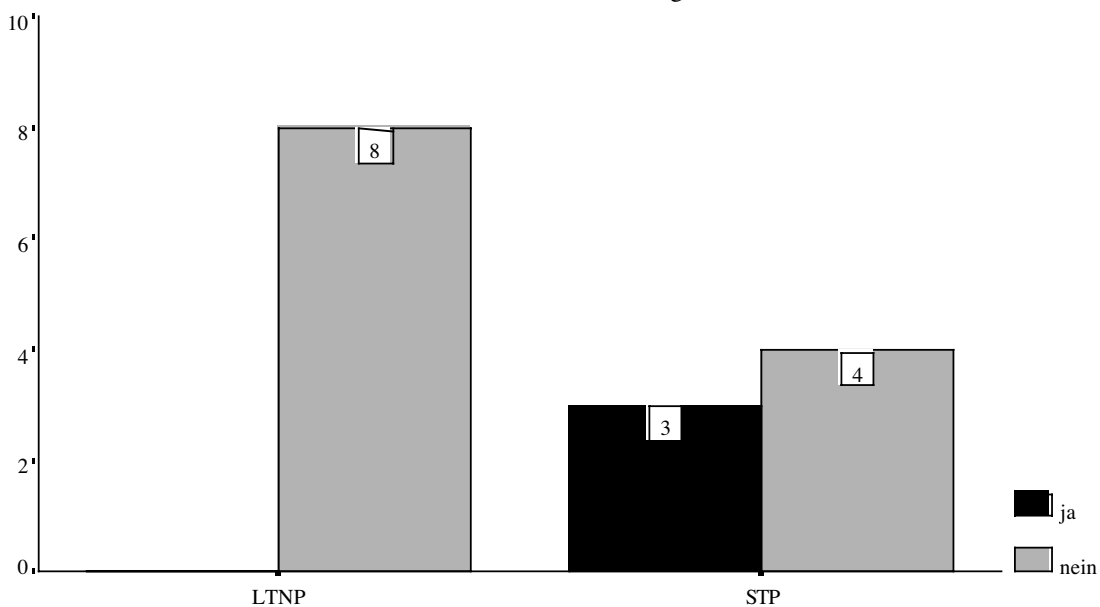


Abb. 3.20: Partnerschaften zu Frauen sind „Zweckbeziehungen“

Aus den erfragten Daten zum Themenbereich des sexuellen Handlungstils der Teilnehmer wurde eine relevante Unterscheidung bei der Frage nach dem **Safer-Sex-Verhalten** vor der Zeit der eigenen HIV-Infektion errechnet [vgl. Abb. 3.21].

Haben Sie die Regeln für Safer-Sex eingehalten, bevor

Sie selbst HIV-infiziert waren? - Item 2.58

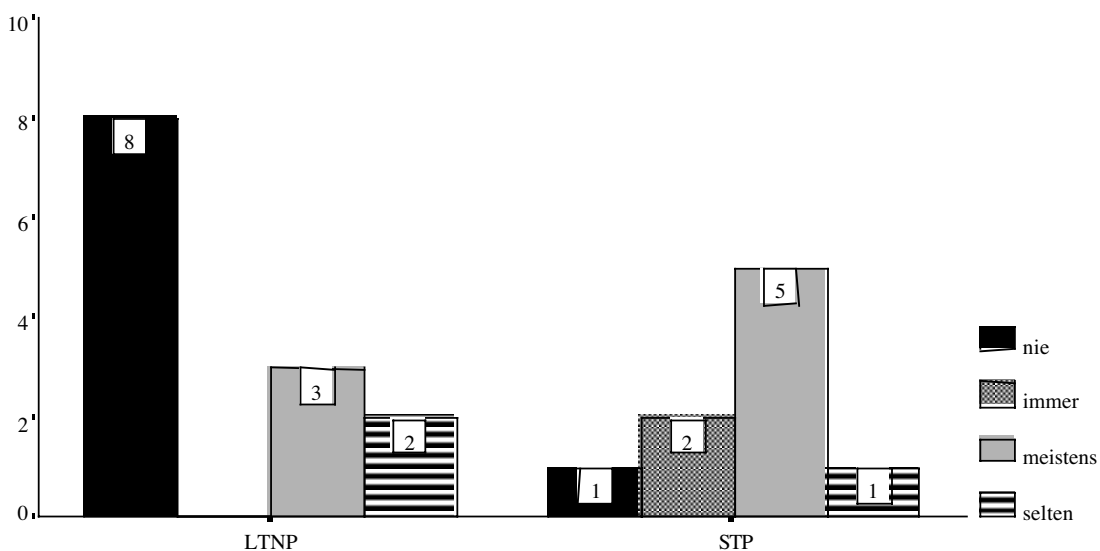


Abb. 3.21: Safer-Sex in der Zeit vor der eigenen HIV-Infektion

Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p=0,050$ wurde erkennbar, daß LTNP in ihrer Mehrheit angegeben hatten, „nie“ auf Safer-Sex geachtet zu haben, wohingegen ein Großteil der STP „meistens“ sichere Sexualpraktiken anwendeten.

HIV-Infektion

Außer den (in den Einschlußkriterien definierten) Angaben zu Testzeitpunkt und vermutetem Infektionszeitpunkt zeigten einige andere Items aus dem Themenkomplex der HIV-Infektion eine hohe statistische Relevanz. Die Frage nach dem persönlichen **Anlaß**, welcher zur Durchführung des **HIV-Tests** führte, ließ einen deutlichen Unterschied ($p=0,034$) zwischen LTNP und STP erkennen [vgl. Abb. 3.22].

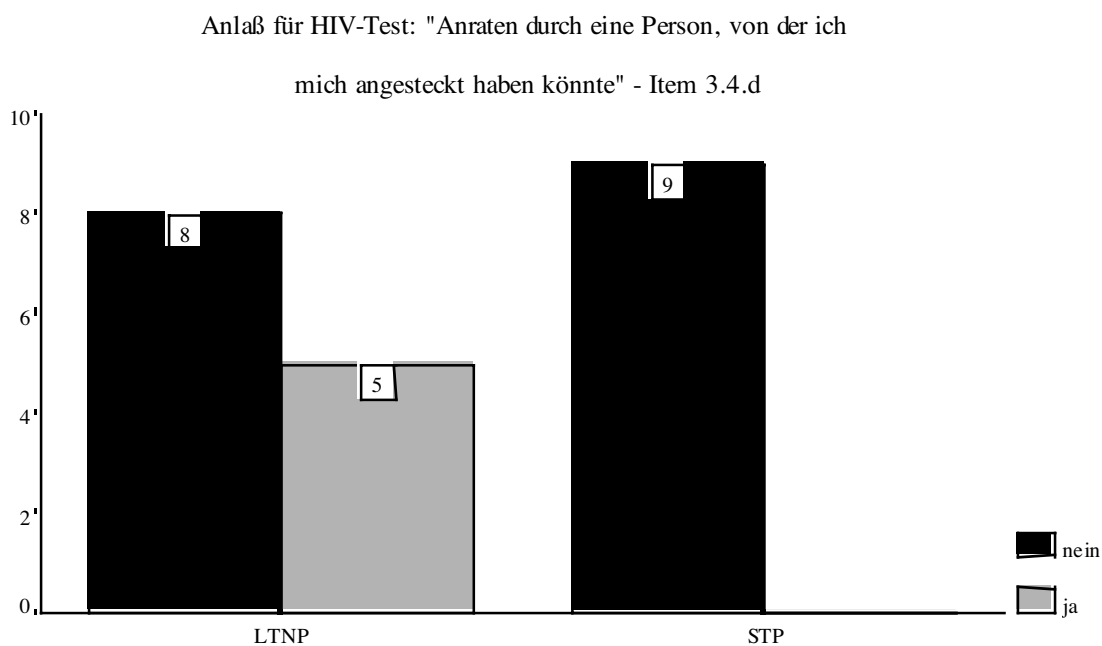


Abb. 3.22: HIV-Test wurde von einer Person angeraten, von der man sich hätte anstecken können.

Fünf der 13 LTNP wurde durch eine möglicherweise ansteckende Person geraten, sich einem HIV-Test zu unterziehen. Bei STP wurde dieses Test-Motiv von allen Teilnehmern verneint.

Wie auch im Bezug zur Mitteilung der Homosexualität [vgl. Abb. 3.15] zeigte die Informationskontrolle der befragten Teilnehmer hinsichtlich der **Mitteilung** ihres **HIV-Befundes** eine deutliche Unterscheidung [vgl. Abb.3.23].

Vom HIV-Befund erzählen: "Aus dem Grund
heraus, verpflichtet zu sein" - Item 3.17.a

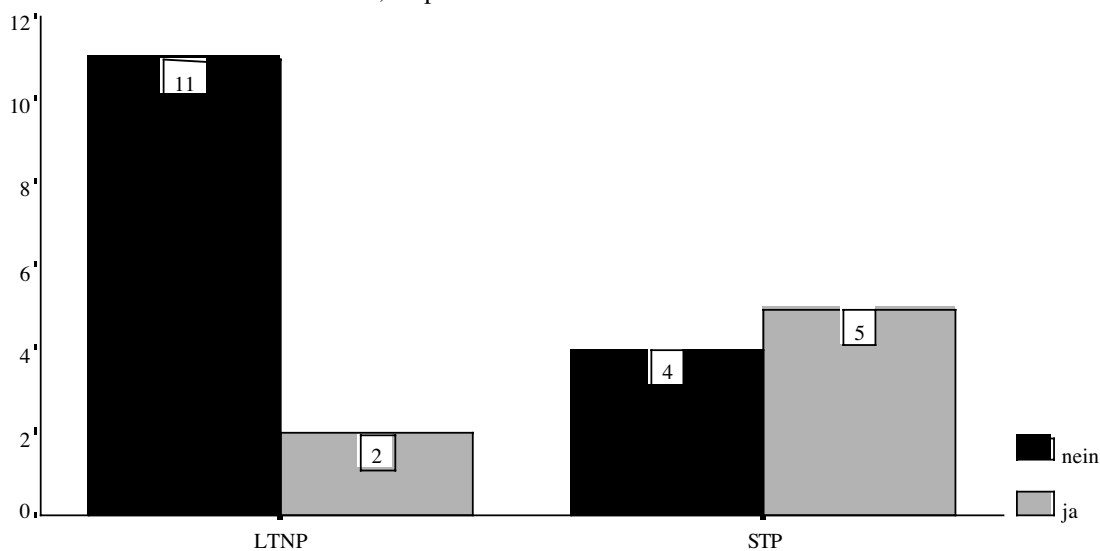


Abb.3.23: Aus Verpflichtung heraus den HIV-Befund mitteilen.

Während die Mehrzahl der LTNP verneinten, anderen Personen aus einer inneren Verpflichtung heraus über ihre HIV-Infektion zu berichten, gaben immerhin fünf von neun STP an, aus diesem Grund von ihrem Befund zu erzählen. Der p -Wert im χ^2 -Test für dieses Item betrug 0,046.

In der Frage 3.21 des FIGAH wurde danach gefragt, wie die Studienteilnehmer im allgemeinen auf negative Reaktionen bezüglich ihrer HIV-Infizierung reagieren. Bei der Antwortmöglichkeit „**Gleichgültigkeit**“ zeigte sich ein deutlicher, statistisch signifikanter, Unterschied ($p=0,013$) [vgl. Abb. 3.24].

Gleichgültige Reaktion auf negative Äußerungen bzgl. HIV-Infektion

Item 3.21.b

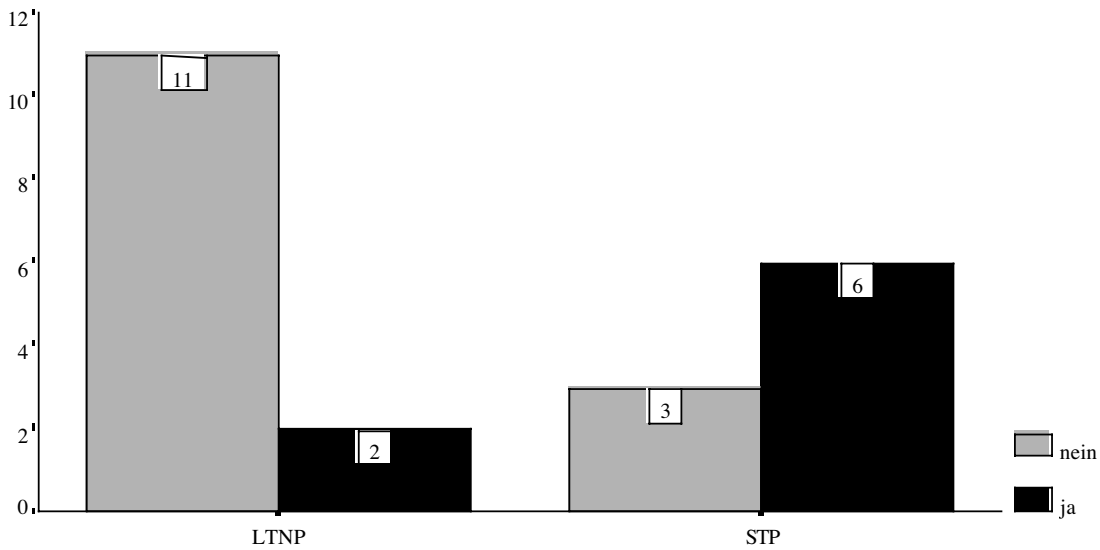


Abb.3.24: Gleichgültigkeit als Reaktion auf negative Äußerungen anderer bzgl. der HIV-Infektion

Hiernach war ersichtlich, daß STP, mehr als LTNP, mit Gleichgültigkeit auf negative Äußerungen oder Bloßstellungen bezüglich der HIV-Infektion reagierten.

Bei der Erhebung der individuellen Copingmechanismen in Bezug auf die HIV-Infektion konnten in drei Bereichen Signifikanzen ermittelt werden.

In der Anfangsphase nach Bekanntwerden des HIV-Befundes zeigte sich, daß Personen der Gruppe der STP überzufällig häufiger ($p=0,043$) einen **Arzt konsultierten**, während dies bei LTNP weniger der Fall war [vgl. Abb. 3.25].

"Oft zum Arzt gegangen" - Item 3.12.k

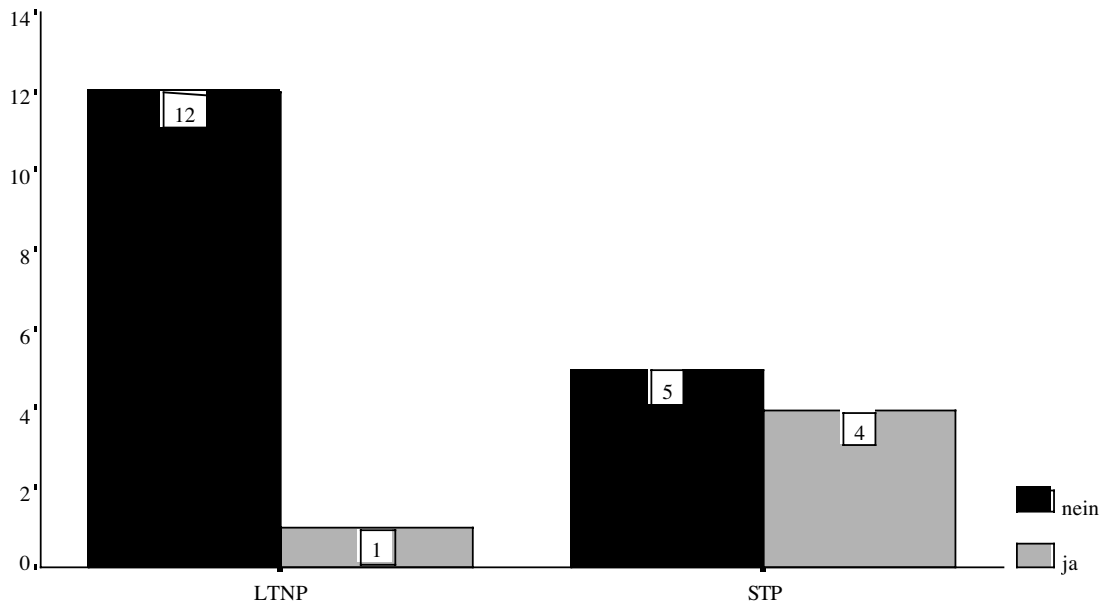


Abb. 3.25: Coping - oft zum Arzt

LTNP entschieden sich hingegen öfters für den Besuch einer **Selbsthilfegruppe** oder der Teilnahme an einem **Beratungs- oder Therapieangebot** [vgl. Abb. 3.26].

Selbsthilfegruppe, Beratung, Therapie - Item 3.12.d

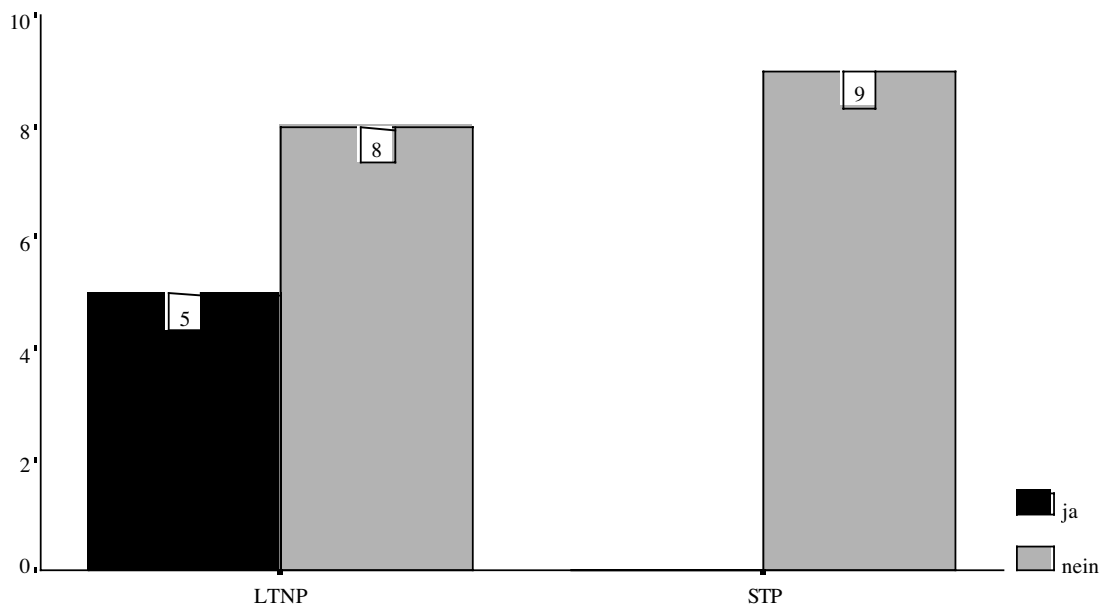


Abb.3.26: Coping - Beratung, Selbsthilfe, Therapie

Keiner der STP gab an, während der ersten Zeit nach Bekanntwerden der Infektion diese Kategorie von Copingmechanismen angewendet zu haben. Die Irrtumswahrscheinlichkeit für dieses Item betrug $p=0,034$.

Eine deutliche Unterscheidung der Gruppen ($p=0,0013$) fand sich ebenfalls bei der Bewertung einer Aussage über die **Leichtsinnigkeit** der Ansteckung [vgl. Abb. 3.27].

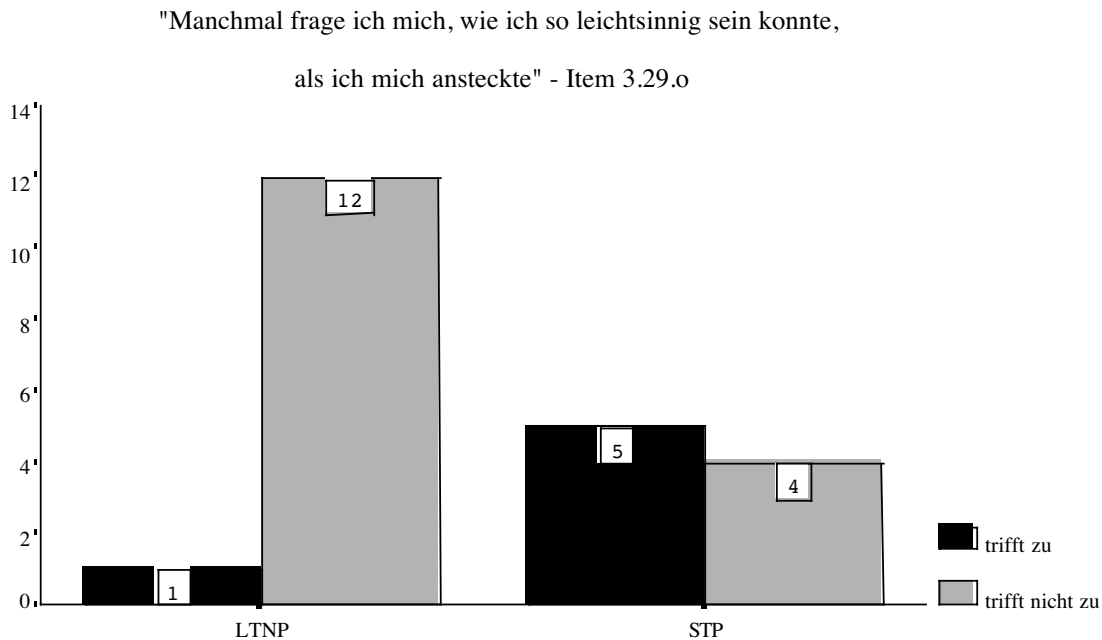


Abb. 3.27: HIV-Infektion war „leichtsinnig“

Für einen wesentlichen Teil der STP scheint dieses Thema eine Rolle zu spielen, demgegenüber konnte eine solche Emotion nur bei einem LTNP erhoben werden.

Krankheits- und Gesundheitsverhalten

In diesem Themenbereich konnten drei Items als signifikant gewertet werden. Ein starker Unterschied ($p=0,025$) trat bei der Frage nach der **Hoffnung auf Heilung** zutage. Jeder der LTNP konnte diese Frage mit „ja“ beantworten, während ein Drittel der STP diese Frage verneinte [vgl. Abb.3.28].

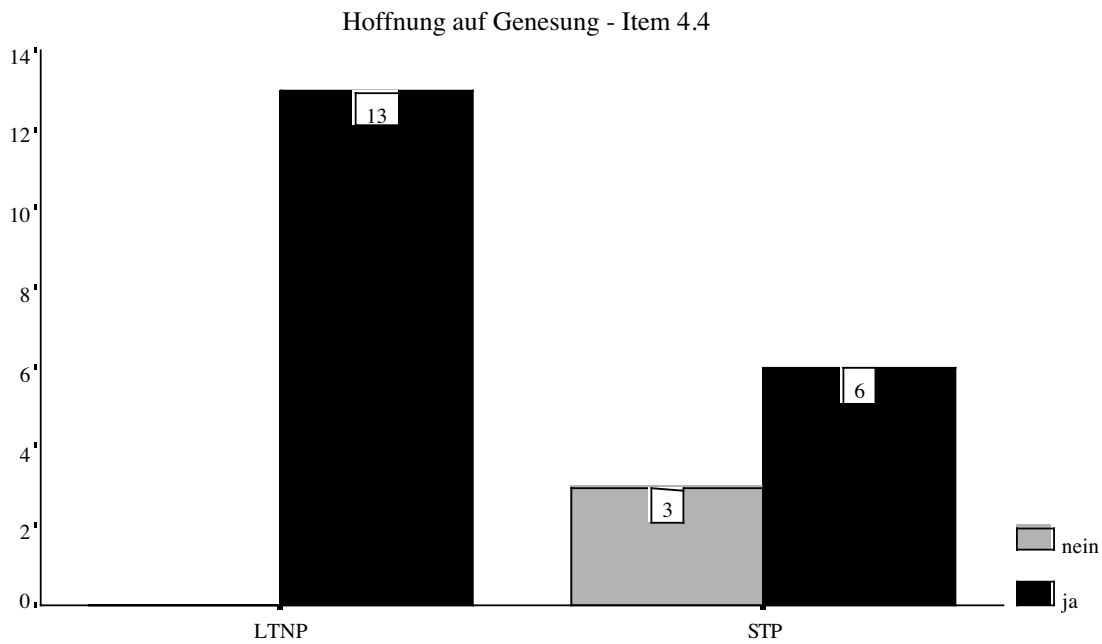


Abb.3.28: Hoffnung auf Heilung

Die Meinung über den effektivsten Heilungsmechanismus bei der Behandlung der HIV-Erkrankung unterschied sich ebenfalls signifikant ($p=0,034$) bei den beiden Teilnehmergruppen [vgl. Abb. 3.29].

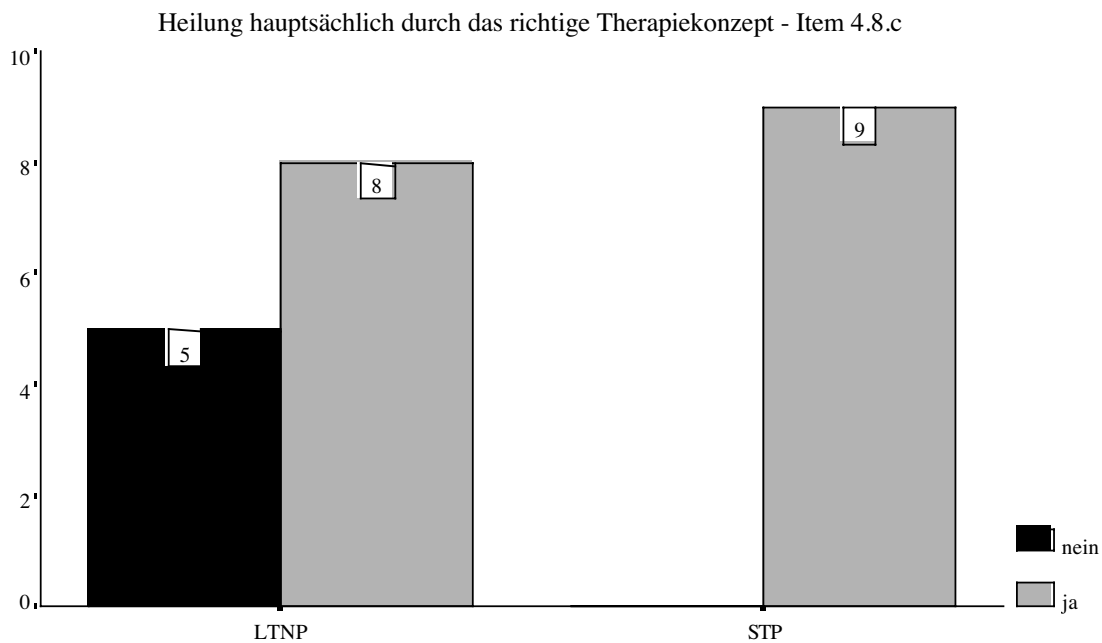


Abb. 3.29: Heilungsvorstellung - richtiges Therapiekonzept

Alle STP hielten ein **richtiges Therapiekonzept** für den entscheidenden Heilungsmechanismus, bei der Gruppe der LTNP wurde dies differenzierter gesehen.

Der **Stellenwert der HIV-Infektion** im Alltag der untersuchten Infizierten divergierte sehr deutlich bei den befragten Gruppen. Für dieses Item wurde ein p -Wert von 0,041 ermittelt [vgl. Abb. 3.30].

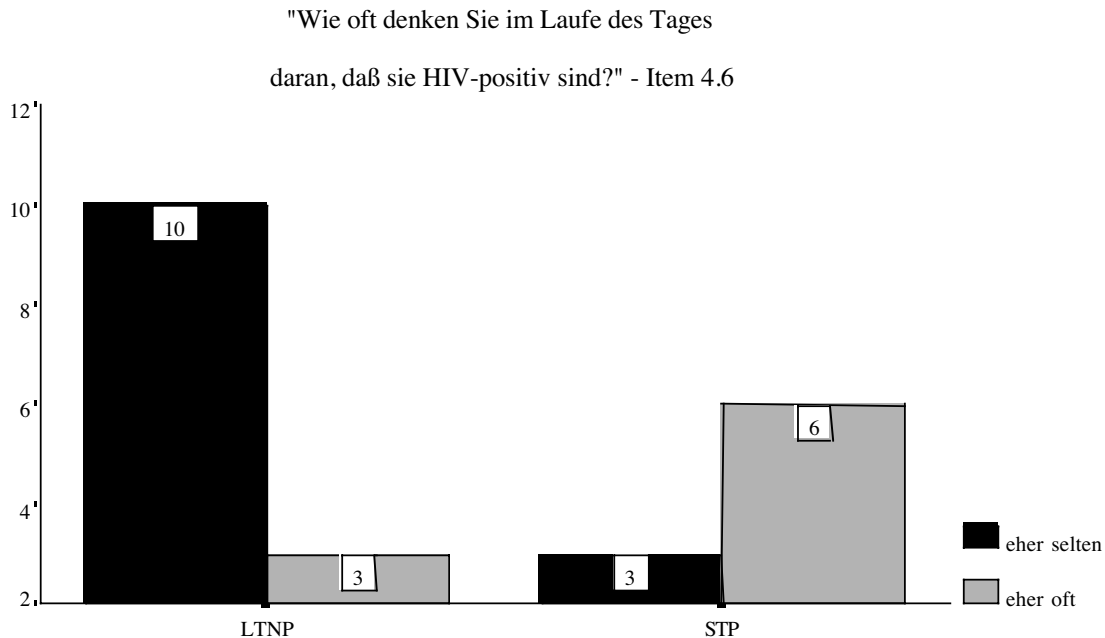


Abb. 3.30: Bedeutung der HIV-Infektion im Alltag

Die überwiegende Mehrheit der LTNP dachte eher selten an ihre Infektion, die der STP öfters.

Arzt-Patienten-Beziehung

In dieser Fragenrubrik des FIGAH konnte nur ein Item signifikante Werte produzieren. Als hauptsächliche Aufgabe des Arztes in der Behandlung eines HIV-Patienten wählten alle STP die Antwortmöglichkeit der **medizinischen Betreuung**. Für LTNP stellte sich dies mit einer Signifikanz von $p=0,034$ anders dar - obwohl sich auch hier eine Mehrzahl der Teilnehmer ebenso entschied [vgl. Abb. 3.31].

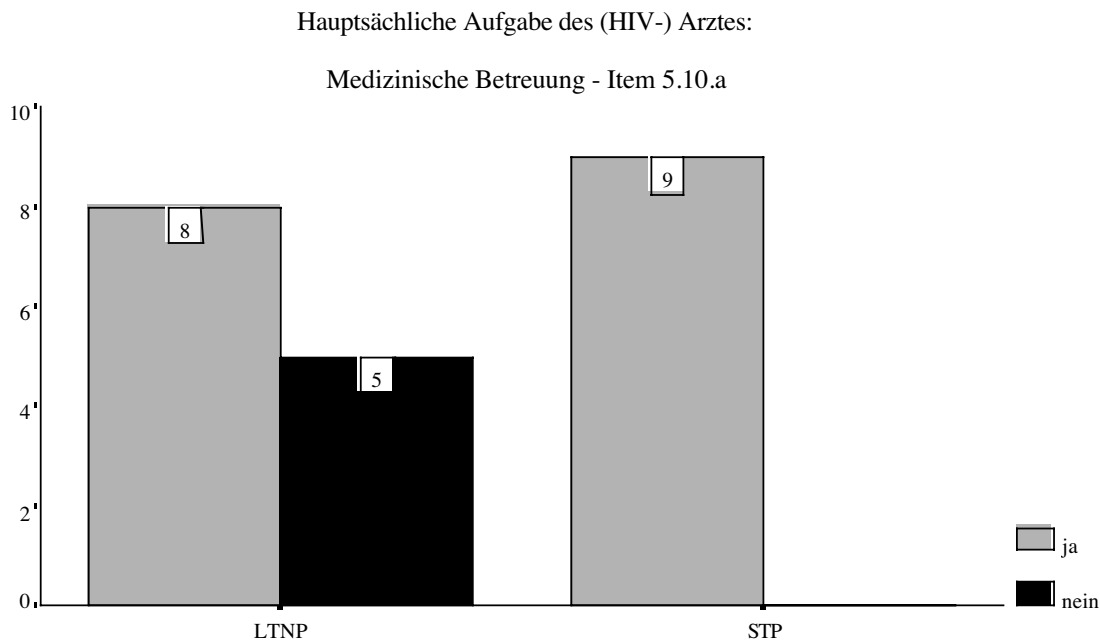


Abb. 3.31: Hauptaufgabe des Arztes - medizinische Betreuung

3.2.3 Items mit starken statistischen Gruppenunterschieden

Im Folgenden werden Items mit einer deutlichen statistischen Relevanz („starke Tendenzen“) dargestellt, welche eine Irrtumswahrscheinlichkeit von höchstens $0,05 < p \leq 0,10$ aufwiesen. Diese sensitiven Items wurden als Tendenzen ersten Grades definiert [vgl. Kap. 2.5]. Die Darstellung erfolgt wie oben auch, thematisch, nach Kapiteln des FIGAH geordnet.

Homosexualität/Sexualität

In der Frage 2.4 des FIGAH wurden die Teilnehmer befragt, ob sie in der Zeit, in der ihre ersten Vermutungen über eine homosexuelle Orientierung auftraten, die Möglichkeit hatten oder suchten, mit „**jemandem darüber zu sprechen**“, wobei bewußt nicht spezifiziert wurde, welche Gesprächspartner damit gemeint waren oder in Frage kamen [vgl. Abb. 3.32].

"Konnten Sie über ihre ersten Vermutungen bezügl.
Homosexualität mit jemandem sprechen?" - Item 2.4

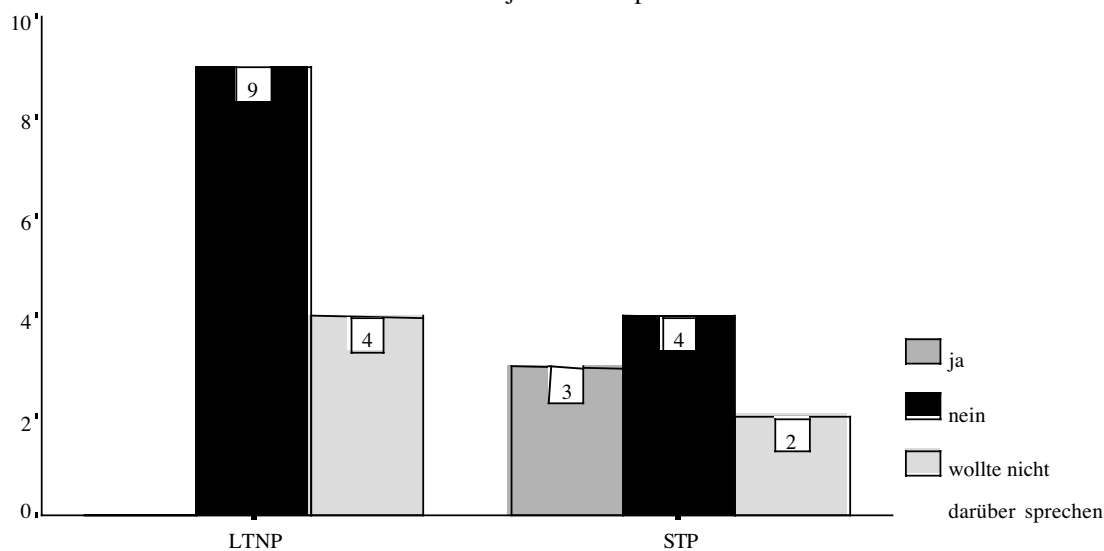


Abb. 3.32: Über erste Vermutungen bzgl. der eigenen Homosexualität sprechen?

Die Mehrheit der LTNP hatte oder suchte diese Möglichkeit nicht. Drei Teilnehmer der STP konnten mit einem Gesprächspartner ihre Vermutungen über ihre Homosexualität besprechen. Der p -Wert für dieses Item betrug 0,081.

Ähnlich wie bei Frage 3.21.b des vorherigen Kapitels [vgl. Abb. 3.24], schätzten die befragten Teilnehmer ihre eigenen Reaktionen auf negative Äußerungen oder Bloßstellungen bezüglich ihrer sexuellen Orientierung ein [vgl. Abb.3.33].

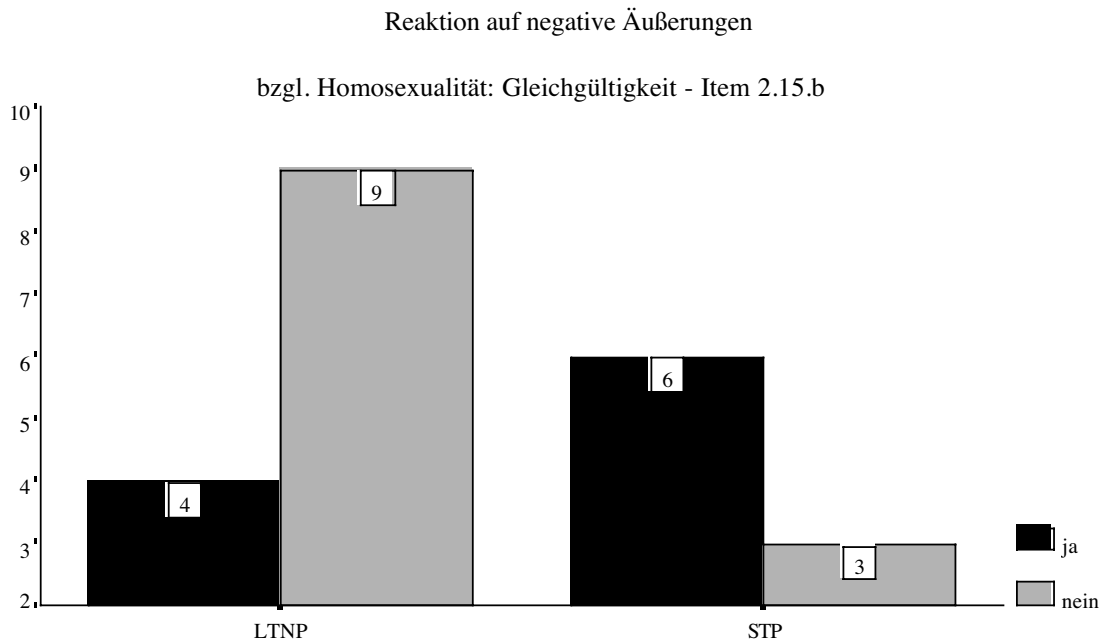


Abb. 3.33: Gleichgültigkeit als Reaktion auf negative Äußerungen anderer bzgl. Homosexualität

Mit einer statistischen Relevanz von $p=0,096$ tendieren STP mehr zu einer **gleichgültigen Reaktion** als LTNP.

Die Option des **Rückzuges bzw. des Abstreitens** hielten nur einige Teilnehmer der Gruppe der LTNP für eine geeignete Maßnahme zur Begegnung auf negative Äußerungen oder Bloßstellungen. Keiner der STP entschied sich für diese Verhaltensmöglichkeit. Als p -Wert wurde 0,065 errechnet [vgl. Abb. 3.34].

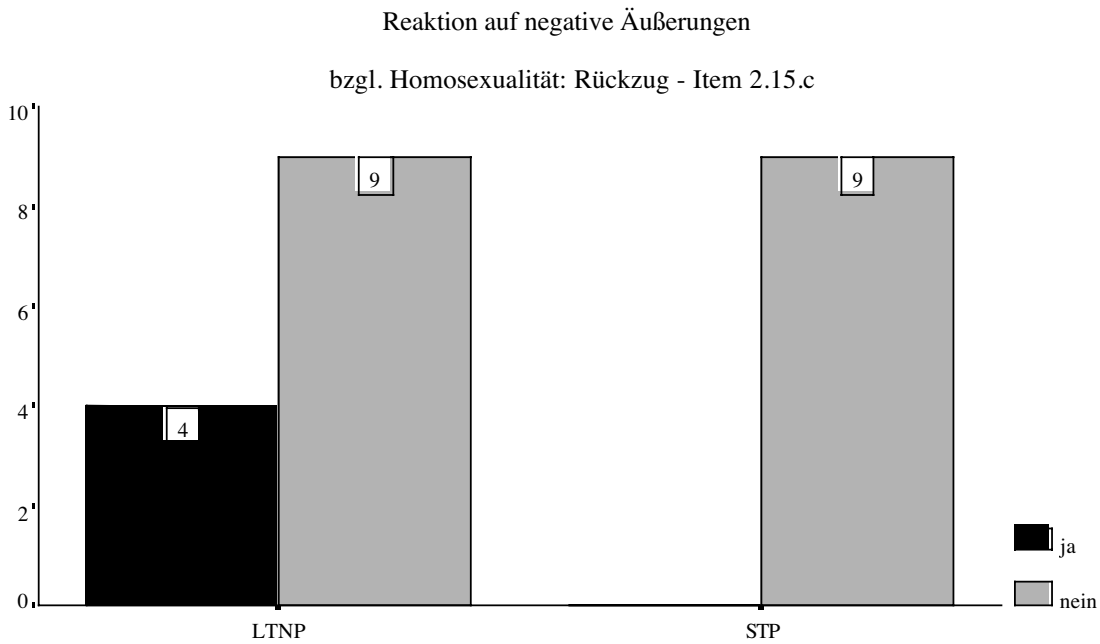


Abb. 3.34: Rückzug als Reaktion auf negative Äußerungen anderer bzgl. Homosexualität

Bei der Frage nach der spezifischen Nutzung der **schwulen Subkultur** konnte nur für einen *Ort* eine tendenzielle Präferenz ($p=0,082$) festgestellt werden. STP bevorzugten **Diskotheken**, welche für ein schwules Publikum konzipiert sind, häufiger als LTNP, bei denen keiner der *Szeneorte* favorisiert wurde [vgl. Abb. 3.35].

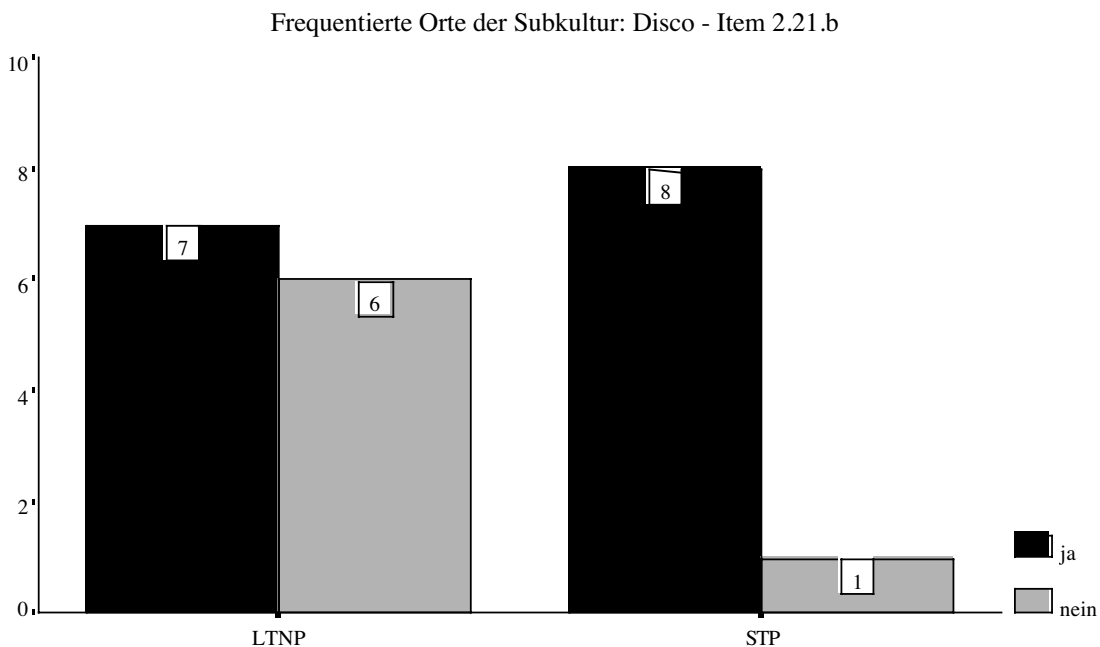


Abb. 3.35: Disco als präferierter Ort der schwulen Subkultur

In Frage 2.45 des FIGAH wurde nach den Wünschen und Vorstellungen für Eigenschaften des Liebhabers/Partners gefragt. Bei der Antwortmöglichkeit **Aussehen**, zeichnete sich ein relevanter Beantwortungsunterschied ($p=0,082$) ab [vgl. Abb. 3.36].

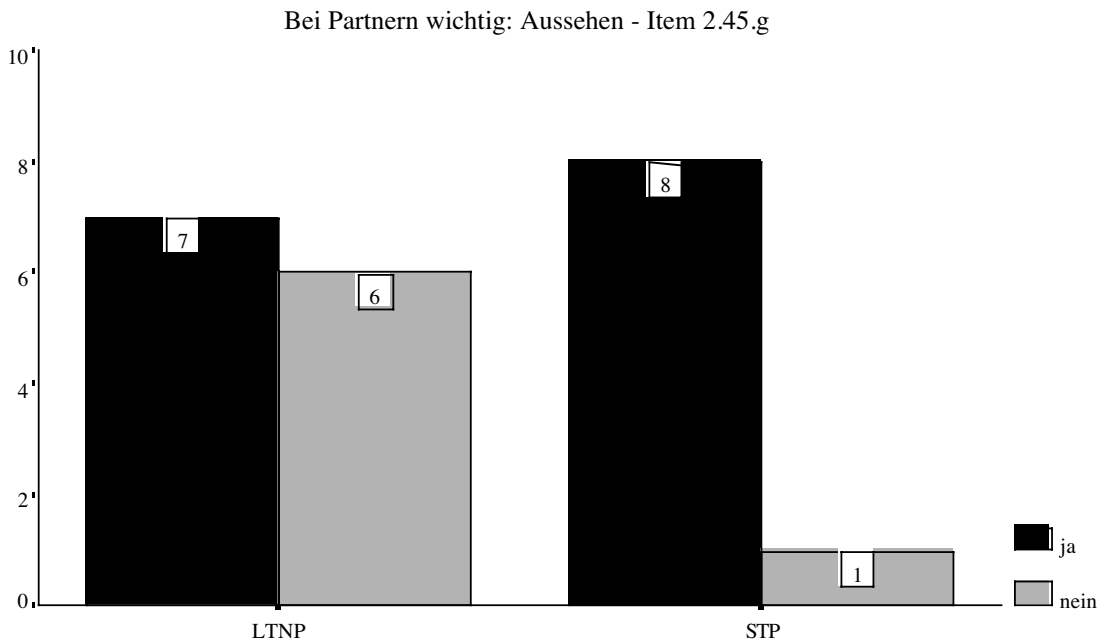


Abb. 3.36: Aussehen als relevantes Wunschkriterium eines Partners

Für die Mehrzahl der STP schien der äußeren Erscheinung des Partners eine wichtige Rolle zuzukommen, bei LTNP ließ sich in dieser Hinsicht kein Trend erkennen.

HIV-Infektion

Im Rahmen der emotionalen Bewertung der HIV-Infektion bei den Teilnehmern, beurteilten die Befragten die Aussage, daß das HI-Virus „**ein Virus wie jedes andere auch**“ sei [vgl. Abb. 3.37].

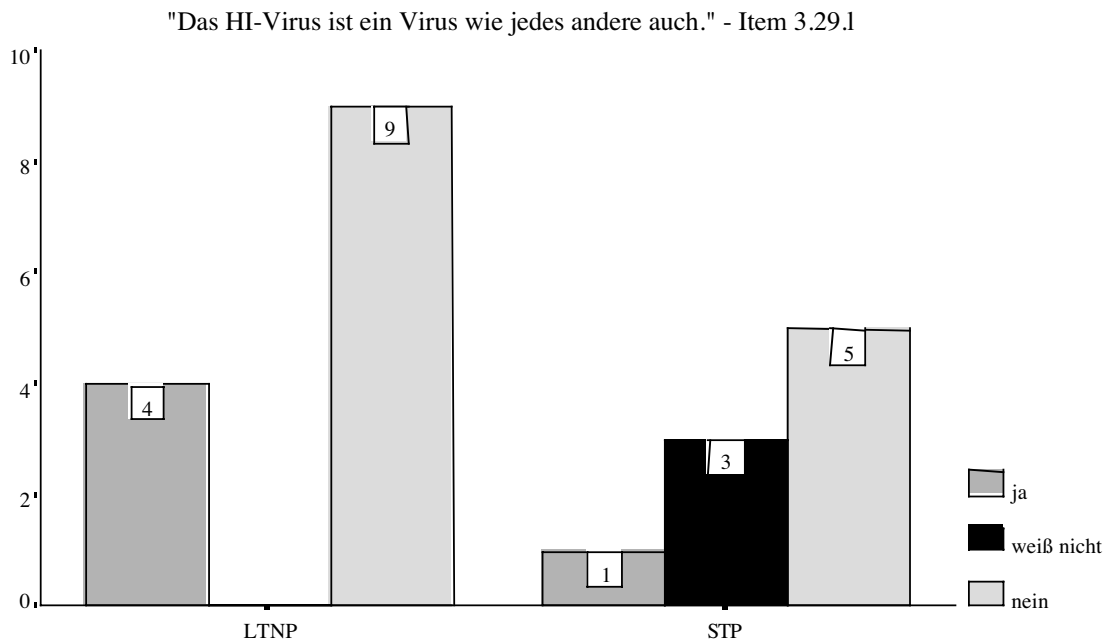


Abb. 3.37: HIV ist vergleichbar mit anderen Viren

Es stellte sich mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p=0,067$ heraus, daß LTNP eher zu dieser Meinung tendierten als die Befragten der STP.

In Frage 3.15 des FIGAH wurde erhoben, welche Personen im Umfeld der Studienteilnehmer über deren Infektion informiert waren. Die Gruppen unterschieden sich im Item „**Freunde**“ voneinander ($p=0,070$) [vgl. Abb. 3.38].

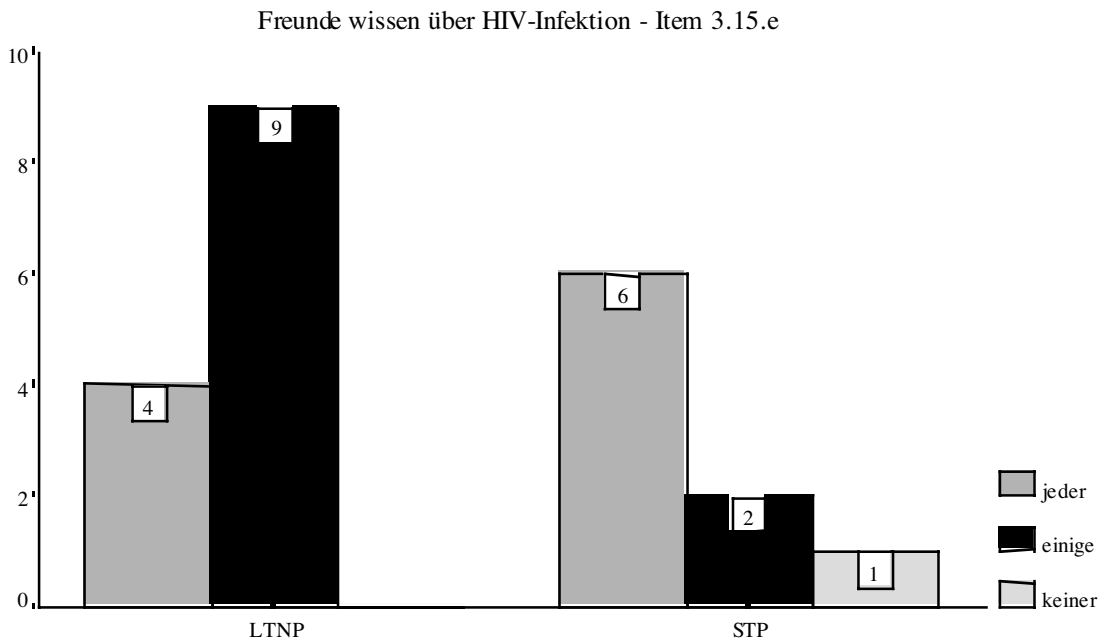


Abb. 3.38: Freunde wurden über HIV-Infektion informiert

Die meisten STP gaben an, daß „jeder“ ihrer Freunde über die HIV-Infektion informiert war, bei den LTNP entschieden sich die meisten Befragten für die Wahlmöglichkeit „einige“.

Nach den gesellschaftlichen Konsequenzen der Infektion befragt, zeigte sich ein Abweichen ($p=0,073$) des Antwortverhaltens im Bezug auf Kontakte mit schwulen Männern, wobei die Qualität dieser Bekanntschaften im Erhebungsinstrument nicht spezifiziert wurde, also offen blieb, ob es sich um beispielsweise eher sexuelle oder eher freundschaftliche Interaktionen handelte [vgl. Abb. 3.39].

"Seitdem ich weiß, daß ich infiziert bin, versuche ich, Kontakte zu anderen schwulen Männern zu reduzieren." - Item 3.29.w

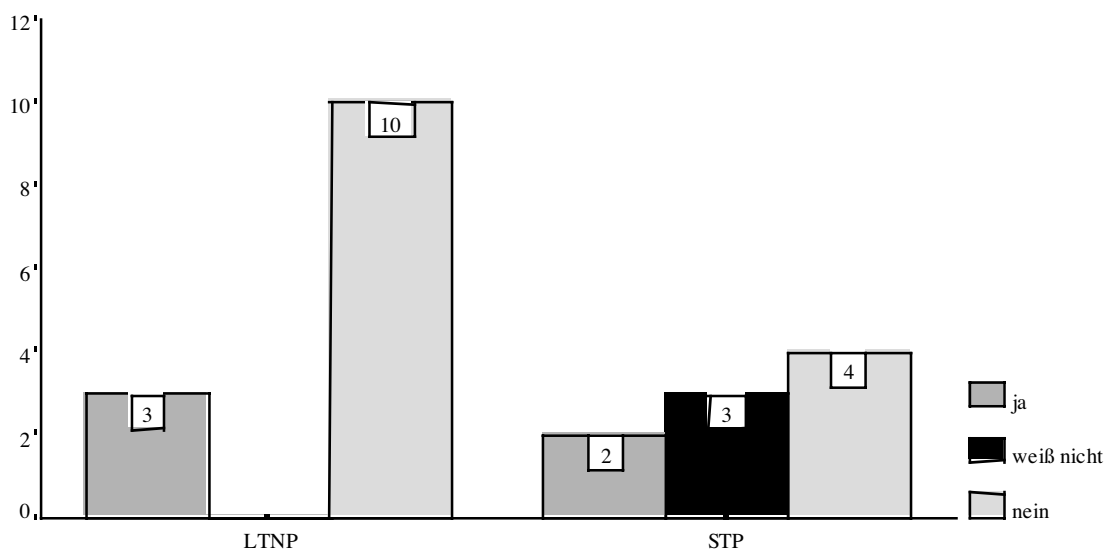


Abb. 3.39: Seit HIV-Infektion - meiden anderer schwuler Männer

Bei einem Gros der LTNP wurden die **Kontakte zu anderen schwulen Männern** nicht reduziert, eine Verhaltensänderung als Konsequenz der Infektion war nicht beobachtbar. Bei den STP war keine einheitliche Verhaltensweise feststellbar.

Eine weitere Tendenz ersten Grades wurde bei der Frage nach den Offenbarungsgründen für die Mitteilung des HIV-Befundes ermittelt ($p=0,074$). Es fand sich für die Option „**sonstiges**“ (Item 3.17.g des FIGAH) eine Tendenz zu Gunsten der STP, welche sich graphisch darzustellen erübrigte, da dieses Ergebnis aus Ermangelung einer Kategorisierungsmöglichkeit als artifiziell zu werten war.

Krankheits- und Gesundheitsverhalten

In der Frage 4.7 des FIGAH wurde nach der Häufigkeit der **Bestimmung der Immunparameter** im Blut (Surrogatmarker) gefragt. Mit einer deutlichen statistischen Relevanz ($p=0,057$) unterschieden sich die untersuchten Gruppen [vgl. Abb.3.40].

"Wie oft im Monat lassen Sie sich ihre Laborwerte bestimmen?" - Item 4.7

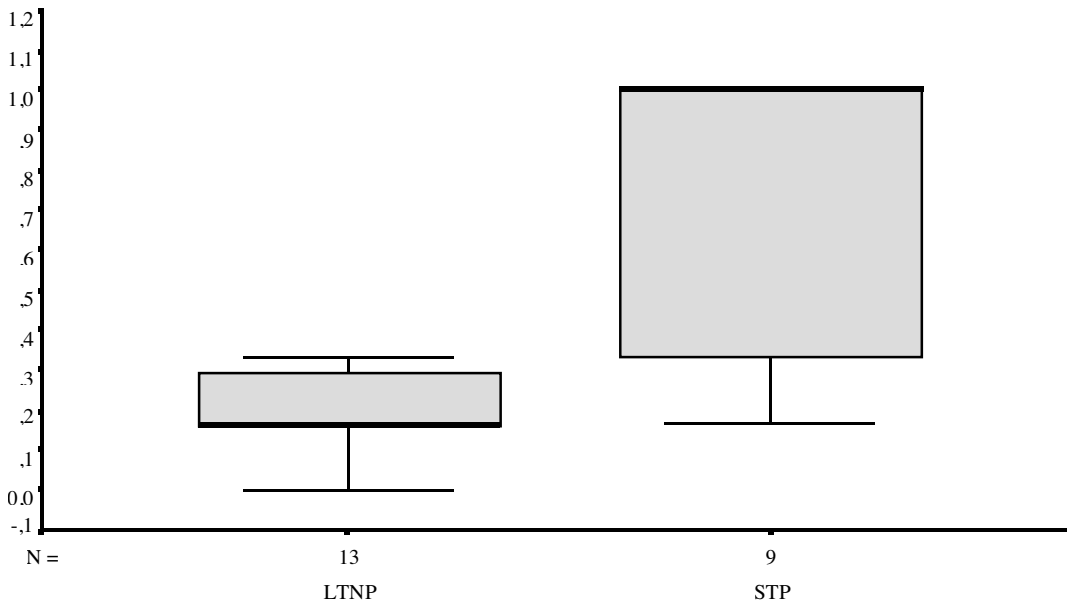


Abb. 3.40: Häufigkeit der Bestimmung der Laborwerte pro Monat (mit Darstellung von Median und Quartilen)

Während sich LTNP im Durchschnitt 0,20 mal ihre Werte geben ließen, geschah dies bei den STP 0,69 mal Pro Monat. Der Median lag bei den STP bei 1,00 im Monat.

Beim Urteil über **ausgefallene Behandlungsmethoden** in der HIV-Medizin gingen die Meinungen der Untersuchungsgruppen auseinander ($p=0.096$) [vgl. Abb. 3.41].

"Sind Sie an ausgefallenen Behandlungsmethoden interessiert?" - Item 4.9

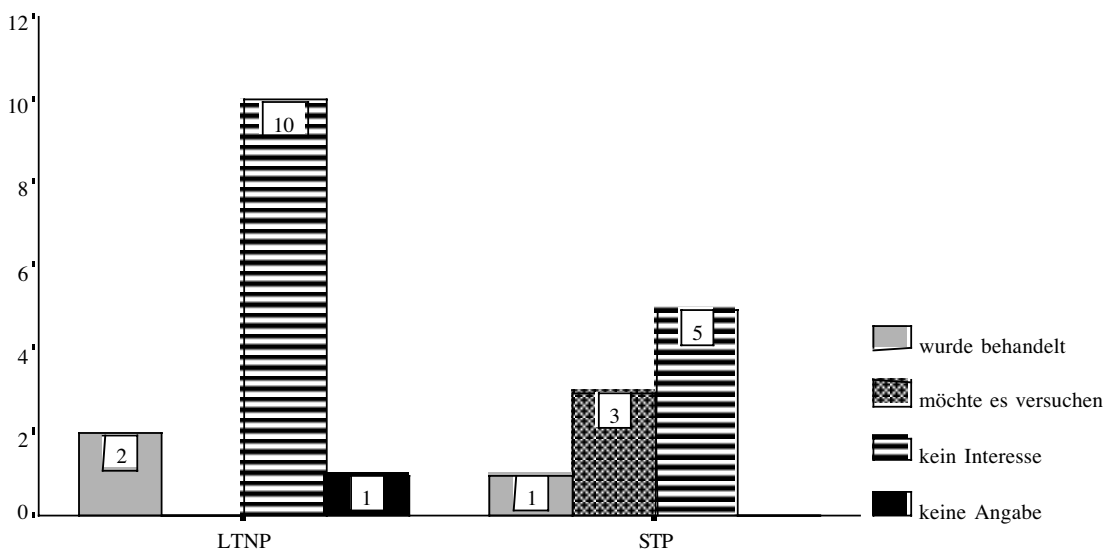


Abb. 3.41: Interesse an ausgefallenen Behandlungsmethoden

Die Gruppe der LTNP bekundete mehrheitlich, daß sie kein Interesse an jenen Methoden hätten. Diese Auffassung konnte zwar ansatzweise auch bei den STP gefunden werden, jedoch zeichnete sich bei dieser Gruppe kein einheitlicher Trend ab.

Soziokulturelle Einflüsse

Die Tatsache, daß AIDS immer wieder Anlaß zu politisierenden Diskussionen gegeben hat, wurde in einigen Items der Frage 6.1 thematisiert. Die Aussage, daß **Äußerungen von Politikern provozierend oder verletzend** auf HIV-Infizierte wirken könnten, wurde von den Untersuchungsgruppen unterschiedlich bewertet (Signifikanzwert=0,057) [vgl. Abb. 3.42].

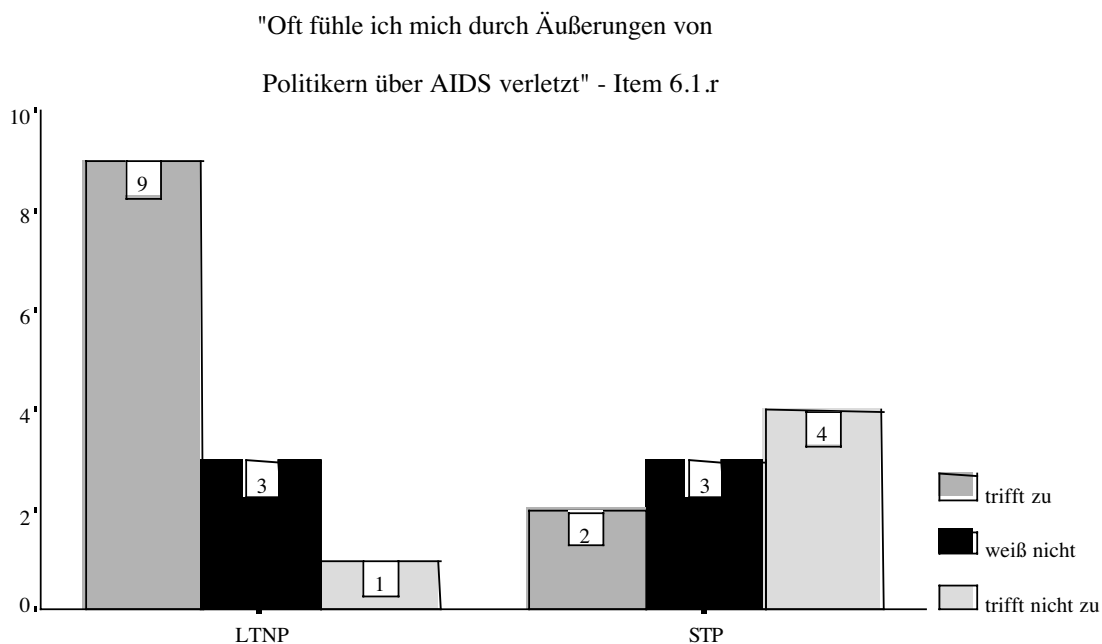


Abb. 3.42: Durch Äußerungen von Politikern über AIDS verletzt

LTNP bejahten diese Aussage meist, während STP sich durch solche Politikeräußerungen weniger gestört oder provoziert sahen.

Das seit Mitte der 80er Jahre verwendete Motto für die AIDS-Präventionskampagnen der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung „Gib' AIDS keine Chance“²⁶ stand im Item 6.1.p zur Bewertung [vgl. Abb.3.43].

²⁶ Slogan der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung in Köln für deren AIDS-Präventionskampagnen [Treiber + Partner, 1995]

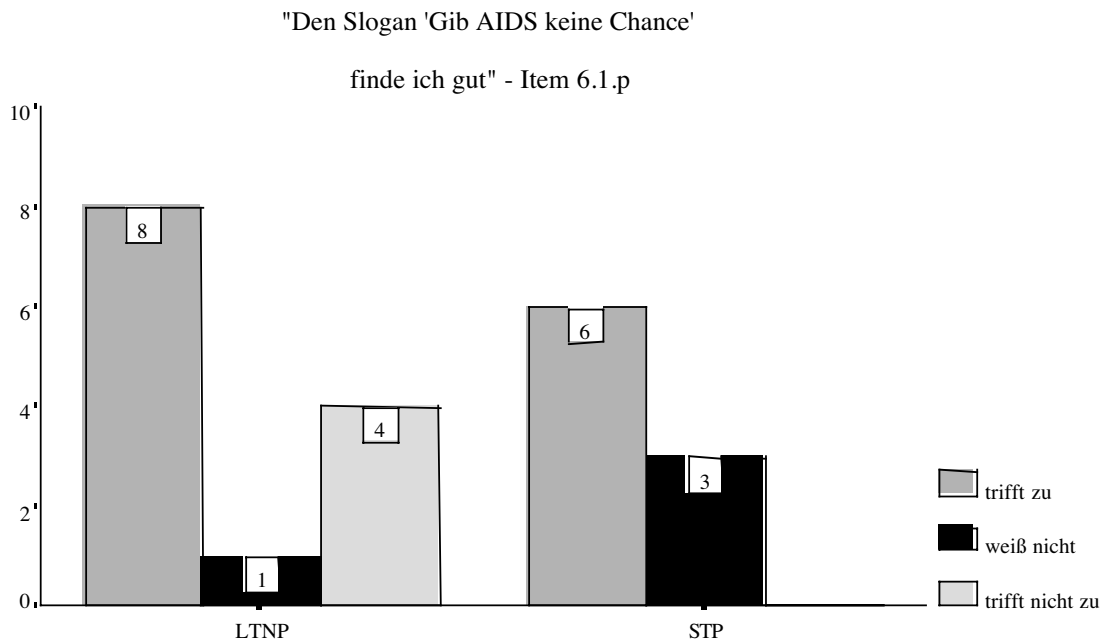


Abb. 3.43: Bewertung des Slogans „Gib AIDS keine Chance“

Die meisten Teilnehmer bekundeten ihre Sympathie mit diesem Slogan, keiner der STP lehnten ihn jedoch ab ($p=0,096$).

3.2.4 Items mit schwachen statistischen Gruppenunterschieden

Die 19 Items, welche als Tendenzen zweiten Grades in die Auswertung eingingen, werden wie auch in den vorherigen Abschnitten, nach Inhalten geordnet, dargestellt.

Homosexualität/Sexualität

Die Auffassung, daß der **homosexuelle Lebensstil mit progressiven und liberalen Ideologien gleichzusetzen** ist, wurde im Item 2.29.h thematisiert. Die beiden Untersuchungsgruppen unterschieden sich mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p=0,109$ [vgl. Abb.3.44].

"Schwul zu sein bedeutet, fortschrittlicher und liberaler zu sein als Heterosexuelle" - Item 2.29.h

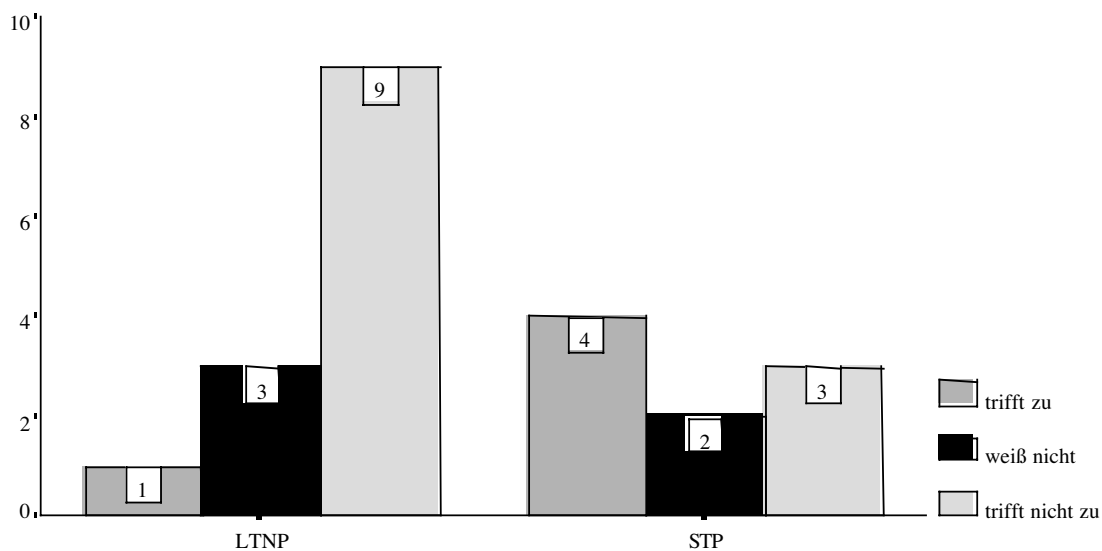


Abb. 3.44: Schwul = fortschrittlich und liberal

Eine Mehrheit der LTNP schloß sich dieser Aussage nicht an, vier STP stimmten der im Fragebogen formulierten Ansicht zu.

Mit der gleichen statistischen Signifikanz ($p=0,109$) differierten die Untersuchungsgruppen im Hinblick auf die Frage ob **Freundschaften mit ehemaligen Sexualpartnern** stattfinden [vgl. Abb. 3.45].

"Ich befreunde mich häufig mit meinen ehemaligen Sexualpartnern" - Item 2.29.u

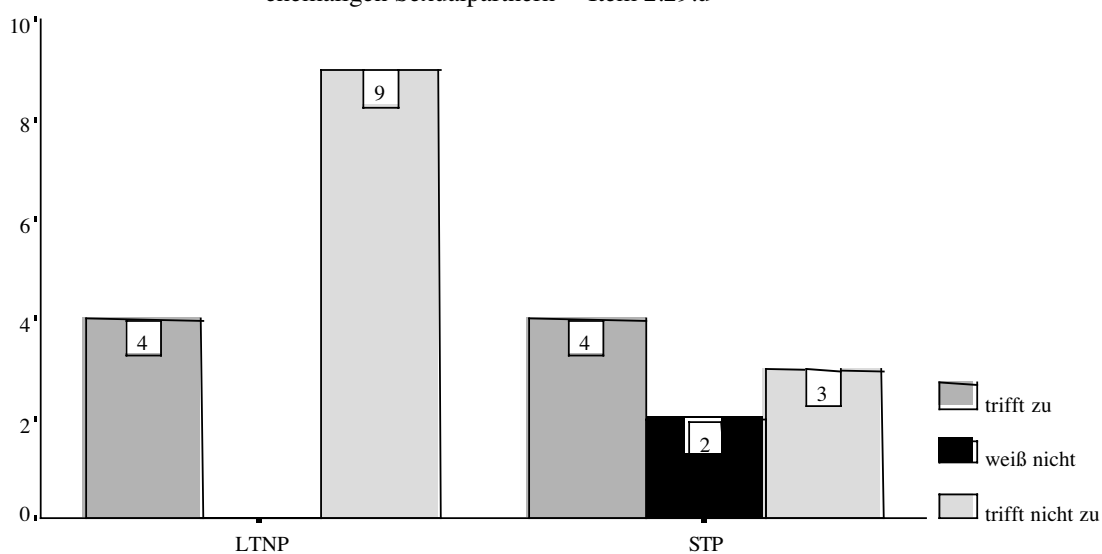


Abb. 3.45: Freundschaften mit ehemaligen Sexualpartnern

Die meisten LTNP gaben an, solche Freundschaften nicht zu pflegen; STP antworteten hier wenig eindeutig.

In der Frage 2.16 des FIGAH wurden die Teilnehmer befragt, welche **Informations- und Kommunikationsstrategie** im Bezug auf ihre sexuelle Orientierung bevorzugt und empfohlen wird [vgl. Abb. 3.46].

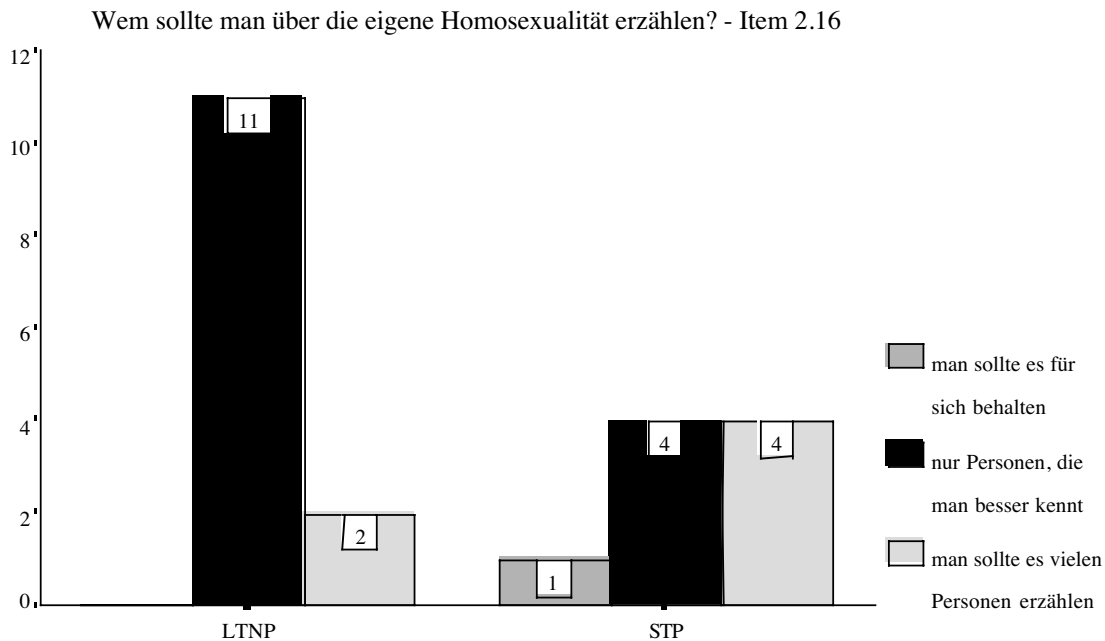


Abb. 3.46: Mitteilung der eigenen Homosexualität

Während die Gruppe der STP zwei der Antwortmöglichkeiten gleichstark befürwortete, favorisierte eine Mehrheit der LTNP die Antwort, daß man nur Personen welche man besser kenne, von der eigenen Homosexualität berichten sollte. Die beiden Gruppen trennten sich mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p=0,113$.

Die Art und Weise, wie gewisse Personen des näheren Umfeldes des Teilnehmers über dessen Homosexualität erfahren haben, wurde im Fragenkomplex der Frage 2.10 behandelt. Es wurde beim Item über die **Informierung des Vaters** (Item 2.10.b2) eine statistische Tendenz (p -Wert 0,113) deutlich [vgl. Abb. 3.47].

Wie hat ihr Vater über ihre Homosexualität erfahren? - Item 2.10.b2

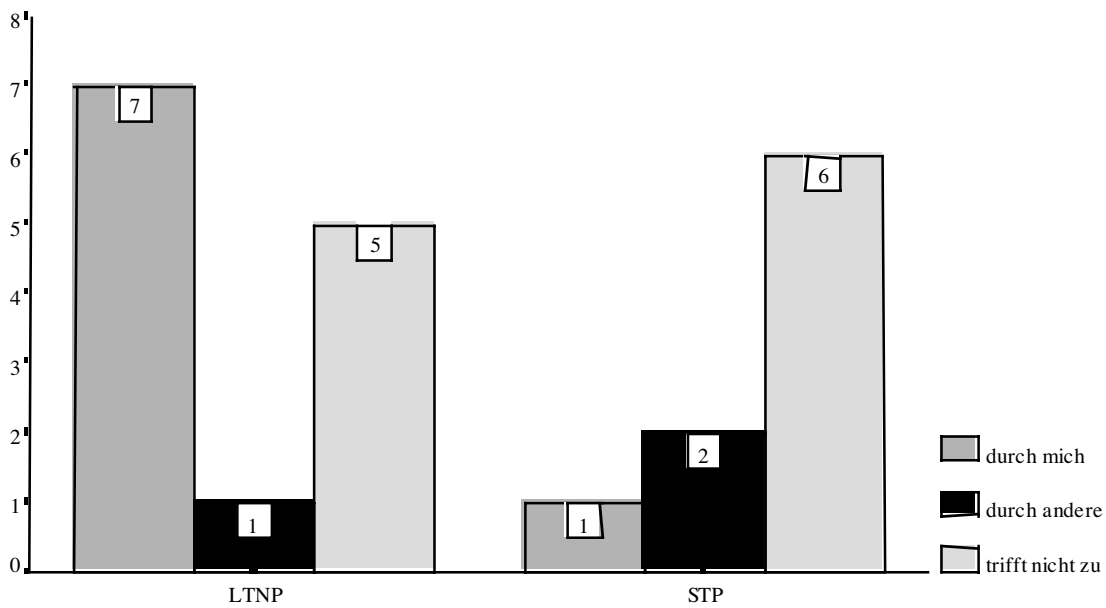


Abb. 3.47: Informierung des Vaters über eigene Homosexualität

Die Mehrheit der LTNP informierte ihre Väter selbst. Die meisten der STP wählten die Aussage „trifft nicht zu“, was darauf schließen ließe, daß jene Väter nicht informiert wurden.

Wie bereits in der Darstellung der Tendenzen ersten Grades (Items 2.15.c), konnte sich auch auf niedrigerem statistischen Niveau eine weitere Unterscheidung zu Reaktionen auf negative Äußerungen oder Bloßstellungen zur Homosexualität der Teilnehmer finden. Hier wurde untersucht, ob **Angst als Reaktion** auftritt [vgl. Abb. 3.48].

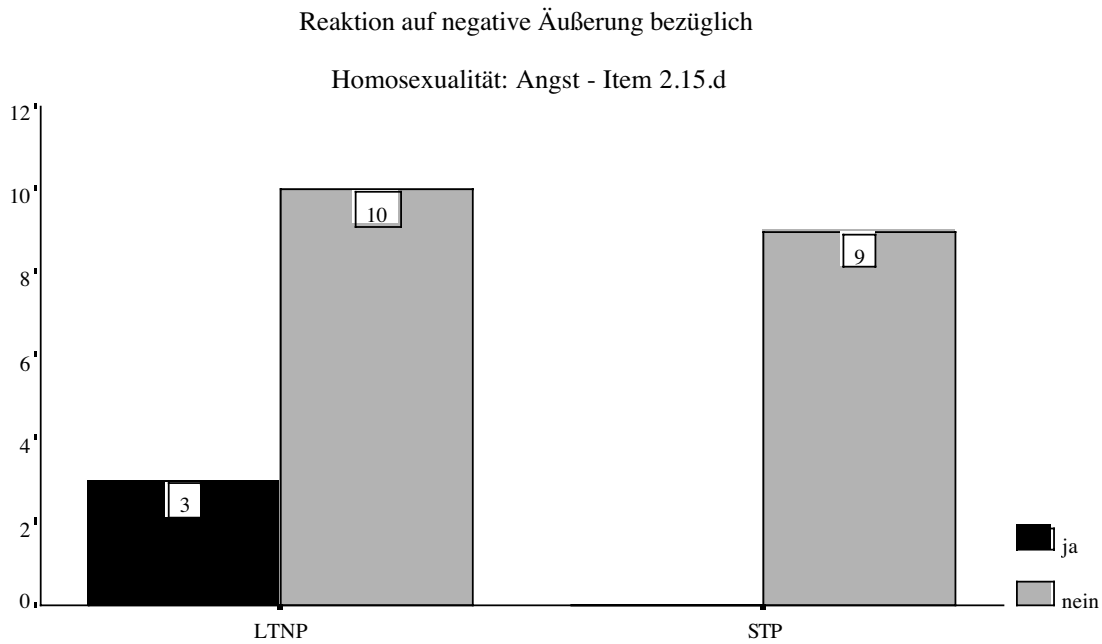


Abb. 3.48: Angst als Reaktion auf negative Äußerungen von Anderen bezügl. Homosexualität

Keiner der STP gab an, bei negativen Äußerungen oder Bloßstellungen Angst zu verspüren. Ein kleiner Teil der LTNP identifizierte sich mit dieser im FIGAH vorgegebenen Option. Die Irrtumswahrscheinlichkeit betrug $p=0,121$.

Eine zweite Differenzierung auf dem Gebiet der Frequentierungsgewohnheiten der schwulen Szene und Subkultur [vgl. Item 2.21.b, Abb. 3.35] konnte in Item 2.21.f gefunden werden. Hier ging es um den Besuch von **Szene-Cafés** [vgl. Abb. 3.49].

Frequentierte Orte der Szene/Sub: Café, Kneipe - Item 2.21.f

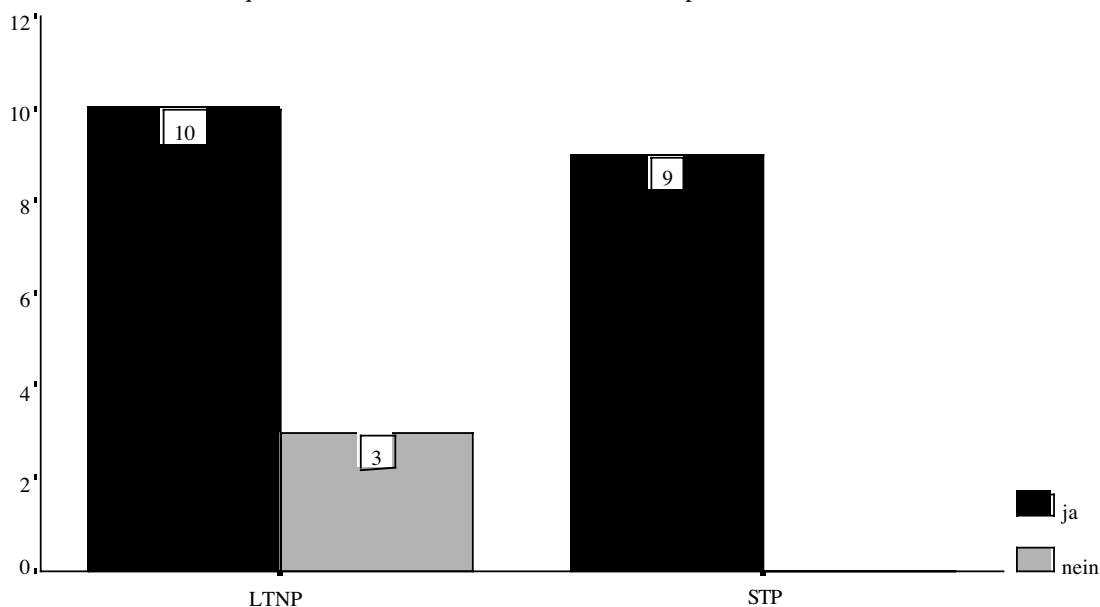


Abb. 3.49: Café/Kneipe als favorisierter Ort der schwulen Subkultur

Obwohl eine Mehrheit der LTNP (so wie jeder der STP) angab, Cafés der schwulen Szene zu besuchen, traf dies für einen Teil der LTNP nicht zu ($p=0,121$).

In der Frage, ob sich die Teilnehmer bewußt an Milieu-Klischees orientierten und sich in der Szene mit gewissen **subkulturell opportunen Verhaltensweisen** darstellten, konnte eine Tendenz zweiten Grades erkannt werden [vgl. Abb. 3.50].

Müssen Sie sich manchmal verstellen, um in der Szene akzeptiert zu werden? - Item 2.23

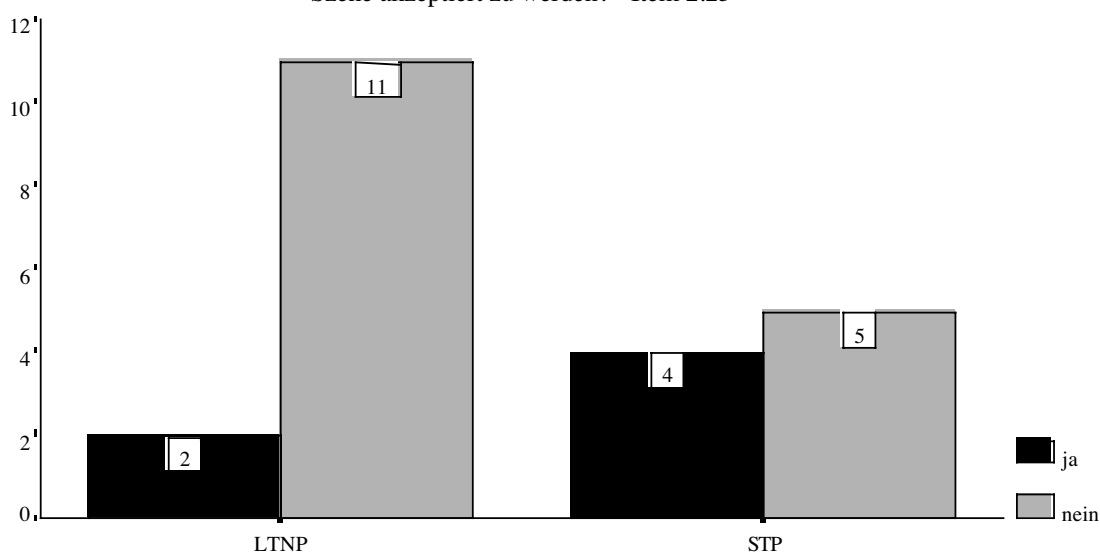


Abb. 3.50: Eigene Persönlichkeit in der Szene verstellen

Das Gros der LTNP verneinte diese Frage, die Antworten der STP ließen keine Favorisierung einer der beiden Antwortmöglichkeiten erkennen ($p=0,132$).

Die von den Teilnehmern zu bewertende Aussage, das **Homosexualität „etwas falsches“** sei (Item 2.29.b), ergab eine schwache statistische Tendenz ($p=0,121$) [vgl. Abb 3.51].

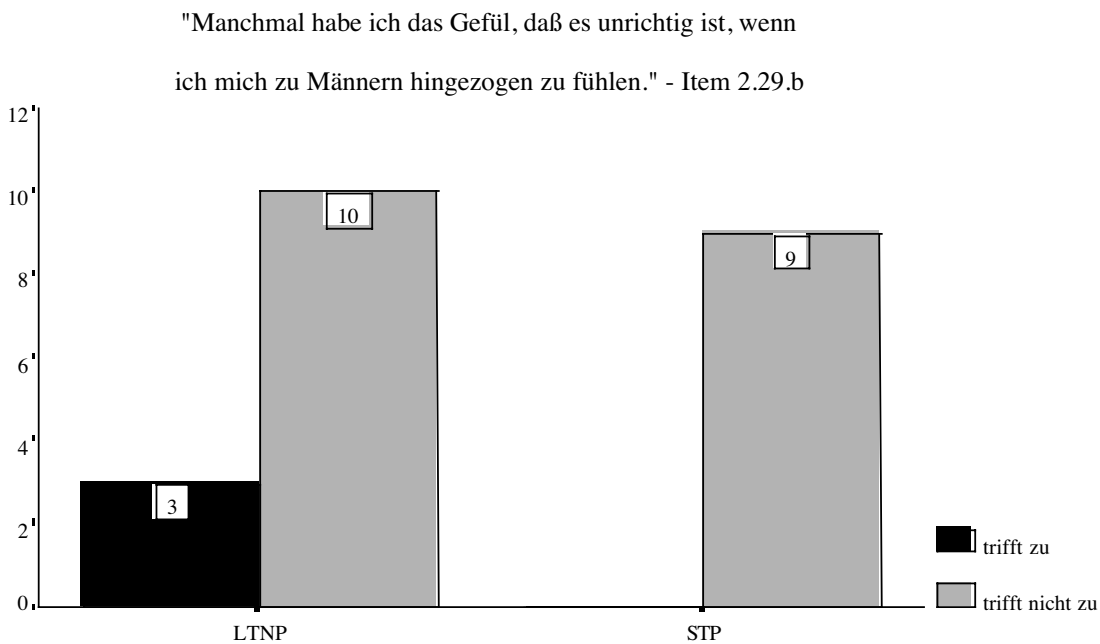


Abb. 3.51: Schwul zu sein ist „unrichtig“

Ein kleiner Teil der LTNP schien sich mit dieser Aussage zu identifizieren, wohingegen alle STP der moralischen „Unrichtigkeit“ von Homosexualität nicht zustimmten.

Um die Einschätzung der eigenen Homosexualität ging es auch im Item 2.29.e. Hier wurde nach der **Ähnlichkeit und Vergleichbarkeit** der Teilnehmer **mit anderen schwulen Männern** gefragt [vgl. Abb. 3.52].

"Ich habe zwar Sex mit Männern, aber deshalb bin ich
nicht vergleichbar mit den meisten Schwulen." - Item 2.29.e

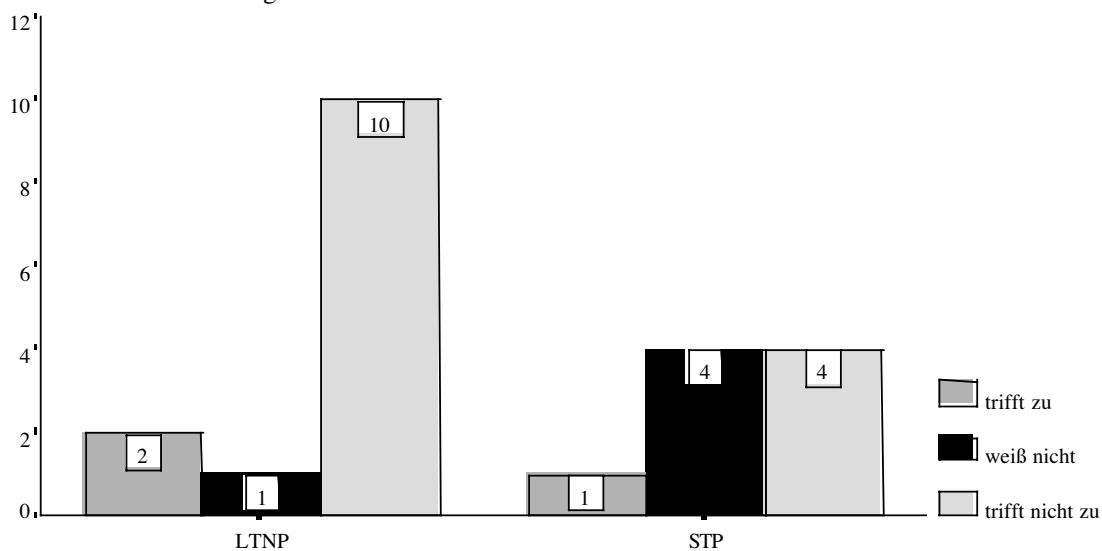


Abb. 3.52: Mit anderen schwulen Männern vergleichbar

Eine Tendenz in der Beantwortung war bei den LTNP deutlicher zu erkennen als bei STP ($p=0,128$). Die meisten LTNP lehnten diese Einschätzung ab, sahen sich also in einer gewissen „Vergleichbarkeit“ zu anderen schwulen Männern.

Bei zwei Items, welche aus einer Frage des FIGAH hervorgingen (Frage 2.61), wurden Unterschiede in der Einschätzung der Veränderungen im sexuellen Handlungsstil nach der eigenen Infektion mit dem HI-Virus deutlich [vgl. Abb. 3.53].

Seit HIV-Infektion ist Sexualleben sicherer geworden - Item 2.61.h

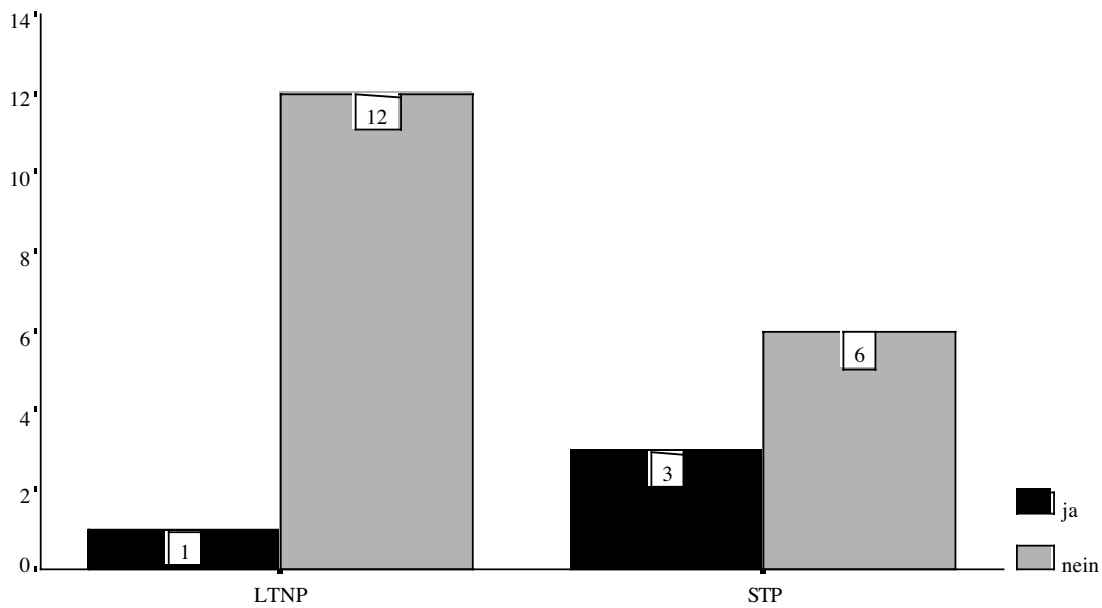


Abb. 3.53.: Sex war nach der HIV-Infektion „sicherer“

Ein Drittel der STP gab an, daß ihr **Sexualleben** nach der HIV-Infektion „**sicherer**“ wurde, bei LTNP war diese Position nur bei einem Teilnehmer zu finden ($p=0,125$). Möglicherweise bezieht sich das Antwortverhalten inhaltlich auf das Praktizieren von Safer Sex.

Eine weitere Differenzierung fand an Item 2.61.f des FIGAH statt [vgl. Abb. 3.54].

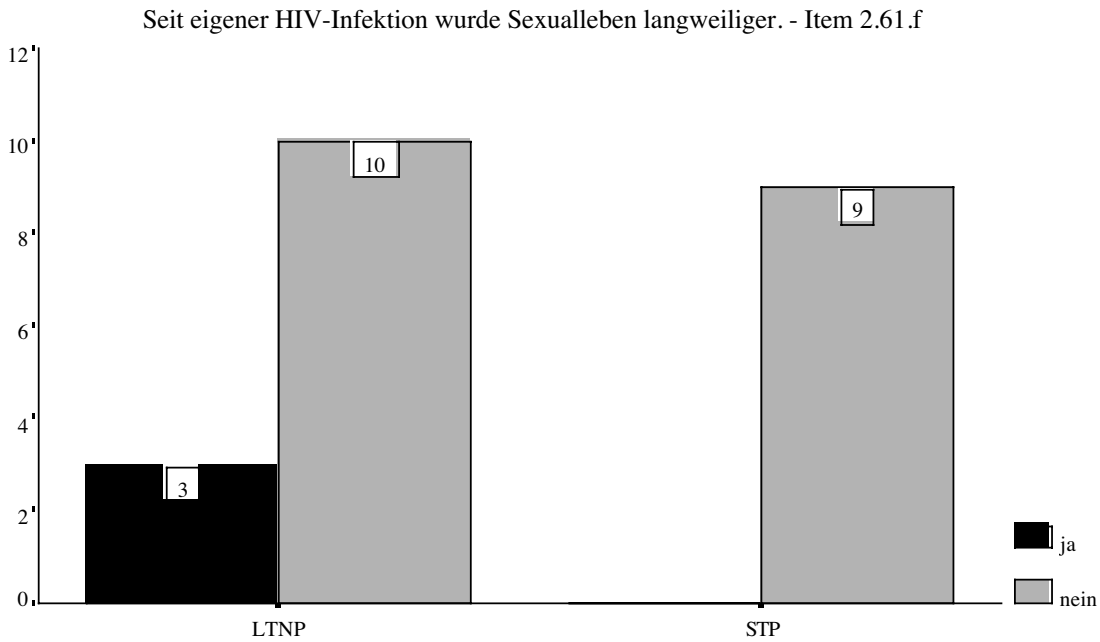


Abb. 3.54: Sex war nach der HIV-Infektion „langweiliger“

Keiner der STP fand, daß sein **Sexualleben** nach der HIV-Infektion „**langweiliger**“ wurde. Ein statistisch wirksamer Teil der LTNP ($p=0,121$) stimmte dieser Aussage zu.

HIV-Infektion

Die Frage nach den Beweggründen des Berichtens über die Tatsache, daß man HIV-infiziert ist, zeigte bereits in Item 3.17.a [vgl. Abb. 3.23] statistisch relevante Ergebnisse. Eine Tendenz zweiten Grades ($p=0,120$) fand sich bei der Aussage, daß man anderen Personen **über den HIV-Befund erzählt, um emotionalen Zuspruch**, im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinnes, zu erhalten [vgl. Abb. 3.55].

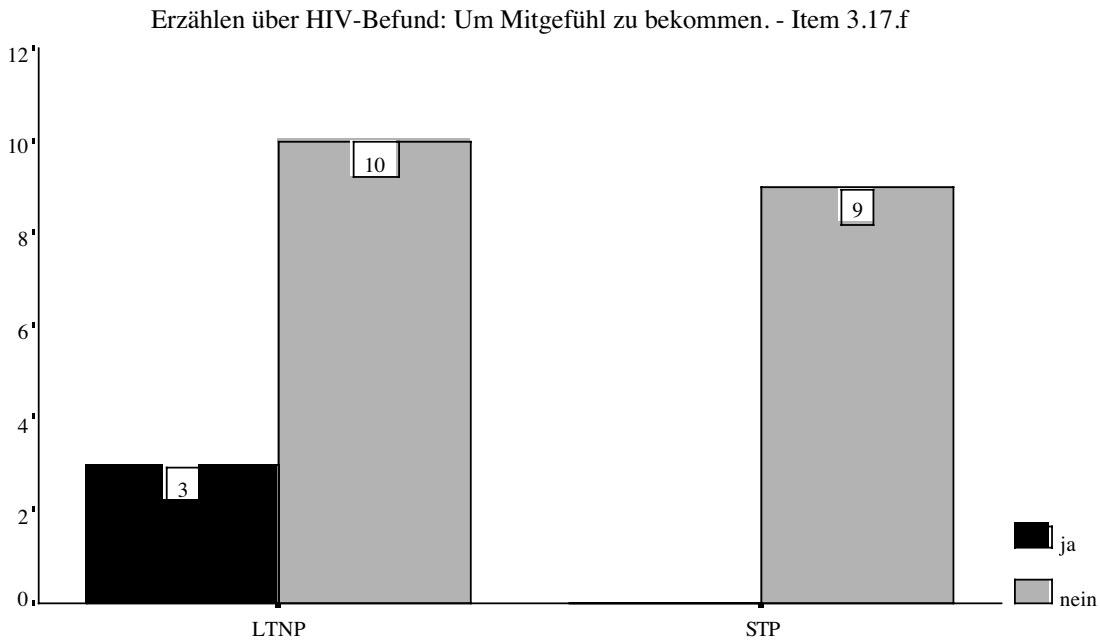


Abb. 3.55: Über HIV-Infektion erzählen um Mitgefühl zu bekommen

Keiner der STP entschied sich für diese Antwort, drei der LTNP machten (unter der Kategorie „Sonstiges“) Aussagen, welche sich zu dieser Antwort zusammenfassen ließen.

Ein zusätzliches sensibles Ergebnis ($p=0,132$), welches über die Reaktionen der Teilnehmer nach negativen Äußerungen oder Bloßstellungen im Bezug auf die HIV-Infektion Auskunft gab, war Item 3.21.e. Hier konnten die beiden Gruppen in der Antwortmöglichkeit „**provokantes Verhalten**“ getrennt werden [vgl. Abb. 3.56].

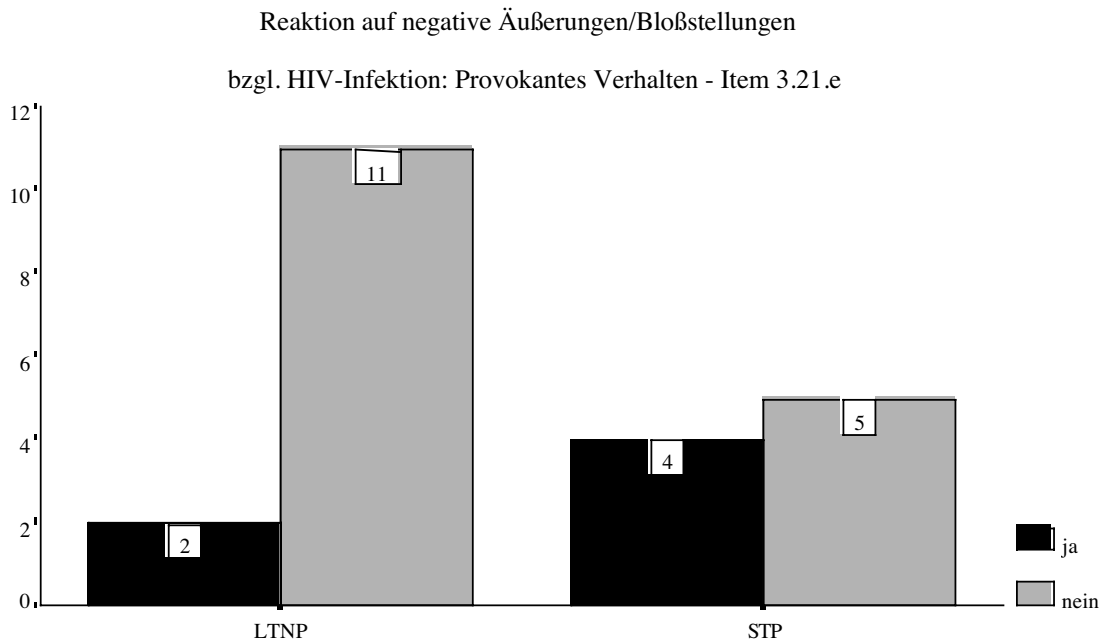


Abb. 3.56: Provozierendes Verhalten als Reaktion auf negative Äußerungen Anderer bzgl. HIV-Infektion

Während die meisten LTNP diese Verhaltensform nicht angaben, zeigten vier von fünf STP Sympathie für ein provokantes Verhalten nach negativen Äußerungen oder Bloßstellungen.

Weiterhin zeigte sich bei der Frage nach den emotionalen **Affekten zur ansteckenden Person**, also zu derjenigen Person, von der der Teilnehmer vermutlich infiziert worden ist, eine Unterschied in der Beantwortung der beiden Untersuchungsgruppen. Die Irrtumswahrscheinlichkeit betrug 0,129 [vgl. Abb. 3.57].

Welche Gefühle haben Sie gegenüber derjenigen

Person, von der Sie glauben, angesteckt worden zu sein? - Item 3.6

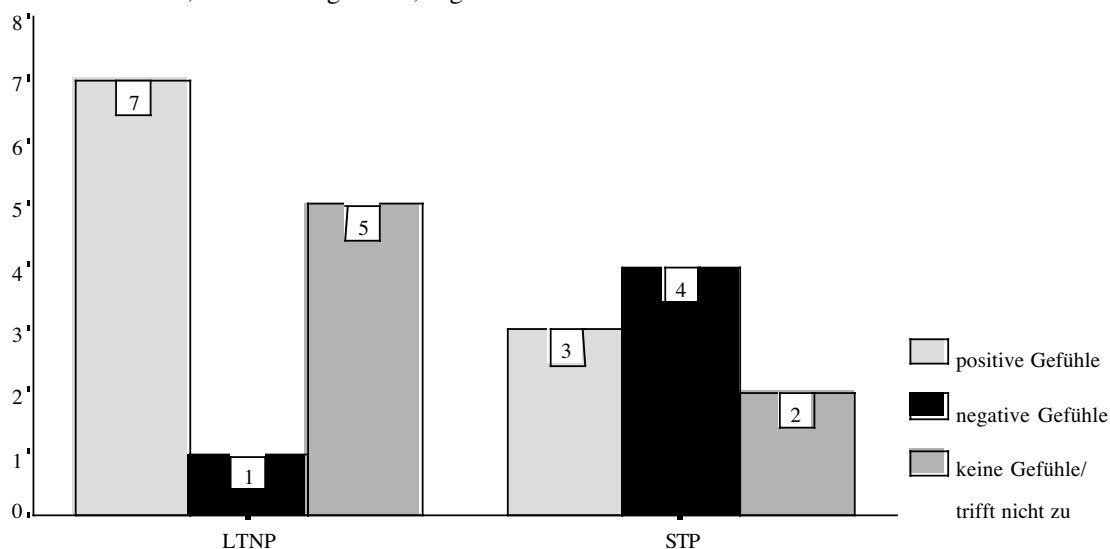


Abb. 3.57: Bewertung desjenigen der angesteckt hat

Die Mehrheit der LTNP konnten über positive Gefühle zu dieser Person berichten, die häufigste Antwort der STP war „negative Gefühle“.

Krankheits- und Gesundheitsverhalten

In Item 4.1.i unterschieden sich die Untersuchungsgruppen in Ihren **Einstellungen zur Schulmedizin** mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p=0,126$ [vgl. Abb. 3.58].

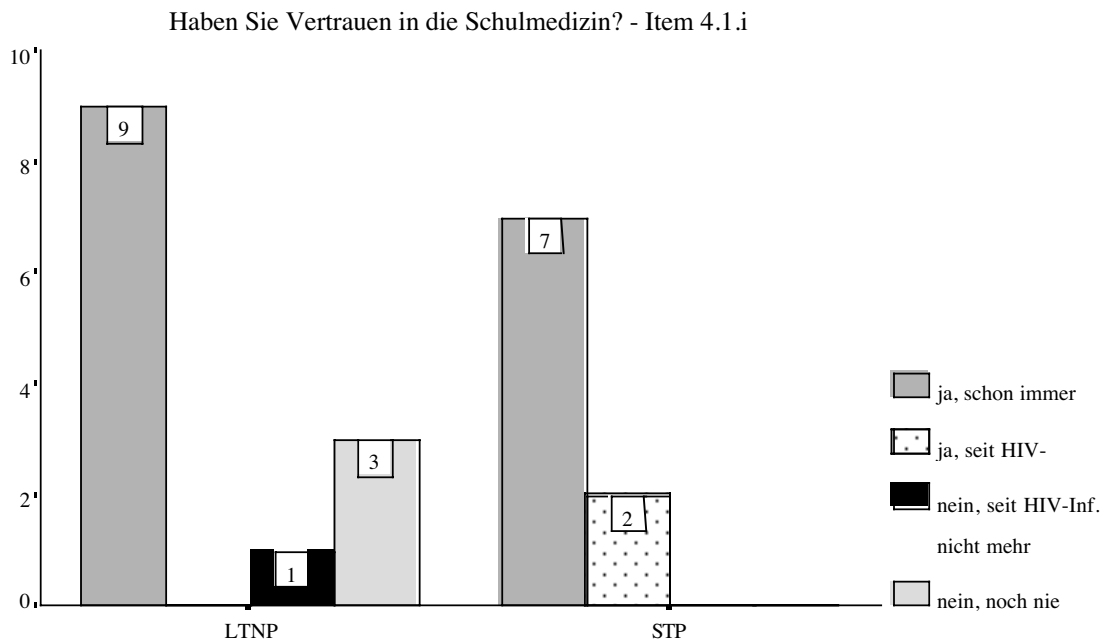


Abb. 3.58: Vertrauen in Schulmedizin

Die meisten Teilnehmer beider Untersuchungsgruppen gaben an, „immer schon“ Vertrauen in die Schulmedizin gehabt zu haben. Kein LTNP veränderte seine Meinung seit seiner HIV-Infektion, zwei STP entschieden sich für diese Antwortmöglichkeit. Drei LTNP hatten „noch nie“ Vertrauen in die Schulmedizin, welches bei keinem der STP vorkam.

Item 4.13 gab einen Hinweis auf das Ausmaß an **Informiertheit über das HI-Virus** [vgl. Abb. 3.59].

"Wann haben Sie das erste Mal vom HI-Virus gehört?" - Item 4.13

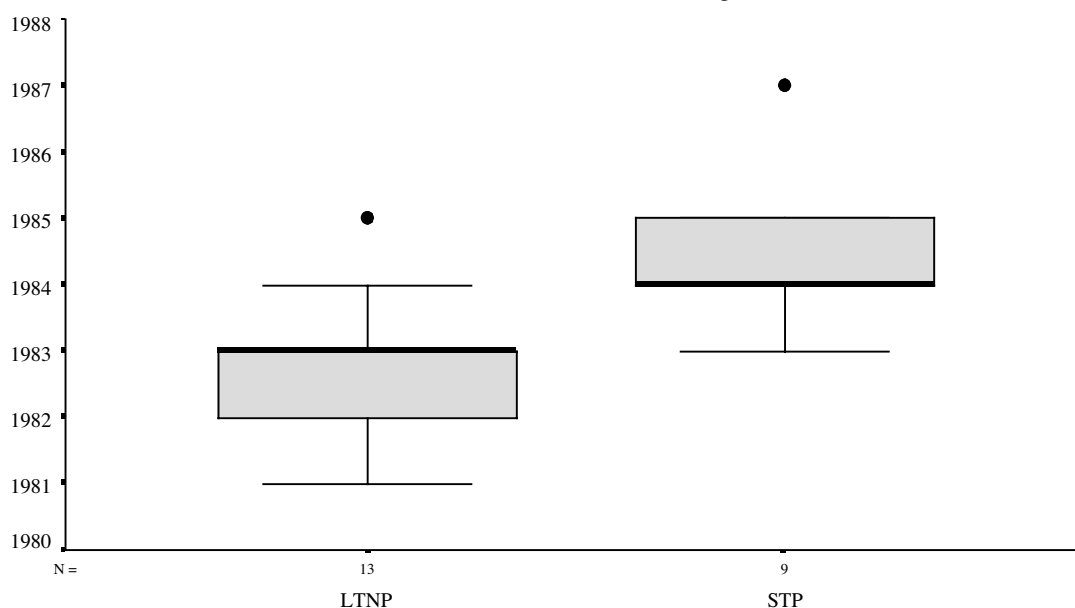


Abb. 3.59: Das erste Mal von dem HI-Virus gehört - Jahresangabe (mit Darstellung von Median, Quartilen und Ausnahmen)

LTNP (Median 1983) waren tendenziell länger über das HI-Virus informiert als STP (Median 1984). Der p -Wert betrug 0,122.

Arzt-Patienten-Beziehung

Die **Häufigkeit der Arztbesuche** unterschied sich bei den Untersuchungsgruppen mit schwacher statistischer Tendenz ($p=0,126$) [vgl. Abb. 3.60].

Wie oft im Monat gehen Sie zum Arzt? - Item 5.9

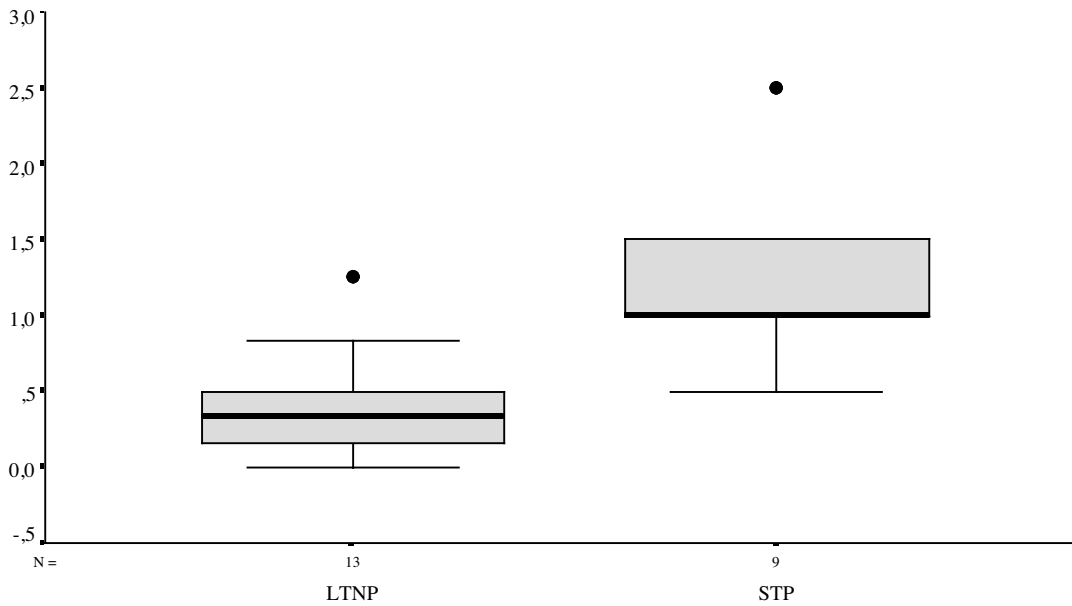


Abb. 3.60: Arztbesuche pro Monat (mit Darstellung von Median, Quartilen und Ausnahmen)

STP gingen durchschnittlich etwa einmal im Monat zum Arzt, LTNP weniger als 0,5 mal.

Soziokulturelle Einflüsse

Eine weitere statistische Tendenz zweiten Grades ($p=0,120$) fand sich in der Einschätzung der AIDS-Politik im Bezug auf die **Präventions- und Aufklärungspolitik** [vgl. Abb. 3.61].

Beitrag der Politik: Aufklärung sollte gefördert werden - Item 6.2.a

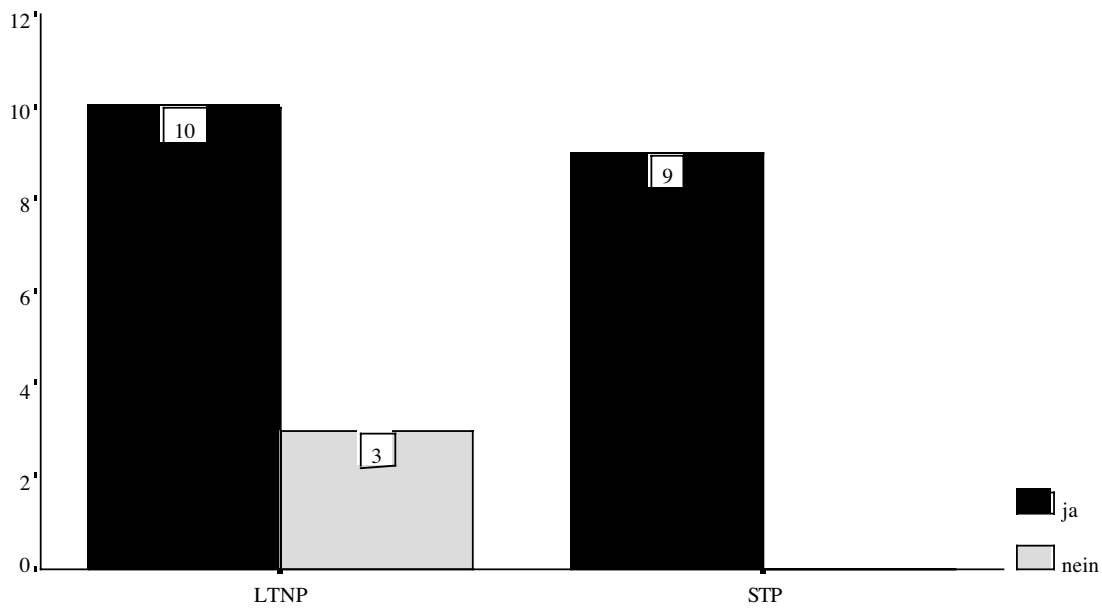


Abb. 3.61: Förderung der politischen Aufklärungsarbeit

Alle STP stimmten der Aussage zu, daß die Politik mehr AIDS-Aufklärung fördern müsse. Bei den LTNP sprachen sich drei Teilnehmer dagegen aus.

3.3 Quantitative Auswertung der zusätzlich verwendeten psycho- und soziometrischen Verfahren

3.3.1 Übersicht

Aus den acht zusätzlich verwendeten Instrumenten, welche aus insgesamt 51 Dimensionen und Subskalen bestanden, konnten 18 dieser Dimensionen und Subskalen mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit bis $p \leq 0,130$ ermittelt werden [vgl. Tab. 3.3].

<i>Statistisches Niveaus, Irrtumswahrscheinlichkeit p</i>	<i>Sensible Dimensionen/ Subskalen</i>	<i>Anteil bzgl. der Gesamtzahl der Dimensionen/Subskalen</i>
$p < 0,05$	8	15,8%
$0,05 < p < 0,10$	6	11,8%
$0,10 < p < 0,13$	4	7,8%
Gesamt	18	35,5%

Tab. 3.3: Verteilung der statistisch relevanten Dimensionen und Subskalen der zusätzlichen Testverfahren

Entsprechend der Einteilung des FIGAH [vgl. Kap. 3.2.1] wurden die statistisch relevanten Dimensionen und Subskalen in Signifikanzen ($p < 0,05$), starke Tendenzen ($0,05 < p < 0,10$) und schwache Tendenzen ($0,10 < p < 0,13$) eingeteilt.

3.3.2 Dimensionen mit signifikanten Gruppenunterschieden

SCL 90-R

In der Dimension **Somatisierung** der Symptom-Check-Liste für Psychopathologie [vgl. Kap. 2.2.3] ergaben sich sehr deutliche Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen ($p=0,008$) [vgl. Abb. 3.62].

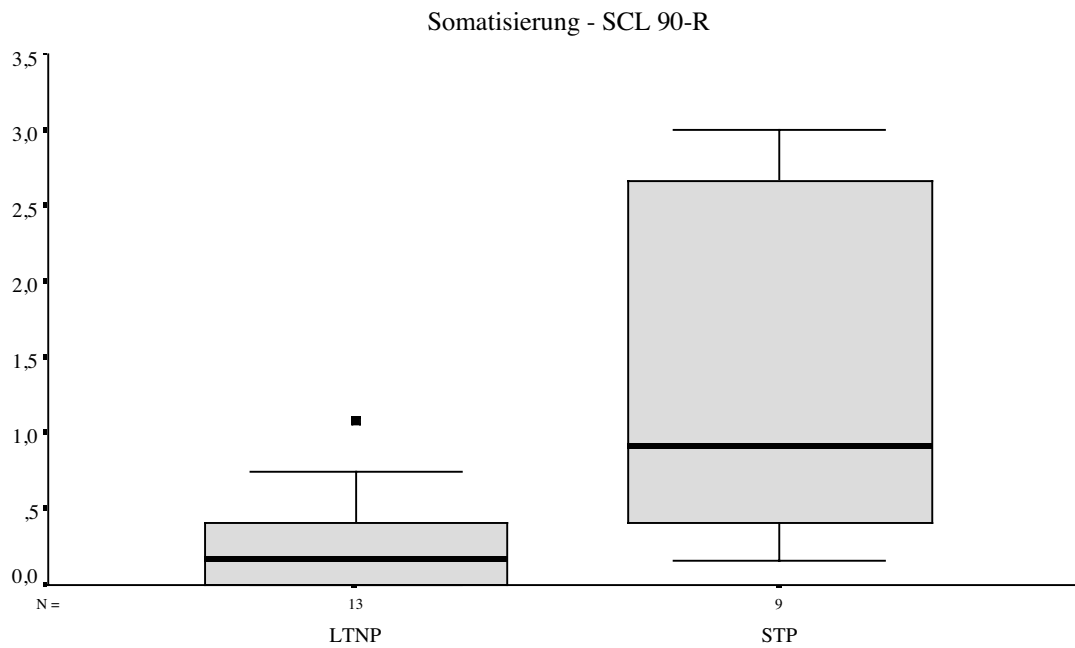


Abb. 3.62: Somatisierung (mit Darstellung von Median, Quartilen und Ausnahmen)

LTNP zeigten in dieser Dimension signifikant niedrigere Werte als STP.

KKG

Im Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit konnten zwei signifikante Dimensionen ermittelt werden. In der Dimension der **fatalistischen Externalität** errechnete sich als Gruppenunterschied ein p -Wert von 0,040 [vgl. Abb. 3.63].

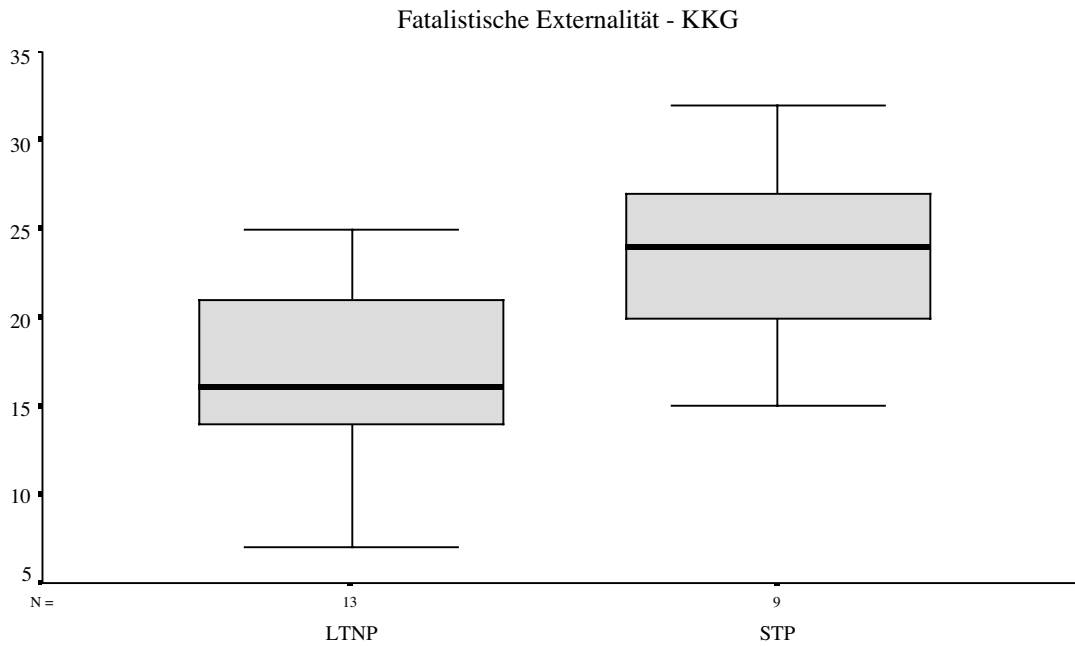


Abb. 3.63: Fatalistische Externalität (mit Darstellung von Median und Quartilen)

Die Gruppe der STP zeigte deutlich höhere Werte in dieser Dimension als LTNP.

Im Konstrukt **soziale Externalität** zeigten sich ähnliche Differenzen [vgl. Abb. 3.64].

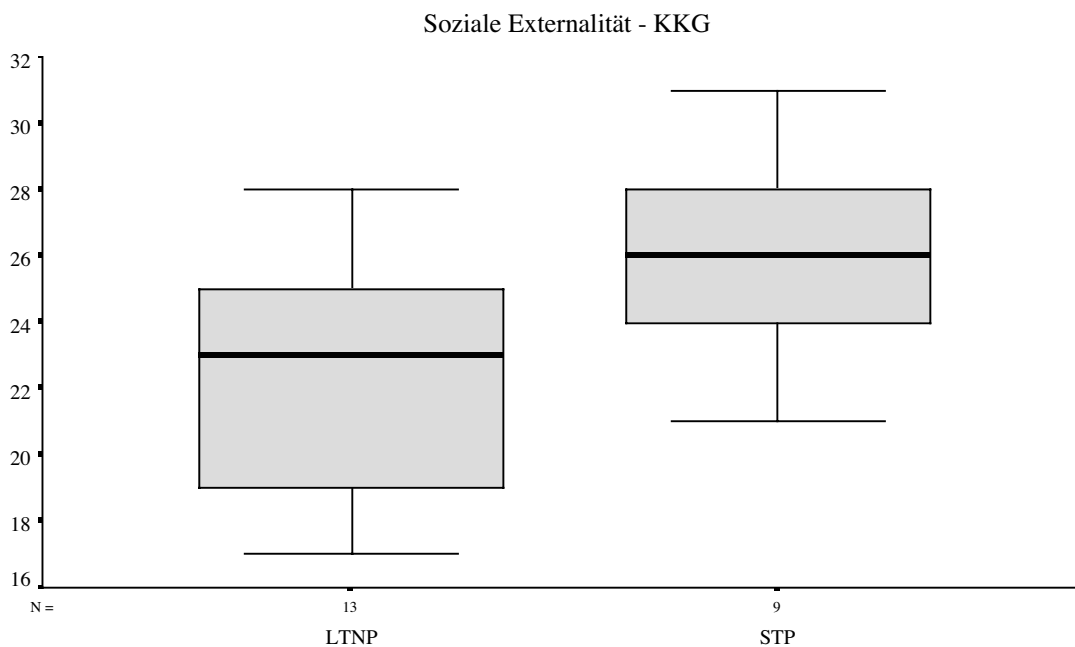


Abb. 3.64: Soziale Externalität (mit Darstellung von Median und Quartilen)

Auch hier hatte die Gruppe der LTNP signifikant niedrigere Werte als die der STP. Die Irrtumswahrscheinlichkeit betrug $p=0,041$.

EFK

Im Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung konnte in der Subskala **Abstand und Selbstaufbau** ein Gruppenunterschied festgestellt werden [vgl. Abb. 3.65].

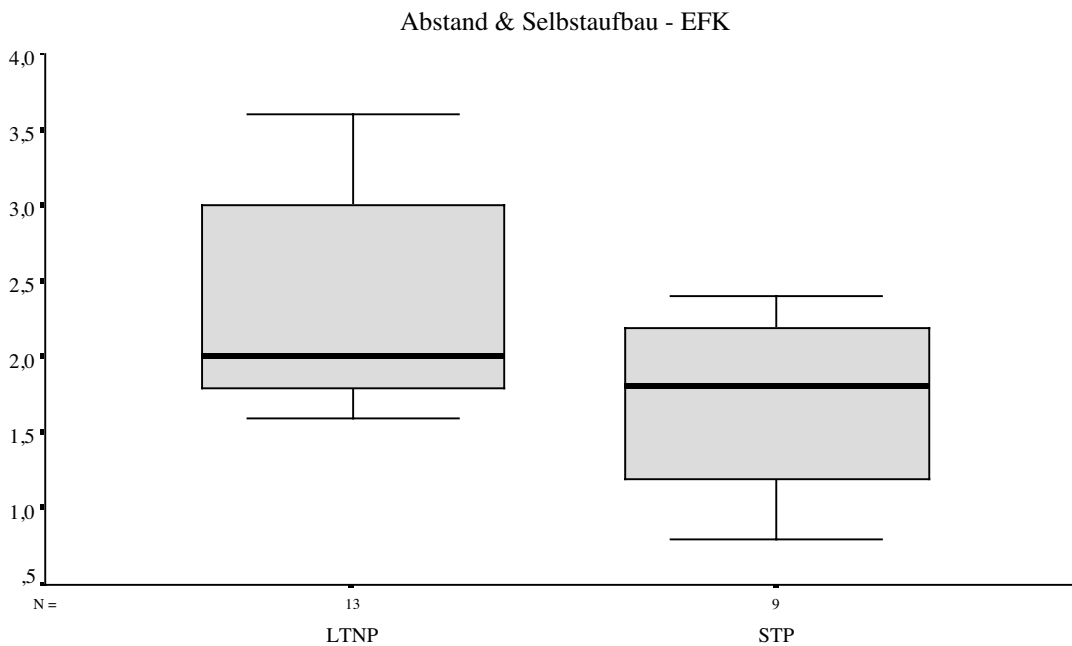


Abb. 3.65: Abstand und Selbstaufbau (mit Darstellung von Median und Quartilen)

LTNP zeigten in diesem Konstrukt signifikant höhere Werte als STP ($p=0,035$).

MOS-HIV

Vier Subskalen dieses Instruments für HIV-bezogene Lebensqualität konnten signifikante Gruppenunterschiede produzieren. Die Skala für den **allgemeine Gesundheitszustand** ergab einen p -Wert von 0,049 [vgl. Abb. 3.66].

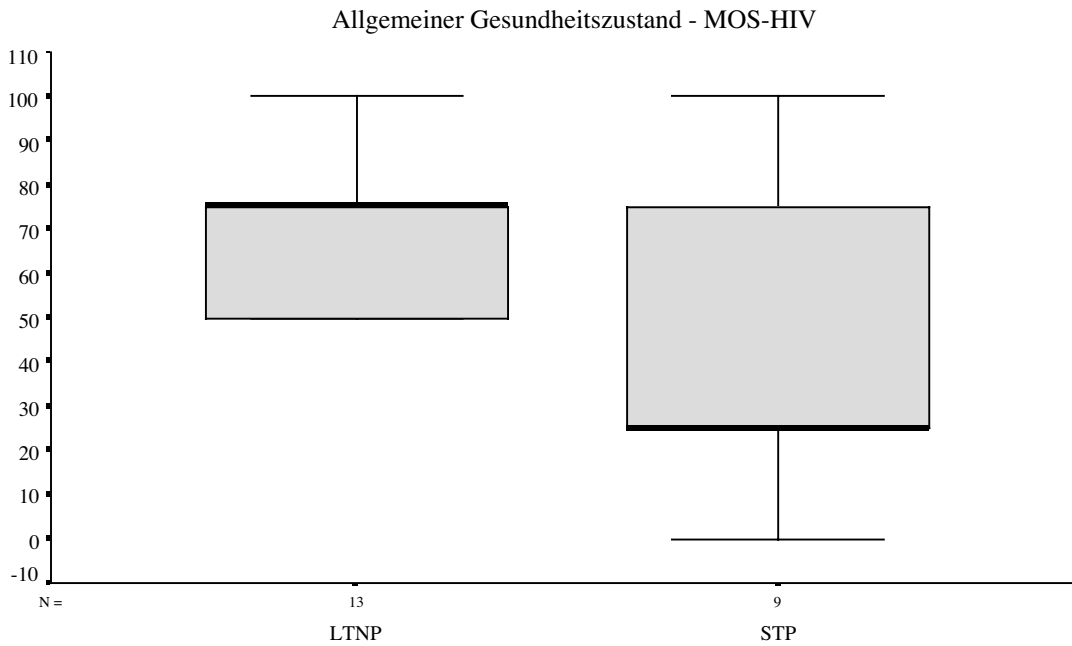


Abb. 3.66: Allgemeiner Gesundheitszustand (mit Darstellung von Median und Quartilen)

Die LTNP gaben signifikant höhere Werte an, als die STP.

Für das Konstrukt **Energie/Erschöpfung** wurde eine weitere deutliche Unterscheidung festgestellt [vgl. Abb. 3.67].

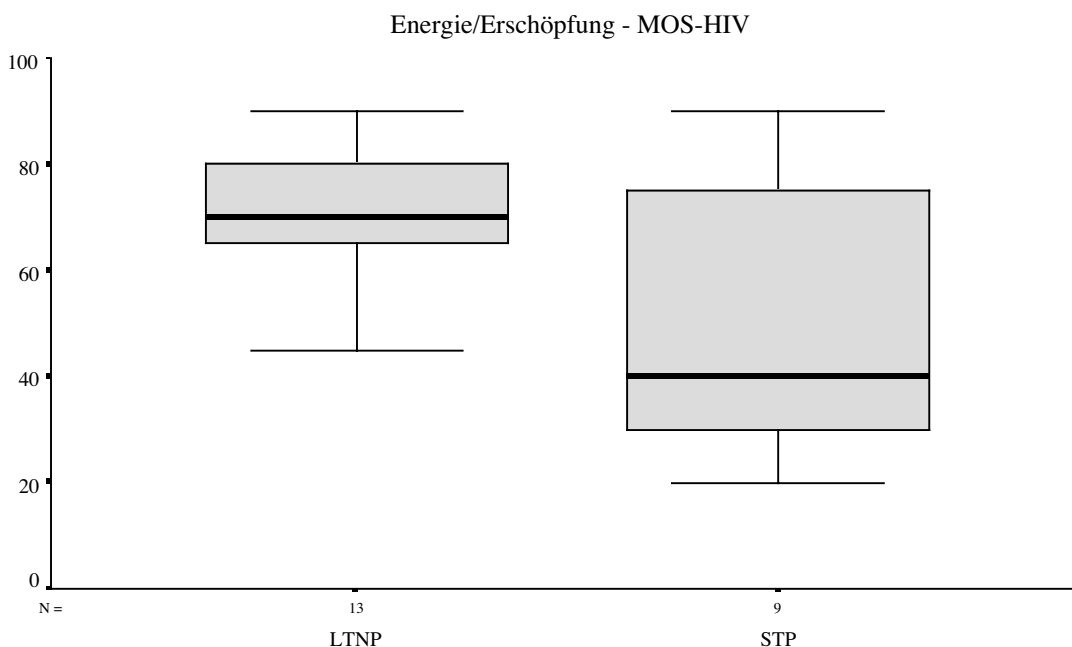


Abb. 3.67: Energie/Erschöpfung (mit Darstellung von Median und Quartilen)

LTNP gaben deutlich niedrigere Werte für Erschöpfung (und höhere Werte für Energie) als STP an. Der p -Wert des Gruppenunterschiedes betrug 0,041.

In der Dimension **Schmerzfreiheit** ergaben sich ebenfalls deutliche Unterschiede ($p=0,012$) [vgl. Abb. 3.68].

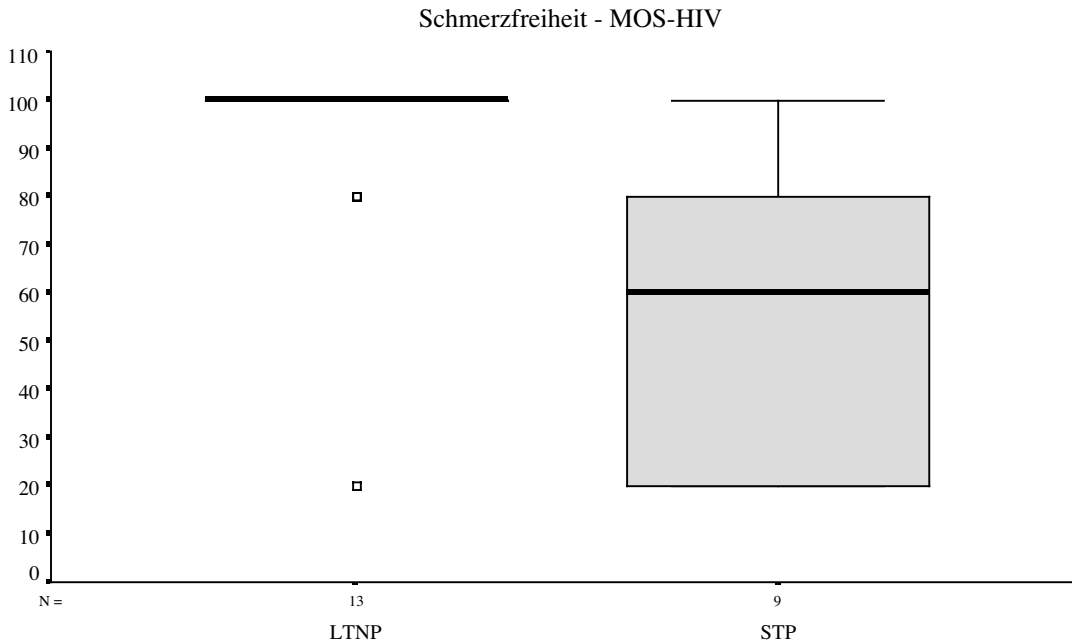


Abb. 3.68: Schmerzfreiheit (mit Darstellung von Median, Quartilen und Ausnahmen)

Nur zwei der LTNP gaben an, Schmerzen zu haben. STP klagten signifikant mehr über schmerzhafte Zustände.

Die Qualität der **sozialen Kontakte**, welche ebenfalls im MOS-HIV erhoben wurde, unterschied sich bei den Untersuchungsgruppen mit einem p -Wert von 0,028 [vgl. Abb 3.69].

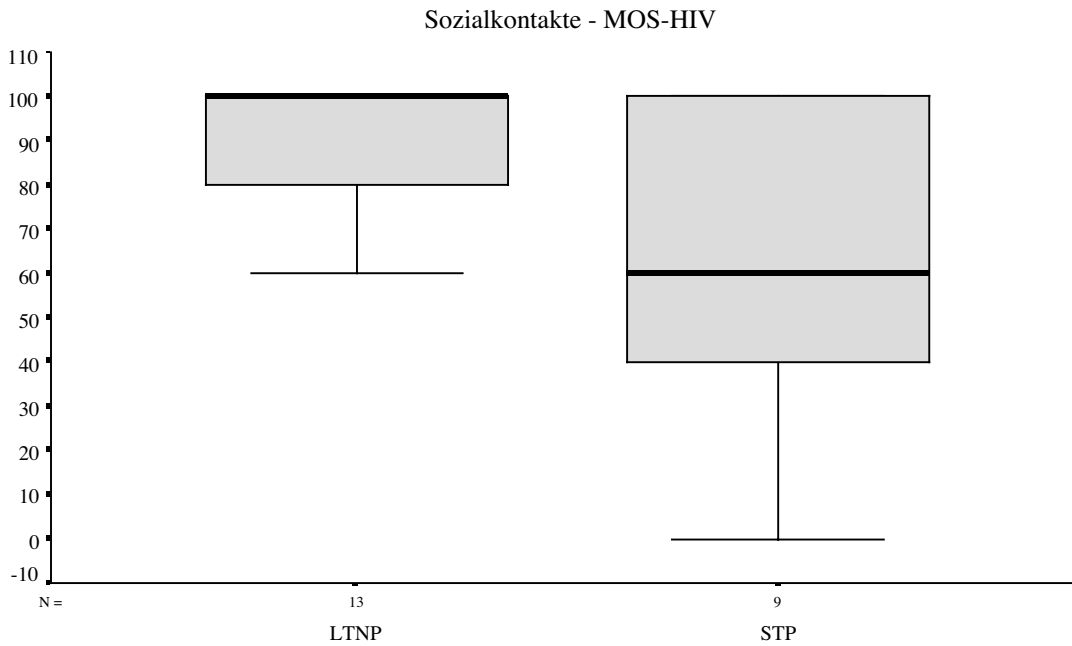


Abb. 3.69: Sozialkontakte (mit Darstellung von Median und Quartilen)

Die Verteilung zeigte im Durchschnitt deutlich höhere Werte in puncto Sozialkontakte für LTNP als für STP.

3.3.3 Dimensionen mit starken statistischen Gruppenunterschieden

SCL 90-R

Bei der Ermittlung des Symptoms **Depressivität** konnte ein deutlicher tendentieller Unterschied festgestellt werden. Die Irrtumswahrscheinlichkeit betrug $p=0,083$ [vgl. Abb. 3.70].

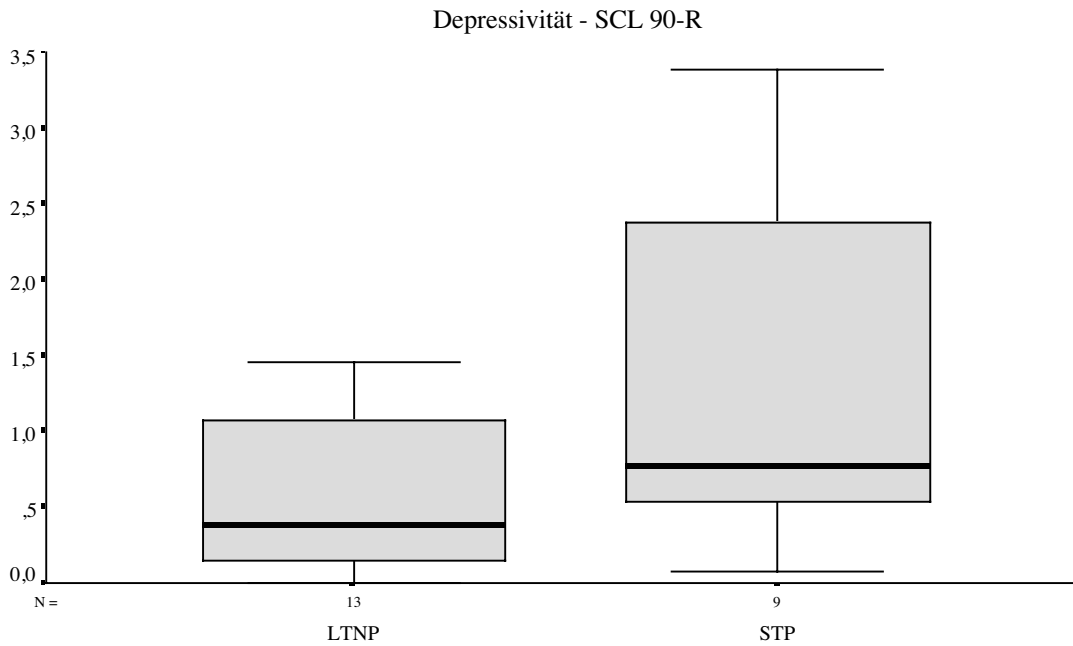


Abb. 3.70: Depressivität (mit Darstellung vom Median und Quartilen)

Es zeigte sich, daß die Depressivitätswerte für die LTNP niedriger lagen, als für STP.

Im psychopathologischen Konstrukt der **phobischen Angst** unterschieden sich die Studiengruppen mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p=0,082$ [vgl. Abb. 3.71].

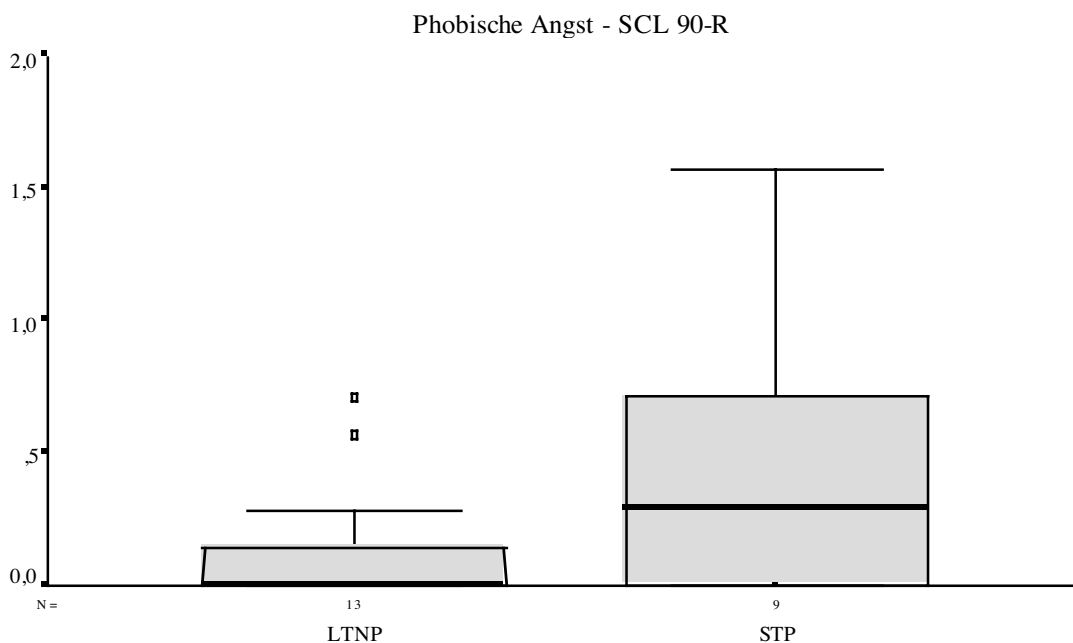


Abb. 3.71: Phobische Angst (mit Darstellung vom Median, Quartilen und Ausnahmen)

Auch hier zeigten LTNP niedrigere Werte als STP.

In zwei der Psychopathologie-Gesamtindizes, konnten stark tendenzielle Unterschiede gefunden werden. Im GSI, dem **Global Severity Index**, in welchem der allgemeine Schweregrad der Symptomatik zusammengefaßt werden kann, ergab sich eine Differenz mit einem p -Wert von 0,064 [vgl. Abb. 3.72].

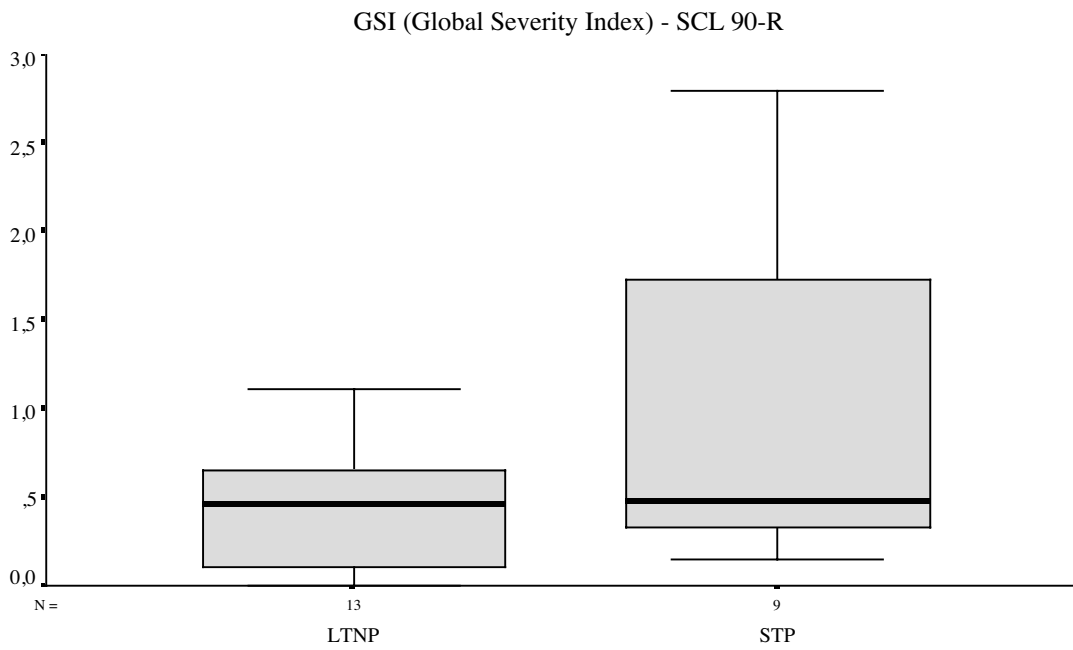


Abb. 3.72: Global Severity Index (mit Darstellung vom Median und Quartilen)

Der allgemeine Schweregrad der psychopathologischen Symptomatik zeigte sich für die LTNP niedriger als für die Gruppe der STP.

Ein zweiter Index, welcher zwar nicht signifikante aber deutliche Gruppenunterschiede produzierte ($p=0,079$), war der **Positive Symptom Distress Index** (PSDI), ein Maß für aus klinischen Ursachen hervorgerufene psychische Belastung [vgl. 3.73].

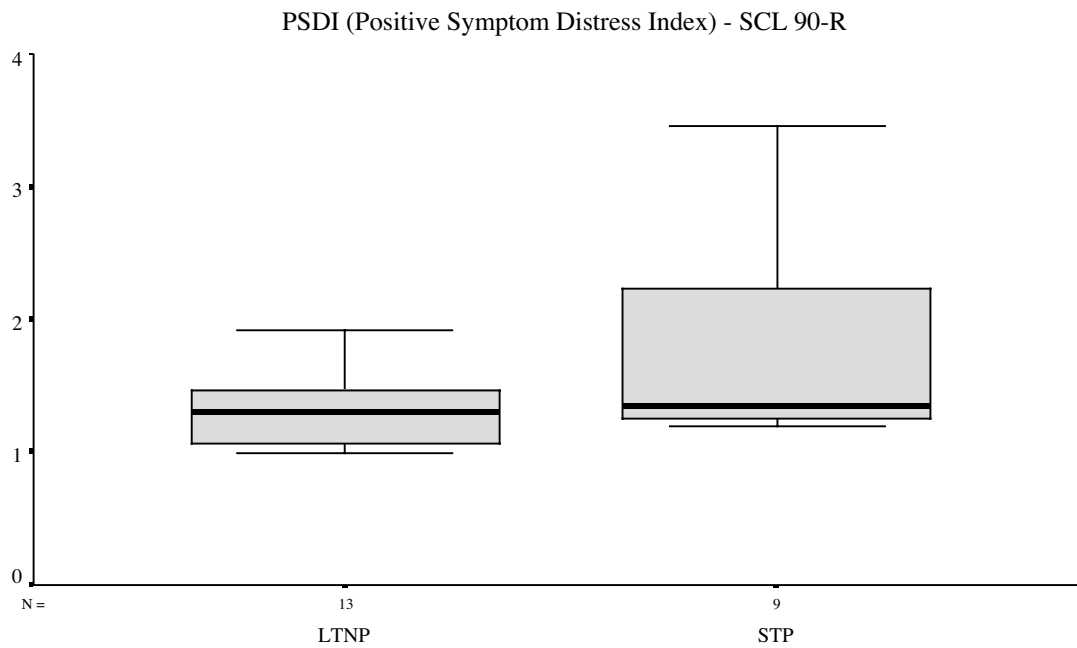


Abb. 3.73: Positive Symptom Distress (mit Darstellung vom Median und Quartilen)

LTNP zeigten niedrigere Werte an Symptom-Streß als STP.

MOS-HIV

Im Bereich **Körperliche Leistungsfähigkeit** ergab sich ein weiterer Unterschied der beiden Untersuchungsgruppen [vgl. Abb. 3.74].

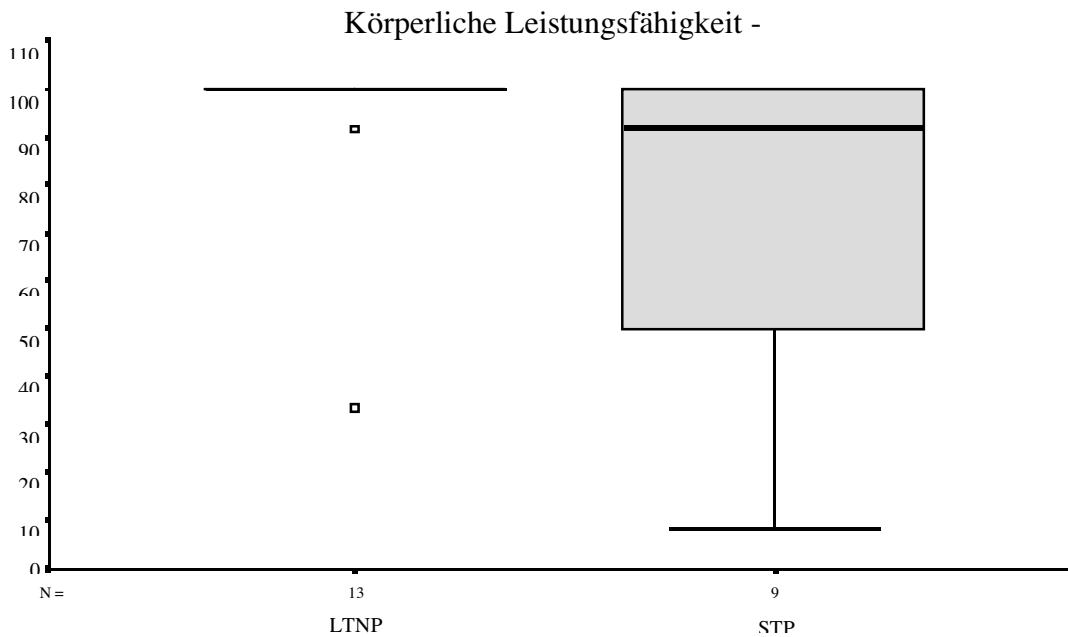


Abb. 3.74: Körperliche Leistungsfähigkeit (mit Darstellung vom Median, Quartilen und Ausnahmen)

Deutlich darstellbar war die Gruppendifferenz für dieses Konstrukt der Lebensqualität ($p=0,069$). LTNP gaben hier (bis auf zwei Ausnahmen) im Gegensatz zu STP keine Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit an.

Bei der Bewertung der **gesundheitlichen Belastungsfähigkeit** zeigte sich eine weitere statistische Tendenz ersten Grades mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p=0,061$ [vgl. Abb.3.75].

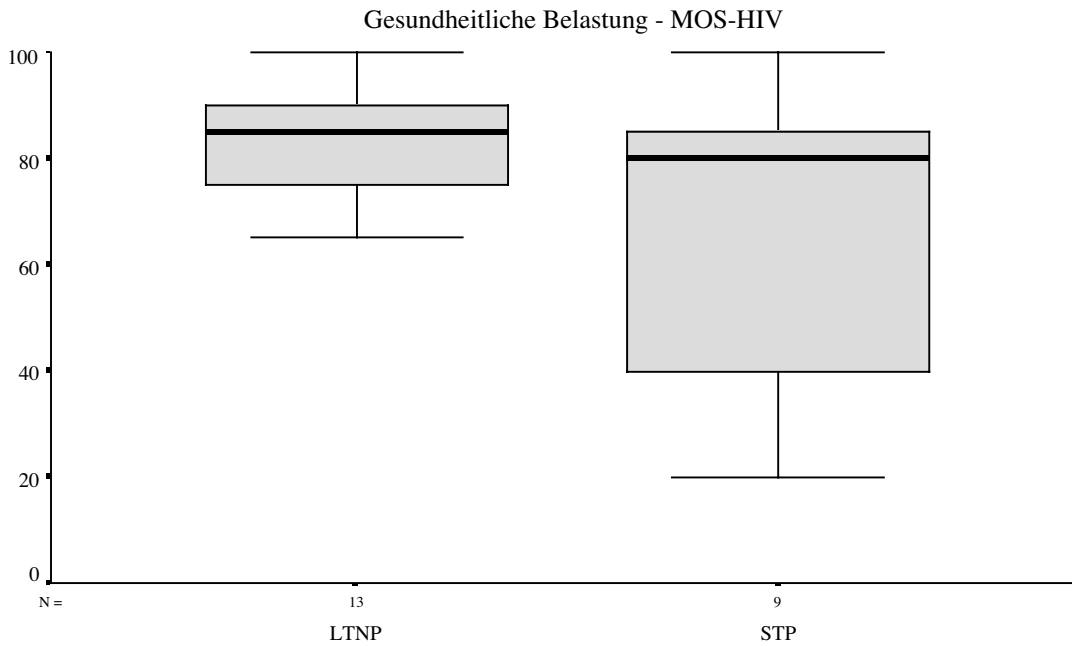


Abb. 3.75: Gesundheitliche Belastung (mit Darstellung vom Median und Quartilen)

LTNP zeigten eine höhere gesundheitliche Belastungsfähigkeit als STP.

3.3.4 Dimensionen mit schwachen statistischen Gruppenunterschieden

SCL 90-R

In der Dimension **Ängstlichkeit** konnte ein schwacher statistischer Gruppenunterschied ($p=0,113$) errechnet werden [vgl. Abb. 3.76].

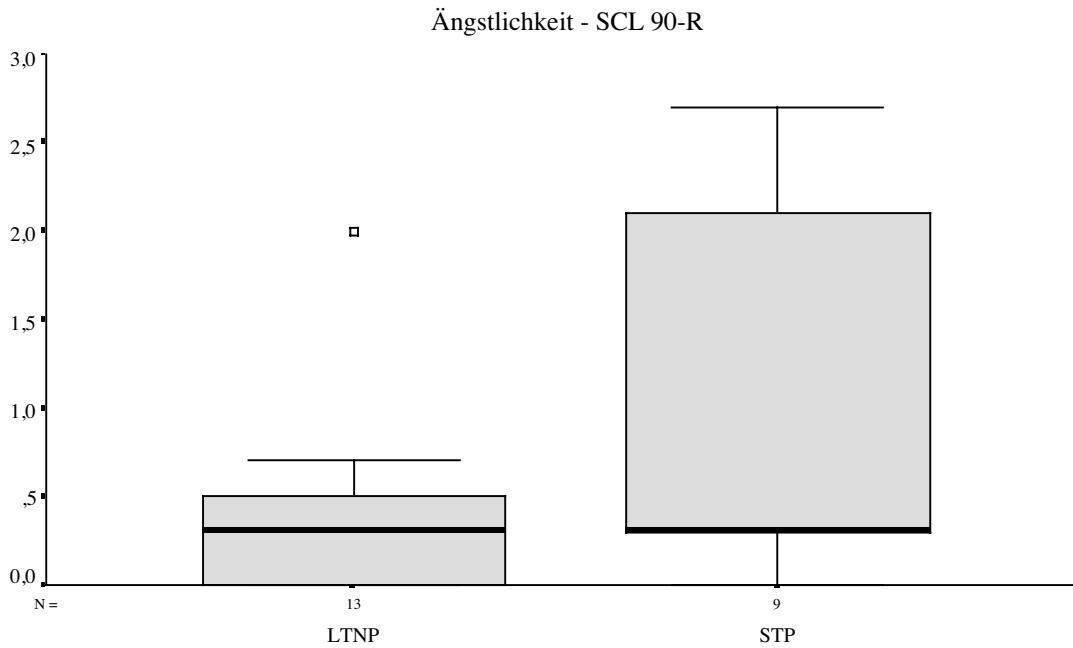


Abb. 3.76: Ängstlichkeit (mit Darstellung von Median, Quartilen und Ausnahmen)

LTNP wiesen weniger Ängstlichkeit auf als STP.

In der Dimension für **Psychotizismus** des SCL 90-R wurde ein Unterschied der beiden Gruppen mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p=0,116$ festgestellt [vgl. Abb. 3.77].

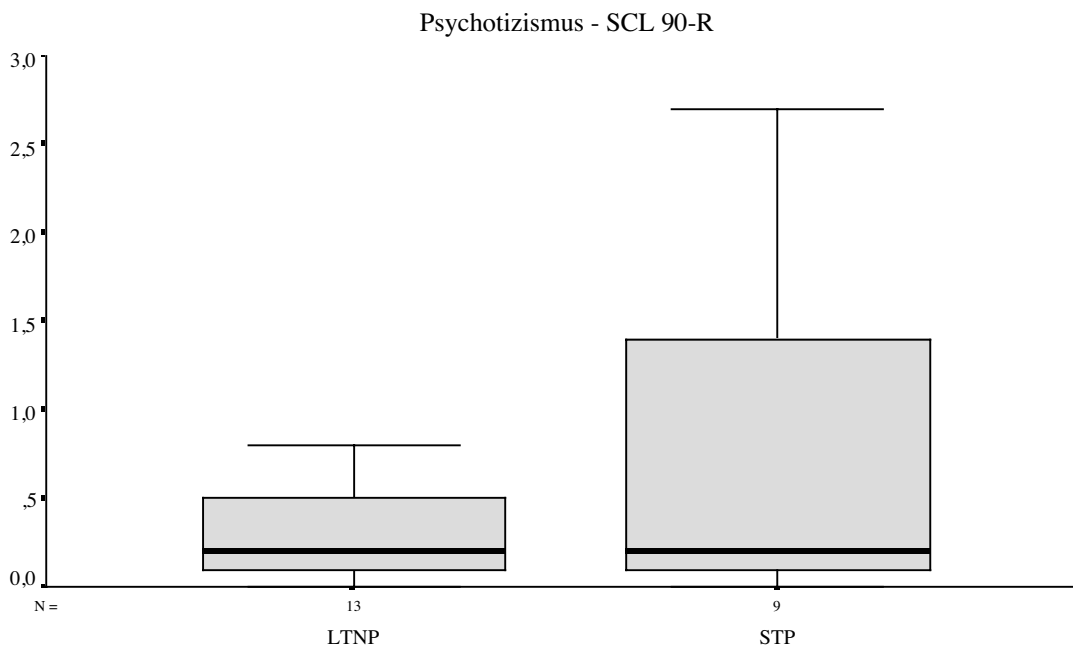


Abb. 3.77: Psychotizismus (mit Darstellung von Median und Quartilen)

STP zeigten hier meist höhere Werte als STP.

Der Kennwert **PST - Positive Symptom Total**, welcher die Anzahl der nachweisbaren psychischen Symptome im SCL 90-R widerspiegelt, unterschied die untersuchten Gruppen mit einer statistisch schwachen Tendenz ($p=0,117$) [vgl. Abb. 3.78].

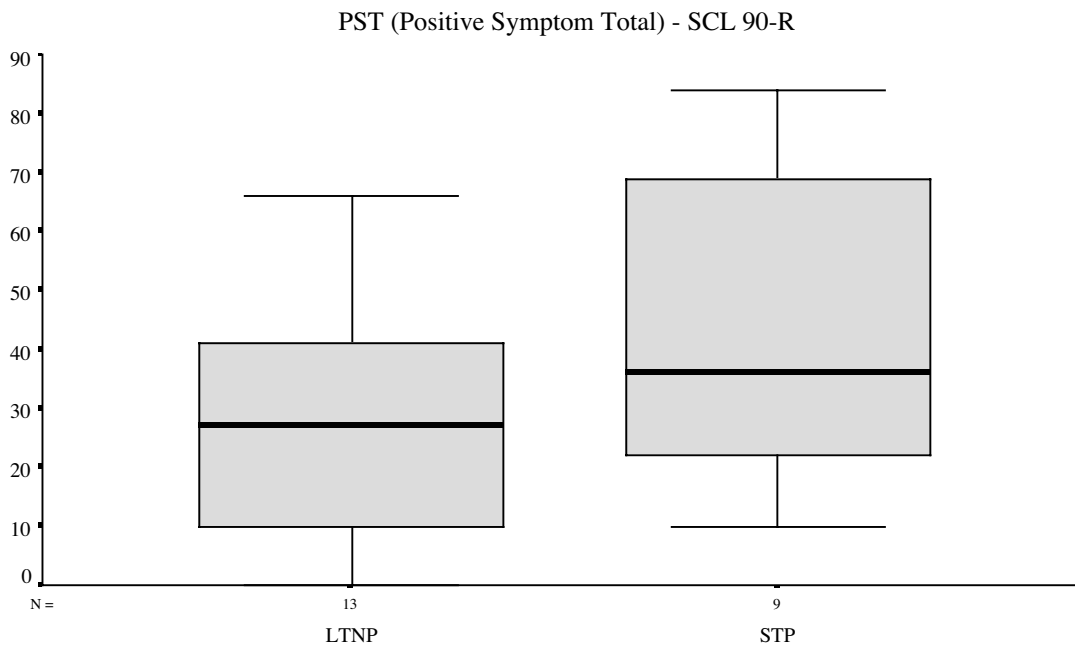


Abb. 3.78: Positive Symptom Total (mit Darstellung von Median und Quartilen)

LTNP litten an insgesamt weniger Symptomen als STP.

3.4. Qualitative Auswertung der erhobenen Unterschiede

3.4.1 Vorbemerkungen

Durch die in Kapitel 2.6.2 beschriebenen Methoden zur inhaltlichen Auswertung, Interpretation und Zusammenfassung konnten die erhobenen statistisch relevanten Unterschiede in konsistenten typologischen Profilen dargestellt werden. Die im folgenden vorgestellte Typologie der Untersuchungsgruppen ist ein mögliches Resultat. Der Anspruch, daß dieses Interpretations- und Analyseergebnis das einzig denkbare ist, darf bei einem derartigen Vorgehen grundsätzlich nicht abgeleitet werden [Mayring, 1997].

Jede Typologisierung einer Population impliziert Verallgemeinerungen und stereotype Beschreibungen und ist eine artifizielle Zusammenfassung von konsistenten Merkmalen und Verhaltensweisen der Gesamtheit der jeweiligen Gruppenmitglieder. Daher sind spezifische Charakteristika einzelner Studienteilnehmer in der Typologie nicht unbedingt wiederzuerkennen.

Bezugsbasis der Inhaltsanalyse waren die am Ende der Einleitung formulierten 16 Themenbereiche dieser Untersuchung [vgl. Kap. 1.2.3]. Für elf der 16 Themenbereiche konnten beschreibbare Gruppenunterschiede produziert werden, wobei einige Items oder Dimensionen, auf welche in der Analyse Bezug genommen wurde, teilweise mehrfach verwendet wurden. In der folgenden Darstellung werden ferner die einzelnen Items und Dimensionen aufgeführt, welche nach den im Methodikteil beschriebenen Vorgehensweisen Grundlage der Inhaltsanalyse waren. Grundsätzlich wurde nach hierarchischen Prinzipien vorgegangen, wobei einzelne psychosoziale Konstrukte gemäß ihrer statistischen Wertigkeit in die Analyse einfließen. Zur exakten Beschreibung dieser Items und Dimensionen (insbesondere deren statistischen Aussagekraft) wird auf Kapitel 3.2 sowie die im Anhang [IV] erscheinende tabellarische Zusammenfassung verwiesen.

3.4.2 Subjektive Qualität der jetzigen Lebenssituation

Die Inhaltsanalyse zu diesem Themenbereich beruhte auf der qualitativen Auswertung folgender Items/Dimensionen: FIGAH: 1.5, 3.12.a, 3.12.k, 4.6, 4.7, 5.9; MOS-HIV: Allg. Gesundheitszustand, Energie/Erschöpfung, Gesundheitliche Belastungen, körperliche Leistungsfähigkeit, Schmerzfreiheit, Sozialkontakte; SCL 90-R: Ängstlichkeit, Somatisierung, Psychotizismus, phobische Angst, GSI, PSDI, PST.

LTNP wiesen in physischen, sozialen und psychischen Bereichen der subjektiven Lebensqualität höhere Werte als STP auf. Bei LTNP zeigte sich ein deutlich entwickelteres Maß an allgemeinem körperlichen Wohlbefinden und Zufriedenheit als bei STP, welche häufiger über Erschöpfungsgefühle und Schmerzempfindungen klagten. Dieser Unterschied konnte jedoch nicht mit der objektivierbaren klinischen Situation der Teilnehmer in Verbindung gebracht werden: STP waren - wie in den Einschlußkriterien gefordert [vgl. Kap. 2.1] - zum Zeitpunkt der Untersuchung abgesehen von der 'unfühlbaren' immunologischen Progression objektivierbar *klinisch* nicht kränker, sie fühlten sich

jedoch so. Dieser Zusammenhang ist möglicherweise durch nachfolgende inhaltsanalytische Merkmale zu verstehen.

Subjektiv schätzten LTNP ihren allgemeinen Gesundheitszustand positiver ein als STP. Auch die Qualität der Körperwahrnehmung ermöglichte eine wesentliche Gruppenunterscheidung: Die generelle psychische Aufmerksamkeit gegenüber der Infektion und Symptomen, welche möglicherweise durch die HIV-Erkrankung bedingt sein könnten, war bei STP ausgeprägter als bei LTNP, wobei der Stellenwert der Infektion insgesamt bei STP höher angesiedelt war als bei LTNP. Hierzu konnte ergänzend gezeigt werden, daß STP eher als LTNP dazu neigten, intrapsychische Konflikte zu somatisieren und sich möglicherweise in diesem Zusammenhang kränker fühlten.

Die Unterschiede in der sozialen Lebensqualität der Teilnehmer ließen sich hauptsächlich durch die Ergebnisse in puncto Sozialkontakte charakterisieren. Es zeigte sich, daß LTNP subjektiv die Qualität und Quantität ihrer sozialen Kontakte höher einschätzten als STP. In anderen Bereichen der sozialen Lebensqualität (emotionale und praktische Unterstützung, soziale Integration, Vertrauenspersonen und Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung) ergaben sich für die Vergleichsgruppen keine unterscheidenden Merkmale.

Bezüglich der psychischen Lebensqualität (psychische *Gesundheit*, *Konflikte* und *Belastungen*) ließen sich LTNP und STP in verschiedenen Bereichen differenzieren. Mit den allgemeinen Lebensumständen schienen LTNP eher zufrieden zu sein als STP. Im Hinblick auf die gemessenen psychischen Beschwerden bestätigte sich dieser Gruppenunterschied: STP litten häufiger unter dysthymen Symptomen (mit zum Teil ausgeprägten depressiven Zuständen), diffusen Ängsten und Psychotizismus als LTNP. Insgesamt ergaben sich tendentiell eher höhere Werte für eine allgemeine Belastung an psychopathologischen Veränderungen als bei LTNP, wobei (wie oben bereits bemerkt) der rein somatische klinische Status keine entscheidende Rolle für die Gruppenunterscheidung spielte. Schwere und Häufigkeit der psychischen Symptome waren für STP charakteristisch, nicht die psychodiagnostische Einteilung der von ihnen angegebenen Beschwerden.

3.4.3 Subjektive Qualität der kindlichen und jugendlichen Lebenssituation

Die Inhaltsanalyse zu diesem Themenbereich beruhte auf der qualitativen Auswertung des folgenden Items: FIGAH: 2.4

Es zeigte sich lediglich in einem einzelnen Item des FIGAH eine Unterscheidung. Hierbei ergab sich, daß STP, mehr als LTNP als Jugendliche „mit jemandem“ über erste Vermutungen bezüglich ihrer homosexuelle Orientierung sprechen konnten. Inhaltsanalytisch konnte hierzu keine weiterführende Aussage getroffen werden.

3.4.4 Arbeitszufriedenheit und Zufriedenheit mit dem Ausbildungsniveau

Für diesen Themenbereich fanden sich keine konsistenten inhaltsanalytischen Gruppenunterschiede.

3.4.5 Beziehungsgüte zur Herkunftsfamilie

Für diesen Themenbereich fanden sich keine konsistenten inhaltsanalytischen Gruppenunterschiede.

3.4.6 Beziehungsgüte zur (Ehe-)Partnerin und den eigenen Kindern

Für diesen Themenbereich fanden sich keine konsistenten inhaltsanalytischen Gruppenunterschiede.

3.4.7 Akzeptanz der eigenen Homosexualität

Die Inhaltsanalyse zu diesem Themenbereich beruhte auf der qualitativen Auswertung folgender Items/Dimensionen: FIGAH: 2.15.d, 2.23, 2.29.b, 2.29.e, 2.29.r, 2.29.y.

Die intrapsychische Akzeptanz und Bewertung der eigenen Homosexualität der untersuchten Teilnehmer stellte sich bei den beiden Untersuchungsgruppen nur geringfügig unterscheidbar dar, wobei teils ambivalente Selbstbilder erfaßt worden sind. LTNP erschienen kritischer gegenüber ihrer eigenen Homosexualität als STP. Selbstreflexion über die ethische Richtigkeit ihrer sexuellen Wünsche und ihres Verhaltens spielte zwar zum Teil eine Rolle bei den LTNP, jedoch konnten sie mehr als STP solche Zweifel in eine grundsätzlichere Akzeptanz ihrer sexuellen Orientierung in die Gesamtpersönlichkeit integrieren als STP. Für STP ließ sich im Gegensatz hierzu eine eher homosexualitätskritischere, teilweise homophobe Grundeinstellung feststellen.

3.4.8 Strukturierung der homosexuellen Identität nach außen

Die Inhaltsanalyse zu diesem Themenbereich beruhte auf der qualitativen Auswertung folgender Items/Dimensionen: FIGAH: 2.9.g, 2.10.b2, 2.15.b, 2.15.c, 2.16.

LTNP zeigten sich im Vergleich zu STP eher differenzierter und abwägender in ihrem Informationsverhalten bezüglich der Mitteilung ihrer Homosexualität. Personen, bei denen ein Informieren notwendig oder wünschenswert erschien, wurden aktiv ins Vertrauen gezogen. Bei anderen wurde eine Eröffnung bewußt vermieden. Bei der Gruppe der STP konnte keine entsprechende Verhaltenstendenz festgestellt werden.

3.4.9 Reaktionen auf Stigmatisierung der Homosexualität

Die Inhaltsanalyse zu diesem Themenbereich beruhte auf der qualitativen Auswertung folgender Items/Dimensionen: FIGAH: 2.15.b, 2.15.c, 2.15.d.

Die Reaktionen der Teilnehmer auf unterschiedliche Formen von Stigmatisierung und Diskriminierung ließen eine inhaltsanalytische Unterscheidung beider Untersuchungsgruppen zu. Nach einer diskriminierenden Konfrontation demonstrierten STP mehr als LTNP eine betonte äußerliche Gelassenheit. LTNP zeigten als häufigstes Verhaltensmuster eine defensive, sich zurückziehende, konfrontationsvermeidende Reaktion welche mit ängstlichen Affekten einherging.

3.4.10 Qualität und Bedeutung schwuler Subkultur

Die Inhaltsanalyse zu diesem Themenbereich beruhte auf der qualitativen Auswertung folgender Items/Dimensionen: FIGAH: 2.20, 2.21.b, 2.21.f, 2.23, 2.24.c, 2.29.e, 2.29.h, 6.1.p.

Beide Untersuchungsgruppen waren über die Diversität und die unterschiedlichen Orte und Strukturen der schwulen Subkultur (*schwule Szene*) gleichermaßen informiert. Die Art und Weise wie diese subkulturellen Angebote jedoch frequentiert und bewertet wurden, ließ eine Typisierung der Gruppen zu. Grundsätzlich zeigten LTNP ein eher distanziertes, gleichwohl emotional neutraleres Verhältnis zu den Einrichtungen schwuler Subkultur. LTNP frequentierten diese subkulturellen Einrichtungen zwar eher selten, fühlten sich jedoch trotzdem als Bestandteil der *gay community*.

STP nutzten die schwule Subkultur eher häufig und zeigten auch Präferenzen zu spezifischen Einrichtungen (Diskothek, Café). STP maßen der Szene eine bedeutungsvollere Funktion zu als dies LTNP taten. Für STP stellte die schwule Subkultur hinsichtlich ihrer eigenen psychosexuellen Identifizierung eine wesentliche Leitbildfunktion dar. Subkulturelle Normen wurden von STP internalisiert und überdeckten teilweise vorhandene gesellschaftsethische Unsicherheiten bezüglich ihrer eigenen sexuellen Orientierung. Für STP bedeutete dies gleichzeitig ein höheres Maß an Politisierung von Homosexualität als für LTNP. Mehr als das bloße Definieren von Sexualität, beinhaltete „*schwul zu sein*“ für STP gleichzeitig auch eine gesellschaftliche, antikonservative Haltung. Oftmals widersprach jedoch diese, der Schwulenbewegung verpflichtete und aufklärerische Haltung der STP, den eigenen, teilweise emotional unsicheren Auffassungen bezüglich Homosexualität.

3.4.11 Sexueller Handlungsstil

Die Inhaltsanalyse zu diesem Themenbereich beruhte auf der qualitativen Auswertung folgender Items/Dimensionen: FIGAH: 2.41, 2.43.a, 2.29.u, 2.38.d, 2.45.g, 2.58, 2.61.f, 2.61.h, 3.29.w.

Einer der deutlichsten Gruppenunterschiede dieser Untersuchung konnte in diesem Themenbereich festgestellt werden. Zum Konstrukt *partnerschaftliche Beziehungen* zeigte sich, daß LTNP weit mehr

als STP Interesse, Erfahrung und Fähigkeiten aufwiesen, eine funktionierende langfristige Partnerschaft zu einem Mann herzustellen und aufrecht zu erhalten. Hierbei spielten für LTNP heterosexuelle und gesellschaftlich allgemein akzeptierte Wertvorstellungen eine größere Rolle als für STP: Partnerschaften zu Männern wurden von LTNP mehr als von STP - im Sinne heterosexueller Ideale - als romantisch und als „Liebesbeziehung“ kategorisiert.

Das Element der Freundschaftlichkeit war für LTNP in ihren Partnerschaften von Bedeutung. Für STP (mehr als für LTNP) hingegen waren nicht-sexuelle Freundschaften in der Regel nicht vereinbar mit sexuellen Kontakten zu Männern. Eine Einstellung, die getreu eines antiinzestuösen Motives, Sexualität mit männlichen Freunden (innerhalb der *gay community*) tabuisiert. Für STP zeigten sich äußere Attraktivitätsmerkmale als von größerer Bedeutung bei der Auswahl eines potentiellen Partners als für LTNP. Partnerschaften zu Frauen indes wurden von STP mehr als von LTNP als zweckmäßig („Zweckbeziehung“) bewertet.

Das Anwenden von sicheren Sexualpraktiken (*Safer Sex*) unterschied die beiden Untersuchungsgruppen nur gering. LTNP hielten es - *bevor* sie sich mit dem HI-Virus infizierten - trotz allgemein bekannter Übertragungsmechanismen für weniger notwendig, geschützten Geschlechtsverkehr zu praktizieren. Durch die eigene HIV-Infektion veränderte sich die Qualität der Sexualität der Teilnehmer unterschiedlich. LTNP bewerteten die Qualität ihrer sexuellen Aktivitäten tendentiell eher negativer („langweiliger“) als vor der HIV-Infektion. STP hingegen gaben an, sich nach ihrer Infektion tendentiell beim Geschlechtsverkehr eher „sicherer“ gefühlt zu haben. Eine Erklärung wären die inhaltsanalytischen Hinweise, daß für STP die eigenen sexuellen Bedürfnisse eine emotional eher nebensächliche Thematik darstellten. Hierfür spräche auch, daß sich STP seit dem Bekanntwerden ihrer HIV-Infektion, von anderen Schwulen distanzieren und Kontakte (auch sexuelle Kontakte) einschränkten.

3.4.12 Emotionale Bewertung der HIV-Infektion

Die Inhaltsanalyse zu diesem Themenbereich beruhte auf der qualitativen Auswertung folgender Items/Dimensionen: FIGAH: 3.4.d, 3.6, 3.29.i, 3.29.o; KKG: fatalistische Externalität.

STP empfanden (unabhängig vom gesundheitlichen Zustand) die Tatsache, daß sie mit dem HIV infiziert sind, als emotional belastender als LTNP. Schuldgefühle und moralische Selbstvorwürfe spielten bei STP in der Bewertung der eigenen HIV-Infektion eine wichtigere Rolle als bei LTNP. STP empfanden mehr als LTNP denjenigen Personen gegenüber, von denen sie glaubten infiziert worden zu sein, eher ungute, antipathische Gefühle und entwickelten als Teil ihrer subjektiven Infektionstheorie eine gewisse HIV-Opferidentität. LTNP hatten progressionsunabhängig (bereits zu Anfang ihrer HIV-Infektion) eine eher nonchalante und verdrängende Position bezüglich der Ansteckung und der Ansteckungsgefahr.

3.4.13 Offenbarung des HIV-Befundes und Reaktionen auf Stigmatisierungen

Die Inhaltsanalyse zu diesem Themenbereich beruhte auf der qualitativen Auswertung folgender Items/Dimensionen: FIGAH: 3.15.e, 3.17.a, 3.17.f, 3.17.g, 3.21.b, 3.21.e.

Die Mitteilung des HIV-Befundes geschah, vergleichbar mit der Offenbarung der eigenen Homosexualität [vgl. Kap. 3.4.9], bei beiden Untersuchungsgruppen unterschiedlich. STP zeigten sich eher undifferenziert in der Auswahl derjenigen Personen, welche über den HIV-Befund informiert werden sollten. Das Informieren des Umfeldes geschah bei STP charakteristischerweise aus einem inneren Verpflichtungsgefühl, weniger aus reflektierten, eigennützigen Motiven heraus. Das Informieren über den HIV-Befund geschah bei LTNP eher kontrolliert, was wohl insgesamt ein Merkmal der LTNP zu sein scheint.

Als Reaktion auf offene Diskriminierungen bezüglich der HIV-Infektion der Teilnehmer zeigten STP zum einen ein betont ruhiges, unbeteiligtes Verhalten. Zum anderen verhielten sich STP dem vorher gesagten widersprechend, häufiger als LTNP provozierend nach einer anti-homosexuellen, diskriminierenden Äußerung. Diese Aggressivitätsambivalenz war bei LTNP weniger ausgebildet als bei STP.

3.4.14 Gesundheits-, Krankheitskonzepte und Verhalten

Die Inhaltsanalyse zu diesem Themenbereich beruhte auf der qualitativen Auswertung folgender Items/Dimensionen: FIGAH: 3.12.d, 3.12.k, 3.29.w, 4.1.i, 4.4, 4.6, 4.7, 4.8.c, 4.9.b; KKG: fatalistische Externalität, soziale Externalität.

In diesem Themenbereich konnten zum einen Unterschiede bezüglich unmittelbarer Reaktionen auf konkrete psychische und physische gesundheitliche Belastungen der Teilnehmergruppen festgestellt werden, zum anderen war eine Differenzierung bei persönlichkeitsimmanenten Grundeinstellungen zu sehen. LTNP entwickelten als Reaktion auf bedrohliche Krankheitsgefährdungen häufiger ein aktives, problemorientiertes Copingverhalten, welches den Prinzipien internaler Ursachenattribution folgte. STP hingegen zeigten sich in derartigen Situationen eher passiv und hilfsbedürftig. Externale Ursachenattribution ließ sich als konsistente Kontrollüberzeugung bei STP feststellen.

Die realen Bedeutungen der HIV-Infektion und der AIDS-Erkrankung schienen LTNP in Gänze nur wenig zu erfassen und zeigten hinsichtlich der Erkrankungskonsequenzen und der derzeit nach wie vor infausten Prognose neglektisierende, teils verneinende Bewältigungsmechanismen auf. Weder spielte bei LTNP die HIV-Infektion im Alltag eine wesentliche Rolle, noch bestanden stärkere Ängste vor dem Erkranken oder einer gesundheitlichen Verschlechterung, noch war ein großes Interesse an medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritten ermittelbar.

Für STP zeigte sich, daß für sie die Infektion im Alltag eine durchaus nicht unerhebliche Rolle spielte, was zu sozialen und persönlichen Konsequenzen (unabhängig von der Konsequenz einer antiviralen Therapie) führte. Es zeigte sich weiterhin für STP, daß weitaus mehr Vertrauen und Hoffnung (als bei

LTNP) auf professionelle Behandlung und Beratung gesetzt wurde und daß sich insgesamt mehr Aufmerksamkeit auf spezifische Therapiekonzepte richtete.

3.4.15 Qualität des Arzt-Patienten Verhältnisses

Die Inhaltsanalyse zu diesem Themenbereich beruhte auf der qualitativen Auswertung folgender Items/Dimensionen: FIGAH: 3.12.k, 5.9, 5.10.a.

Wie oben bereits beschrieben [vgl. Kap. 3.4.14], wurde die medizinische Gesundheitsinstanz „Arzt“ von beiden Gruppen unterschiedlich bewertet. Über die tatsächliche Beziehung zwischen Arzt und Patient ließ sich jedoch nur wenig aussagen. Es schien, daß die ärztliche Betreuung für STP einen höheren Stellenwert einnahm als für LTNP: Für LTNP war die medizinische Qualifikation des Arztes nur von geringer Bedeutung. STP hielten dies für *einzig* ausschlaggebend bei der Bewertung eines Arztes. Arztbesuche bei STP waren deutlich häufiger als bei LTNP und zeigten sich auch als Teil der Bewältigungsmechanismen bei STP.

3.4.16 Reflexion der öffentlichen Bewertung von Homosexualität und HIV-Infektion

Die Inhaltsanalyse zu diesem Themenbereich beruhte auf der qualitativen Auswertung folgender Items/Dimensionen: FIGAH: 6.1.p, 6.1.r, 6.2.a.

Die Vergesellschaftung von Homosexualität und der HIV-Erkrankung, insbesondere durch Medien, Politik und Kirchen, rief bei den Untersuchungsgruppen unterschiedliche Reaktionen hervor. Für die Gruppe der LTNP verursachte die öffentliche gesellschaftliche Diskussion tendenziell eine eher belastende Wirkung und wurde nicht gewünscht. Dieser Sachverhalt könnte im Zusammenhang mit Bestrebungen, sich an heterosexuellen Normwerten zu orientieren, gesehen werden [vgl. Kap. 3.4.11]. Außerdem zeigten sich LTNP mehr als STP kritisch und reflektierend im Hinblick auf diskriminierende, öffentliche Meinungen zu Homosexualität und der HIV-Erkrankung.

3.4.17 Religiöse und lebensphilosophische Sinnkonzepte

Für diesen Themenbereich fanden sich keine konsistenten inhaltsanalytischen Gruppenunterschiede.

4. Diskussion

4.1 Beurteilung der Ergebnisse

4.1.1 Allgemeine Bewertung

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die hier dargestellten Ergebnisse lassen den Schluß zu, daß sich die untersuchten Long-Term-Non-Progressoren (LTNP) und Short-Term-Progressoren (STP) in verschiedenen psychosozialen Aspekten voneinander unterschieden. Trotz der geringen Fallzahl der teilnehmenden Personen ergaben sich signifikante Unterschiede, welche sich in der anschließend durchgeführten Inhaltsanalyse insgesamt als in ihrer Substanz konsistent, zusammenfaßbar und interpretierbar zeigten.

Der angewendete explorative und thesengenerierende Aufbau der Untersuchung legitimierte eine Beschränkung der Auswertung auf die statistisch relevanten Ergebnisse. Es wäre methodisch grundsätzlich nicht möglich gewesen über Daten, welche keine Unterscheidungen zwischen den Untersuchungsgruppen erbringen konnten, eine auswertungsrelevante Aussage zu treffen [Blalock jr., 1979]. Items oder Dimensionen, welche keine Unterschiede zeigten, ließen sich im Rahmen dieser Untersuchung (mit geringen Fallzahlen und einer hohen Anzahl an Variablen) nur formal und nicht inhaltlich deuten: *In diesem spezifischen Fall* und mit diesen (unsensitiven) Items/Dimensionen, war es nicht möglich, Gruppenunterschiede zu ermitteln. Möglicherweise käme es jedoch bei Erhöhung der Fallzahlen zu einer differenzierteren Unterscheidbarkeit der Gruppen.

Es konnte gezeigt werden, daß LTNP und STP Merkmale aufwiesen, die sich im Rahmen einer Inhaltsanalyse in charakteristische psychosoziale Persönlichkeits-Typologien zusammenfassen ließen. Es resultierten zwei von einander unterscheidbare Gruppentypologien, die mit den beiden hier untersuchten verschiedenen Progressionsstadien der HIV-Erkrankung korrelierten. Es war möglich, für folgende Themenbereiche Unterschiede zu ermitteln [vgl. Kap. 3.4]:

- Subjektive Qualität der jetzigen Lebenssituation,
- Akzeptanz der eigenen Homosexualität,
- Strukturierung der homosexuellen Identität nach außen,
- Reaktionen auf Stigmatisierung der Homosexualität,
- Qualität und Bedeutung schwuler Subkultur,
- Sexueller Handlungsstil,

- Emotionale Bewertung der HIV-Infektion,
- Offenbarung des HIV-Befundes und Reaktionen auf Diskriminierungen,
- Gesundheits-, Krankheitskonzepte und Verhalten,
- Qualität des Arzt-Patienten Verhältnisses,
- Reflexion der öffentlichen Bewertung von Homosexualität und HIV-Infektion.

Eine inhaltliche Zuordnung zu den beiden Untersuchungs- und Progressionsgruppen konnte erstellt, ein Zusammenhang zwischen den hier ermittelten psychosozialen Bereichen und der Progression der HIV-Erkrankung formuliert werden.

Long-Term-Non-Progressoren stellten sich zusammenfassend und stark verkürzt aus den oben dargestellten inhaltsanalytischen Ergebnissen als eine Population mit folgenden typologischen Merkmalen dar:

- hohe physische, soziale und psychische Lebensqualität
- authentische innere Akzeptanz der eigenen Homosexualität mit Distanzierungen zu gewissen homosexuellen Identifikationsmerkmalen
- differenziertes Offenbarungsverhalten bezüglich der eigenen Homosexualität unter Berücksichtigung von Vertrauenskriterien
- zurückhaltende Reaktionen bezüglich antihomosexueller Aggressionen
- eher seltene Nutzung schwuler Subkultur unter Motiven der Eigennützigkeit
- Hohe Relevanz langfristiger partnerschaftlicher Beziehungen und Idealisierung von (gesellschaftlich akzeptierten) heterosexuellen Wertvorstellungen und Beziehungsmodellen
- Emotionale Distanz zur eigenen HIV-Infektion bei niedrigem Alltagsstellenwert der Infektion
- differenziertes Offenbarungsverhalten bezüglich der eigenen HIV-Infektion und zurückhaltende Reaktion auf diesbezügliche Aggressionen und Diskriminierungen
- verdrängende Bewältigungsmechanismen bezüglich der konkreten realen Gefahren der HIV-Infektion bei ausgeprägter internaler Ursachenattribution und grundsätzlich aktiven Copingmöglichkeiten
- geringe Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung
- kritische Betrachtung und emotionale Betroffenheit bezüglich der öffentlichen Diskussion zu HIV/AIDS

Short-Term-Progressoren ließen sich im Gegensatz hierzu zusammenfassend und stark verkürzt folgendermaßen typisieren:

- eingeschränkte physische, soziale und psychische Lebensqualität
- tendenziell eher wenig ausgeprägte innere Akzeptanz der eigenen Homosexualität bei teils internalisierter Homophobie
- kein einheitliches, undifferenzierbares Offenbarungsverhalten bezüglich der eigenen Homosexualität
- konfrontierende, offensive Reaktionen auf antihomosexuelle Diskriminierungen unter hierzu widersprüchlichem ängstlichem inneren Affekt
- häufige Frequentierung der schwulen Subkultur bei ausgeprägter identifikations-, sinnstiftender und teils politisierender Funktion der Subkultur
- hoher Stellenwert unemotionaler Kriterien bei der Wahl von Sexualpartnern ohne Entwicklung von längerfristigen Beziehungen; Berücksichtigung homosexueller Normvorstellungen wie die Anwendung von *Safer Sex* Richtlinien
- emotionale Belastung aufgrund der HIV-Infektion bei hohem Alltagsstellenwert der Infektion; häufige Bewertung der Infektion als Selbstverschuldung
- undifferenziertes Offenbarungsverhalten bezüglich der eigenen HIV-Infektion unter Vernachlässigung eigennütziger Motive
- externalisierte Ursachenattribution bei eher passiven Bewältigungsmechanismen
- hoher Stellenwert der ärztlichen Behandlung bei Vertrauen in medizinische Möglichkeiten
- höhere emotionale Stabilität bezüglich der öffentlichen Diskussion zu HIV/AIDS

Aussagekraft der Ergebnisse

Die inhaltliche Aussagekraft der dargestellten Ergebnisse ist durch den spezifischen methodischen Aufbau der Untersuchung bestimmt. Der hier verwendete Untersuchungsansatz berechtigte zur *Korrelation* ermittelter sensitiver Aspekte und Merkmale mit den beiden Progressionsgruppen. Eine Einordnung der Ergebnisse als *kausale Ursachen* für die individuelle Entwicklung zum LTNP und STP wäre a priori nicht ableitbar. Angesichts des explorativen Charakters dieser Untersuchung sind die Ergebnisse zunächst als hypothesengenerierend anzusehen. Eine der formalmethodischen Mindestanforderungen für Studien, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, Kausalzusammenhänge zu ermitteln, wäre ein prospektives Studiendesign [Eimer, 1987], eine Bedingung, die im Rahmen der Zielsetzung dieser Arbeit nicht gegeben war.

Die Ergebnisse dieser Arbeit sind somit zwar nicht als Kausalbeweis für die Progression der HIV-Erkrankung zu sehen, sie sind jedoch deutliche Hinweise auf mögliche psychosoziale Kofaktoren der HIV-Progression. Für das Verständnis der Ergebnisse war ferner von Bedeutung, daß trotz methodisch-kontrollierender Vorsichtsmaßnahmen eine Beeinflussung der gemessenen psychosozialen Parameter, durch

- den klinischen Zustand,
- das subjektive Gesundheits- und Krankheitsempfinden und
- die Dauer des Bekanntseins der HIV-Infektion

zu berücksichtigen ist. Der Einfluß der Erkrankung, aber auch das Gefühl von Krankheit können auf die Beantwortung der Fragebögen einen wesentlichen Einfluß haben. Umgekehrt können Gesundheit und das Gefühl von Gesundheit Effekte auf die Beantwortung der Fragebögen haben. So ist für LTNP eine innere Haltung, welche der realen Lebensbedrohung durch AIDS nur eine geringe Bedeutung zumißt, unter Umständen das *Resultat* aus einer langjährigen Nicht-Offensichtlichkeit und Nicht-Spürbarkeit der HIV-Infektion. Es ist denkbar, daß diesbezüglich ein Sicherheitsgefühl mit der Zeit erlernt wird, wobei möglicherweise mit fortschreitender Zeit die Akutizität der Bedrohung gänzlich verschwindet. Um es zu verdeutlichen: Der hierzu entgegengesetzte Wirkmechanismus, ein *primäres* 'Nicht-Wahrhaben' der Bedrohung wäre eine mögliche Grundvoraussetzung eines biopsychosozialen und psychoneuroimmunologischen Prinzips. Ein angstfreies Krankheitserleben würde die protektive Wirkung auf den Verlauf erklären können.

Für STP mag der geringere zeitliche Abstand zur Mitteilung ihres HIV-Befundes durch den HIV-Test eine veränderte Wahrnehmung bedeuten. Möglicherweise werden auch kleinste, HIV-unspezifische Änderungen des körperlichen Befindens, von STP mehr als von LTNP sofort mit einer existentiellen Gefährdung des Lebens assoziiert, was einer immensen Bedrohungssituation gleichkommen könnte. Eine Vergleichbarkeit der Untersuchungsgruppen wäre in diesem und in ähnlichen Punkten (vor allem bei krankheitsabhängigen Variablen) nicht mehr gegeben.

Da die hier beschriebene mögliche Deutungsunsicherheit bereits vor Beginn der Erhebung bewußt war, wurden wesentliche entscheidende Vorsichtsmaßnahmen im Studiendesign eingehalten. Eines der wichtigsten durchgeführten Kautelen zur Minimierung dieser nicht gänzlich zu vermeidenden Fehler bestand aus einem so weit wie möglich krankheitsunabhängig formulierten Erhebungsinstrumentarium [vgl. Kap. 2.2]. So wurde in den Fragebögen beispielsweise meist ein für beide Untersuchungsgruppen gleicher, von der Infektionsdauer unabhängiger Zeitpunkt thematisiert (zum Beispiel: „die Zeit kurz nach der Mitteilung des HIV-Tests“).

Eine weitere Vorsichtsmaßnahme betraf die strikte Auswahl der Einschlußkriterien [vgl. Kap. 2.1]. Bei der Gruppe der STP wurde besonderer Wert darauf gelegt, daß keine erst vor kurzem mit ihrem HIV-Befund konfrontierten Personen mit der Gruppe der LTNP verglichen wurden. Ein Zeitraum von zwei bis vier Jahren schien geeignet, einen gewissen Habituerungsprozess an die Tatsache HIV-seropositiv zu sein, bei den untersuchten Personen vorauszusetzen. Weiterhin wurden (wie in den Einschlußkriterien definiert) akut erkrankte Personen aus Gründen der Unvergleichbarkeit nicht in die Untersuchung mitaufgenommen.

Die ermittelten psychosozialen Unterscheidungen zwischen den beiden Untersuchungsgruppen sind formal, wie oben bereits angedeutet, als Korrelationen zu werten deren kausale Beziehungen zunächst ungeklärt bleiben müssen. Die inhaltliche Auseinandersetzung mit einem psychosozialen Aspekt, welcher mit der Progression der HIV-Erkrankung korrelierbar war, kann, entsprechend der Kriterien von Baumann [Baumann, 1998], eine Kausalität der Beziehung dennoch erwägen lassen: Anders als in quantitativ-naturwissenschaftlichen Untersuchungen können wissenschaftstheoretisch unter bestimmten Umständen für qualitativ-sozialwissenschaftliche Erhebungen (Mangels Möglichkeiten der Widerlegung von Nullhypothesen) andere Hilfsmittel zur Erfassung von Kausalität herangezogen werden. Baumann beschreibt für eine qualitativ empirische Sozialforschung Konzepte zum Verständnis „im Dienste der Ursache-Wirkungs-Forschung“. Eine wesentliche Hypothese und Voraussetzung hierzu ist das von ihm geforderte Vorhandensein eines umfassendes theoretisches Gerüstes, welches die gefundenen Korrelationen semantisch integrieren kann (S. 16):

Ob oder wann es sinnvoll ist, von Kausalität im Sinne von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen [...] bzw. des Effektivwerdens zu sprechen, bedarf somit der Prüfung am Sinnkriterium [...].

Eines der Hauptanliegen dieser Arbeit war es, innerhalb ausführlich dargestellter theoretischer Konzepte, welche in Kapitel 1.1 dieser Arbeit beschrieben sind, jenes „Sinnkriterium“ für die durchgeführte inhaltsanalytische Interpretation zu schaffen und die ermittelten Korrelationen konsequent daran zu prüfen.

Bedeutung der Ergebnisse

Die Tatsache, daß es möglich war, spezifische psychosoziale Faktoren mit der Progression der HIV-Erkrankung zu korrelieren, kommt der Beantwortung der Grundfrage dieser Arbeit gleich. „Psychosoziale Progressionskorrelate der HIV-Erkrankung bei homosexuellen Männern“ (so der Titel dieser Arbeit) waren hier nachweisbar. Eingedenk des hypothesengenerierenden Untersuchungscharakters, lassen sich durch die hier gezeigten Unterschiede zwischen LTNP und STP Hinweise für das Bestehen eines psychoneuroimmunologischen Zusammenhanges in der HIV-Medizin postulieren.

Trotz des wie oben angeführt formal nicht geklärten Kausalitätskriteriums konnten die gefundenen Korrelationen in die hier eingangs zusammengefaßten und aufgezeigten theoretisch-semantischen Vorstellungen über psychosoziale Progressionsfaktoren integriert werden. Die Ermittlung der Daten fand unter striktest möglicher Berücksichtigung von Vorsichtsmaßnahmen zur Vermeidung von potentiellen Interpretationsunsicherheiten (wie beispielsweise die nicht direkt vergleichbaren objektiven und subjektiven Gesundheitszustände von LTNP und STP [vgl. Anhang III, Fragebogen FIGAH]) statt. Eine argumentierbare Zufälligkeit der Resultate ist damit dennoch nicht widerlegbar. Die in ihrer Gesamtheit jedoch kohärenten Ergebnisse mögen gleichwohl im Lichte qualitativer, psychologischer und sozialwissenschaftlicher Forschungstraditionen sowie der primär hypothesengenerierenden Rationale dieser Arbeit bewertet werden. Methoden, welche streng logischen Kausalitätsanforderungen genügen könnten, kamen desgleichen auch in vergleichbaren Forschungsarbeiten in der Literatur gar nicht oder nur sehr bedingt zum Einsatz.

Vergleich der Ergebnisse mit PNI-Studien zu HIV

Im Kapitel 1.1.2 dieser Arbeit wurden einleitend eine Reihe wesentlicher Untersuchungen zur Frage eines biopsychosozialen und psychoneuroimmunologischen Zusammenhanges bei HIV und AIDS dargestellt. Zum einen sollte der derzeitige (größtenteils heterogene und widersprüchliche) Forschungs- und Wissensstand veranschaulicht werden, zum anderen die methodischen Defizite verdeutlicht werden. Beides nahm einen entscheidenden Einfluß auf die Entwicklung dieser Arbeit.

Bereits bestehende Theorien zum Zusammenhang zwischen der HIV-Progression und psychosozialen Aspekten konnten teilweise bestärkt werden. Der Themenbereich 'Subjektive Qualität der jetzigen Lebenssituation' [vgl. Kap. 3.4.2] erbrachte zusammenfassend eine Korrelation von einem hohen Maß an Lebensqualität (in psychischen, sozialen und physischen Bereichen) mit Nicht-Progression. Hiermit vergleichbar wären die Ergebnisse der Arbeiten von Goodkin [Goodkin et al., 1992b] und Evans [Evans et al., 1995], welche einen Zusammenhang zwischen HIV-Progression und Stressoren im allgemeinen zeigten, sowie den Arbeiten über den Zusammenhang von Depressivität (im Sinne einer eingeschränkten psychischen Lebensqualität) und HIV-Progression [Rabkin et al., 1991], [Perry et al., 1992], [Lyketos et al., 1993], [Burack et al., 1993] und [Patterson et al., 1996]. Die hier gezeigte soziale Lebensqualität als Einflußfaktor auf die HIV-Progression stand ebenfalls im Einklang mit Ergebnissen verschiedener Arbeiten [Theorell et al., 1995], [Solano et al., 1993], [Persson et al., 1994] und [Cole et al., 1997].

Auch in puncto Krankheitsverarbeitung [vgl. 3.4.14] konnten bereits vorbestehende Erfahrungen bekräftigt werden. So wurden in dieser Arbeit das Konzept der internalen Ursachenattribution sowie spezifische aktive Copingstrategien mit Nicht-Progression korreliert. Verschiedene Arbeiten zum Thema Krankheitsbewältigungsmechanismen erbrachten ähnliche Ergebnisse [Goodkin et al., 1992b], [Goodkin et al., 1992a], [Solano et al., 1993], [Reed et al., 1994]. Ein weiteres wesentliches Ergebnis dieser Arbeit im Bezug auf Krankheitsverarbeitung stellte den insgesamt verminderten Stellenwert der HIV-Infektion im Alltagsleben von Nicht-Progressierenden Infizierten dar. In speziell diesem Themenbereich erschien ein verdrängendes Coping mit Nicht-Progression assoziierbar. Trotz der nicht abschließend zu klärenden Aussagekraft dieser Ergebnisse findet sich (unter gänzlich unterschiedlichen methodischen Voraussetzungen) in der vorliegenden Literatur bei zwei Arbeiten eine vergleichbare Anschauung zu nicht-aktiven Coping-Mechanismen im Bezug auf die reelle Gefährdung durch HIV/AIDS [Ironson et al., 1994] und [Keet et al., 1994a].

Cole [Cole et al., 1996] konnten als einzige Arbeitsgruppe der vorliegenden Literatur eine Aussage zur schwulen Identität (über den Zusammenhang zwischen dem Offenbarungsverhalten im Bezug auf die eigene Homosexualität und der Progression der HIV-Erkrankung) formulieren, welches in den erarbeiteten Ergebnissen des Themenbereiches 'Strukturierung der homosexuellen Identität nach außen' [vgl. Kap. 3.4.8] im Wesentlichen untermauert werden konnte.

Alle weiteren hier gefundenen Korrelationen, welche auf die Themenbereiche Homosexualität, psychosoziale Aspekte der HIV-Infektion, Arzt-Patienten-Beziehung sowie die Wahrnehmung der öffentlichen Bewertung [vgl. Kap. 3.4.7 bis 3.4.13 sowie 3.4.15 und 3.4.16] zurückgingen, ließen sich mit den Ergebnissen der vorliegenden Literatur zur HIV-Progression nicht vergleichen, bzw. wurden bisher in dieser Form nicht exploriert. Somit können diese hier erstmals formulierten Zusammenhänge

wohl als das Resultat aus dem spezifisch populationszentrierten Studienaufbau angesehen werden. Dieser Aufbau bemühte sich, den besonderen psychischen und sozialen Aspekten HIV-infizierter schwuler Männer methodisch Rechnung zu tragen und verzichtete auf ein ausschließlich auf heterosexuelle Probanden ausgerichtetes Instrumentarium [vgl. Kap. 2.2].

Gerade die Ergebnisse zur Homosexualität und zu psychosozialen Aspekten der HIV-Infektion befinden sich jedoch nicht in einem theorie- und vorerfahrungsfreien Raum: Wie in den Kapiteln 1.1.3 und 1.1.4 herausgearbeitet, stellten verschiedene sozial- und kulturwissenschaftliche Überlegungen eine hypothesengenerierende Basis für diese Untersuchung dar.

Die „Bremer Studie“ [Hutter und Koch, 1995] und [Hutter et al., 2000] beschrieb einen deutlichen Zusammenhang zwischen soziosexuellen Typen homosexueller Männer und dem HIV-Serostatus, wobei der sexuelle Handlungsstil ein wesentliches Untersuchungskriterium war. Diese letztlich epidemiologischen Ergebnisse konnten durch die hier vorliegende Arbeit um die Ebene der klinischen Relevanz erweitert werden. Eine Übertragung des Kriteriums 'sexueller Handlungsstil' als Korrelationsbereich zur HIV-Progression [3.4.11] wie auch die klinische Übertragung anderer soziosexueller Aspekte gelang in dieser Arbeit.

Die Aussagen dieser Arbeit reihen sich somit in die Resultate einer ganzen Reihe psychoneuroimmunologischer Untersuchungen ein, die es vermochten, einen Zusammenhang zwischen psychosozialen Aspekten und der Progression der HIV-Erkrankung auszumachen. Insbesondere psychosexuelle und soziokulturelle Zusammenhänge zwischen der Progression und der Struktur von schwulen Partnerschaften, zwischen Progression und der Qualität der Nutzung schwuler Subkultur sowie zwischen der Progression und dem Wahrnehmen und Positionieren der HIV-Infektion im Alltagsleben sind biopsychosoziale Korrelate, die bisher noch nicht oder nur ansatzweise beschrieben werden konnten.

Vergleich der Studiengruppen mit Standardpopulationen

Einige der in dieser Untersuchung verwendeten standardisierten Testverfahren für welche Vergleichswerte vorlagen [vgl. Kap. 2.2.3], erbrachten statistisch relevante Gruppenunterschiede, welche in die Gesamtanalyse einfließen. Zur psychometrischen Bewertung der Untersuchungsgruppen wurde unabhängig von der statistischen und inhaltlichen Relevanz der Ergebnisse ein Vergleich zwischen LTNP und STP einerseits und den Norm- bzw. Standardpopulationen aufgestellt. Dieser Vergleich wurde durchgeführt, um die hier letztlich willkürlich festgelegten Untersuchungsgruppen auf konsistente Eigenschaften zu prüfen. Wenn sich LTNP und STP (unabhängig von den hier ermittelten Gruppenunterschieden) von den Standard- bzw. Normpopulationen trennen ließen und sich hierbei ein gewisses Trennungsmuster zeigen ließe, könnte von einer insgesamt sinnvollen und konsistenten Untersuchungsgruppendefinition ausgegangen werden. Die Vergleiche erfolgen nach Testverfahren geordnet.

1. Gießen Test (GT)

Der Gießen Test unterschied die beiden Untersuchungsgruppen in keiner seiner sechs bipolar angeordneten Skalen. In Abb. 4.1 wurden die Mittelwerte von LTNP und STP in dem von den Verfassern des Verfahrens [Beckmann et al., 1991] ausgearbeiteten Profilblatt über alle Dimensionen aufgetragen. Insgesamt zeigte die Gruppe der LTNP im Vergleich zu den STP über allen Dimensionen eher niedrigere Werte.

Aus einer 1992 durchgeführten Untersuchung²⁷ lagen für schwule, HIV-seropositive Männer Vergleichszahlen vor. Männer, welche angaben unsichere Sexualpraktiken anzuwenden, wurden mit solchen ohne offensichtliches Infektionsrisiko (kein Oral-/Analverkehr) verglichen. Im Vergleich zu den hier untersuchten LTNP und STP zeigte sich kein einheitliches Datenmuster. Interessanterweise ließ sich für die Gruppe der Männer mit Infektionsrisiko ein (statistisch signifikant) höherer Wert bezüglich der gemessenen Depressivität feststellen [vgl. Abb. 4.1].

²⁷ Schwule Männer mit Infektionsrisiko (N=15), schwule Männer ohne Infektionsrisiko (N=35), [Clement, 1992]

2. Fragebogen zur Sozialen Unterstützung - Kurzform (F-SOZU K22)

Der F-SOZU K22 erbrachte keine für die hier untersuchte Fragestellung relevanten Ergebnisse. Die Einordnung der LTNP und STP im Vergleich zu anderen normierten Stichproben zeigt ein gewisses Trennungsmuster [vgl. Tab. 4.1]. Es ist zu erkennen, daß LTNP unsignifikant höhere Werte als STP aufwiesen, beide Gruppen lagen unterhalb des Wertes für die repräsentative Stichprobe eines Bevölkerungsquerschnittes einer Kleinstadt, jedoch oberhalb der Werte für psychosomatische Klienten und Patienten unterschiedlicher Progression einer HIV-Schwerpunktpraxis.

Stichprobe	LTNP	STP	Durchschnittsbevölkerung ³⁰	Psychosomatische Patienten ³¹	HIV-infizierte Personen ³²
Mittelwert	3,91	3,88	4.12	3,29	3,72

Tab. 4.1: Soziale Unterstützung (F-SOZU K22)

3. Symptom-Checkliste (SCL-90-R)

Die Symptom-Checkliste erbrachte statistisch relevante Unterscheidungen zwischen LTNP und STP in den Dimensionen *Somatisierung*, *Depressivität*, *phobische Angst*, *Ängstlichkeit*, *Psychotizismus* und drei psychopathologischen Indizes [vgl. Kap. 3.3]. Im Vergleich zu Standardpopulationen zeigte sich eine deutliche Trennung zu LTNP und STP. Ein durchgehendes Muster der T-Werte für alle Dimensionen war auszumachen. LTNP wiesen höhere psychopathologische Werte auf als seronegative Männer³³, jedoch niedrigere als eine Stichprobe von HIV-seropositiven Männer mit unterschiedlichen Progressionszuständen³⁴. STP zeigten die deutlich höchsten T-Werte aller Stichproben [vgl. Abb. 4.2].

³⁰ Nach Repräsentativitäts-Kriterien ausgesuchte Einwohner einer Gemeinde von etwa 3000 Einwohnern [Sommer und Fydrich, 1989]

³¹ Klienten mit psychosomatischen Hauptdiagnosen in stationärer Behandlung [ebenda]

³² Patienten einer immunologischen Schwerpunktambulanz. Die Stichprobe umfaßte 54 homosexuelle Männer, daneben 18 i.v.-drogenbenutzende Personen und 7 Frauen, die durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr infiziert wurden [Franke, 1994]

³³ 501 "normal gesunde" Männer [Franke, 1995]

³⁴ 351 homo- und bisexuelle HIV-infizierte männliche Patienten [ebenda]

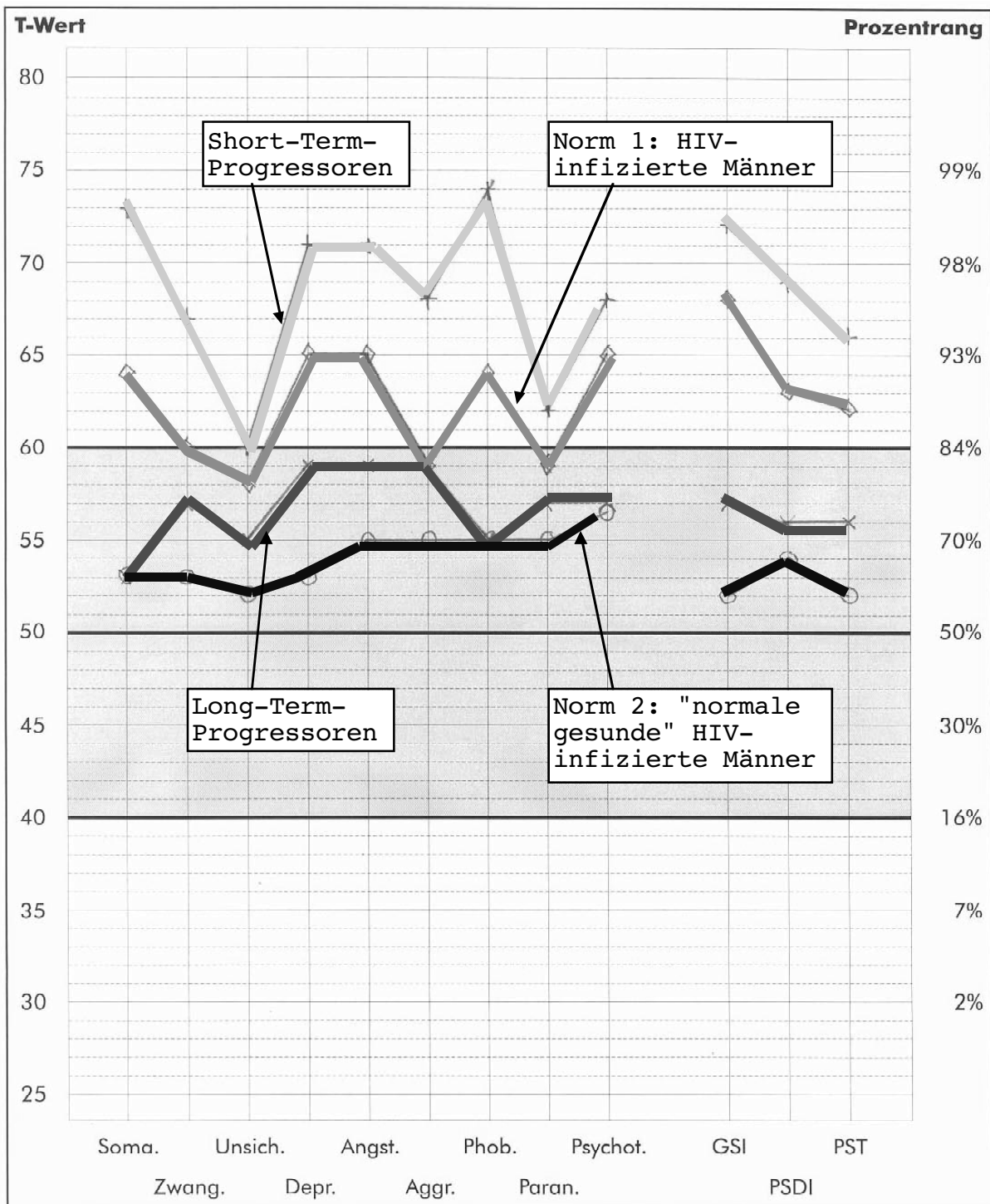


Abb. 4.2: Profilblatt SCL-90-R³⁵ - T-Werte (Abkürzungen: Soma.: Somatisierung; Zwang.: Zwanghaftigkeit; Unsich.: Unsicherheit im Sozialkontakt; Depr.: Depressivität; Angst.: Ängstlichkeit; Aggr.: Aggressivität/Feindseligkeit; Phob.: Phobische Angst; Paran.: Paranoides Denken; Psychot.: Psychotizismus; GSI: global severity index; PSDI: positive symptom distress; PST: positive symptom total)

³⁵ © 1994 Beltz Test GmbH, Weinheim

4. Profile of Mood States (POMS)

Der POMS konnte keine Gruppenunterschiede zur Befindlichkeit der Teilnehmer ermitteln. Nach Anpassung der Ergebniswerte aus dem POMS für die hier untersuchten Gruppen konnte ein Vergleich zu den Kennwerten einer seronegativen Normstichprobe³⁶ aus Medizinstudenten erstellt werden [vgl. Abb. 4.3].

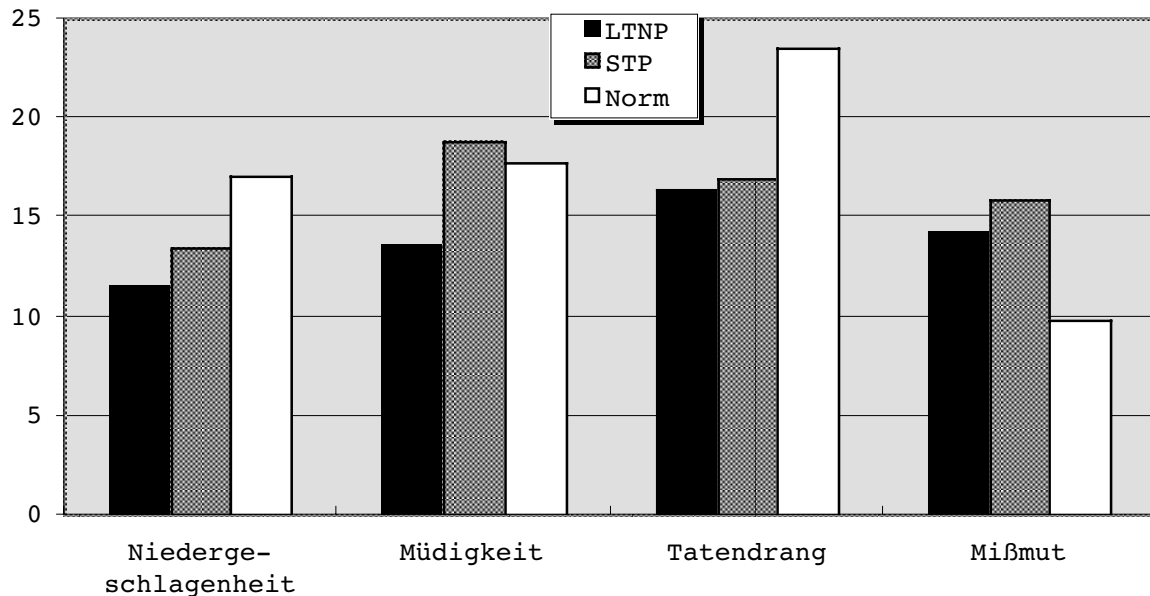


Abb. 4.3: POMS, Darstellung der Ergebniskennzahlen

Interessanterweise zeigten beide hier untersuchten Gruppen in der Dimension Niedergeschlagenheit niedrigere Werte als die Stichprobe der Medizinstudenten, welche mehr Tatendrang zeigten als die (vermutlich) älteren STP und LTNP. STP zeigten am meisten Müdigkeit, gefolgt von der Normstichprobe und den LTNP. Alle Unterscheidungen waren nicht signifikant (in der Dimension Müdigkeit wurde zwischen STP und LTNP eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $p=0,130$ ermittelt).

5. Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)

Die Kontrollkategorien des KKG waren nützliche Parameter zur Unterscheidung von LTNP und STP. In den Dimensionen fatalistische und soziale Externalität konnten signifikante Unterscheidungen erbracht werden. Der Vergleich mit gesunden und kranken Erwachsenen erbrachte ein Trennungsmuster [vgl. Tab. 4.2].

³⁶ 143 Medizinstudentinnen und Medizinstudenten [Bullinger et al., 1990]

	LTNP	STP	Psychotherapie (schwul, HIV- pos.) ³⁷	Gruppe ohne Psycho- therapie ³⁸	Polyarthritits Patienten ³⁹
Internalität	50	45	55	49	40
Soziale Externalität	55	65	65	63	60
Fatalistische Externalität	55	60	55	50	60

Tabelle 4.2: KKG - T-Werte im Bezug auf gesunde Erwachsene⁴⁰ (T-Werte: $\mu=50$, $\sigma=10$)

STP hatten die niedrigsten Werte aller HIV-positiven Vergleichsstichproben in der Dimension Internalität, nur Polyarthritits-Patienten lagen darunter. In den Dimensionen der sozialen und fatalistischen Externalität hatten STP die höchsten bzw. die maximalen Werte aller Gruppen (einschließlich Polyarthritits-Patienten).

6. Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK)

Der EFK konnte in seiner Dimension Abstand und Selbstaufbau eine signifikante Unterscheidung zwischen LTNP und STP herstellen. Zur Einordnung der Untersuchungsgruppen konnte ein Vergleich zu einer Studie mit homosexuellen, HIV-infizierten Männern⁴¹ durchgeführt werden [vgl. Abb. 4.4].

³⁷ Stichprobe aus N=15 schwulen HIV-Patienten im Krankheitsstadium WR 1-3 mit ambulanter Gruppentherapie [Schaefer, 1998]

³⁸ Stichprobe aus N=30 schwulen HIV-Patienten ohne Psychotherapie (Vergleichsgruppe der Stichprobe von Fußnote Nr. 38)

³⁹ Stichprobe aus N=67 Polyarthritits Patienten [Lohaus und Schmitt, 1989]

⁴⁰ Stichprobe aus N=420 gesunden Erwachsenen Personen über 20 Jahre [Lohaus und Schmitt, 1989]

⁴¹ Stichprobe aus 63 homosexuelle HIV-infizierte Männer [Franke, 1999]

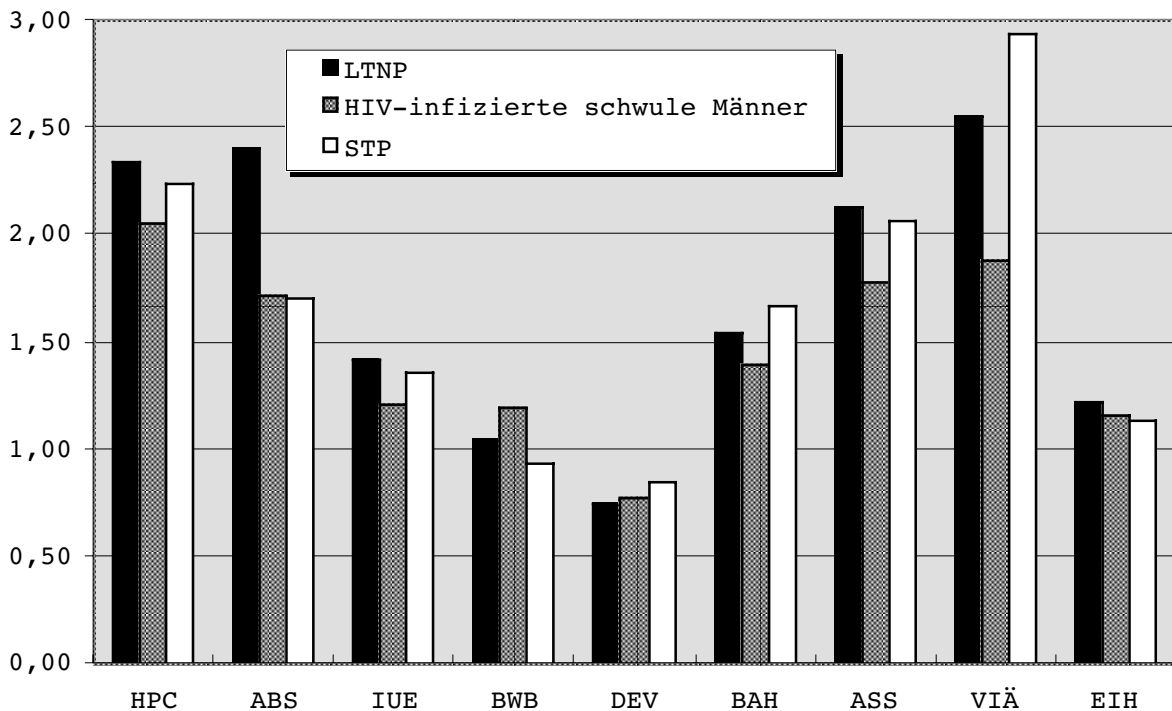


Abb.4.4: EFK - Darstellung der Ergebniskennwerte (Abkürzungen: HPC: handelndes, problemorientiertes Coping; ABS: Abstand und Selbstaufbau; IUE: Informationssuche und Erfahrungsaustausch; BWB: Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr; DEV: Depressive Verarbeitung; BAH: Bereitschaft zur Annahme von Hilfe; ASS: Aktive Suche nach sozialer Einbindung; VIÄ: Vertrauen in die ärztliche Kunst; EIH: Erarbeiten eines inneren Haltes)

In den meisten Dimensionen wiesen LTNP und STP höhere Werte als die Gruppe der HIV-infizierten, homosexuellen Stichprobe auf (HPC, IUE, BAH, ASS, VIÄ), so daß insgesamt ein höheres Maß an Krankheitsbewältigung von den hier untersuchten Gruppen angenommen werden kann. Hierzu zeigte sich der höhere Wert an Bagatellisierung (BWB) im Einklang, welches in ähnlicher Form als Korrelation für Nicht-Progression in dieser Arbeit festgestellt werden konnte.

7. Medical Outcomes Study in HIV-Infektion (MOS-HIV)

Der MOS-HIV erwies sich als ein Instrument, welches in sechs Dimensionen statistisch relevante Unterscheidungen zwischen den Untersuchungsgruppen produzieren konnte. Ein Vergleich mit zwei klinisch unterschiedlich kategorisierbaren Stichproben⁴² konnte durchgeführt werden [vgl. Abb. 4.5].

⁴² Die untersuchten Personen waren HIV-seropositive Patienten beiderlei Geschlechts und infizierten sich auf unterschiedlichen Wegen. Stichprobe "CDC II & III": N=29; Stichprobe "CDC IV": N=71 [Zander et al., 1994]

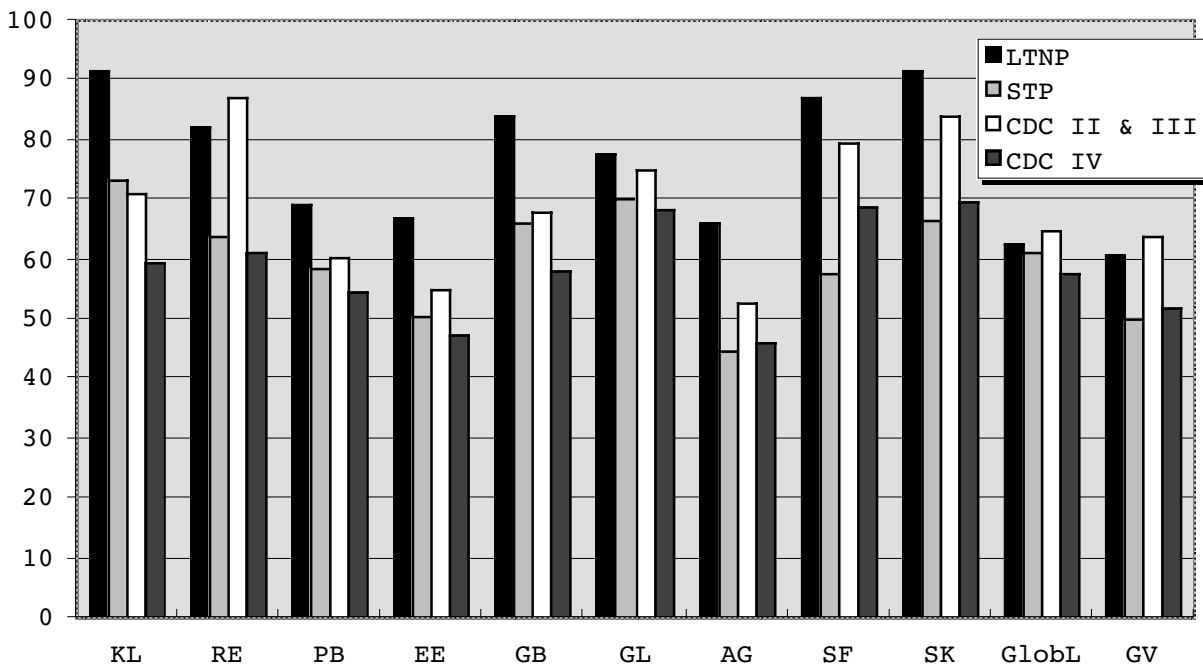


Abb. 4.5: MOS-HIV - Darstellung der Ergebniskennwerte (Die Dimensionen des MOS-HIV lauteten: KL: Körperliche Leistungsfähigkeit; RE: Rollenerfüllung; PB: Psychische Befindlichkeit; EE: Energie/Erschöpfung; GB: Gesundheitliche Belastung; GL: Geistige Leistungsfähigkeit; AG: Allgemeine Gesundheit; SF: Schmerzfreiheit; SK: Sozialkontakte; GlobL: Globale Lebensqualität; GV: Gesundheitsveränderungen)

Fast durchgehend ist ein Verteilungsmuster zwischen diesen Stichproben erkennbar, in welchem die Gruppe der LTNP die höchsten Parameterwerte in der Mehrheit der erhobenen Lebensqualitätsdimensionen aufweist. Meist folgt ihnen die Gruppe „CDC II & III“, danach die Gruppe der STP und danach, mit den meist niedrigsten Werten, die Gruppe „CDC IV“. Dies entspricht im wesentlichen den eingangs formulierten Idealwerten einer konsistenten Gruppendifinition, wobei keine Signifikanzen ermittelt werden konnten.

8. Skala zur sozialen Wünschbarkeit nach Crowne und Marlowe (SDS-CM)

Dieses Testinstrument ergab keine relevanten Unterscheidungen für die beiden Untersuchungsgruppen. Ein Vergleichsmittelwert einer Stichprobe aus gesunden Personen⁴³ von 10,25 lag vor, LTNP erreichten in dieser Untersuchung 5,2 und STP 4,7 als Mittelwerte für soziale Wünschbarkeit. Möglicherweise spiegeln diese deutlichen Unterschiede zwischen Vergleichsstichprobe und den hier untersuchten Populationen nichts anderes als eine gesellschaftliche Gesamtentwicklung wider, die in den nunmehr letzten 30 Jahren stattgefunden hat. Die Daten aus der Vergleichsstichprobe wurden 1968-69 unter Studenten erhoben. Sie stammen somit aus der Zeit der sog.

⁴³ Die Stichprobe bestand aus 110 Studenten der Universität Köln [Lück und Timaeus, 1969]

„Studentenrevolte“ in Deutschland und kennzeichneten möglicherweise ein weitaus höheres Maß an kulturell sanktionierten Verhalten als die Ergebnisse der hier untersuchten Personen. LTNP und STP waren zwar allesamt einer gesellschaftlich doppelt stigmatisierten Gruppe zuordenbar, zeigten jedoch ein merklich emanzipierteres Verhalten im Bezug auf das theoretische Konstrukt der sozialen Wünschbarkeit. Insofern war der Einsatz des SDS-CM in dieser Untersuchung zwar ohne direkte Auswirkung auf die hier bearbeitete Fragestellung, jedoch nicht uninteressant was die, in dieser Arbeit sonst nicht relevanten, zeitgeschichtlichen Entwicklungen betraf.

Die oben dargestellten Vergleiche zu anderen mit diesen Testinstrumenten untersuchten Populationen ergaben kein einheitliches Bild. In einigen Testverfahren war jedoch eine deutliche Gruppenkonsistenz abzuleiten. Insbesondere aus den Darstellungen zu den Fragebögen SCL 90-R, KKG, EFK und MOS-HIV ließ sich die Vermutung ableiten, daß LTNP und STP auch im Vergleich zu anderen untersuchten Populationen Randpositionen einnahmen. LTNP und STP repräsentieren somit möglicherweise zwei gegensätzliche Bereiche im Spektrum der verschiedenen möglichen HIV-Progressionsstadien.

4.2. Ein Stigma wandelt sich. Die gesellschaftlichen Bedeutungen von AIDS seit der AIDS-Konferenz von Vancouver 1996

Aufgrund des bereits länger zurückliegenden Untersuchungszeitraumes soll im folgenden auf etwaige Veränderungen in der individuellen und gesellschaftlichen Perzeption von AIDS und den hieraus möglicherweise resultierenden Konsequenzen aufmerksam gemacht werden. Es wird betont, daß es sich hierbei um einen Anstoß zur Diskussion der Ergebnisse handelt – nicht um ein ermitteltes Ergebnis dieser Untersuchung selbst. Für die Entwicklung und Auswertung der vorliegenden Untersuchung war die Wahrnehmung und Beschreibung des populationszentrierten soziokulturellen Hintergrundes von entscheidender Bedeutung. Als theoretisches Konzept war sie immanenter Bestandteil der inhaltsanalytischen Auswertung. Zurückgreifend auf die eingangs dargestellten Interaktionen zwischen Umwelt, Agens und Wirt („Kochsche Grundvariablen der Infektionserkrankung“ [Abb. 1.1]) resultierten somit die gezeigten Ergebnisse aus den Spezifika der untersuchten Studienpopulation und deren charakteristischer Umwelt. Die Frage, welche hier gestellt werden soll, ist die Frage nach einer möglichen Veränderung des Parameters Umwelt im Kochschen Modell.

Die Umwelt, welche von den Untersuchungsteilnehmern erlebt wurde, ist diejenige Anfang bis Mitte der 90er Jahre. Das damalige Interesse nahm einen breiten öffentlichen Raum ein und unterlag, wie in der Einleitung dieser Arbeit dargestellt, einer speziellen gesellschaftspsychologischen Dynamik [vgl. Kap. 1.1.4]. „Aids für alle. Alle für Aids!“ Mit diesem zynischen Schlachtruf, angelehnt an Alexandre Dumas' *Die Drei Musketiere*, charakterisierte Volkmar Sigusch die „Vergesellschaftung“ von AIDS Ende der achtziger Jahre. Ein entscheidender Wandel der individuellen und gesellschaftlichen Perzeption fand seinen Anfang mit der Internationalen AIDS Konferenz in Vancouver im Juli 1996⁴⁴, einem Zeitpunkt, bei welchem die Datenerhebung dieser Untersuchung weitestgehend abgeschlossen war.

Im Falle von AIDS waren bis Mitte der neunziger Jahre die gesellschaftlichen Verhältnisse nicht grundlegend anders als zu Ende der achtziger Jahre, aus denen auch der zitierte Ausruf Siguschs stammt. Mit der Konferenz von Vancouver wurde auf einem globalen Niveau die Einführung wirksamer antiretroviraler Therapeutika propagiert. Das hoffnungsfrohe Motto der Tagung „*One world. One hope.*“⁴⁵ suggerierte die weltweite Behandelbarkeit der bis dahin unheilbaren Erkrankung. Zum ersten Mal seit dem Bekanntwerden des Immundefizienzsyndroms Anfang der 80er Jahre konnte eine positive Prognose gestellt werden, eine eindrucksvolle Welle von Optimismus bei Infizierten und Behandlern gleichermaßen machte sich breit. Aus einer unweigerlich zum Tode führenden Infektionserkrankung, der man ohnmächtig ausgeliefert war, wurde im Bewußtsein der Patienten und der Öffentlichkeit eine kontrollierbare chronifizierte Erkrankung, die zwar theoretisch tödlich enden kann, therapeutisch jedoch durchaus beherrschbar erschien.

Obwohl der unmittelbare Benefit der kostspieligen antiviralen Therapie bis heute nur einem kleinen Kreis HIV-infizierter Personen aus meist entwickelten Industrienationen zur Verfügung steht, kam es in Deutschland (anders als etwa in der dritten Welt) zu Veränderungen der Perzeption. Diese Untersuchung, würde sie zum jetzigen Zeitpunkt durchgeführt werden, hätte somit andere Umweltbedingungen als Untersuchungsvoraussetzung. Für einige der 16 Themenbereiche welche als

⁴⁴ XI. Internationale AIDS-Konferenz in Vancouver, Kanada vom 7. bis 12. Juli 1996

⁴⁵ Offizielles Konferenzmotto [Adler und O'Shaughnessy, 1996]

Hypothesenäquivalente für diese Untersuchung aufgestellt worden sind [vgl. Kap. 1.2.3], können funktionelle Abhängigkeiten von diesen perzeptionellen Veränderungen vermutet und diskutiert werden. Entsprechend wäre eine Modifizierung der Ergebnisse in den Kapiteln 3.4.11, 3.4.12, 3.4.13, 3.4.14 und 3.4.16 nicht auszuschließen:

- Sexueller Handlungsstil
- Emotionale Bewertung der HIV-Infektion
- Offenbarung des HIV-Befundes und Reaktionen auf Diskriminierungen
- Gesundheits-, Krankheitskonzepte und Verhalten
- Reflexion der gesellschaftlichen Bewertung (durch Medien, Politik und Kirchen) von Homosexualität und der HIV-Infektion

Die hier angedeuteten Veränderungen nach der Konferenz von Vancouver beruhen zusammenfassend auf zwei wesentlichen, sich bedingenden Aspekten. Zum einen unterlag die klinisch-medizinische Bewertung der Diagnose ‚HIV-Infektion‘ einer wissenschaftlichen Reevaluation, zum anderen wäre hieraus eine Modifikation des zugehörigen Stigmas zu diskutieren. Soziale Stigmata unterliegen stets einem dynamischen Wandel, der unterschiedlichst bedingt sein kann [Goffman, 1967]. Aus der Antisemitismusforschung wissen wir, daß Veränderungen in der gesellschaftlichen Akzeptanz und Ablehnung oft durch soziale Funktionen begründbar sind, zum Teil vollkommen unabhängig von der Wirklichkeit der stigmatisierten Subjekte oder Bevölkerungsgruppen [Lerman, 1999]. Möglicherweise widerfuhr der gesellschaftlichen Bedeutung von AIDS und dem Stigma ‚HIV-infiziert zu sein‘, in den letzten Jahren eine solcher Veränderung.

Im der amerikanischen Zeitschrift „Newsweek“ wurde, als Reaktion auf die hoffnungsmachenden Ergebnisse der Vancouver-Konferenz bereits im Dezember 1996 die Frage nach dem Ende von AIDS gestellt [Leland, 1996]. Das bis dahin im Bezug auf die Immunschwächekrankheit eher wenig optimistische Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“ thematisierte Anfang 1997 das „Aids-Wunder“ und stellte auf seinem Titelblatt die sonst rote AIDS-Schleife in der grünen Farbe der Hoffnung dar. Das „Ende des Sterbens“, so die Überschrift auf der Titelseite, gelangte so auch in das deutsche öffentliche Bewußtsein⁴⁶. Der Hauptartikel „Sieg über die Seuche“⁴⁷ formulierte die Veränderungen folgendermaßen:

In der Gemeinde der HIV-Positiven machen Geschichten von Auferstandenen die Runde. Neue Medikamente ermöglichen ihnen den Weg in ein zweites Leben. Menschen, die den Platz auf dem Friedhof schon gemietet hatten, schmieden wieder Zukunftspläne. Aidsdoktoren stehen nicht länger hilflos am Krankenbett. Forscher debattieren gar schon über „Heilung“ und die „Ausrottung des Virus“.

Inzwischen werden auf den entsprechenden Tagungen ganz andere Debatten geführt. Berufliche Reintegrationsmodelle für HIV-infizierte Menschen werden entwickelt⁴⁸, notwendige

⁴⁶ Vgl. Der SPIEGEL, Hamburg; 6.1.1997

⁴⁷ ebenda, S. 118-124

⁴⁸ "Das Essener Modell ZIP zur beruflichen Reintegration für Menschen mit HIV und AIDS"; Beitrag auf dem 7. Deutschen AIDS-Kongress in Essen, Juni 1999 [Hackbarth und Schwermer, 1999]

Umstrukturierungen und Umorientierungen von Versorgungseinrichtungen und Selbsthilfeorganisationen wie den AIDS-Hilfen werden thematisiert, da die bis dahin betreuten, meist schwulen Klientelgruppen mehr und mehr auszubleiben drohen^{49,50}. Harald Kurtiak, ein in der psychologischen Schwulenberatung in Berlin tätiger Psychotherapeut äußerte sich über die Konsequenzen des „neuen AIDS“⁵¹ gar im Sinne einer ernstlichen *sozialen* Gefährdung für HIV-seropositive Personen. Diese stünden nun davor, ihre über Jahre hinweg entwickelte gesellschaftliche Mystifizierung zu „Hohepriestern des Lebens“ zu verlieren. Menschen, die es vermochten, im „Angesicht des Todes“ einer Erkrankung zu trotzen, müssen nun, als zwar HIV-infiziert aber eben nicht akut gesundheitlich gefährdet, in den allgemeinen Arbeitsprozess und Lebensalltag integriert werden und sich sozial rehabilitieren [Kurtiak, 1999]. Martin Dannecker, ein Frankfurter Sexualwissenschaftler, schreibt über die Normalisierung von AIDS [Dannecker, 1999]:

Die Kombinationstherapien haben zu einer Lockerung der Verschränkung von Leben und Tod geführt [...]. Die neuen Therapien haben die vorher mit der Diagnose „Aids“ eingesetzte Identität von Lebens- und Todeszeiten aufgehoben. Eine HIV-Infektion wird also jetzt nicht mehr unbedingt erlebt, als sei man durch sie am Ende des Lebens angekommen. Und, was nicht ohne Wirkung auf das Selbstbild ist: Infizierte werden von ihrer sozialen Umgebung jetzt auch nicht mehr als solche angesehen, die „nur“ deshalb, weil sie HIV-infiziert sind, bald sterben werden [...]. Die neuen Medikamente sind zum Medium der Hoffnung geworden und haben durch das ihnen inhärente Versprechen, das Ende hinauszuzögern, was in der Rede von Aids als einer „chronischen Krankheit“ Gestalt annimmt, Infizierten und Aids-Kranken eine Perspektive auf die Zukunft eröffnet [...]. Es ist aber nicht nur die tatsächliche, also empirisch nachweisbare Wirkung der neuen Medikamente, die ihnen diesen Rang verliehen hat. Diesen Rang haben sie auch durch den triumphierenden Gestus erhalten, mit dem diese Medikamente nach ihrer Erprobungsphase von der Medizin und den Massenmedien der Öffentlichkeit präsentiert wurden. Beides zusammen hat aus ihnen so etwas wie eine Droge gemacht, eine Droge, der es freilich gelungen ist, das Symbol Aids umzuschreiben [...]. Viele der längere Zeit Infizierten, deren Erleben ungefiltert von der alten Bedeutung von Aids strukturiert wurde, sind dagegen noch nicht wieder in einem Zustand angekommen, der es ihnen ermöglichte, über ihre Zukunft wieder einigermaßen souverän zu verfügen [...]. Noch deutlicher gilt das für jene zuvor bereits schwer erkrankten, die von den neuen Medikamenten sozusagen wieder auf die Beine gebracht wurden. Sie, die glauben mußten, das Ende ihres Lebens erreicht zu haben, wurden durch die Therapien zwar dem Leben zurückgegeben, aber sie sind in diesem noch lange nicht angekommen und wissen oft nicht, was sie mit dem „wiedergewonnen Leben“ anfangen sollen.

Ohne die klinischen Folgen des nach wie vor tödlichen Immundefizienzsyndroms verharmlosen zu wollen und ohne die soziale Situation HIV-seropositiver Menschen zu bagatellisieren, wurde hier versucht, den enormen Wandel des psychosozialen Stigmas und der soziokulturellen Bedeutung von HIV und AIDS für Infizierte und Nichtinfizierte zu beschreiben. Dieses gilt ausdrücklich für die spezielle Situation in Deutschland und soll keinesfalls auf die aktuelle und sich zuspitzende Dramatik in der dritten Welt oder auf die Problematik bei Migranten übertragen werden.

⁴⁹ "AIDS-Hilfe, Quo-Vadis?", Diskussionsseminar während des 7. Deutschen AIDS-Kongresses in Essen, Juni 1999

⁵⁰ "Welche Anforderungen werden heute an die organisierte Selbsthilfe gestellt"; Beitrag auf den Münchner AIDS-Tagen, Januar 1999 [Schanzenbach, 1999]

⁵¹ Ein seit der Einführung wirksamer antiretroviraler Kombinationstherapeutika geprägter Begriff, der das "neue", behandelbare AIDS charakterisiert.

Die aus diesem - hier zur Diskussion gestelltem - Wandel resultierenden psychoneuroimmunologischen Folgen sind heute noch nicht in Gänze abzusehen. Die Grundannahme dieser Arbeit, einer biopsychosozialen Progressionskorrelation, läßt jedoch gerade auch angesichts dieser neuen Entwicklungen einen weiteren Kofaktor der HIV-Progression bzw. Nicht-Progression diskutieren, wengleich hierzu bisher keine Untersuchungsergebnisse vorliegen.

Analog zu der Annahme, daß eine diskriminierende und stigmatisierende Krankheitssituation die Progression verstärkend beeinflussen kann, könnte auch von einem umgekehrten Mechanismus ausgegangen werden: Sind die heute entstehenden, weniger stigmatisierenden, 'AIDS-Metaphern' [vgl. Kap. 1.1.4] besser dazu geeignet einen psychoneuroimmunologisch protektiven Mechanismus bezüglich der Krankheitsprogression zu ermöglichen? Eine Öffentlichkeit, welche das Thema AIDS weitaus weniger wahrnimmt, Infizierte, welche sich nicht mehr akut lebensgefährdet sehen, dies sind veränderte Tendenzen, welche vor einigen Jahren unvorstellbar waren. Eine Antwort auf die Frage eines psychoneuroimmunologischen Protektivmechanismus kann in diesem Rahmen nicht gegeben werden. Als Anregung für weitere Forschungsarbeiten kann im Sinne der hier postulierten Progressionskorrelation folgender nicht provokativ motivierter Gedanke formuliert werden: Das Nachlassen des Stigmas als biopsychosozialer Kofaktor für den Rückgang der Mortalität⁵²?

⁵² "AIDS/HIV aktueller Halbjahresbericht des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut über aktuelle epidemiologische Daten", Robert-Koch-Institut, Stresemannstr. 90-102, 10963 Berlin oder Internet: <http://www.rki.de>

4.3 Auszüge aus einem Interview mit einem Short-Term-Progressor

Wie in der Einleitung dieser Arbeit kurz erwähnt, wurden mit allen Studienteilnehmern halbstandardisierte Interviews zu den zu untersuchenden Themenbereichen geführt. Eine wissenschaftliche Auswertung sollte im Rahmen dieser Arbeit nicht erfolgen. Exemplarisch werden im folgenden einige kurze Auszüge aus einem der transkribierten Interviews angeführt. Die in dieser Studie aus den Daten der Fragebögen gewonnenen Erkenntnisse können - zum Teil - durch die Niederschrift eines direkten Gespräches mit einem der Teilnehmer nachvollzogen und veranschaulicht werden. Somit soll den hier erhobenen Resultaten eine weitere Verständnisebene hinzugefügt werden.

Das Interview wurde am 17.10.1996 mit einem damals 31-jährigen Short-Term-Progressor geführt⁵³. Der Studienteilnehmer war berufstätig und hatte ein abgeschlossenes Hochschulstudium hinter sich. Die Transkripte und die Fragen des Interviewers sind aus Gründen der verbesserten Verständlichkeit zum geringen Teil in leicht modifizierter Form wiedergegeben. Die Fragenkomplexe wurden teilweise in Stichwortüberschriften zusammengefasst. Persönliche Erkennungsmerkmale des Teilnehmers wurden anonymisiert.

Akzeptanzmodell bezüglich der eigenen Homosexualität

D:⁵⁴ *Ja, ich bin auch auf dem Land aufgewachsen, da ist das schon eher selten und durch die / die Homosexuellen, die man vermittelt bekommt oder die einem überhaupt auffallen / wenn man dann keinen geschulten Blick hat, das sind dann doch irgendwie echt schillernde Gestalten, die man sich halt irgendwie, wie soll ich sagen / wenn es halt irgendwie einen Bericht über eine Schwulendemo / und da sind halt irgendwie so aufgebrezelte Typen mit Perücke und so und da denke ich mir, das kann es ja wohl nicht sein. Also, das verwirrt dann irgendwie schon [...].*

I: *Wie war es, als die Eltern davon erfuhren?*

D: *Ja, ich glaube meine Eltern hatten im Grunde keine Vorurteile gegen Homosexuelle, nur waren sie der Auffassung / daß das unbedingt der eigene Sohn sein muß / glaube ich / hatten halt alle möglichen / also ich glaube, es war nicht ein Frage, die sie groß beschäftigt hat, glaube ich alles in allem [...].*

I: *Gab es da eine Diskussion?*

D: *Ja, ja. Es gab halt diesen Streit danach. Also wie war das noch mal? Das war in Italien, wir waren in der Nähe vom Gardasee. Meine Mutter ist verstummt für den Rest des Tages und hat dann am nächsten Tag nur geheult und dann sind wir am nächsten Tag zum Segeln gegangen und wollten da übernachten, auf dem Schiff und waren natürlich enger aufeinander als sonst / und deswegen hat halt dann mein Vater gefragt, was denn los sei. Was soll das ewige Geheule, so ungefähr. Warum sie denn so schlecht gelaunt sei oder warum sie denn so 'rumheult die ganze Zeit. Und dann hat sie das sozusagen, in einem*

⁵³ Kodename des Interviewpartners: Donald Duck

⁵⁴ "D": Donald Duck; "I": Interviewer

Seufzer von sich gegeben. Jedenfalls hat dann mein Vater mir am Abend danach noch eine 'Mords' Szene gemacht und dann war ich eigentlich drauf und dran abzureisen, von dem Segelhafen auf der anderen Seite des Sees, der ist ja ziemlich groß, der Gardasee. Und das wollten sie dann aber auch nicht [...] Ja, es war wohl, wenn ich es vorsichtig ausdrücken soll, die Vorstellung von meinen Eltern, daß das so eine Marotte ist. Irgendwie was, was ich mir angewöhnt habe. Ich hatte ja auch angefangen zu rauchen, ein halbes Jahr vorher und das war auch sehr gegen die Vorstellung meiner Eltern. Und die hielten dies für etwas, was man sich eben angewöhnt wie Rauchen, was schädlich ist / und dann war natürlich auch die Verführungstheorie / stand dahinter und daß man sich das sozusagen angewöhnt, und solche Dinge [...].

I: *Was waren Ihre Gegenargumente in diesem Streit?*

D: *Ich glaube, ich war / es kam halt so ein Donnerwetter von meinem Vater und ich hatte da nicht / ich kann mich nur erinnern, daß ich dann geheult habe und daß mein Bruder nichts gesagt hat. Und meine Mutter hat dann meinen Vater dazu bewegt, das irgendwie zurückzunehmen oder sie hat versucht, es zu relativieren, wie sie dann mit ihm alleine war. Jedenfalls kann ich also sagen, daß meine Eltern in den nächsten Wochen, Monaten, daß die sich dann eben eines Besseren besonnen haben und halt gesehen haben, daß sie mich so akzeptieren müssen, wie ich bin.*

I: *Gab es danach mal eine sachlichere Aussprache?*

D: *Eigentlich nicht so. Also mein Vater hatte es sich natürlich nicht so / wie soll ich sagen / er hatte da irgendwie kein / ich glaube, es war ihnen zu heikel das Thema und ich habe halt dann / mein Vater hat dann irgendwie nicht mehr / hat das nicht mehr groß, nie mehr angesprochen eigentlich [...].*

Kennlernszenarien, sexueller Handlungsstil

D: *Hm, vielleicht / also, wenn man jemanden kennenlernt, so in der schwulen Szene, dann ist es doch / dann ist vielleicht / sagen wir mal jeder / kommt drauf an, wo man jetzt gerade ist. Jeder zehnte oder jeder zwanzigste würde einem wirklich gefallen / den finde ich wirklich attraktiv oder so und das sind dann halt nicht unbedingt Menschen, mit denen man jetzt / die man jetzt unbedingt als Mensch interessant findet. Wenn man jetzt vom Äußerlichen ausgeht und die Schwulenszene ist ja ziemlich äußerlich, äußerlichkeitsbetont und sie ist ja jetzt eigentlich / wenn man jetzt vergleicht mit dem / mit der heterosexuellen und der Normalität, die uns umgibt, ein kleiner Ausschnitt, die auf einige Stunden beschränkt ist. Und insofern ist die Auswahl einfach. Es ist einfach leichter, eine Frau zu finden, die gut aussieht, die interessant ist, die was zu sagen hat, die liebenswürdig ist, mit der man persönlich, das ist ja wohl das Wichtigste / harmoniert [...]. Die Wahrscheinlichkeit bei Schwulen, das ist halt dann irgendwie jemand, der irgendwie interessant und liebenswürdig ist, aber halt um die 60 oder es ist jemand ...*

I: *... der gut aussieht?*

D: *... der gut aussieht und jetzt ganz froh ist, daß er seine Gesellenprüfung als Friseur bestanden hat und es ist ja auch nichts dagegen einzuwenden, nur es ist halt irgendwie / und es kommt doch noch was hinzu, wo man sich dann sagt / was so meine persönliche Erfahrung ist, daß ist eben zwischen / daß Männer und Frauen eben in gewisser Hinsicht*

eben unterschiedlich sind und daß sie sich aufeinander so einspielen, daß in diesen Unterschieden ein gewisser Reiz liegt. Während es bei Männern eher, ja, wie soll ich sagen? Bei Männern habe ich eher den Eindruck, daß es mehr so eine kumpelhafte Freundschaft ist, wo daß das dann eben / wo dann eben die / sozusagen, das verbindende Band durch die Sexualität geschaffen wird [...].

I: *Wie häufig kam es zu Kontakten mit schwulen Männern?*

D: *Kommt darauf an. Es ist so, daß ich irgendwie / es ist sehr unterschiedlich. Also, manchmal hatte ich vierzehn Tage wohl überhaupt nichts / wo überhaupt nichts läuft. Und dann habe ich irgendwie einen Tag, wo ich keine Lust habe. Da gehe ich halt in die Sauna und da habe ich da irgendwie mit Männern rumgemacht. Dann gehe ich noch weg und dann schleppe ich noch irgend wen ab, den ich da in der Disco kennenlerne und dann sind es am Tag drei oder so. Aber das ist sehr unterschiedlich [...].*

I: *Welche andere Möglichkeiten gibt es noch?*

D: *Also anfangs, in der Zeit, wo ich noch in München gewohnt habe, in der Nähe vom Englischen Garten wäre ich nie auf die Idee gekommen, da um die Ecke zu gehen, in dieses Klohäuserl im Englischen Garten. Das war irgendwie jetzt unter meiner Würde. Aber ich dachte mir, das ist ja wohl nicht wahr, so was. Ich fand das geradezu grotesk, wie die dann da standen, abends und so. Und dann, ein paar Jahre später habe ich das halt selber auch gemacht. Aber daß ist jetzt nicht so, daß man mich jetzt da täglich treffen würde oder so.*

I: *Aber es kommt gelegentlich noch vor?*

D: *Ja, ja. Oder irgendwelche Kinos oder so etwas. Den, mit dem ich jetzt zusammen bin, den habe ich in einem Pornokino getroffen. Das ist natürlich sehr merkwürdig. Das finden alle sehr merkwürdig. „Wo lernt man so interessante Leute kennen? In welchen Pornokinos?“*

I: *Gibt es Kennenlernstrategien?*

D: *[...] Wobei ich natürlich sagen muß, wenn ich jetzt jemanden kennenlerne, der mir gefällt und wo ein Konsens besteht sagen wir mal / dann kann der natürlich nur verlieren, wenn der den Mund aufmacht. Weil, wenn er halbwegs attraktiv aussieht und wenn man sich gefällt, dann kann es zu irgendwas führen und wenn man denkt, um Gottes Willen, was ist das für ein Idiot, dann läßt man es einfach. Dann führt das nicht weiter. Und so ist dann diese Enthüllung, sozusagen das Gespräch danach, wenn man es so ausdrücken darf. Da trifft man, sagen wir mal statistisch gesehen, nur ganz selten mal jemand / mit dem bleibt man dann auch zusammen, wenn man sich mag.*

I: *Aber dann nur für kurze Zeit?*

D: *Kommt darauf an. Unter Umständen auch lang. Die meisten, die ich irgendwie kennengelernt habe, da war ich einfach eher / da war das Sexuelle einfach im Vordergrund gestanden und dann hat man irgendwie gemeint, mei, der ist ja auch noch nett, der ist ja wirklich sympathisch und interessant. Mir fällt jetzt ein Gegenbeispiel ein, von einem Freund, mit dem ich längere Zeit zusammen war. Was heißt längere Zeit. Einen Sommer oder so und den fand ich einfach total nett und interessant und lustig und jemand, mit dem ich auch, wenn er jetzt nicht schwul wäre, befreundet wäre. Und das ist ja im Grunde das*

Erkennungs- / wie soll ich sagen. Es war halt im Bett eine Katastrophe, es war immer eine Katastrophe, aber ich habe mir gedacht: Egal. Der ist so lieb.

Informationskontrolle bezüglich eigener Homosexualität

I: *Werden Wochenenderlebnisse [vor Bekannten, Arbeitskollegen, etc.] erzählt?*

D: *Nee, das würde ich nicht erzählen. Was erzähl' ich so? Ich glaube, das Bild, was sie von mir haben können, ist, daß ich halt der ewige Junggeselle / ich hatte ja, wie gesagt, am Anfang noch diese Freundin und von der habe ich halt dann erzählt, aber nicht jetzt / vielleicht einerseits, um sie / ich weiß nicht, um sie / also, ich habe früher nicht versucht, den Leuten klar zu machen, daß ich schwul bin oder so. Ich habe eigentlich auch so die falschen Fährten gelegt früher und das würde ich heute nicht mehr machen. Also heute ist mir das wurscht, was die Leute darüber denken. Auch meine Kollegen / und ich gehe davon aus, daß sie das wissen. Oder es gab dann irgendwie mal / ich kann mich erinnern, da ging es irgendwie um Tee oder Kaffee und die irgendwie / eine andere Kollegin hat dann gemeint: „Ja, sie mögen wohl beides, oder?“ So in diese Richtung.*

I: *Konkretere Anspielungen gibt es nicht?*

D: *Nein, mehr nicht. Ja, oder eine andere, die hat dann irgendwie gemeint / da habe ich [einer englischen Person] einen Bittbrief geschickt, daß er doch endlich mal sein Referat, sein Manuskript schicken sollte / und dann habe ich irgendwie unterschrieben und ich habe gedacht, das wäre die normale Formel „Yours ever sincerely“ oder so etwas und das war zu persönlich und da hat sie gemeint: „Na, yours ever sincerely was soll denn das?“ Da bin ich wahrscheinlich ziemlich rot geworden und dann hat sie aber irgendwie, sich bemüht / das fand ich irgendwie rührend, so zu tun, als ob ich nicht schwul wäre oder als ob ihr das nicht aufgefallen wäre oder irgendwie so etwas in der Richtung. Ich weiß es nicht genau. Also, es ist mir wurscht [...].*

I: *Weiß die weitere Familie Bescheid?*

D: *Also meine Eltern wissen es, meine Schwester weiß es und ich gehe davon aus, daß es meine Tante weiß. Wie weit es die anderen wissen, die würden nie darüber reden.*

I: *Auch bei Familienfesten wird nicht geredet?*

D: *Die fragen nicht. Wahrscheinlich die Tatsache, daß sie nicht fragen / spricht wahrscheinlich dafür, daß sie es wissen. Könnte ich mir vorstellen, wenn ich jetzt darüber nachdenke [...].*

Strukturierung der Homosexualität nach außen

I: *Würden Sie Hand in Hand mit Ihrem Partner spazieren gehen?*

D: *Ich würde vielleicht irgend jemand umarmen, das wäre mir / wenn ich mich gerade / also es ist so, daß ich mich nicht völlig / also das ist schon noch da / auch wenn wir dann in Griechenland zum Beispiel in irgend einer Stadt waren und nur zu zweit spazieren gegangen sind, dann hatte ich irgendwie schon Hemmungen. Das war nicht immer so, daß mir danach war [...] Da vergeht einem die Lust, vor allem weil die Leute dann einfach auch*

schauen. Nicht unbedingt negativ, sondern einfach überrascht. Einfach, was ist jetzt da los? Also nicht so, daß wir das jetzt negativ finden. Man muß sich irgendwie erklären [...].

Wahrnehmung der HIV-Infektion/HIV-Test

- D: *[...] Und dann bin ich halt hingegangen und wartete da in diesem Wartezimmer. Das war ja / ich fand die Vorstellung bedrückend, weil mir dann aufgefallen ist, das sind ja so Leute, die in den nächsten / in den nächsten paar Jahren unter der Erde sein werden. Also irgendwie so Todeskandidaten. Da habe ich mir gedacht, da gehe ich nie wieder hin. Das ist ja furchtbar, diese Stimmung und das ist ja deprimierend geradezu.*
- I: *Sie sind zufällig, wegen einer Hepatitisimpfung in die Praxis gegangen?*
- D: *Ich bin nur wegen dieser Hepatitis-Angelegenheit da hingekommen und ich hätte es auch nicht erfahren, wenn der Arzt /*
- I: *Einfach mal einen HIV-Test?*
- D: *Ja und dann hat er irgendwie gemeint, man könnte ja auch mal das Blutbild testen und so / einfach so. Ich weiß nicht, warum er auf die Idee kam.*
- I: *Sie waren eigentlich gesund?*
- D: *Völlig, ja. Also ich habe schon gesagt, ich bin erst vor einem halben [Jahr] getestet / hatte da eben nichts und kann ja nicht schaden. Und dann ging es um diese Impfung im Grunde genommen. Und dann bin ich nach einer Woche wieder gekommen. Und dann hieß es eben, daß das Testergebnis noch nicht da wäre, was mich irgendwie / habe ich mir gedacht, na gut, dann eben nicht, dann komme ich nächste Woche wieder. In Wirklichkeit war es wahrscheinlich schon positiv und sie wollten da irgendwie noch mal einen Check machen. Ich weiß es nicht genau. Jedenfalls hat mir das der Stellvertreter [des Arztes] eröffnet und 'mei', seit dem weiß ich das [...].*
- I: *Was geschah dann mit Ihnen, haben Sie mit dem Ergebnis gerechnet?*
- D: *Nein. Ich habe damit nicht gerechnet. Absolut nicht. Ich war völlig baff.*
- I: *Was ist dann passiert?*
- D: *Er hat dann gefragt: „Haben Sie irgendwelche Fragen?“ Dann habe ich gesagt: „Nein.“ Ich meine, er hat sich schon sehr bemüht [...].*
- I: *Wurde der HIV-Test wiederholt?*
- D: *Ich glaube, er hat es nicht wiederholt, weil die Blutteste, wie sagt man da, diese / es wurde ja komischerweise, und das hat er nicht verstanden warum, eben so ein Blutbild gemacht, nicht ein großes, sondern irgendwie ein kleines und aus dem ging irgendwie, nehme ich an, hervor, daß da die / ich weiß nicht ob da die Helferzellen untersucht worden sind oder so etwas. Keine Ahnung. Jedenfalls ging aus dem hervor, daß die Werte / die Werte wären so gewesen, daß man normalerweise schon Medikamente verabreicht hätte. Deswegen hat er eben auch lange nachgefragt, wann ich glaube, mich angesteckt zu haben. Also, ich glaube,*

am ersten Tag haben wir uns nicht lange unterhalten und dann hat er gemeint, ich soll morgen noch mal kommen. Ich: „Wieso denn schon wieder?“ „Ich schreibe sie krank“. Und ich: „Wieso denn das? Ich bin doch gar nicht krank.“

I: *Sie fühlten sich nicht krank zu diesem Zeitpunkt?*

D: *Nein, überhaupt nicht. Mir ging es blendend. Und ich habe es halt / ich bin jetzt da nicht irgendwie in Tränen aufgelöst gewesen und es hat äußerlich nicht so ausgesehen, als ob mich das berühren würde. Doch natürlich, das hat mich berührt.*

I: *Erinnern Sie sich oft daran, daß Sie infiziert sind?*

D: *Naja, wie soll man das ausdrücken? Es ist nicht so, daß ich das verdrängt hätte. Ich habe wirklich jeden Tag daran gedacht, das war mein erster und letzter Gedanke und es kommt mir auch hin und wieder. Also, ich meine, es ist klar, daß es präsent ist, aber wie gesagt, was ist der Tod schon schlimmes?*

Informationskontrolle bezüglich der HIV-Infektion

I: *Eltern?*

D: *Ach so. Also, Eltern wissen es nicht. Es weiß eigentlich niemand. Ich habe es einfach nur in Situationen gesagt, wo ich mich über andere geärgert habe, die sich also irgendwie / es gibt also, ich würde sagen, 99% oder 90% aller Schwulen, die ein promiskes Dasein führen / oder auch nicht promisk. Für die ist Safer Sex eine Selbstverständlichkeit und es gibt solche, die das nicht / Und mich regt das auf, wenn sich / wenn die sich dann einfach sozusagen draufsetzen und es ist / ich meine, die werden dadurch wahrscheinlich auch infiziert und da bestehe ich dann halt irgendwie drauf, weil ich weiß ja auch nicht / sind die jetzt wirklich einfach nur so dumm oder sind sie schon wirklich krank und es ist ihnen egal.*

I: *In solchen Situationen spricht man über die HIV-Infektion?*

D: *[...] Jedenfalls ist es mir dann passiert. Zweimal oder so, insgesamt, daß ich denen dann gesagt habe / also danach dann irgendwie. Danach: „Du hast Glück gehabt“, sage ich dann.*

I: *Erst danach?*

D: *Also ich hatte natürlich Safer Sex und habe dann irgendwie darauf bestanden / und habe dann denen gesagt, daß das wohl die richtige Entscheidung war.*

I: *Der jetzige Partner?*

D: *Er weiß es nicht und er würde es wahrscheinlich / jetzt weiß ich natürlich nicht / also, das letzte Mal, wie ich ihn gesehen habe, da hatte er irgendwie so eine kleine Erkältung oder eine Grippe und hatte also geschwollene Lymphknoten und hatte gleichzeitig und das fand ich ganz merkwürdig / so irgendwie auf dem Oberschenkel, wo man normalerweise nie Pickel hat / hatte er so ein paar Pickel und die hatte ich auch mal. Aber die Tatsache, daß er irgendwie von Zukunftsplänen, von Dingen in fünf Jahren spricht, sind ja eigentlich / dann hat er mich auch gefragt, wann ich denn meinen letzten Aidstest gemacht habe*

irgendwann Mal. Ziemlich am Anfang. Dann habe ich gesagt vor zwei Jahren. Ich habe natürlich nicht gesagt, wie es ausgegangen ist.

I: *Er denkt, daß Sie negativ sind?*

D: *Ich gehe davon aus. Ich gehe wirklich davon aus, daß er denkt, daß ich negativ bin. Sonst würde er das ja nicht machen [...].*

I: *Und daß Sie Tabletten einnehmen?*

D: *Das kriegt er nicht mit. Ich würde sehr unter der Vorstellung leiden, daß ich ihn anstecken könnte. Also die letzten Tage hat mich das sehr beschäftigt und ich wußte nicht so recht, wie ich mich da verhalten soll. Weil einerseits / wenn ich ihm jetzt das sage, ich weiß nicht wie er reagieren würde. Ich meine, daß / also ich gehe jetzt nicht davon aus, daß er jetzt schnurstracks abhauen würde. Aber ich glaube auch nicht, daß ihn das wirklich freut. Ich weiß auch nicht, wie sich das sexuell auswirken würde. Ich weiß auch nicht, was passiert, wenn ich ihn wirklich angesteckt haben sollte. Für den Fall, was unwahrscheinlich, aber doch nicht auszuschließen ist. Er kann sich natürlich auch bei einem anderen angesteckt haben. Aber ich meine, das ist doch keine /*

I: *Er würde sich nicht testen lassen?*

D: *Er hatte gesagt, er hat es mal vor. Also, wenn er sich testen lassen würde, dann würde er mir das wahrscheinlich vorher sagen und dann würde ich ihm reinen Wein einschenken. Ich befürchte / ich meine / ich finde die Sache sehr sehr schlimm.*

I: *Ist es schwierig über solche Dinge zu sprechen?*

D: *Ne, eigentlich nicht. Also es ist wohl auch das erste Mal, daß ich mit jemand darüber spreche.*

I: *Wann gäbe es einen Zeitpunkt, mitzuteilen, daß Sie positiv sind? Wenn die Krankheit ausbricht?*

D: *Ja.*

I: *Oder vielleicht dann immer noch nicht?*

Angsterleben

D: *Wahrscheinlich würde ich es meinen Eltern sagen und ich würde mich ins Auto setzen und gegen den nächsten Baum fahren, wenn ich weiß, ich bin es.*

I: *Also das Ende wollen Sie gar nicht miterleben?*

D: *Nein, um Gottes Willen. Das ist doch das Schlimme an AIDS, dieses Krepieren.*

I: *Wenn Sie sich was wünschen könnten, was gäbe es da?*

D: *Ja ich würde mir schon wünschen und nicht nur für mich, sondern für alle, daß die Menschen nicht an AIDS sterben müssen. Aber wichtiger ist noch, daß sie, wenn sie leben, daß sie glücklich leben.*

Die hier dargestellten Auszüge waren nicht methodischer Bestandteil dieser Untersuchung und sind somit wissenschaftlich nicht zu werten. Dennoch verschaffen sie einen gewissen Realitätsbezug, welcher durch die schriftlich erhobenen Daten in diesem Ausmaß nicht zu gewinnen war. Eine gesonderte Untersuchung zu den erhobenen Interviews ist derzeit in Planung.

4.4 Ausblick

Ein biopsychosoziales Modell der HIV-Medizin könnte die im HIV-Bereich bereits jetzt schon differenzierten und häufig genutzten psychosozialen Betreuungs- und Interventionsmöglichkeiten auf ein psychoneuroimmunologisch begründetes Fundament stellen. Die Ergebnisse dieser und ähnlicher Arbeiten wären langfristig dazu geeignet, neben dem derzeitigen pharmakologischen Behandlungsschwerpunkt ein grundlegendes multifokales Therapie- und Primärpräventionskonzept in der HIV-Medizin zu etablieren, welches psychische und soziale Einflußfaktoren der HIV-Progression berücksichtigen würde. „Kränkungen können krank machen“. Dieser Kerngedanke ist die Quintessenz im Verständnis von psychosozialen Ursachen von Krankheiten [Totman, 1979]. Biopsychosozialer HIV-Medizin könnte eine wichtige Rolle beim Erkennen und Bekämpfen dieser Kränkungen zukommen; auf der inneren Ebene des einzelnen infizierten Menschen und gleichsam im gesamtgesellschaftlichen Rahmen.

Insofern ist biopsychosoziale Forschung im HIV-Bereich noch immer am Anfang. Die Ergebnisse dieser Arbeit, zusammen mit einer Reihe analoger Erkenntnisse müßten anhand von weiterführenden Untersuchungen überprüft, modifiziert und gegebenenfalls auch revidiert werden. Auch in anderen medizinischen Disziplinen wie in der klinischen Infektiologie und insbesondere der Onkologie könnten biopsychosoziale Sichtweisen und Verständnismodelle Fortschritte in der Behandlung und Prävention ermöglichen.

Noch immer infizieren sich weltweit täglich Menschen mit dem HI-Virus und noch immer sterben Menschen an AIDS. Heute jedoch scheinen sich auf biomedizinischer und parallel dazu, auf psychosozialer Ebene, wesentliche Entwicklungen zu vollziehen. Wir wissen nicht, welche medizinischen Fortschritte und gesellschaftlichen Veränderungen die HIV-Erkrankung und AIDS mit sich bringen werden, ob die medizinischen Erfolge in der Behandelbarkeit in Zukunft fortbestehen und weiterentwickelt werden können oder wieder relativiert werden müssen. Möglicherweise wird das Diktum der Tödlichkeit dieser Erkrankung eines Tages keines mehr sein und die Bedrohung wird an Intensität verlieren. Es ist denkbar und zu hoffen, daß die bereits begonnene Entmystifizierung und Rationalisierung der gesellschaftlichen und individuellen Metaphern zu AIDS weiter voranschreiten wird.

Ob die HIV-Infektion und AIDS tatsächlich die größte medizinische Herausforderung unserer Zeit gewesen sein wird oder ob diese Erkrankung in einer historischen Rückschau lediglich für das *fin de siècle* des 20. Jahrhunderts charakteristisch sein wird, eine Seuche, die die Menschen nur eine kurze Epoche lang beschäftigte, werden kommende Zeiten klären.

5. Zusammenfassung

Der unterschiedliche natürliche Verlauf der HIV-Erkrankung mit Ausprägungen von schnell progredienten bis langjährig asymptomatischen Fällen ist bis dato nicht ausreichend erklärbar. Im Lichte der sich in den letzten Jahren mehrenden wissenschaftlichen Erkenntnisse über bio-psycho-soziale Zusammenhänge in der Medizin, wurde deshalb in dieser Untersuchung folgende Frage formuliert: *Können psychosoziale Aspekte die Progression der HIV-Erkrankung bei homosexuellen Männern beeinflussen?*

Die hierzu vorliegende Literatur bot ein heterogenes Bild: Bisher waren Korrelationen zwischen psychosozialen Aspekten und der Progression der HIV-Erkrankung nur vereinzelt beschrieben worden. Ein auffallendes methodisches Manko der meisten Arbeiten lag in der Verwendung von unspezifischen Instrumentarien, welche nicht auf die psychischen, sozialen und kulturellen Besonderheiten der untersuchten Population ausgerichtet waren. Hier wurde eine spezifischere Herangehensweise gewählt. Dazu wurden neben der systematischen Auswertung von bereits beschriebenen Progressionsfaktoren, Forschungsarbeiten zu vorherrschenden psychosozialen Konditionen HIV-infizierter homosexueller Männer (wie beispielsweise Stigmatisierung, Homophobie und gesellschaftliche Bedeutungen von AIDS) herangezogen. Insgesamt konnten hierdurch 16 Themenbereiche postuliert werden, welche in dieser Arbeit untersucht wurden.

Ein retrospektives, exploratives und somit hypothesengenerierendes Verfahren wurde gewählt. Zwei Gruppen homosexueller HIV-infizierter Männer in deutlich verschiedenen Progressionsstadien (*Long-Term-Non-Progressoren* und *Short-Term-Progressoren*) wurden so festgelegt, daß annähernd die Konstrukte Progression und Nicht-Progression repräsentiert waren. Ein spezifischer und populationszentrierter Fragebogen wurde entwickelt und in einer Pilotstudie optimiert. Diesem „Fragebogen zu individuellen und gesellschaftlichen Aspekten der HIV-Infektion“ (FIGAH), wurden acht zusätzliche, häufig verwendete, meist standardisierte psycho- und soziometrische Verfahren angeschlossen, um die 16 zu untersuchenden Themenbereiche zu erfassen.

Die Datenanalyse umfaßte zwei Schritte. Nach einer quantitativen Auswertung der Fragebögen wurden die ermittelten Gruppenunterschiede auch einer qualitativen Analyse unterzogen. Hierbei wurden sozialwissenschaftlich fundierte Verfahren der Inhaltsanalyse verwendet, welche in einem speziellen hierarchischen Verfahren, geordnet nach statistischer Relevanz der einzelnen Gruppenunterschiede, ein konsistentes Gesamtergebnis generieren sollten. Ziel der Inhaltsanalyse war die Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung der Gruppenunterschiede zu psychosozialen Typologien.

Insgesamt konnten 13 Long-Term-Non-Progressoren und neun Short-Term-Progressoren rekrutiert werden. 12,5 % der 415 Items des FIGAH und 35,5% der 51 Dimensionen der zusätzlichen Fragebögen zeigten statistisch sensitive Daten. Hiervon ausgehend ergab die durchgeführte inhaltsanalytische Auswertung für elf der 16 Themenbereiche relevante psychosoziale Gruppenunterscheidungen:

- Subjektive Qualität der jetzigen Lebenssituation
- Akzeptanz der eigenen Homosexualität
- Strukturierung der homosexuellen Identität nach außen
- Reaktionen auf Stigmatisierung der Homosexualität

- Qualität und Bedeutung schwuler Subkultur
- Sexueller Handlungsstil
- Emotionale Bewertung der HIV-Infektion
- Offenbarung des HIV-Befundes und Reaktionen auf Stigmatisierungen
- Gesundheits-, Krankheitskonzepte und Verhalten
- Qualität des Arzt-Patienten-Verhältnisses
- Reflexion der öffentlichen Bewertung von Homosexualität und HIV-Infektion

Im Vergleich zu früheren Befunden waren folgende Feststellungen zu treffen: Einige Hypothesen zur HIV-Krankheitsprogression konnten untermauert werden, nämlich ‚subjektive Lebensqualität‘, ‚Krankheitsverarbeitung‘ und ‚Akzeptanz der eigenen Homosexualität‘. Die meisten der in dieser Arbeit gefundenen HIV-Progressionskorrelationen wurden in dieser Form dagegen bisher noch nicht beschrieben. Hierzu zählten die Themenbereiche der ‚homosexuellen Identifizierung‘, des ‚sexuellen Handlungsstiles‘ sowie des ‚emotionalen Umganges mit der HIV-Infektion‘. Long-Term-Non-Progressoren wiesen im Vergleich zu Short-Term-Progressoren beispielsweise weniger internalisierte Homophobie auf, führten weitaus häufiger längerfristige partnerschaftliche Beziehungen zu Männern oder maßen der HIV-Infektion einen deutlich weniger wichtigen Stellenwert im Alltagsleben bei.

Aufgrund des retrospektiven, hypothesengenerierenden und semiquantitativen Studiendesigns wurde auf gewisse Kautelen in der Beurteilung der Ergebnisse aufmerksam gemacht. Grundsätzlich sind die ermittelten Ergebnisse als korrelativ und nicht als kausal-attribuierend zu bewerten. Des Weiteren ist eine gewisse Subjektivität der inhaltsanalytischen Auswertung zu berücksichtigen. Eine mögliche Beeinflussung der Resultate durch ein unterschiedlich ausgeprägtes Krankheitsgefühl bei den einzelnen Untersuchungsteilnehmern kann nicht ausgeschlossen werden.

Der Untersuchungszeitraum dieser Arbeit liegt bereits einige Jahre zurück. Seither lassen sich wesentliche Entwicklungen in der gesellschaftlichen und individuellen Perzeption der HIV-Erkrankung diskutieren. Diese veränderten Untersuchungsbedingungen hätten die Ergebnisse dieser Arbeit möglicherweise modifiziert, die Grundthese einer psychosozialen Beeinflussung der HIV-Krankheitsprogression bliebe aber davon unabhängig bestehen. Hypothesengenerierend ist das Postulat eines Zusammenhanges zwischen psychosozialen Aspekten und der Progression der HIV-Erkrankung bei homosexuellen Männern somit die wichtigste Schlußfolgerung dieser Studie. Sie liefert ein profundes Argument für die Richtigkeit und Akzeptanz bio-psycho-sozialer Medizinmodelle und für die Notwendigkeit weiterer Erforschung.

Anhang

I. Literaturverzeichnis

Abrams B., Duncan D., Hertz-Picciotto I. (1993): *A prospective study of dietary intake and acquired immune deficiency syndrome in HIV-seropositive homosexual men*. J Acquir Immune Defic Syndr,6(8):949-958

Ader R (1981): *Psychoneuroimmunology*. New York City, Academic Press

Ader R., Felten D.L., Cohen N. (1991): *Psychoneuroimmunology, Second Edition*. San Diego [u.a.], Academic Press

Adler M.W., O'Shaughnessy M.V. (1996): *One world. One hope. XI International Conference on AIDS, 7-12 July 1996, Vancouver, Canada*. AIDS,10:Supplement 3

Alcibes P., Selwyn P. A., Davenny K., Hartel D., Buono D., Schoenbaum E. E., Klein R. S., Friedland G. H. (1994): *Laboratory markers and the risk of developing HIV-1 disease among injecting drug users [published erratum appears in AIDS 1994 Apr;8(4):following 565]*. AIDS,8(1):107-115

Antoni M. H., Baggett L., Ironson G., LaPerriere A., August S., Klimas N., Schneiderman N., Fletcher M. A. (1991): *Cognitive-behavioral stress management intervention buffers distress responses and immunologic changes following notification of HIV-1 seropositivity*. J Consult Clin Psychol,59(6):906-915

Bar-On Dan (1996): *Ethical Issues in Biographical Interviews and Analysis*. In Josselson, R. (Hrsg.): *Ethics and Process in the Narrative Study of Lives*. Thousand Oaks, London, Neu Delhi, Sage Publications: 9-21

Baum M. K., Shor-Posner G., Lu Y., Rosner B., Sauberlich H. E., Fletcher M. A., Szapocznik J., Eisdorfer C., Buring J. E., Hennekens C. H. (1995): *Micronutrients and HIV-1 disease progression*. AIDS,9(9):1051-1056

Baumann U. (1998): *Kausalität und qualitative empirische Sozialforschung: das Verstehen im Dienste der Ursache-Wirkungs-Forschung und die Intentionalität*. Münster [u.a.], Waxmann

Becker S., Clement U. (1996): *HIV-Infektion und AIDS*. In von Uexküll, T. (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin*. München [u.a.], Urban und Schwarzenberg:S.939-952

Beckmann Dieter, Brähler Elmar, Richter Horst-Eberhard (1991): *Der Gießen Test (GT): Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik*. 4. überarbeitete Auflage mit Neustandardisierung: Bern, Huber

- Berczi I. (1994): *Hormonal interactions between the pituitary and immune systems*. In Grossman, C. J. (Hrsg.): *Bilateral Communication Between the Endocrine and Immune Systems*. New York [u.a.], Springer:S.98
- Berkman L. F. (1995): *The role of social relations in health promotion*. *Psychosom Med*,57(3):245-254
- Blalock J. E. (1994): *The syntax of immune-neuroendocrine communication*. *Immunol Today*,15(11):504-511
- Blalock jr. H. M. (1979): *Social Statistics*. Auckland, McGraw-Hill International Book Company
- Blomkvist V., Theorell T., Jonsson H., Schulman S., Berntorp E., Stiegendal L. (1994): *Psychosocial self-prognosis in relation to mortality and morbidity in hemophiliacs with HIV infection*. *Psychother Psychosom*,62(3-4):185-192
- Bock H. (1992): *AIDS in der Presse: eine sprachpsychologische Untersuchung zur Berichterstattung über die Krankheit AIDS in Print-Medien*. Regensburg, Roderer
- Bohus B., Koolhas J.M. (1991): *Psychoimmunology of Social Factors in Rodents and Other Subprimate Vertebrates*. In Ader, R.; Felten, D. L.; Cohen, N. (Hrsg.): *Psychoneuroimmunology*, Second Edition. San Diego [u.a.], Academic Press:S.807-830
- Bos Wilfried, Tarnai Christian (1989): *Entwicklung und Verfahren der Inhaltsanalyse in der empirischen Sozialforschung*. In Bos, W.; Tarnai, C. (Hrsg.): *Angewandte Inhaltsanalyse in Empirischer Pädagogik und Psychologie*. Münster und New York, Waxmann:S.9
- Bower J. E., Kemeny M. E., Taylor S. E., Fahey J. L. (1998): *Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men*. *J Consult Clin Psychol*,66(6):979-986
- Brookmeyer R., Gail M. H., Polk B. F. (1987): *The prevalent cohort study and the acquired immunodeficiency syndrome*. *Am J Epidemiol*,126(1):14-24
- Bullinger Monika, Heinisch Michael, Ludwig Monika, Geier Stefan (1990): *Skalen zur Erfassung des Wohlbefindens: Psychometrische Analysen zum „Profile of Mood States“ (POMS) und zum „Psychological General Wellbeing Index“ (PGWI)*. *Zeitschr f Differentielle u Diagnost Psychol*,11(1):53-61
- Bundesverband Homosexualität (1995): *Stigma-Management und schwules Selbstbewußtsein. Materialien und Anmerkungen zu der Studie „Soziosexuelle Faktoren in der Epidemiologie von AIDS“ von Jörg Hutter und Volker Koch*. Band 5, Berlin
- Burack J. H., Barrett D. C., Stall R. D., Chesney M. A., Ekstrand M. L., Coates T. J. (1993): *Depressive symptoms and CD4 lymphocyte decline among HIV-infected men*. *JAMA*,270(21):2568-2573

- Burcham J., Marmor M., Dubin N., Tindall B., Cooper D. A., Berry G., Penny R. (1991): *CD4% is the best predictor of development of AIDS in a cohort of HIV- infected homosexual men*. AIDS,5(4):365-372
- Cadwallader A.H. (1992): *AIDS: the church as enemy and friend*. Victoria, Collins Dove
- Carré N., Deveau C., Belanger F., Boufassa F., Persoz A., Jadand C., Rouzioux C., Delfraissy J. F., Bucquet D. (1994): *Effect of age and exposure group on the onset of AIDS in heterosexual and homosexual HIV-infected patients*. SEROCO Study Group. AIDS,8(6):797-802
- Clement Ulrich (1992): *HIV-positiv: Psychische Verarbeitung, subjektive Infektionstheorien und psychosexuelle Konflikte HIV-Infizierter; eine komparativ-kasuistische Studie*. Stuttgart, Enke
- Coates R. A., Farewell V. T., Raboud J., Read S. E., Klein M., MacFadden D. K., Calzavara L. M., Johnson J. K., Fanning M. M., Shepherd F. A. (1992): *Using serial observations to identify predictors of progression to AIDS in the Toronto Sexual Contact Study*. J Clin Epidemiol,45(3):245-253
- Coates T. J., McKusick L., Kuno R., Stites D. P. (1989): *Stress reduction training changed number of sexual partners but not immune function in men with HIV*. Am J Public Health,79(7):885-887
- Cohen S. I. (1988): *Voodoo death, the stress response, and AIDS*. Adv Biochem Psychopharmacol,44:95-109
- Cole S. W., Kemeny M. E. (1997): *Psychobiology of HIV infection*. Crit Rev Neurobiol,11(4):289-321
- Cole S.W., Kemeny M.E., Taylor S.E. (1997): *Social Identity and Physical Health: Accelerated HIV Progression in Rejection-Sensitive Gay Men*. J Pers Soc Psychol,72(2):320-335
- Cole S. W., Kemeny M. E., Taylor S. E., Visscher B. R., Fahey J. L. (1996): *Accelerated course of human immunodeficiency virus infection in gay men who conceal their homosexual identity*. Psychosom Med,58(3):219-231
- Coreth E. (1969): *Grundfragen der Hermeneutik*. Freiburg, Herder
- Craib K. J., Schechter M. T., Montaner J. S., Le T. N., Sestak P., Willoughby B., Voigt R., Haley L., O'Shaughnessy M. V. (1992): *The effect of cigarette smoking on lymphocyte subsets and progression to AIDS in a cohort of homosexual men*. Clin Invest Med,15(4):301-308
- Crowne D.P., Marlowe D. (1960): *A new scale of social desirability independent of psychopathology*. J Consulting Psychol,24:349-354
- Curtis J. R., Patrick D. L. (1993): *Race and survival time with AIDS: a synthesis of the literature*. Am J Public Health,83(10):1425-1428
- Dannecker M. (1991): *Der homosexuelle Mann im Zeichen von Aids*. Hamburg, Klein Verlag

Dannecker Martin (1999): *Was bewirkt die Normalisierung von AIDS?* In Jäger, H. (Hrsg.): *Mit AIDS leben. Prävention, Therapie, Behandlungsalternativen, psychosoziale Aspekte 1999*. Landsberg am Lech, Ecomed: 339-340

Danner H. (1979): *Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik*. München, Reinhardt

de Roda-Husman A.-M., Koot M., Cornelissen M., Keet I.P.M., Brouwer M., Broersen S.M., Bakker M., Roos M.T.L., Prins M., de Wolf F., Coutinho R.A., Miedema F., Goudsmit J., Schuitemaker H. (1997): *Association between CCR5 Genotype and the Clinical Course of HIV-1 Infection*. *Ann Intern Med*,127(10):882-890

de Wolf F., Spijkerman I., Schellekens P.T., Langendam M., Kuiken C., Bakker M., Roos M., Coutinho R., Miedema F., Goudsmit J. (1997): *AIDS prognosis based on HIV-1 RNA, CD4+ T-cell count and function: markers with reciprocal predictive value over time after seroconversion*. *AIDS*,11(15):1799-1806

Derogatis Leonhard R. (1986): *SCL-90-R: Self-Report Symptom Inventory*. Weinheim, Beltz

Ebbesen P. (1986): *The global epidemic of AIDS*. *AIDS Res*,2 Suppl 1:S23-28

Eimer Martin (1987): *Konzepte von Kausalität: Verursachungszusammenhänge und psychologische Begriffsbildung*. Bern [u.a.], Huber

Eller L.S. (1995): *Effects of two cognitive-behavioral interventions on immunity and symptoms in persons with HIV*. *Ann Behav Med*,17(4):339-348

Elliot G.R., Eisdorfer C. (1982): *Stress and Human Health*. New York, Springer

Engel G. L. (1977): *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. *Science*,196(4286):129-136

Erickson B. H., Nosanchuk T. A. (1977): *Understanding Data*. Toronto, McGraw-Hill Ryerson Limited

Eskild A., Magnus P., Petersen G., Sohlberg C., Jensen F., Kittelsen P., Skaug K. (1992): *Hepatitis B antibodies in HIV-infected homosexual men are associated with more rapid progression to AIDS*. *AIDS*,6(6):571-574

Esterling B. A., Antoni M. H., Fletcher M. A., Margulies S., Schneiderman N. (1994): *Emotional disclosure through writing or speaking modulates latent Epstein-Barr virus antibody titers*. *J Consult Clin Psychol*,62(1):130-140

Evans D. L., Leserman J., Perkins D. O., Stern R. A., Murphy C., Tamul K., Liao D., van der Horst C. M., Hall C. D., Folds J. D., et al. (1995): *Stress-associated reductions of cytotoxic T lymphocytes and natural killer cells in asymptomatic HIV infection*. *Am J Psychiatry*,152(4):543-550

- Eyster M. E., Alter H. J., Aledort L. M., Quan S., Hatzakis A., Goedert J. J. (1991): *Heterosexual co-transmission of hepatitis C virus (HCV) and human immunodeficiency virus (HIV)*. Ann Intern Med,115(10):764-768
- Eyster M. E., Gail M. H., Ballard J. O., Al-Mondhiry H., Goedert J. J. (1987): *Natural history of human immunodeficiency virus infections in hemophiliacs: effects of T-cell subsets, platelet counts, and age*. Ann Intern Med,107(1):1-6
- Fahey J. L., Taylor J. M., Detels R., Hofmann B., Melmed R., Nishanian P., Giorgi J. V. (1990): *The prognostic value of cellular and serologic markers in infection with human immunodeficiency virus type 1*. N Engl J Med,322(3):166-172
- Fischer Klaus (2000): Robert-Koch-Institut - Fachgebiet Infektionsepidemiologie, Berlin, *Langzeitbeobachtung von Probanden mit bekanntem Zeitpunkt der Serokonversion*. 29.8.00
- Flegg P. J., Brettell R. P., Robertson J. R., Clarkson R. C., Bird A. G. (1991): *Beta 2-microglobulin levels in drug users: the influence of risk behaviour*. AIDS,5(8):1021-1024
- Fong I. W., Read S., Wainberg M. A., Chia W. K., Major C. (1994): *Alcoholism and rapid progression to AIDS after seroconversion*. Clin Infect Dis,19(2):337-338
- Franke G.H. (1994): *Testtheoretische Überprüfung des Fragebogens zur Sozialen Unterstützung*. Zeitschrift f Med Psychol,3(4):168-177
- Franke G. H. (1995): *Die Symptomcheckliste von Derogatis: SCL-90-R - Deutsche Version*. Weinheim, Beltz
- Franke G.H., Esser J., Mähner, N., Reimer J., Spangemacher B., Stäcker K. H. (1998a): *Erste Überprüfung des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (EFK) an sehbeeinträchtigten Patienten*. Zeitschrift für Differentielle und Diagnost. Psychologie (im Druck)
- Franke G.H., Esser J., Stäcker K. H., Spangemacher B. (1998b): *Über den Zusammenhang zwischen Krankheitsprogredienz und Streßverarbeitung bei Patienten mit Retinopathia centralis serosa*. Psychother Psychosom Med Psychol, 48(6): 215-222
- Franke G. H., Jäger H., Stäcker K. H. (1995): *Die Symptom-Checkliste - SCL-90-R - im Einsatz bei HIV-infizierten Patienten*. Zeitschr f Differentielle u Diagnost Psychol,16(3):195-208
- Gauweiler P. (1989): *Was tun gegen AIDS? Wege aus der Gefahr*. Percha am Starnberger See, R.S. Schulz
- Gilbert M., Payan D. G. (1991): *Interactions Between the Nervous and the Immune Systems*. Front Neuroendocrinol,12:299-322
- Glaser B., Strauss A. (1967): *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago, Aldine
- Goffman Erving (1967): *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt am Main, Suhrkamp

- Goodkin K., Blaney N. T., Feaster D., Fletcher M. A., Baum M. K., Mantero-Atienza E., Klimas N. G., Millon C., Szapocznik J., Eisdorfer C. (1992a): *Active coping style is associated with natural killer cell cytotoxicity in asymptomatic HIV-1 seropositive homosexual men.* J Psychosom Res,36(7):635-650
- Goodkin K., Fuchs I., Feaster D., Leeka J., Rishel D. D. (1992b): *Life stressors and coping style are associated with immune measures in HIV-1 infection - a preliminary report.* Int J Psychiatry Med,22(2):155-172
- Greer S., Morris T., Pettingale K. W., Haybittle J. L. (1990): *Psychological response to breast cancer and 15-year outcome.* Lancet,335(8680):49-50
- Hackbarth K.-P., Schwermer L. (1999): *Das Essener Modell ZIP zur beruflichen Reintegration für Menschen mit HIV und AIDS.* In Brockmeyer, N. H.; Brodt, R.; Hoffmann, K.; Reimann, G.; Stücker, M.; Altmeyer, P. (Hrsg.): HIV-Infekt. Epidemiologie, Prävention, Pathogenese, Diagnostik, Therapie, Psycho-Soziologie. Berlin, Heidelberg, New York u.a., Springer: 803-810
- Harrer Thomas (1994): *Long-Term Surviving. Immunologische und virologische Aspekte.* In Jäger, H. (Hrsg.): AIDS und HIV-Infektionen: Diagnostik, Klinik, Behandlung; Handbuch und Atlas für Klinik und Praxis. Landsberg a. Lech, Ecomed:II - 3.3.1
- Haselhoff O.W., Hoffmann H.-J. (1970): *Kleines Lehrbuch der Statistik.* Berlin, Walter de Gruyter & Co.
- Hauber I. (1999): *Prognostische Marker in der molekularen HIV-1-Diagnostik.* In Jäger, H. (Hrsg.): Mit AIDS leben. Prävention, Therapie, Behandlungsalternativen, psychosoziale Aspekte 1999. Landsberg a. Lech, Ecomed:S.47-49
- Haynes B. F., Pantaleo G., Fauci A. S. (1996): *Toward an understanding of the correlates of protective immunity to HIV infection.* Science,271(5247):324-328
- Hogg R. S., Craib K. J., Willoughby B., Sestak P., Montaner J. S., Schechter M. T. (1993): *Sociodemographic correlates for risk-taking behaviour among HIV seronegative homosexual men.* Can J Public Health,84(6):423-426
- Holmberg S. D., Stewart J. A., Gerber A. R., Byers R. H., Lee F. K., O'Malley P. M., Nahmias A. J. (1988): *Prior herpes simplex virus type 2 infection as a risk factor for HIV infection.* JAMA,259(7):1048-1050
- Holtzer C. D., Roland M. (1999): *The use of combination antiretroviral therapy in HIV-infected patients.* Ann Pharmacother,33(2):198-209
- Hopf E. (1979): *Qualitative Sozialforschung.* Stuttgart, Klett
- Hoppe Walter (1984): *Wilhelm Reich und andere große Männer der Wissenschaft im Kampf mit dem Irrationalismus.* München, Kurt Nane Jürgensen Verlag

- Huber Günther L. (1989): *Qualität versus Quantität in der Inhaltsanalyse*. In Bos, W.; Tarnai, C. (Hrsg.): *Angewandte Inhaltsanalyse in Empirischer Pädagogik und Psychologie*. Münster und New York, Waxmann:S.42
- Hutter J., Koch V. (1995): *Soziosexuelle Faktoren in der Epidemiologie von Aids. Eine vergleichende Untersuchung infizierter und nichtinfizierter homosexueller Männer*. Universität Bremen, Fachbereich 8
- Hutter Jörg, Koch-Burghardt Volker, Lautmann Rüdiger (2000): *Ausgrenzung macht krank. Homosexuellenfeindlichkeit und HIV-Infektion*. Wiesbaden, Westdeutscher Verlag
- Ironson G, Friedman A, Klimas N, Antoni M, Fletcher MA, LaPerriere A, Simoneau J, Schneidermann N (1994): *Distress, denial and low adherence to behavioral interventions predict faster disease progression in gay men infected with human immunodeficiency virus*. Intern J Behav Med,1(1):90-105
- Jacobsen E. (1990): *Entspannung als Therapie. Progressive Relaxation in Theorie und Praxis*. München, Pfeiffer
- Jäger H. (1988): *AIDS-Phobie, Krankheitsbild und Behandlungsmöglichkeiten: Workshop München, November 1987*. Stuttgart [u.a.], Thieme
- Jones J. L., Hanson D. L., Chu S. Y., Ward J. W., Jaffe H. W. (1995): *AIDS-associated Kaposi's sarcoma [letter; comment]*. Science,267(5201):1078-1079
- Kagan J., Snidman N., Julia-Sellers M., Johnson M. O. (1991): *Temperament and allergic symptoms*. Psychosom Med,53(3):332-340
- Kantor Martin (1998): *Homophobia: description, development, and dynamics of gay bashing*. Westport (Conneticut), Praeger
- Kaslow R. A., Blackwelder W. C., Ostrow D. G., Yerg D., Palenicek J., Coulson A. H., Valdiserri R. O. (1989): *No evidence for a role of alcohol or other psychoactive drugs in accelerating immunodeficiency in HIV-1-positive individuals. A report from the Multicenter AIDS Cohort Study*. JAMA,261(23):3424-3429
- Kayal P.M. (1993): *Bearing Witness. Gay Men's Health Crisis and the Politics of AIDS*. Boulder [u.a.], Westview Press
- Keet I. P., Krol A., Klein M. R., Veugelers P., de Wit J., Roos M., Koot M., Goudsmit J., Miedema F., Coutinho R. A. (1994a): *Characteristics of long-term asymptomatic infection with human immunodeficiency virus type 1 in men with normal and low CD4+ cell counts*. J Infect Dis,169(6):1236-1243
- Keet I.P.M. (1995): *HIV-1 seroconversion and its aftermath among homosexual men: Studies on acquisition of HIV-1 and natural history of HIV-1 infection*. Doktorarbeit. University of Amsterdam, 67-74

- Keet I. P. M., Krijnen P., Koot M., Lange J. M., Miedema F., Goudsmit J., Coutinho R. A. (1993): *Predictors of rapid progression to AIDS in HIV-1 seroconverters*. AIDS,7(1):51-57
- Keet I. P. M., Krol A., Koot M., Roos M. T., F. de Wolf, Miedema F., Coutinho R. A. (1994b): *Predictors of disease progression in HIV-infected homosexual men with CD4+ cells 200 x 10(6)/l but free of AIDS-defining clinical disease*. AIDS,8(11):1577-1583
- Kemeny M. E., Dean L. (1995): *Effects of AIDS-related bereavement on HIV progression among New York City gay men*. AIDS Educ Prev,7(5 Suppl):36-47
- Kemeny M. E., Weiner H., Duran R., Taylor S. E., Visscher B., Fahey J. L. (1995): *Immune system changes after the death of a partner in HIV-positive gay men*. Psychosom Med,57(6):547-554
- Kemeny M. E., Weiner H., Taylor S. E., Schneider S., Visscher B., Fahey J. L. (1994): *Repeated bereavement, depressed mood, and immune parameters in HIV seropositive and seronegative gay men*. Health Psychol,13(1):14-24
- Kessler R. C., Foster C., Joseph J., Ostrow D., Wortman C., Phair J., Chmiel J. (1991): *Stressful life events and symptom onset in HIV infection*. Am J Psychiatry,148(6):733-738
- Kim H. C., Nahum K., Raska K., Jr., Gocke D. J., Kosmin M., Karp G. I., Saidi P. (1987): *Natural history of acquired immunodeficiency syndrome in hemophilic patients*. Am J Hematol,24(2):169-176
- Klein M. R., Keet I. P., D'Amato J., Bende R. J., Hekman A., Mesman B., Koot M., de Waal Lp, Coutinho R. A., Miedema F. (1994): *Associations between HLA frequencies and pathogenic features of human immunodeficiency virus type 1 infection in seroconverters from the Amsterdam cohort of homosexual men*. J Infect Dis,169(6):1244-1249
- Knechten H., Braun P., Goetzenich A. (1999): *Die Bedeutung der Viruslastbestimmung*. In Jäger, H. (Hrsg.): Mit AIDS leben. Prävention, Therapie, Behandlungsalternativen, psychosoziale Aspekte 1999. Landsberg a. Lech, Ecomed:S.50-53
- Köneke Susanne (1990): *Aids in der Presse: der schreibende Umgang mit dem Ungewissen*. Doktorarbeit. Freiburg im Breisgau
- Koot M., Keet I. P., Vos A. H., de Goede R. E., Roos M. T., Coutinho R. A., Miedema F., Schellekens P. T., Tersmette M. (1993): *Prognostic value of HIV-1 syncytium-inducing phenotype for rate of CD4+ cell depletion and progression to AIDS*. Ann Intern Med,118(9):681-688
- Koot M., van Leeuwen R., de Goede R.E.Y., Keet I.P.M., Danner S., Eeftinck-Schattenkerk J.K.M., Reiss P., Tersmette M., Lange J.M.A., Schuitemaker H. (1999): *Conversion Rate towards a Syncytium-Inducing (SI) Phenotype during Different Stages of Human Immunodeficiency Virus Type 1 Infection and Prognostic Value of SI Phenotype for Survival after AIDS Diagnosis*. J Infec Dis,179(1):254-258
- Krippendorff K. (1980): *Content Analysis. An Introduction to its Methodology*. Beverly Hills und London, Sage

- Kropiunigg U. (1995): *Psychoneuroimmunologie*. In Frischenschlager, O.; Hexel, M.; Kantner-Rumplmaier, W.; Söllner, W.; Ringler, M.; Wisiak, U. V. (Hrsg.): *Lehrbuch der psychosozialen Medizin*. Wien und New York, Springer:S.99-112
- Kurtiak H (1999): *Schwulenberatung Berlin, Soziale Gefährdungen HIV-positiver Menschen durch das „neue AIDS“*. 6.6.1999, Vortrag auf dem 7. Deutschen AIDS-Kongress, Essen
- Laga M., Manoka A., Kivuvu M., Malele B., Tuliza M., Nzila N., Goeman J., Behets F., Batter V., Alary M., Heyward W.L., Ryder R.W., Piot R. (1993): *Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study*. *AIDS*,7(1):95-102
- Leland J. (1996) *The end of AIDS?* *Newsweek* 128:64-68,71,73
- Lerman Antony (1999): *Antisemitism at the End of the Twentieth Century: The new Context of an Old Prejudice*. The Dynamics of Antisemitism in the Second Half of the 20th Century, International Conference, 13-16 June 1999, The Vidal Sassoon International Center for the Study of Antisemitism, Hebrew University of Jerusalem
- Levy J. A. (1993): *HIV pathogenesis and long-term survival [editorial]*. *AIDS*,7(11):1401-1410
- Liu Z., Cumberland W.G., Hultin L.E., Prince H.E., Detels R., Giorgi J.V. (1997): *Elevated CD38 Antigen Expression on CD8+ T Cells Is a Stronger Marker for the Risk of Chronic HIV Disease Progression to AIDS and Death in the Multicenter AIDS Cohort Study Than CD4+ Cell Count, Soluble Immune Activation Markers, or Combination of HLA-DR and CD38 Expression*. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*,16(2):83-92
- Lo S. C., Hayes M. M., Wang R. Y., Pierce P. F., Kotani H., Shih J. W. (1991): *Newly discovered mycoplasma isolated from patients infected with HIV*. *Lancet*,338(8780):1415-1418
- Lohaus Arnold, Schmitt Gustel Mattias (1989): *Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)*. Göttingen, Verlag für Psychologie Hogrefe
- Lück Helmut E., Timaeus Ernst (1969): *Skalen zur Messung Manifester Angst (MAS) und sozialer Wünschbarkeit (SDS-E und SDS-CM)*. *DIAGNOSTICA*,15:134-141
- Lusso P., Gallo R. C. (1995): *Human herpesvirus 6 in AIDS*. *Immunol Today*,16(2):67-71
- Lyketsos C. G., Hoover D. R., Guccione M., Senterfitt W., Dew M. A., Wesch J., VanRaden M. J., Treisman G. J., Morgenstern H. (1993): *Depressive symptoms as predictors of medical outcomes in HIV infection. Multicenter AIDS Cohort Study*. *JAMA*,270(21):2563-2567
- Mayring Phillip (1997): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 6: Weinheim, Beltz (Deutscher Studien Verlag)
- McNair D.M., Lorr M., Droppleman L.F. (1971): *EITS manual for the Profile of Mood States*. San Diego, California, Educational and Industrial Testing Service

- Mellors J.W., Munoz A., Giorgi J.V., Margolick J.B., Tassoni C.J., Gupta P., Kingsley L.A., Todd J.A., Saah A.J., Detels R., Phair J.P., Rinaldo C.R. jr. (1997): *Plasma viral load and CD4+ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection*. *Ann Intern Med*,126(12):946-954
- Mellors J. W., Rinaldo Cr Jr, Gupta P., White R. M., Todd J. A., Kingsley L. A. (1996): *Prognosis in HIV-1 infection predicted by the quantity of virus in plasma*. *Science*,272(5265):1167-1170
- Miller G. E., Kemeny M. E., Taylor S. E., Cole S. W., Visscher B. R. (1997): *Social relationships and immune processes in HIV seropositive gay and bisexual men*. *Ann Behav Med*,19(2):139-151
- Miller V. (1999): *HIV Drug Resistance: Resistance to RT Inhibitors and Implications for Clinical Research*. In Jäger, H. (Hrsg.): *Mit AIDS leben. Prävention, Therapie, Behandlungsalternativen, psychosoziale Aspekte 1999*. Landsberg a. Lech, Ecomed:S.54
- Montaner J.S.G., Singer J., Schechter M.T., Raboud J.M., Tsoukas C., O'Shaughnessy M., Ruedy J., Nagai K., Salomon H., Spira B., Wainberg M.A. (1993): *Clinical correlates of in vitro HIV-1 resistance to zidovudine. Results of the Multicentre Canadian AZT Trial*. *AIDS*,7(2):189-196
- Moss A. R., Bacchetti P., Osmond D., Krampf W., Chaisson R. E., Stites D., Wilber J., Allain J. P., Carlson J. (1988): *Seropositivity for HIV and the development of AIDS or AIDS related condition: three year follow up of the San Francisco General Hospital cohort*. *Br Med J (Clin Res Ed)*,296(6624):745-750
- Mulder Cornelis L., Antoni Michael H. (1992): *Psychosocial correlates of immune status and disease progression in HIV-1 infected homosexual men: Review of preliminary findings, and commentary*. *Psychology and Health*,6(3):175-192
- Mulder C. L., Antoni M. H., Emmelkamp P. M., Veugelers P. J., Sandfort T. G., van de Vijver F. A., de Vries M. J. (1995): *Psychosocial group intervention and the rate of decline of immunological parameters in asymptomatic HIV-infected homosexual men*. *Psychother Psychosom*,63(3-4):185-192
- Mulder C.L., de Vroome E.M.M., van Griensven G.J.P., Antoni M.H., Sandfort T.G.M. (1999): *Avoidance as a Predictor of the Biological Course of HIV Infection Over a 7-Year Period in Gay Men*. *Health Psychol*,18(2):107-113
- Munoz A., Carey V., Saah A. J., Phair J. P., Kingsley L. A., Fahey J. L., Ginzburg H. M., Polk B. F. (1988): *Predictors of decline in CD4 lymphocytes in a cohort of homosexual men infected with human immunodeficiency virus*. *J Acquir Immune Defic Syndr*,1(4):396-404
- Munoz A., Vlahov D., Solomon L., Margolick J. B., Baretta J. C., Cohn S., Astemborski J., Nelson K. E. (1992): *Prognostic indicators for development of AIDS among intravenous drug users*. *J Acquir Immune Defic Syndr*,5(7):694-700
- Murray H. W., Godbold J. H., Jurica K. B., Roberts R. B. (1989): *Progression to AIDS in patients with lymphadenopathy or AIDS-related complex: reappraisal of risk and predictive factors*. *Am J Med*,86(5):533-538

- N.N. (1992): *Unexplained CD4+ T-Lymphocyte depletion in persons without evident HIV-infection - United States*. MMWR,41(30):541-545
- N.N. (1994): *Features of children perinatally infected with HIV-1 surviving longer than 5 years. Italian Register for HIV Infection in Children*. Lancet,343(8891):191-195
- Neeral T. (1988): *Der irrationale Anteil der AIDS-Ansteckungsangst*. In Jäger, H. (Hrsg.): AIDS-Phobie, Krankheitsbild und Behandlungsmöglichkeiten: Workshop München, November 1987. Stuttgart [u.a.], Thieme: 68-72
- Nevid J.S. (1983): *Hopelessness, social desirability, and construct validity*. Journal of Consulting and Clinical Psychology,51(1):139-140
- O'Shaughnessy M.V., Cassol S.A. (1994): *Laboratory diagnosis of HIV infection*. Can J Infect Dis,5(Supplement E):7E-12E
- Osmond D. H., Shiboski S., Bacchetti P., Winger E. E., Moss A. R. (1991): *Immune activation markers and AIDS prognosis*. AIDS,5(5):505-511
- Patterson TL, Shaw WS, Semple SJ, Cherner M, McCutchan JA, Atkinson JH, Grant I, Nannis E (1996): *Relationship of psychosocial factors to HIV disease progression*. Ann Behav Med,18(1):30-39
- Perfetto S.P., Malone J.D., Hawkes C., McCrary G., August B., Zhou S., Garner R., Dolan M.J., Brown A.E. (1998): *CD38 Expression on Cryopreserved CD8+ T Cells Predicts HIV Disease Progression*. Cytometry,33(2):133-137
- Perry S., Fishman B., Jacobsberg L., Frances A. (1992): *Relationships over 1 year between lymphocyte subsets and psychosocial variables among adults with infection by human immunodeficiency virus*. Arch Gen Psychiatry,49(5):396-401
- Persson L., Gullberg B., Hanson B. S., Moestrup T., Ostergren P. O. (1994): *HIV infection: social network, social support, and CD4 lymphocyte values in infected homosexual men in Malmo, Sweden*. J Epidemiol Community Health,48(6):580-585
- Pert C. B., Ruff M. R., Weber R. J., Herkenham M. (1985): *Neuropeptides and their receptors: a psychosomatic network*. J Immunol,135(2 Suppl):820s-826s
- Petrie K. J., Booth R. J., Pennebaker J. W., Davison K. P., Thomas M. G. (1995): *Disclosure of trauma and immune response to a hepatitis B vaccination program*. J Consult Clin Psychol,63(5):787-792
- Pflanz M. (1973): *Allgemeine Epidemiologie. Aufgaben, Technik, Methoden*. Stuttgart, Thieme Verlag
- Phillips A. N. (1992): *Studies of prognostic markers in HIV infection: implications for pathogenesis [editorial]*. AIDS,6(11):1391-1394
- Plummer F. A., Simonsen J. N., Cameron D. W., Ndinya-Achola J. O., Kreiss J. K., Gakinya M. N., Waiyaki P., Cheang M., Piot P., Ronald A. R., et al. (1991): *Cofactors in male-female sexual transmission of human immunodeficiency virus type 1*. J Infect Dis,163(2):233-239

- Rabkin J. G., Rabkin R., Harrison W., Wagner G. (1994a): *Effect of imipramine on mood and enumerative measures of immune status in depressed patients with HIV illness*. Am J Psychiatry,151(4):516-523
- Rabkin J. G., Rabkin R., Wagner G. (1994b): *Effects of fluoxetine on mood and immune status in depressed patients with HIV illness*. J Clin Psychiatry,55(3):92-97
- Rabkin J. G., Wagner G., Rabkin R. (1994c): *Effects of sertraline on mood and immune status in patients with major depression and HIV illness: an open trial*. J Clin Psychiatry,55(10):433-439
- Rabkin J. G., Williams J. B., Remien R. H., Goetz R., Kertzner R., Gorman J. M. (1991): *Depression, distress, lymphocyte subsets, and human immunodeficiency virus symptoms on two occasions in HIV-positive homosexual men*. Arch Gen Psychiatry,48(2):111-119
- Reed G.M., Kemeny M.E., Taylor S.E., Visscher B.R. (1999): *Negative HIV-specific expectancies and AIDS-related bereavement as predictors of symptom onset in asymptomatic HIV seropositive gay men*. Health Psychol, im Druck
- Reed G. M., Kemeny M. E., Taylor S. E., Wang H. Y., Visscher B. R. (1994): *Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS*. Health Psychol,13(4):299-307
- Ronald P. J., Robertson J. R., Elton R. A. (1994): *Continued drug use and other cofactors for progression to AIDS among injecting drug users*. AIDS,8(3):339-343
- Root-Bernstein R.S., Merrill S.J. (1997): *The Necessity of Cofactors in the Pathogenesis of AIDS: a Mathematical Model*. J theor Biol,187(1):135-146
- Rosenbrock R. (1988): *HIV-Positivismus. Plädoyer für die Einhaltung der Kunstregeln*. In Michel, K. M.; Spengler, T. (Hrsg.): Kursbuch 94. Die Seuche. Berlin, Kursbuch Verlag:S.21-42
- Ross M.W. (1978): *The Relationship of Perceived Societal Hostility, Conformity, and Psychological Adjustment in Homosexual Males*. J Homosex,4(2):157-168
- Ross M.W. (1986): *Psychovenerology: Personality and Lifestyle Factors in Sexually Transmitted Diseases in Homosexual Men*. New York [u.a.], Praeger
- Schaefer Ann (1998): *Zum Einfluß ambulanter Gruppentherapie auf das psychische und körperliche Wohlbefinden von HIV-positiven homo- und bisexuellen im Krankheitsstadium WR 1-3*. Doktorarbeit. Universität Gesamthochschule Essen
- Schaefer Ann, Noack Robert, Breukel Marita, Siedenbiedel Wolfgang, Paar Gerhard, Kriebel Reinholde, Stäcker Karl-Heinz (1993): *Auswirkungen von Gruppentherapie auf die Bewältigungskompetenz homo- und bisexueller Männer*. In Lange, C. (Hrsg.): Aids - eine Forschungsbilanz. Berlin, Edition Sigma:S.343-360

- Schanzenbach B. (1999): *Welche Anforderungen werden heute an die organisierte Selbsthilfe gestellt?* In Jäger, H. (Hrsg.): *Mit AIDS leben. Prävention, Therapie, Behandlungsalternativen, psychosoziale Aspekte* 1999. Landsberg am Lech, Ecomed:S.391-393
- Scherer Patricia (1996): *Diagnose HIV+: Trauma oder Chance? Das Human Immunodeficiency Virus und das Acquired Immune Deficiency Syndrome als „Voodoo-Formeln“ der Moderne.* Doktorarbeit. Ludwig-Maximilians-Universität München
- Schrager L.K. (1993): *Long-Term-Survivors in the Multicenter AIDS cohort-study (session 85).* First National Conference on Human Retroviruses and Related Infections, American Society for Microbiology, Washington D.C.
- Schuitemaker H., Koot M., Kootstra N. A., Dercksen M. W., de Goede R. E., van Steenwijk R. P., Lange J. M., Schattenkerk J. K., Miedema F., Tersmette M. (1992): *Biological phenotype of human immunodeficiency virus type 1 clones at different stages of infection: progression of disease is associated with a shift from monocytotropic to T-cell-tropic virus population.* J Virol,66(3):1354-1360
- Segerstrom S. C., Taylor S. E., Kemeny M. E., Reed G. M., Visscher B. R. (1996): *Causal attributions predict rate of immune decline in HIV-seropositive gay men.* Health Psychol,15(6):485-493
- Seyfarth Napoleon (2000): *Schweine müssen nackt sein. Ein Leben mit dem Tod.* München, Deutscher Taschenbuch Verlag
- Sheppard H. W., Lang W., Ascher M. S., Vittinghoff E., Winkelstein W. (1993): *The characterization of non-progressors: long-term HIV-1 infection with stable CD4+ T-cell levels.* AIDS,7(9):1159-1166
- Sigusch Volker (1987): *Aids als Risiko. Ein Vorwort.* In Sigusch, V. (Hrsg.): *Aids als Risiko. Über den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit.* Hamburg, Konkret Literatur Verlag: 7-22
- Solano L., Costa M., Salvati S., Coda R., Aiuti F., Mezzaroma I., Bertini M. (1993): *Psychosocial factors and clinical evolution in HIV-1 infection: a longitudinal study.* J Psychosom Res,37(1):39-51
- Solomon GF, Temoshok L (1987): *A Psychoneuroimmunologic Perspective on AIDS Research: Questions, Preliminary Findings and Suggestions.* J Applied Soc Psychol,17(3):286-308
- Sommer Gert, Fydrich Thomas (1989): *Soziale Unterstützung: Diagnostik, Konzepte, F-SOZU.* Tübingen, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
- Sommer G., Fydrich T. (1991): *Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur sozialen Unterstützung.* DIAGNOSTICA,37(2):160-178
- Sontag Susan (1989): *Aids und seine Metaphern.* München, Carl Hanser Verlag
- Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.) (1997): *Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 4: Todesursachen in Deutschland 1996.* Stuttgart, Metzler-Poeschel
- Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.) (1999): *Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 4: Todesursachen in Deutschland 1997.* Stuttgart, Metzler-Poeschel

Stein M., Miller A.H., Trestman R.L. (1991): *Depression and the Immune System*. In Ader, R.; Felten, D. L.; Cohen, N. (Hrsg.): *Psychoneuroimmunology*, Second Edition. San Diego [u.a.], Academic Press:S.897-930

Strathdee S. A., Frank J. W., McLaughlin J., Leblanc M., Major C., O'Shaughnessy M. V., Read S. E. (1995): *Quantitative measures of human immunodeficiency virus-specific antibodies predict progression to AIDS*. *J Infect Dis*,172(5):1375-1379

Strathdee S.A., Hogg R.S., O'Shaughnessy M.V., Montaner J.S.G., Schechter M.T. (1996a): *A decade of research on the natural history of HIV infection: Part 2. Cofactors*. *Clin Invest Med*,19(2):121-130

Strathdee S.A., O'Shaughnessy M.V., Montaner J.S.G., Schechter M.T. (1996b): *A decade of research on the natural history of HIV infection: Part 1. Markers*. *Clin Invest Med*,19(2):111-120

Strauss Anselm, Corbin Juliet (1990): *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park, Sage

Strickler H. D., Blanchard J. F., Vlahov D., Taylor E., Munoz A., Nelson K. E., Margolick J. B. (1993): *Elevated serum levels of neopterin but not beta 2-microglobulin in HIV- 1-seronegative injecting drug users*. *AIDS*,7(3):361-367

Taylor D N (1995): *Effects of a behavioral stress-management program on anxiety, mood, self-esteem, and T-cell count in HIV positive men*. *Psychol Rep*,76(2):451-457

Theorell T., Blomkvist V., Jonsson H., Schulman S., Berntorp E., Stigendal L. (1995): *Social support and the development of immune function in human immunodeficiency virus infection*. *Psychosom Med*,57(1):32-36

Totman Richard (1979): *Social Causes of Illness*. New York, Pantheon Books

Totman R., Kiff J., Reed S. E., Craig J. W. (1980): *Predicting experimental colds in volunteers from different measures of recent life stress*. *J Psychosom Res*,24(3-4):155-163

Treiber + Partner (1995): *Gib AIDS keine Chance. Empirische Evaluation von AIDS- Informationsfilmen der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung im Medium TV und Kino; Abschluß-Bericht*. Köln, Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung

Veugelers P. J., Page K. A., Tindall B., Schechter M. T., Moss A. R., Winkelstein W. W., Jr., Cooper D. A., Craib K. J., Charlebois E., Coutinho R. A., et al. (1994a): *Determinants of HIV disease progression among homosexual men registered in the Tricontinental Seroconverter Study*. *Am J Epidemiol*,140(8):747-758

Veugelers P.J., Schechter M.T., Tindall B., Moss A.R., Page K.A., Craib K.J.P., Cooper D.A., Coutinho R.A., Charlebois E., Winkelstein Jr. W., van Griensven G.J.P. (1993): *Differences in time from HIV seroconversion to CD4+ lymphocyte end-points and AIDS in cohorts of homosexual men*. *AIDS*,7(10):1325-1329

- Veugelers P. J., Strathdee S. A., Tindall B., Page K. A., Moss A. R., Schechter M. T., Montaner J. S., van Griensven G. J. (1994b): *Increasing age is associated with faster progression to neoplasms but not opportunistic infections in HIV-infected homosexual men.* AIDS,8(10):1471-1475
- Vlahov D., Graham N., Hoover D., Flynn C., Bartlett J. G., Margolick J. B., Lyles C. M., Nelson K. E., Smith D., Holmberg S., Farzadegan H. (1998): *Prognostic indicators for AIDS and infectious disease death in HIV- infected injection drug users: plasma viral load and CD4+ cell count.* JAMA,279(1):35-40
- Vlahov D., Munoz A., Solomon L., Astemborski J., Lindsay A., Anderson J., Galai N., Nelson K. E. (1994): *Comparison of clinical manifestations of HIV infection between male and female injecting drug users.* AIDS,8(6):819-823
- Wainberg M. A., Salomon H., Gu Z., Montaner J. S., Cooley T. P., McCaffrey R., Ruedy J., Hirst H. M., Cammack N., Cameron J., et al. (1995): *Development of HIV-1 resistance to (-)-2'-deoxy-3'-thiacytidine in patients with AIDS or advanced AIDS-related complex.* AIDS,9(4):351-357
- Wallston K.A., Wallston B.S., DeVellis R. (1978): *Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MLHC) Scales.* Health Educ Monogr,6:160-179
- Walsh M.B., Calabrese L.H. (1992): *Rapid progression of HIV-1 infection to AIDS.* Cleve Clin J Med,59:637-639
- Wegenstein Bernadette (1998): *Die Darstellung von AIDS in den Medien: semio-linguistische Analyse und Interpretation.* Wien, WUV-Universitätsverlag
- Weiss R. A. (1993): *How does HIV cause AIDS?* Science,260(5112):1273-1279
- Westhoff Gisela (1993): *Handbuch psychosozialer Meßinstrumente.* Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Hogrefe Verlag für Psychologie
- Wiesenthal David L. (1981): *Sweating at Night: Some Ethical Paradoxes Confronting Social Psychological Research.* Social Sciences & Medicine,15(F):33-37
- Wiseman Michael (1996): *SPSS für Windows.* München, Leibniz-Rechenzentrum der Bayerischen Akademie der Wissenschaften, S.53
- Wu A. W., Rubin H. R., Mathews W. C., Ware J. E. Jr., Brysk L. T., Hardy W. T., Bozzette S. A., Spector S. A., Richman D. D. (1991): *A health status questionnaire using 30 items from the Medical Outcomes Study. Preliminary validation in persons with early HIV infection.* Med Care,29(8):786-798
- Zander Karl J., Palitzsch Manuel, Kirchberger Inge, Poppinger Jürgen, Jägel-Guedes Eva, Jäger Hans, von Steinbüchel Nicole, Bullinger Monika (1994): *HIV-Infektion und gesundheitsbezogene Lebensqualität: Psychometrische Prüfung der deutschsprachigen Version des „MOS-HIV“-Fragebogens zur Therapieerfolgskontrolle.* AIFO,9(5):241-249

Zink C. (1994): *Möglichst lang, möglichst gut, möglichst schön!* In Jäger, H. (Hrsg.): HIV-Medizin: Möglichkeiten der individualisierten Therapie; Wissenschaftliche Ergebnisse in der Mitte der 90er Jahre. Landsberg a. Lech, Ecomed: 78-79

II. Teilnehmerinformation

Im folgenden ist der Originaltext der Teilnehmerinformation, welcher allen Untersuchungspersonen ausgehändigt wurde, dargestellt.

LEBEN VOR UND MIT DER HIV-INFEKTION
INDIVIDUELLE UND GESELLSCHAFTLICHE ASPEKTE

Teilnehmerinformation

Diese Studie wird vom Institut für Medizinische Psychologie der Universität München durchgeführt. Hiermit wollen wir unsere Studie kurz vorstellen und Ihnen wichtige Informationen geben.

Mit Ihrer Hilfe wollen wir versuchen, ein wenig *hinter* die rein biomedizinischen Zusammenhänge der HIV-Infektion zu blicken. Dabei soll es nicht nur um allgemeine Konzepte gehen, sondern vor allem auch um ganz *persönliche Lebenserfahrungen*, die nur Sie selbst gemacht haben.

Wie fühlt sich jemand, der mit der Infektion lebt? Was verändert sich? Was bleibt gleich? Welches sind die Ängste, welches die Hoffnungen, die entstehen? Welche Stärken und Schwächen kann man entwickeln? Auf was freut man sich, und was ist einem unangenehm? Wie gestaltet sich der Alltag mit Partnern, mit Freunden, mit der Familie und mit Außenstehenden? Auf diese Fragen gibt es viele verschiedene und wichtige Antworten, die nur von Ihnen gegeben werden können.

Unser Ziel ist es, *mit Ihnen zusammen* herauszufinden, was für Bedeutungen es hat, HIV-infiziert zu sein, für Sie selbst und für Sie als Mitglied in der Gesellschaft.

Zu diesem Zweck haben wir einen *Fragebogen* vorbereitet. Darüber hinaus möchte sich Joram Ronel, der die Studie durchführen wird, noch mit Ihnen persönlich in einem *Gespräch* über diese Fragen unterhalten.

Wir bitten Sie, sich zu überlegen, ob Sie Interesse, Kraft und Zeit haben, bei unserem Projekt mitzumachen. Sie würden *zweimal für etwa zwei Stunden* eingeladen werden und würden uns - und vielleicht auch Ihnen selber ein wenig - helfen.

In der nächsten Zeit wird Sie Joram Ronel anrufen, um mögliche Fragen oder Bedenken zu besprechen. Selbstverständlich können Sie sich auch jederzeit an ihn (unter der oben genannten Kontaktadresse) wenden.

Die Teilnahme an dieser Studie erfolgt *freiwillig*. Die Daten werden *anonymisiert* ausgewertet.

Wie auch immer Ihre Entscheidung ausfällt, bedanken wir uns an dieser Stelle schon einmal recht herzlich.

Joram Ronel und Prof. Ulla Mitzdorf
Institut für Medizinische Psychologie
Universität München

III. Originalfragebogen FIGAH

FRAGEBOGEN ZU
INDIVIDUELLEN UND GESELLSCHAFTLICHEN ASPEKTEN
DER HIV-INFEKTION

CODENAME: _____
DATUM: _____

1.1. Wie alt sind Sie?
____ Jahre

1.2. Welchen Familienstand haben Sie?

- ledig
- verheiratet
- geschieden
- getrennt
- verwitwet

1.3. Wie leben Sie? (**bitte alle drei Fragenblöcke beantworten**)

- in einer Stadt
- in einem Dorf

- in einer Eigentumswohnung/eigenem Haus
- in einer Mietwohnung/gemietetem Haus

- allein
- unter anderen besonderen Umständen (z.B. Partner, WG, ...): _____

1.4. Seit wann leben Sie so, wie bei Frage 1.3. angegeben?

- seit weniger als 1 Jahr
- seit über 1 Jahr aber unter 5 Jahren
- seit über 5 Jahren

- 1.5. Was hat dazu geführt, daß Sie so leben, wie Sie jetzt leben?
- eher eine freiwillige Entscheidung
 - eher eine Entscheidung aus einem Konflikt heraus
 - weiß nicht
- 1.6. Sind Sie insgesamt mit Ihrer jetzigen Wohnsituation zufrieden?
- ja
 - nein
- 1.7. Wo sind Sie aufgewachsen? (**bitte beantworten Sie alle drei Fragenblöcke**)
- in einer Stadt
 - in einem Dorf

 - in einer Eigentumswohnung/eigenem Haus
 - in einer Mietwohnung/gemietetem Haus

 - bei den Eltern
 - sonstiges: _____
- 1.8. Haben Sie sich dort insgesamt wohlgeföhlt?
- eher ja (**Weiter mit Frage 1.10.**)
 - eher nein
- 1.9. Warum nicht?
- Konflikte mit den Eltern
 - sonstiges: _____
- 1.10. Welches ist Ihr höchster Schulabschluß?
- Haupt-/Volksschule
 - Mittlere Reife/Realschulabschluß
 - Fachabitur
 - Abitur
 - sonstiges: _____
- 1.11. Welches ist Ihr höchster beruflicher Abschluß?
- Berufsfachschule/Lehre
 - Fach-/Techniker-/Meisterschule
 - Ingenieurschule/Polytechnikum
 - Universität/Hochschule
 - kein Abschluß
 - sonstiges: _____

1.12. Sind Sie mit Ihrer Ausbildung insgesamt zufrieden?

- ja
- nein, ich hätte lieber eine andere Ausbildung gehabt

1.13. Sind Sie derzeit berufstätig?

- ja, Vollzeit (ganztags)
- ja, Teilzeit (halbtags)
- in Ausbildung und zwar: _____
- nein, berentet weil: _____
- arbeitslos
- sonstiges: _____

1.14. Wenn Sie berentet, krankgeschrieben oder arbeitslos sind, seit wann?
_____ (Datum)

1.15. Was für einen Beruf haben/hatten Sie?

Beruf:

- als Angestellter
- als Selbständiger
- sonstiges: _____

1.16. Üben/übten Sie Ihren Beruf im allgemeinen gerne aus?

- eher ja
- eher nein

1.17. Sind/waren Sie mit Ihrem Verdienst zufrieden?

- eher ja
- eher nein (zu wenig)

1.18. Falls Sie arbeiten, würden Sie heute lieber etwas anderes arbeiten? Falls Sie nicht erwerbstätig sind, würden Sie heute lieber berufstätig sein?

- ja und zwar: _____
- nein

...

- 2.1. Wie würden Sie Ihre sexuelle Orientierung am ehesten beschreiben?
- schwul/homosexuell
 - bisexuell
 - „normal“ mit homosexuellen Erfahrungen
 - sonstiges: _____

Im weiteren Verlauf dieses Fragebogens werden der Einfachheit halber die Begriffe „schwul“ und „homosexuell“ für Ihre sexuelle Orientierung verwendet, auch wenn diese nicht unbedingt Ihrem Selbstverständnis entsprechen. Bitte haben Sie Verständnis für diese Vereinfachung.

- 2.2. Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal für sich Ihre Homosexualität vermuteten?
- jünger als 10
 - älter als 10
 - älter als 15
 - älter als 20
 - älter als 30
- 2.3. Konnten Sie Ihre Vermutungen über Ihre homosexuelle Orientierung am Anfang akzeptieren?
- eher ja
 - eher nein
- 2.4. Konnten Sie in dieser Zeit mit jemandem darüber sprechen?
- ja
 - nein
 - ich wollte mit niemanden darüber sprechen
- 2.5. Wie alt waren Sie, als Ihnen Ihre Homosexualität wirklich bewußt wurde?
- jünger als 10
 - älter als 10
 - älter als 15
 - älter als 20
 - älter als 30
- 2.6. Wie stufen Sie seinerzeit dieses Wissen für sich ein?
- angenehm/befreiend
 - unangenehm/bedrückend
 - gleichgültig
 - sonstiges: _____

2.7. Wie verhalten Sie sich in der Regel bei Menschen, die Sie neu kennenlernen?

- meistens offenbare ich meine Homosexualität
- meistens verheimliche ich meine Homosexualität
- kommt ganz auf die Person an, die ich kennenlerne
- sonstiges: _____

2.8. Wer, glauben Sie, weiß von Ihrer homosexuellen Orientierung?

- viele meiner Bekannten
- wenige meiner Bekannten

2.9. Wissen folgende Personen von Ihrer homosexuellen Orientierung?

	ja/jeder	Vielleicht/ einige	nein/ keiner	trifft nicht zu
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitskollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitgeber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige, für Sie wichtige Person/en, die von Ihrer Homosexualität weiß/wissen (z.B. Großeltern, ...):

2.10. Bitte geben Sie an, wie folgende Personen über Ihre Homosexualität erfahren haben, und beurteilen Sie anhand der Tabelle deren Reaktionen.

Beispiel:

*Sie haben Ihrer Mutter erzählt, daß Sie schwul sind. Ihre Mutter reagierte so, daß es Ihnen unangenehm war. Diese Reaktion haben Sie erwartet.
Sie machen ein Kreuz bei „durch mich“, bei „unangenehm“ und bei „erwartet“.*

Fortsetzung Frage 2.10

folgende Personen
haben über meine
Homosexualität
erfahren:

die Reaktionen waren:

(bei mehreren Geschwistern, Freunden, etc. sind
Mehrfachantworten möglich; kreuzen Sie dort alles
an, was jeweils vorkam)

		an- genehm	unan- genehm	wie er- wartet	uner- wartet
Mutter					
<input type="checkbox"/>	durch mich ==>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	durch andere ==>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	trifft nicht zu				
Vater					
<input type="checkbox"/>	durch mich ==>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	durch andere ==>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	trifft nicht zu				
Geschwister					
<input type="checkbox"/>	durch mich ==>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	durch andere ==>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	trifft nicht zu				
sonstige wichtige Person/en (z.B. Partnerin, Großeltern, Freunde, Kollegen, ...):					
1.	_____				
<input type="checkbox"/>	durch mich ==>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	durch andere ==>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	_____				
<input type="checkbox"/>	durch mich ==>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	durch andere ==>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.11. Aus was für Gründen erzählen Sie jemandem von Ihrer Homosexualität?

(Mehrfachantworten möglich)

- aus dem Gefühl heraus, verpflichtet zu sein
- um einer Bloßstellung zuvorzukommen
- um zu provozieren
- aus Vertrauen zu jemandem
- wegen meiner HIV-Infektion
- sonstiges: _____

2.12. Wurden Sie bereits wegen Ihrer Homosexualität bloßgestellt, ohne daß Sie selbst davon erzählen wollten?

- ja, durch mir nahestehende Personen
- ja, durch Personen die ich nicht gut kenne
- ja, durch Vertrauenspersonen (z.B. Arzt, Therapeut, ...)
- nein, noch nie

2.13. Welches sind übliche Reaktionen bei denjenigen, die von Ihrer Homosexualität erfahren haben? (**Mehrfachantworten möglich**)

- Sympathie/Toleranz
- Gleichgültigkeit
- Abscheu/Angst
- vorurteilsbeladene Äußerungen
- sonstige Reaktionen: _____

2.14. Sind Ihnen diese Reaktionen wichtig?

- ja, sehr
- ja, ziemlich
- nein, kaum
- nein, nicht

2.15. Wie reagieren Sie auf negative Äußerungen/Bloßstellungen bezüglich Ihrer Homosexualität? (**Mehrfachantworten möglich**)

- mit Auseinandersetzungen/Diskussionen
- mit Gleichgültigkeit
- mit Abstreiten/Rückzug
- mit Angst
- mit provokantem Verhalten (z.B. sich mit Partner zeigen)
- mit sonstigen Reaktionen: _____

2.16. Was würden Sie Homosexuellen raten? Ist es besser die sexuelle Orientierung für sich zu behalten oder nicht?

- man sollte es meistens für sich behalten
- man sollte es Personen, die man besser kennt, erzählen
- man sollte es vielen Personen erzählen
- sonstiges: _____

2.17. Beschreiben Sie bitte wie sich Ihr jetziger Freundeskreis zusammensetzt.
(Mehrfachantworten möglich)

Ich habe in meinem Bekanntenkreis ...

- mehrere gute Freunde
- kaum gute Freunde

- mehrere schwule Männer
- kaum schwule Männer

- mehrere hetero-Männer
- kaum hetero-Männer

- mehrere Frauen
- kaum Frauen

- mehrere HIV-Infizierte
- kaum HIV-Infizierte

- sonstige Personen: _____

2.18. Sind Ihnen Ihre Freunde wichtiger als Ihre Familie?

- ja
- nein

2.19. Hat sich Ihr Freundeskreis geändert, seitdem Sie selbst von Ihrer Infektion wissen?

- ja
- nein

2.20. Haben Sie Kontakt zur Szene/Subkultur?

- eher häufig
- eher selten
- nein **(Weiter mit Frage 2.29.)**

2.21. Welche „Orte“ der Subkultur/Szene nutzen Sie? (**Mehrfachantworten möglich**)

- Darkroom
- Disco
- Gesprächsgruppe
- öffentliche Toilette/Klappe
- Park
- Café/Kneipe
- Pornokino
- Sauna
- schwuler Buchladen
- sonstiges: _____

2.22. Fühlen Sie sich im allgemeinen in der Szene wohl?

- eher ja
- eher nein

2.23. Müssen Sie sich in Ihrer Art und Persönlichkeit manchmal verstellen, um in der Szene/Subkultur akzeptiert zu werden?

- ja
- nein

2.24. Welche Bedeutung hat für Sie die Szene/Subkultur? (**Mehrfachantworten möglich**)

- Möglichkeit, viele Leute kennenzulernen
- geschützter „Lebensraum“ ohne Vorurteile und Diskriminierungen
- Aktionsforum
- Möglichkeit der Freizeitgestaltung
- sonstige Bedeutung: _____

2.25. Seit welcher Zeit bewegen Sie sich in der Schwulenszene?

- seitdem ich weiß, daß ich schwul bin
- seitdem ich mein Coming-out hatte
- sonstiges: _____

2.26. Wie wirken sich Ihre Aktivitäten in der Szene/Subkultur auf Ihr Selbstbewußtsein aus?

- bestärkend
- gar nicht
- schwächend

2.27. Hat sich Ihr soziales Umfeld geändert, seitdem Sie in der Szene aktiv sind?

- ja
- nein

2.28. Würden Sie schwulen Männern raten, sich in der Szene zu „bewegen“?

- ja
- nein

2.29. Bitte bewerten Sie folgende Aussagen. Kreuzen Sie an, ob die einzelnen Aussagen für Sie zutreffen.

- | | trifft zu | weiß nicht | trifft nicht zu |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Wenn ich heterosexuell wäre, würde mein Leben ganz anders aussehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Manchmal habe ich das Gefühl, daß es unrichtig ist, wenn ich mich zu Männern hingezogen fühle. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Meine sexuelle Orientierung ist meine private Angelegenheit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Manchmal wäre es mir sehr unangenehm, wenn Leute erfahren würden, daß ich schwul bin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ich habe zwar Sex mit Männern, aber deshalb bin ich nicht vergleichbar mit den meisten Schwulen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Manchmal habe ich Nachteile weil ich schwul bin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ich rege mich in der Regel auf, wenn ich höre, was für Vorurteile über Schwule existieren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Schwul zu sein bedeutet, fortschrittlicher und liberaler zu sein als Heterosexuelle. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ich verstehe gut, daß viele Leute Angst vor schwulen Männern haben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Meine Homosexualität ist nicht das wichtigste in meinem Leben.
- Meiner Meinung nach ist Homosexualität genetisch bedingt.
- Es ist auch von der Erziehung abhängig, ob jemand schwul wird oder nicht.
- Auf ihre Weise finde ich die Schwulenszene ziemlich bieder.
- Schwule müßten sich politisch und gesellschaftlich viel mehr engagieren.
- Mit Männern, die sehr offen mit ihrer Homosexualität umgehen können, komme ich am besten aus.
- Man hat viele Vorteile, wenn man schwul ist.
- Schwul zu sein bedeutet nichts anderes als Sex mit Männern zu haben.
- Ich verstehe mich gut mit Leuten, die nicht von meiner Homosexualität wissen.
- Ich kann Sexualität nur genießen, wenn ich sehr verliebt bin.
- Ich verliebe mich im nachhinein oft in meine Sexualpartner.
- Ich befreunde mich häufig mit meinen ehemaligen Sexualpartnern.
- Grundsätzlich kann ich es verstehen, wenn man neben einem festen Freund noch andere Sexualkontakte haben möchte.
- Partnerschaften sind für mich nicht so wichtig.

- Mein Ideal ist eine langfristige, „eheähnliche“
Beziehung mit einem Partner.

Falls Sie Ihre Homosexualität im heterosexuellen Umfeld nicht offen leben, weiter mit Frage 2.30.

- Ich finde es immer wieder belustigend, wie unbeholfen manche Leute damit umgehen, daß ich schwul bin.
- Meine Familie kann meine Homosexualität vollkommen akzeptieren und verstehen.
- Meine Eltern freuen sich/würden sich freuen, wenn ich meinen Partner zu ihnen mitbringe/mitbringen würde.
- Seitdem ich mein Coming-out hatte, hat sich mein Bekanntenkreis erheblich verändert.
- Eigentlich hat sich bei mir durch meine offen gelebte Homosexualität nicht besonders viel verändert.
- Es hat durchaus auch seine Vorteile, einer diskriminierten Minderheit anzugehören.

2.30. Leben Ihre Eltern noch?

	ja	nein
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.31. Was sind/waren die Berufe Ihrer Eltern?

Mutter: _____

als Angestellte

als Selbstständige

sonstiges: _____

Vater: _____

als Angestellter

als Selbstständiger

sonstiges: _____

2.32. Wie würden Sie Ihre jetzige Beziehung zu Ihren Eltern beschreiben?

	herz- lich	sach- lich	feind- lich	sonstiges:
zur Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
zum Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

2.33. Gab es merkbare Veränderungen in diesen Beziehungen?

zur Mutter	<input type="checkbox"/>	ja, wegen meiner Homosexualität
	<input type="checkbox"/>	ja, wegen meiner HIV-Infektion
	<input type="checkbox"/>	ja, sonstiges: _____
	<input type="checkbox"/>	nein
zum Vater	<input type="checkbox"/>	ja, wegen meiner Homosexualität
	<input type="checkbox"/>	ja, wegen meiner HIV-Infektion
	<input type="checkbox"/>	ja, sonstiges: _____
	<input type="checkbox"/>	nein

2.34. Haben Sie Geschwister?

- ja, und zwar ____ Schwestern und ____ Brüder
- nein (**Weiter mit Frage 2.36.**)

2.35. Wie würden Sie Ihr jetziges Verhältnis zu Ihren Geschwistern charakterisieren?
(Wenn Sie mehrere Geschwister haben, kreuzen Sie alles an, was jeweils zutrifft.)

- herzlich
- sachlich
- feindlich
- sonstiges: _____

2.36. Haben/hatten Sie partnerschaftliche Beziehungen zu Frauen?

- ja, zur Zeit
- ja, früher
- nein, nie (**Weiter mit Frage 2.39.**)

2.37. Wieviele längerfristige Partnerschaften zu Frauen haben Sie bisher gehabt?

- eine
- zwei bis fünf
- mehr als fünf

2.38. Wie schätzen Sie diese längerfristige/n Beziehung/en ein? (*Wenn Sie mehrere längerfristige Partnerschaften mit Frauen hatten, kreuzen Sie bitte alles an was zutrifft.*)

- eher als Liebesbeziehung/en
- eher als freundschaftliches Verhältnis/se
- eher als erotische/sexuelle Beziehung/en
- eher als Zweckverbindung/en
- sonstiges: _____

2.39. Haben Sie Kinder?

- ja und zwar _____ Töchter und _____ Söhne
- nein (**Weiter mit Frage 2.41.**)

2.40. Wie würden Sie Ihr Verhältnis zu Ihrem Kind/Ihren Kindern charakterisieren? (*Wenn Sie mehrere Kinder haben, kreuzen Sie alles an, was jeweils zutrifft.*)

- herzlich
- sachlich
- feindlich
- sonstiges: _____

2.41. Haben/hatten Sie längerfristige partnerschaftliche Beziehungen zu Männern?

- ja, zur Zeit
- ja, früher
- nein, nie (**Weiter mit Frage 2.44.**)

2.42. Wieviele längerfristige Beziehungen zu Männern haben Sie bisher gehabt?

- eine
- zwei bis fünf
- mehr als fünf

2.43. Wie schätzen Sie diese längerfristige/n Beziehung/en ein? (*Wenn Sie mehrere längerfristige Partnerschaften mit Männern hatten, kreuzen Sie bitte alles an, was zutrifft.*)

- eher als Liebesbeziehung/en
- eher als freundschaftliches Verhältnis/se
- eher als erotische/sexuelle Beziehung/en
- eher als Zweckverbindung/en
- sonstiges: _____

2.44. Wie lange dauerte Ihre längste Partnerschaft?

- weniger als 1 Jahr
- mehr als 1 Jahr
- mehr als 5 Jahre
- mehr als 10 Jahre

2.45. Was ist Ihnen bei Ihren Liebhabern/Partnern wichtig? (**Mehrfachantworten möglich**)

- Alter
- Charakter
- Bildung
- Treue
- Einstellung zur Homosexualität
- Verliebtheit
- Aussehen
- Vertrautheit
- sonstiges: _____

2.46. Wie würden Sie Ihr übliches Verhalten in einer Partnerschaft beschreiben? (**Mehrfachantworten möglich**)

- treu
- Auseinandersetzungen suchend
- verärgert über Seitensprünge des Partners
- abhängig
- sonstiges: _____

2.47. Haben Sie bei Ihrer/Ihren Partnerschaft/en das Gefühl, daß Sie beeinflussen können, wie Sie Ihre Partnerschaft/en gestalten? (*Wenn Sie mehr als einen Partner hatten, kreuzen Sie bitte alles an, was zutrifft.*)

- eher ja
- eher nein

2.48. Haben Sie häufig wechselnde Sexualpartner?

- ja
- nein

2.49. Wo lernen Sie Ihre Partner in der Regel kennen?

- eher im „normalen“, heterosexuellen Umfeld
- eher in „Orten“ und Einrichtungen der Szene/Subkultur
- im schwulen und nicht-schwulen Umfeld gleichermaßen

2.50. Wie lernen Sie Ihre Partner in der Regel kennen?

- eher aktiv (selbst jemanden ansprechen/anfassen, ...)
- eher passiv (angesprochen werden, ...)

- eher langsam (nicht gleich beim ersten Mal)
- eher schnell

- sonstiges: _____

2.51. Haben Sie schon einmal eine Kontaktanzeigen aufgegeben bzw. auf eine geantwortet?

- ja, eine Kontaktanzeige aufgegeben
- ja, auf eine Kontaktanzeige geantwortet
- nein, weder noch

2.52. Haben Sie schon einmal für Sex Geld bekommen bzw. Geld bezahlt?

- ja, Geld bekommen
- ja, Geld bezahlt
- nein, weder noch

2.53. Was ist Ihnen beim Sex wichtig? (**Mehrfachantworten möglich**)

- Zärtlichkeit
- Unkompliziertheit
- Enthemmtheit
- Vertrautheit
- S/M
- Anonymität
- Erotik
- alles auszuprobieren
- sonstiges: _____

2.54. Würden Sie Ihr Geschlechtsleben als überwiegend befriedigend einstufen?

- ja
- nein

2.55. Was würden Sie an Ihrem Geschlechtsleben ändern wollen?

2.56. Hatten Sie, seitdem Sie wissen, daß Sie mit dem HI-Virus infiziert sind, „ungeschützten“ Sex?

- oft
- manchmal
- selten
- nie (**Weiter mit Frage 2.58.**)

2.57. Haben Sie deswegen manchmal ein schlechtes Gewissen?

- ja
- nein

2.58. Haben Sie sich an die Regeln für Safer Sex gehalten, bevor Sie selbst HIV-infiziert waren?

- immer
- meistens
- selten
- nie

2.59. Kann Safer Sex den Spaß am Sex vermindern?

- eher ja
- eher nein

2.60. Wie wurde Ihr Sexualleben, als Sie noch nicht HIV-infiziert waren, durch die Infektionsgefahr beeinflusst? (**Mehrfachantworten sind möglich.**)
Sex war für mich dadurch ...

- angenehmer
- unangenehmer
- häufiger
- seltener
- interessanter
- langweiliger
- riskanter
- sicherer
- überlegter
- spontaner
- nicht beeinflusst
- sonstiges: _____

2.61. Wie wurde Ihr Sexualleben, seitdem Sie selbst HIV-infiziert sind, dadurch beeinflusst? (**Mehrfachantworten sind möglich**)

Sex wurde für mich ...

- angenehmer
- unangenehmer
- häufiger
- seltener
- interessanter
- langweiliger
- riskanter
- sicherer
- überlegter
- spontaner
- nicht beeinflusst
- sonstiges: _____

...

3.1. Seit wann sind Sie „HIV-AK-positiv“ getestet?
seit 19 _____

3.2. Haben Sie eine Vermutung über den Zeitpunkt der Infizierung?

- ja, wahrscheinlich 19 _____
- nein

3.3. Konnten Sie gefühlsmäßig Ihr Testergebnis voraussagen?

- ja
- nein

3.4. Was war der Anlaß dafür, daß Sie den HIV-AK-Test gemacht haben?

(**Mehrfachantworten sind möglich**)

- meine eigene Entscheidung
- Routineuntersuchung/Zufallsbefund (z.B. bei einer Untersuchung im Krankenhaus, Blutspende, ...)
- Anraten durch einen Arzt
- Anraten durch eine Person, von der ich mich angesteckt haben könnte
- der Wunsch meines Partners
- sonstiger Anlaß: _____

3.5. Halten Sie es im nachhinein für richtig, daß Sie den HIV-AK-Test gemacht haben?

- eher ja
- eher nein

3.6. Was für Gefühle haben Sie gegenüber derjenigen Person, von der Sie glauben, angesteckt worden zu sein?

- eher positive Gefühle
- eher negative Gefühle

3.7. Bei wem haben Sie sich HIV-AK testen lassen?

- bei meinem Hausarzt
- bei einer Gesundheitsbehörde
- bei einer Untersuchung im Krankenhaus
- bei einer sonstigen Stelle: _____

3.8. Wie wurde Ihnen Ihr Testergebnis, mitgeteilt?

- den Umständen entsprechend angenehm/angemessen
- unangenehm/unangemessen

3.9. Wie haben Sie sich unmittelbar nach der Mitteilung des Testergebnisses gefühlt? (**Mehrfachantworten möglich**)

- benommen
- verzweifelt/traurig
- gleichgültig
- eher optimistisch
- sonstiges: _____

3.10. erinnern Sie sich an das erste, was Sie unmittelbar nachdem Sie Ihr Testergebnis erfuhren, taten oder dachten?

- nein
- ja und zwar:

3.11. Wie lange würden Sie den Zeitraum bemessen, den Sie benötigen, um sich über Ihre Lage klar zu werden?

- mir war meine Situation sofort klar
- einige Tage
- einige Wochen
- Monate bis Jahre
- mir ist sie bis heute nicht klar

3.12. Was haben Sie unternommen, nachdem sich die erste Aufregung über den positiven HIV-Befund gelegt hatte? (**Mehrfachantworten sind möglich**)

- ich habe mich über das Virus und über die Krankheit Aids informiert
- ich habe versucht, gesund zu leben
- ich habe versucht, Risiken und Streß zu vermeiden
- ich habe eine Selbsthilfegruppe aufgesucht/an einem Beratungs-/Therapieangebot teilgenommen
- ich bin so positiv wie möglich mit der Belastung umgegangen
- ich habe mich viel mit dem Thema Tod beschäftigt
- ich habe mich in mich selbst zurückgezogen
- ich habe daran gedacht, meinem Leben ein Ende zu setzen
- ich habe mich an andere Menschen angelehnt und Unterstützung bei ihnen gesucht
- ich habe mich religiösen/spirituellen Dingen zugewandt
- ich bin oft zum Arzt gegangen
- ich habe Hoffnung in esoterische/alternative/nicht-schulmedizinische Methoden gesetzt
- sonstiges: _____

3.13. Wie verhalten Sie sich in der Regel bei Menschen, die Sie neu kennenlernen?

- meistens offenbare ich meine HIV-Infektion
- meistens verheimliche ich meine HIV-Infektion
- kommt ganz auf die Person an, die ich kennenlerne
- sonstiges: _____

3.14. Wer, glauben Sie, weiß von Ihrer HIV-Infektion?

- viele meiner Bekannten
- nur wenige meiner Bekannten

3.15. Wissen folgende Personen von Ihrer HIV-Infektion?

	ja/jeder	vielleicht/ einige	nein/ keiner	trifft nicht zu
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partner/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitskollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitgeber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige, für Sie wichtige Person/en, die von Ihrer HIV-Infektion weiß/wissen (z.B. Großeltern ...):

3.16. Bitte geben Sie an, wie folgende Personen über Ihre HIV-Infektion erfahren haben, und beurteilen Sie anhand der Tabelle deren Reaktionen.

Beispiel:

Ihr Bruder hat Ihrer Mutter erzählt, daß Sie HIV-positiv sind. Ihre Mutter reagierte Ihnen gegenüber so, daß es Ihnen unangenehm war. Diese Reaktion haben Sie erwartet. Sie machen ein Kreuz bei „durch andere“, bei „unangenehm“ und bei „erwartet“.

folgende Personen haben über meine HIV-Infektion erfahren:

die Reaktionen waren:

(bei mehreren Geschwistern, Freunden, etc. sind Mehrfachantworten möglich; kreuzen Sie dort alles an, was jeweils vorkam)

	an- genehm	unan- genehm	wie er- wartet	uner- wartet
Mutter				
<input type="checkbox"/> durch mich ==>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> durch andere ==>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> trifft nicht zu				
Vater				
<input type="checkbox"/> durch mich ==>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> durch andere ==>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> trifft nicht zu				
Geschwister				
<input type="checkbox"/> durch mich ==>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> durch andere ==>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> trifft nicht zu				
sonstige wichtige Person/en <i>(z.B. Partnerin, Großeltern, Freunde, Kollegen ,...)</i>				
1. _____				
<input type="checkbox"/> durch mich ==>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> durch andere ==>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____				
<input type="checkbox"/> durch mich ==>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> durch andere ==>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.17. Aus was für Gründen erzählen Sie von Ihrem HIV-Befund? (**Mehrfachantworten möglich**)

- aus dem Gefühl heraus, verpflichtet zu sein
- um einer Bloßstellung zuvorzukommen
- um zu provozieren
- aus Vertrauen zu jemanden
- wegen meiner Erkrankung, die zu offensichtlich ist
- sonstiges: _____

3.18. Wurden Sie bereits wegen Ihrer HIV-Infektion bloßgestellt, ohne daß Sie selbst davon erzählen wollten?

- ja, durch mir nahestehende Personen
- ja, durch Personen die ich nicht gut kenne
- ja, durch Vertrauenspersonen (z.B. Arzt, Therapeut, ...)
- nein, noch nie

3.19. Welches sind übliche Reaktionen bei denjenigen, die von Ihrer HIV-Infektion erfahren haben? (**Mehrfachantworten möglich**)

- Sympathie/Toleranz
- Gleichgültigkeit
- Abscheu/Angst
- vorurteilsbeladene Äußerungen
- sonstige Reaktionen: _____

3.20. Sind Ihnen diese Reaktionen wichtig?

- ja, sehr
- ja, ziemlich
- nein, kaum
- nein, nicht

3.21. Wie reagieren Sie auf negative Äußerungen/Bloßstellungen bezüglich Ihrer HIV-Infektion? (**Mehrfachantworten möglich**)

- mit Auseinandersetzungen/Diskussionen
- mit Gleichgültigkeit
- mit Abstreiten/Rückzug
- mit Angst
- mit provokantem Verhalten
- mit sonstigen Reaktionen: _____

3.22. Was würden Sie jemandem in Ihrer Situation raten: Ist es besser, den HIV-Befund für sich zu behalten oder nicht?

- man sollte ihn meistens für sich behalten
- man sollte ihn Personen, die man besser kennt, erzählen
- man sollte ihn vielen Personen erzählen
- sonstiges: _____

3.23. Hat sich die Beziehung zu Ihrem Partner, seitdem Sie selbst wissen, daß Sie infiziert sind, verändert?

- ja, eher positiv
- ja, eher negativ
- nein
- Frage trifft nicht zu (kein Partner)

3.24. Hat sich die Beziehung zu Ihrer Familie, seitdem Sie wissen, daß Sie infiziert sind, verändert?

- ja, eher positiv
- ja, eher negativ
- nein

3.25. Haben sich in Ihrem Arbeitsleben Veränderungen ergeben, die mit Ihrer Infektion zusammenhängen (könnten)?

- ja, eher positiv
- ja, eher negativ
- nein

3.29. Bitte bewerten Sie folgende Aussagen. Kreuzen Sie an, ob die einzelnen Aussagen für Sie zutreffen.

- | | trifft zu | weiß nicht | trifft nicht zu |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Den HIV-AK-Test zu machen, hat mir sehr geholfen meine Situation einzuschätzen und somit zu verbessern. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Der Test hat für mich einiges verschlimmert. Seitdem ich weiß, daß ich HIV-positiv bin, geht es mir eher schlechter, obwohl ich körperlich gesund bin (bzw. ging es mir schlechter, auch als ich noch körperlich gesund war). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Die Zeit kurz vor und nach dem Test habe ich als quälend und krisenreich empfunden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Eine der schlimmsten Zeiten meines Lebens war die Zeit kurz vor dem Test. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Eine der schlimmsten Zeiten meines Lebens war die Zeit kurz nach dem Testergebnis. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Der schlimmste Augenblick war der Moment, als man mir das Testergebnis mitteilte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Das positive Testergebnis war für mich der schwerste Schlag in meinem Leben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Mein Leben ist eine Aneinanderreihung von Schicksalsschlägen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ich leide ähnlich stark unter den Vorurteilen, die die Leute haben, wie unter der tatsächlichen körperlichen Bedrohung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Daß manche Leute Vorurteile gegen HIV-Infizierte haben, ist für mich ziemlich unverständlich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- In einer Umgebung, in der es auch andere HIV-Infizierte gibt, fühle ich mich meistens wohler.
- Das HI-Virus ist ein Virus wie jedes andere auch.
- Weil ich HIV-infiziert bin, kann ich nicht so leben, wie ich will.
- Ich interessiere mich für alle Informationen, die ich über Aids/HIV bekomme.
- Manchmal frage ich mich, wie ich so leichtsinnig sein konnte, als ich mich ansteckte.
- Nur weil ich HIV-infiziert bin, lasse ich mir nichts vorschreiben.
- Als ich mich (vermutlich) ansteckte, hatte ich eine eher gute Zeit.
- Als ich mich (vermutlich) ansteckte, ging es mir in vielerlei Hinsicht eher schlecht.
- Durch die HIV-Infektion habe ich gelernt, etwas leichter mit meiner Homosexualität umzugehen.
- Obwohl ich infiziert bin, gelingt es mir oft, Sexualkontakte mit Männern zu haben.
- Ich bin zwar HIV-infiziert, aber wirklich geändert hat sich (abgesehen von direkten Infektionsfolgen) dadurch für mich nichts.
- Ich kann es sehr gut verstehen, wenn sich HIV-Infizierte in sich zurückziehen.
- Seitdem ich weiß, daß ich infiziert bin, versuche ich, Kontakte zu anderen schwulen Männern eher zu reduzieren.

- Ich kann es verstehen, wenn oft HIV/Aids und Homosexualität in einen Topf geschmissen werden.
- Meine Erfahrungen als Schwuler lassen mich leichter mit der Tatsache umgehen, daß ich HIV-positiv bin.

...

4.1. Bitte beantworten Sie nachfolgende Tabelle.

	ja, schon immer	ja, seitdem ich HIV- infiziert bin	nein, seitdem ich HIV- infiziert bin nicht mehr	nein, noch nie
Sind Sie ein eher vorsichtiger Mensch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihnen Ihr äußeres Erscheinungsbild wichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine besondere Methode, nach der Sie gesund leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achten Sie auf gesunde Ernährung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glauben Sie, daß Sie durch Ihr Verhalten Ihren Gesundheitszustand verändern können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glauben Sie, daß ein ruhiger Lebensstil insgesamt förderlich für die Gesundheit ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie sportlich aktiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Halten Sie etwas von der alternativen Medizin?

Haben Sie Vertrauen in die Schulmedizin?

Haben Sie Probleme mit Ihrem Schlaf?

Kennen Sie das Gefühl, manchmal gar nicht wissen zu wollen, wie krank oder gesund Sie eigentlich sind?

Kennen Sie das Gefühl, daß man Krankheit auch genießen kann?

4.2. Haben Sie, seitdem Sie wissen, daß Sie mit dem HI-Virus infiziert sind, Ihre Lebensweise verändert?

- ja
- nein

4.3. Hat der Begriff „Krankheit“ für Sie inzwischen eine andere Bedeutung?

- ja
- nein

4.4. Haben Sie die Hoffnung, daß Sie gesund bleiben, bzw. wieder gesund werden?

- ja
- nein

4.5. Gibt es Zeiten, in denen Sie vergessen, daß Sie HIV-positiv sind?

- ja
- nein

4.6. Wie oft denken Sie im Laufe des Tages daran, daß Sie HIV-positiv sind?

- eher selten
- eher oft

4.7. Wie oft lassen Sie sich Ihre immunologischen Blutwerte (CD₄-Zellen, etc) geben?

_____ mal pro _____

4.8. Wodurch, glauben Sie, kann man bei Krankheiten wieder gesund werden?

(Mehrfachantworten möglich)

- hauptsächlich durch den eigenen Willen
- hauptsächlich durch die Betreuung eines Arztes
- hauptsächlich durch das richtige Therapiekonzept
- sonstiges: _____

4.9. Was war die bisher ausgefallenste Methode, mit der Sie sich gegen die HIV-Infektion haben behandeln lassen, oder die Sie interessiert?

Methode: _____

- ich wurde damit behandelt
- ich möchte sie versuchen
- ich interessiere mich nicht für ausgefallene Methoden
- sonstiges: _____

4.10. Welches ist das bisher für Sie erfolgsversprechendste therapeutische Konzept gegen die HIV-Infektion?

4.11. Schöpfen Sie Hoffnung, wenn es heißt, daß ein neues Mittel gegen HIV/Aids entwickelt worden ist?

- eher ja
- eher nein

4.12. Können Sie sich vorstellen, daß in nächster Zeit ein Heilmittel gegen Aids gefunden wird?

- eher ja
- eher nein

4.13. Wann haben Sie das erste Mal vom HI-Virus gehört?

19 ____

4.14. Ist Ihnen die Abkürzung GRID ein Begriff?

- ja
- nein

(Sie steht für „Gay Related Immune-Deficiency“; als Vorläufer-Bezeichnung für Aids.)

4.15. Ist Ihnen die Abkürzung ddC ein Begriff?

- ja
- nein

(Sie steht für „Dideoxycytidin“, einer Substanz, die ähnlich wie das Medikament AZT, gegen HIV-1 eingesetzt wird.)

4.16. Sind Sie gut über die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse über HIV/Aids informiert?

- ja
- nein

4.17. Woher beziehen Sie Ihre Informationen über Therapiemöglichkeiten, Ratschläge zur Gesundheitsförderung usw. bezüglich HIV und Aids? **(Mehrfachantworten sind möglich)**

- Fernsehsendungen/Tageszeitungen/Zeitschriften/Radio
- Fachpresse
- Beratungsstellen
- Ärzte
- Freunde
- andere Infizierte
- sonstige: _____

4.18. Ignorieren Sie Ratschläge, die man Ihnen bezüglich Ihrer Gesundheit gibt?

- eher ja
- eher nein

4.19. Haben Sie Hobbies oder andere Beschäftigungen, denen Sie (nicht von Berufs wegen) nachgehen?

- nein
- ja und zwar:

4.20. Womit verbringen Sie häufig Ihre Freizeit?

4.21. Können Sie spontan sagen, was Ihnen im Moment am meisten Spaß machen würde?

- ja und zwar:
- nein, es fällt mir gerade nichts ein

...

- 5.1. Wieviel Zeit nimmt sich Ihr Arzt in der Regel für Sie?
 eher zu wenig
 ausreichend
- 5.2. Konsultieren Sie bei schwierigen Entscheidungen (z.B. für oder gegen AZT) auch andere Ärzte?
 ja
 nein
- 5.3. Bekommen Sie von Ihrem Arzt auch Ratschläge, die über die rein medizinischen hinausgehen?
 oft
 selten
 nie
- 5.4. Hat Ihr Arzt Ihnen zu Safer Sex geraten?
 oft
 selten
 nie
- 5.5. Verstehen Sie, was Ihr Arzt mit Ihnen therapeutisch unternimmt?
 eher ja
 eher nein
- 5.6. Kennt Ihr Arzt Ihre privaten Verhältnisse?
 eher ja
 eher nein
- 5.7. Wie geht Ihr Arzt mit Ihnen um, seitdem er von Ihrer Infektion weiß?
 wie vorher auch
 freundlicher/behutsamer
 distanzierter/unfreundlicher
- 5.8. Haben Sie wegen Ihrer HIV-Infektion Ihren Arzt gewechselt?
 nein
 nein, aber ich habe es mir schon überlegt
 ja
- 5.9. Wie häufig gehen Sie zum Arzt?
_____ mal pro _____

5.10. Was würden Sie als die hauptsächliche Aufgabe eines Arztes bei einem HIV-Patienten ansehen?

- medizinische Betreuung
- persönliche Beratung
- Vermittlung von wissenschaftlichen Erkenntnissen
- sonstiges: _____

5.11. Welche Gefühle bekommen Sie, wenn Sie an die medizinischen Versorgungsmöglichkeiten (Arztpraxen, Krankenhäuser, usw.) denken?

- Beruhigung/Sicherheit
- Gleichgültigkeit
- Angst/Verunsicherung
- sonstiges: _____

...

6.1. Bitte bewerten Sie folgende Aussagen. Kreuzen Sie an, ob die einzelnen Aussagen für Sie zutreffen.

- | | trifft zu | weiß nicht | trifft nicht zu |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - In den Medien wird zuviel über Aids und HIV berichtet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Stil und Ton vieler Medienberichte über Aids/HIV sind unsensibel gegenüber Infizierten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ich schalte manchmal den Fernseher aus oder lege eine Zeitung weg, wenn wieder über Aids/HIV berichtet wird. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Häufig identifiziere ich mich mit den in den Medien gezeigten Aids-Patienten und HIV-Infizierten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Die Medien helfen beim Abbau von Vorurteilen, die gegen Aids-Kranke und HIV-Infizierte existieren.
- Medien helfen beim Abbau von Vorurteilen gegen Schwule.
- Manchmal, wenn ich Programme über schwule Männer oder die HIV-Infektion sehe, bekomme ich ein schlechtes Gewissen, daß ich schwul bin.
- Ich finde die Berichterstattung in Sachen Aids/ HIV oft unqualifiziert.
- Oft fühle ich mich durch Medienberichte persönlich bedroht, z.B. dann, wenn gegen HIV-Infizierte als „lebendige Bomben“ gehetzt wird.
- Die meisten HIV/Aids-Berichte wirken auf mich wie Sensationsjournalismus.
- Nachdem ich einen Medienbeitrag zum Thema HIV/ Aids gesehen oder gelesen habe, bekomme ich manchmal den Eindruck, daß meine Situation viel hoffnungsloser und aussichtsloser ist, als ich vorher angenommen hatte.
- Die politische Bedeutung der HIV-Infektion ist mindestens so wichtig wie die medizinische.
- Von Seiten der Politiker und der Gesetzgebung spürt man immer noch sehr starke Vorurteile gegen HIV-Infizierte.
- Die Anti-Aids-Politik entlädt sich oft gegen die „Betroffenen“ selbst.
- Ich finde es überlegenswert, daß bestimmte Bevölkerungsgruppen auf HIV-AK getestet werden.
- Den Slogan „Gib Aids keine Chance“ finde ich gut.

- Die Aids-Politik in Deutschland hat sich in den letzten Jahren erheblich verbessert. □ □ □
- Oft fühle ich mich durch Äußerungen von Politikern über Aids provoziert und verletzt. □ □ □

6.2. Welchen Beitrag sollte die Politik in Bezug auf Aids und HIV hauptsächlich leisten? (**Mehrfachantworten sind möglich**)

- mehr Aufklärung betreiben
- betonen, daß Aids eine Krankheit wie viele andere Krankheiten auch ist.
- mehr Präventionsmaßnahmen unterstützen
- stärker über die Gefahren, die von der Homosexualität ausgehen informieren
- sonstige Beiträge: _____

6.3. Sind Sie (unabhängig von einer Kirchenzugehörigkeit) ein gläubiger Mensch?

- ja, schon immer
- ja, seit (Ereignis): _____
- nein, nicht mehr seit (Ereignis): _____
- nein, noch nie (**Weiter mit Frage 6.8.**)

6.4. Hat die Tatsache, daß Sie mit HIV infiziert sind, etwas an Ihrer Religiosität verändert?

- ja, ich wurde religiöser
- ja, ich wurde weniger religiös
- nein

6.5. Gehören Sie einer Religionsgemeinschaft oder einer anderen lebensphilosophischen Gemeinschaft an?

- ja und zwar:
- nein, noch nie
- nein, nicht mehr weil: _____

6.6. Haben Sie schon einmal Ihre Angehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft gewechselt?

- ja
- nein

6.7. Bitte bewerten Sie folgende Aussagen. Kreuzen Sie an, ob die einzelnen Aussagen für Sie zutreffen.

- | | trifft zu | weiß nicht | trifft nicht zu |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Mein Glaube kann/konnte bei mir manchmal Schuldgefühle verursachen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Durch meinen Glauben finde ich Mut und Kraft, um mit meiner Situation besser umzugehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - <i>‘Treue‘ und ‘Enthaltsamkeit‘ sind zwei Stichwörter, die aus Kirchenkreisen oft als Schutz vor einer HIV-Infektion vorgeschlagen werden.</i>
Diese Ratschläge halte ich für hilfreich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6.8. Die wievielte Studie, an der Sie teilnehmen, ist dies für Sie?
Die _____ Studie

...

IV. Kategoriensystem des FIGAH

Im folgenden wird das mehrere Ebenen umfassende Kategoriensystem des FIGAH dargestellt. Es handelt sich um die Einordnung aller Items in psychosoziale Kategorien, wobei die statistisch relevanten Items in drei Farbstufen unterlegt sind (hierarchisch je nach zunehmender Irrtumswahrscheinlichkeit von dunkel nach hell). Schwarz: Signifikante Items; Dunkelgrau: Statistisch relevante Items erster Ordnung; Hellgrau: Statistisch relevante Items zweiter Ordnung [vgl. Kap. 2.5].

V. Danksagung

*Mich erstaunen Menschen, die das
Universum begreifen wollen, wo es
doch schon schwierig genug ist, sich
in Chinatown zurechtzufinden.*

Woody Allen (*1935)

Die Tatsache, daß diese Arbeit ein Ende gefunden hat, kommt nach all den Jahren einem kleineren Wunder gleich. Zwar galt es nicht, das „Universum zu begreifen“, dennoch war es faszinierend, eine Welt zu erkunden, welche mir sonst verschlossen geblieben wäre.

Casa, Gini, Thomas, Gisela, Ficus, Donald Duck, Casablanca, Dolle, Felix, Lucky, Felicia, Volker, Zottl, Ofarim, Wendl, Donald, Hans, Condor, Manfred, Mohnblume, R.U.R. und Langzeit waren die wunderbaren Teilnehmer dieser Untersuchung, ohne die diese ganze Arbeit unmöglich gewesen wäre. Zu einigen von ihnen besteht bis heute Kontakt, andere sind nicht mehr am Leben. Ihnen allen gilt nicht nur meine Dankbarkeit für die Offenheit und den Mut, mich an ihren Schicksalen teilhaben zu lassen, sondern auch Ehrfurcht vor der Art und Weise, wie mit einer Bedrohung umgegangen werden kann. Die vielen, zum Teil sehr persönlichen und intimen Gespräche und Diskussionen, welche im Laufe der Untersuchung mit den einzelnen Teilnehmern geführt werden konnten, waren für mich in mehrerlei Hinsicht bereichernd und anregend, nicht nur für meine jetzige Tätigkeit als Arzt in einer internistischen Klinik.

Als ich vor einigen Jahren das erste Mal mit Ulla Mitzdorf, Professorin am Institut für Medizinische Psychologie der Universität München, meiner „Doktormutter“, über die ersten vagen Ideen zu diesem Projekt sprach, konnte ich nur ahnen, welchen „Glücksgriff“ ich mit ihr tat. Mit Unvoreingenommenheit und Neugierde war die Psychophysikerin bereit, eine medizinpsychologische Arbeit zu betreuen, welche mehr als einmal zu scheitern drohte. Nicht nur durch ihre präzise, gelegentlich strenge aber immer empathische und konstruktive Kritik, entstand über die Jahre ein vertrauensvoller Dialog. Abgesehen von einer wissenschaftlichen Lehrerin wurde Ulla Mitzdorf eine Freundin, welche mit ihrem Humor und ihrer menschlichen Integrität eine wichtige Begleiterin war. Dafür mein aufrichtiger Dank. Für ihre engagierten und couragierten Projekte wünsche ich ihr viel Erfolg.

Eva Jägel-Guedes und Hans Jäger, Inhaber einer großen HIV-Schwerpunktpraxis in München, ermöglichten mir in mehrfacher Hinsicht die Durchführung dieser Arbeit. Zum einen standen sie bereits in der Entwicklungsphase dieser Arbeit mit sehr viel Zeit, Geduld und Rat zur Verfügung. Zum anderen war die Planung und Durchführung der Untersuchung, sowie die Rekrutierung der meisten Teilnehmer nur durch ihre kollegiale und freundschaftliche Hilfe möglich. Hans Jäger setzte sich in besonders engagierter Weise für die Realisierung dieser Arbeit ein. Seine Erfahrungen in der HIV-Medizin und Forschung und seine aufgeschlossenen und wissenschaftlichen Anmerkungen zu dieser

Untersuchung waren eine stets wertvolle Unterstützung. Auch schuf er die finanzielle Basis dieses Projektes durch ein Stipendium des Kuratoriums für Immunschwäche e.V. in München. An dieser Stelle gilt mein besonderer Dank Evi Wolf, der Studienleiterin im Kuratorium für Immunschwäche, die meist die letzte Anlaufstelle für „unlösbare Probleme“ war und welche mit ihrer freundschaftlichen und interessierten Art eine unverzichtbare Mitstreiterin für diese Arbeit wurde.

Auch der Deutschen AIDS-Stiftung in Bonn und ihren Förderern gebührt Dank für ein zweites Stipendium, welches den Abschluß dieser Arbeit ermöglichte. Das Vertrauen und vor allem die Nachsicht was Abgabefristen betrifft wurde hoffentlich nicht übergebührend strapaziert.

Diese Untersuchung wurde, insbesondere was die Vorbereitungsphase betraf, von den Erfahrungen, Ideen, Vorschlägen und Einschätzungen einer großen Reihe im HIV-Bereich tätiger Personen beeinflusst. Guido Vael, früherer Vorstand der Deutschen Aids-Hilfe e.V. in Berlin und Begründer des Projektes Prävention in München sowie Michael Tappe, Vorsitzenden der Münchner Aids-Hilfe e.V. waren wichtige Diskussionspartner auch in der Bewertung der Ergebnisse. Viele wesentliche Anregungen sowie sehr wichtige Kontakte zur „Szene“ wurden mir durch sie, wie auch durch andere ausnehmend hilfreiche Mitarbeiter bayerischer Aids-Hilfen ermöglicht. Eine weitere wichtige Verbindung bestand zur Arbeitsgruppe der „Schwul-Lesbischen-Studien“ der Universität Bremen. Dort war vor allem der Kontakt mit Jörg Hutter ausgesprochen prägend, im besonderen für die Verwendung der Themenbereiche „sexueller Handlungsstil“ und „Stigma-Management“.

Stellvertretend für eine Vielzahl von Personen und Institutionen möchte ich hier nur kurz aber umso nachdrücklicher danken: Herrn Professor Goebel (AIDS-Ambulanz der Medizinischen Poliklinik der LMU), Frau Dr. Demharter (Immunambulanz im Zentralklinikum Augsburg), Herrn Dr. Becker (intern. Praxis in München), Ute Mathyl (ZAS Zentrum für Aidsarbeit Schwaben), Herrn Dr. I.P. Keet (Amsterdam HIV-Cohort Study), Herrn Dr. Nils Mulder (Helen Dowling Institute, Rotterdam) sowie Herrn Professor Ernst Pöppel und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Institutes für Medizinische Psychologie der LMU München.

Last not least möchte ich meinen Eltern für ihre große (manchmal nicht ganz ausreichende) Geduld, meinem Bruder für den nun schon zweiten Laptop, den er mir zur Verfügung stellte und meiner Freundin, die aufgrund einer Wette bezüglich der Beendigung dieser Arbeit, sicherlich noch einige Monate Urlaub in Paris gut hat, von Herzen für ihre Nachsicht und Liebe danken.

V. Curriculum vitae

1972	Geboren in München
Seit 1978 bis dato	Musik- und Klavierausbildung bei Peter Mussbach (Klassik), Walter Kiesbauer (Komposition), Tizian Joost und Antje Uhle (Jazz-Theorie und Improvisation)
Juli 1990	Europäisches Baccalaureat (Abitur) an der Europäischen Schule München
Seit November 1990	Studium der Humanmedizin, Ludwig-Maximilians-Universität, München
April 1991	Pflegepraktikum im Medway Hospital, Gillingham, Kent, England, Innere Medizin
August 1992	Ärztliche Vorprüfung, danach Wechsel an die Technische Universität München
März 1993	Famulatur im Kaiser-Franz-Joseph-Spital, Wien, Psychiatrie
Oktober 1993	Famulatur im Talbieh Mental Health Center, Jerusalem, Psychosomatik
März 1994	Erster Abschnitt der ärztlichen Prüfung
Oktober 1994	Famulatur im Hadassah University Hospital, Jerusalem, Notaufnahme
April 1996	Famulatur in der Praxis für Innere Medizin bei Dres. med. H. Jäger und E. Jägel-Guedes
März 1997	Zweiter Abschnitt der ärztlichen Prüfung
Oktober 1997 - Februar 1998	PJ-Tertial in der Inneren Medizin, I. Medizinische Abteilung, Städtisches Krankenhaus München Bogenhausen
Februar -Juni 1998	PJ-Tertial in der Chirurgie, Abteilungen für allgemeine und pädiatrische Chirurgie, Hadassah University Hospital, Jerusalem
Juni - September 1998	PJ-Tertial in der Psychosomatik, Psychosomatische Klinik, Städtisches Krankenhaus Harlaching, München

Juli 1998	Posterpräsentation über die Promotionsarbeit auf der „12th World AIDS Conference“ in Genf
November 1998	Dritter Abschnitt der ärztlichen Prüfung
Januar 1999	Chairmanship (Workshop Psychoneuroimmunologie) und Vortrag über die Promotionsarbeit auf den „Münchener AIDS-Tagen“
Juni 1999	Vortrag über die Promotionsarbeit auf dem „7. Deutschen AIDS-Kongreß“, Essen
Juli 1999 bis Dezember 2000	Arzt im Praktikum am Städtischen Krankenhaus München Bogenhausen, Abteilung für Kardiologie und Pulmonologie
Seit Januar 2001	Assistenzarzt am Städtischen Krankenhaus München Bogenhausen, Abteilung für Kardiologie und Pulmonologie
Oktober 2001	Teilnahme an einem humanitären Ärztecamp in Albanien