

AIDS-FORUM DAH

BAND XXII

UND WIR ÜBERLEBEN

Gibt es ein AIDS-Survivor-Syndrom
unter schwulen Männern in Deutschland?

Michael T. Wright



Deutsche
AIDS-Hilfe e.V.

AIDS-FORUM DAH

Band XXII

UND WIR ÜBERLEBEN

Gibt es ein AIDS-Survivor-Syndrom
unter schwulen Männern in Deutschland?

Michael T. Wright

Impressum

© Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Dieffenbachstraße 33
D-10967 Berlin
Internet: <http://www.aidshilfe.de>
e-mail: dah@aidshilfe.de
Dezember 1996

Redaktion: Klaus-Dieter Beißwenger, Christine Höpfner
Gestaltung und Satz: CaJa Carmen Janiesch
Druck: medialis
alle Berlin

ISSN 0937-1931
ISBN 3-930425-16-5

Spendenkonto: Berliner Sparkasse, Konto 220 220 220 (BLZ 100 500 00)

Die DAH ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt.
Spenden sind daher steuerabzugsfähig.

INHALT

Vorwort	5
Rainer Schilling	
Vorbemerkung des Autors	7
Prolog	8
Einleitung	9
Das Survivor-Syndrom	11
Der Begriff „Post-Trauma-Streß-Syndrom“ (PTSD) und seine Anwendung	15
Trauma	17
Die Entstehung eines Traumas	17
Die psychotherapeutische Behandlung von Traumareaktionen	20
AIDS und die Schwulenszenen	25
Trauer	25
In der Psychotherapie beobachtete Merkmale	26
Schuldgefühle	27
Zwei Untersuchungen zu den Auswirkungen von AIDS	28
Das AIDS-Survivor-Syndrom bei schwulen Männern	31
Zur Erforschung des AIDS-Survivor-Syndroms unter schwulen Männern in Deutschland	33
Entwicklung des Instruments	33
Das Sample	37
Das Interview	37
Die Ergebnisse	38
Gibt es ein AIDS-Survivor-Syndrom unter deutschen Schwulen?	42
Interpretation der Ergebnisse zum AIDS-Survivor-Syndrom bei schwulen Männern in Deutschland	48
Was sind die Hauptfaktoren bei Traumareaktionen auf AIDS?	50
Ein Wort zu „unsafe Sex“	51
Folgen für die Präventionsarbeit	53
Empfehlungen an Mitarbeiter im AIDS-Bereich	56

Epilog	63
Literatur	65
Anhang	69
Ausführlicher Bericht über die Daten der Studie	69
Tabellen	87
Auszüge aus den Interviews	95
Ausgewählte Fragen aus dem Erhebungsinstrument	120
Der Autor	127

VORWORT

Zum ersten Mal begegnete mir der Begriff „Überlebensschuld“ („survivor guilt“) in einem Interview mit Douglas Victor, das dieser im Juli 1988 der Zeitschrift „Vorsicht“ gegeben hatte. Victor, damals beim SHANTI Project verantwortlich für die Ausbildung und den Einsatz der ehrenamtlichen Helfer, sprach mit dem Redakteur Michael Lenz über das schwule Leben im Zeichen von AIDS in San Francisco:

„Ein zentraler Punkt ist für viele von uns die Frage, wie wir leben können, wenn wir überleben. Es mag seltsam klingen, aber ich glaube, wir Schwule in San Francisco fangen an, die Erfahrung der ‚Überlebensschuld‘ zu machen. Bisher habe ich diesen Begriff nur im Zusammenhang mit dem Holocaust an den Juden gehört. Die Menschen wissen nicht, warum gerade sie noch leben, sie wissen nicht, wie sie weiterleben können, während andere sterben.“

Eric Rofes gebrauchte 1992 den Begriff „survivor guilt“ als einen Zentralbegriff in seinem vielbeachteten Referat auf der VIII. Internationalen AIDS-Konferenz in Amsterdam. Er schilderte dort eindringlich die Gefühle schwuler Männer in San Francisco, die Liebhaber und Freunde verloren hatten.

Uns waren diese Gefühle nicht unbekannt. Hellhörig wurden wir allerdings, als behauptet wurde, es bestehe ein Zusammenhang zwischen „survivor guilt“ und „unsafe“ Sex. Die Deutsche AIDS-Hilfe führte deshalb 1993 einen Workshop mit Beratern und Streetworkern durch, um der Frage nachzugehen, ob es hierzulande ähnliche Erfahrungen wie offenbar in den USA gibt und – falls ja – wie man dem entgegenzutreten kann.

Die Experten konnten aus ihrer Praxis keine Korrelation zwischen Schuldgefühlen und „unsafe“ Sex berichten. Sie konstatierten aber, wie amerikanische Kollegen auch, ein Bündel von Reaktionen auf die Verluste, darunter „survivor guilt“ als eine Reaktionsform unter anderen. Sie hielten aus diesem Grund den Begriff „Survivor-Syndrom“ für angemessener.

Im November 1994 stellt Michael Bochow zum Thema „Veränderungen im Risikoverhalten von homosexuellen Männern im Hinblick auf HIV-Übertragungen“ fest:

„Eine Durchsicht aller Antworten zu diesem Fragenkomplex zeigt, daß von einem ‚Survivor-Syndrom‘, wie es sich in der Gay Community der USA äußert, in Deutschland allenfalls sehr partiell die Rede sein kann. Die Antworten der befragten Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter belegen jedoch, daß materielle und psychische Not spezifischer Teile der Bevölkerungsgruppe homosexueller Männer bei einer nicht zu vernachlässigenden Anzahl von Männern präventives Verhalten im Hinblick auf HIV-Übertragungen behindert.“

Die DAH wollte es dennoch genauer wissen, zumal zwei Jahre zuvor Experten keinen Zusammenhang zwischen Survivor-Syndrom und „unsafe“ Sex fest-

stellen konnten. Eine qualitative Erhebung unter schwulen Männern mit einem gezielten Sample schien uns valide genug zu sein, um Aussagen über eventuell notwendige Interventionen machen zu können. Die Untersuchung, von Michael Wright für die DAH durchgeführt, liegt nun mit dieser Veröffentlichung einem breiteren Publikum vor.

Um es vorwegzunehmen: Die Vermutung, daß das Survivor-Syndrom – präziser: das Post-Trauma-Streß-Syndrom – mit „unsafe“ Sex korreliert, konnte nicht erhärtet werden. Wohl aber ist das Survivor-Syndrom unter schwulen Männern in Deutschland durchaus feststellbar.

Dieser Befund heißt aber nicht, daß AIDS-Hilfe aus der Pflicht genommen ist, auch wenn keine primärpräventiven Interventionen nötig scheinen. Die problematischen Reaktionen schwuler Männer auf die traumatischen Verlusterlebnisse können nämlich durch geeignete Interventionen und politischen Druck seitens der AIDS-Hilfe abgemildert oder verhindert werden.

Michael Wright schließt seinen verdienstvollen Bericht dementsprechend mit einigen beherzigenswerten Empfehlungen.

Berlin, im November 1996

Rainer Schilling

– Leiter des Referats „Schwule und bisexuelle Männer“
Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Bundesgeschäftsstelle –

VORBEMERKUNG DES AUTORS

Mein besonderer Dank gilt Dr. Michael Bochow (INTERSOFIA, Berlin), den TeilnehmerInnen der Münchener AIDS-Tage, den TeilnehmerInnen des DAH-Seminars zum Thema und dem Referat „Schwule und bisexuelle Männer“ in der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen AIDS-Hilfe in Berlin. Ihre detaillierten Anregungen, solidarische Kritik und uneingeschränkte Unterstützung bei der Veröffentlichung der Studie waren mir von großem Wert.

Herzlicher Dank geht auch an die Kollegen vor Ort und an die Teilnehmer der Studie. Ihr Engagement, ihre Offenheit und ihre Mühe haben die Untersuchung erst ermöglicht.

Michael T. Wright

PROLOG

Wie oft schon war ich nach Trauerfeiern wütend, weil ich keine Solidarität und keinen Trost fand! Wie oft weinte ich alleine! Wie oft habe ich mir Trost gewünscht! Allmählich lernte ich, daß nur das Weinen die Wunden heilt. Manchmal wünsche ich mir, wie ein Klageweib zu flennen, zu schreien, mir die Haare zu raufen und die Kleider zu zerreißen. Wie soll die Trauer ihren Ausdruck finden, öffentlich und gemeinsam? Mußte man das immer mit sich alleine ausmachen? Soll ich mich einreihen in den alljährlichen vorweihnachtlichen AIDS-Trauerzug und mir „Jetzt trauern!“ sagen? Und was soll ich mit angeblichen Freunden und mit Liebhabern, die mir „Ich will Spaß!“ verkünden?

Klaus Maag

EINLEITUNG

Seit Beginn der AIDS-Epidemie sind die Betroffenen – in den USA wie auch in der Bundesrepublik Deutschland – mehrheitlich schwule Männer. Obwohl die Präventionsarbeit in dieser Gruppe während der letzten Jahre Erfolge zeitigte (Martin u.a. 1989; Dannecker 1990; Bochow 1994), steigt in bestimmten Untergruppen die Zahl neuer AIDS-Fälle aufgrund der langen Inkubationszeit von HIV immer noch an. Ebenso ist nachgewiesen, daß ein Teil der schwulen und bisexuellen Männer in bestimmten Situationen aus unterschiedlichen Gründen nach wie vor höhere Risiken eingeht (Bochow 1994; Dannecker 1990; Martin u.a. 1989). Für schwule und bisexuelle Männer wird AIDS somit auch in Zukunft ein Problem darstellen.

In den Statistiken tauchen Schwule in der Regel nur unter den Infiziertenzahlen auf. Daß sie sich auch – als Privatpersonen oder als Mitarbeiter im Gesundheitswesen – um die Belange der AIDS-Kranken und Infektionsgefährdeten kümmern, wird von den Statistikern meist übersehen. Als Freunde, Lebensgefährten, Arbeitskollegen, Sozialarbeiter, Pflegende, Ärzte, Psychologen und ehrenamtliche Kräfte verbringen schwule Männer unzählbare Stunden an der Seite von Menschen mit AIDS und leisten Hilfe. Während dieser Zeit durchleben sie mit dem Erkrankten alle Höhen und Tiefen der Krankheit bis zum Endstadium.

Würde man eine solche Erfahrung nur einmal im Leben machen, wäre das schon belastend genug. Aber innerhalb der Schwulenszenen in Deutschland und den USA gibt es Freundeskreise, in denen der Umgang mit AIDS-Kranken schon seit Jahren zum Alltag gehört. Sie sind bereits mehrmals mit dem Sterben und dem Tod von Freunden und Bekannten konfrontiert worden und kümmern sich nach wie vor um Männer, die mit der Krankheit leben. Viele dieser Helfer sind zudem selbst infiziert und wissen dies auch. Und alle Schwulen leben mit der Tatsache, daß die intimste Begegnung mit einem anderen Mann eine HIV-Infektion zur Folge haben kann. Diese Belastungen sind noch dazu in einer Gesellschaft zu bewältigen, in der die Menschenrechte von Schwulen immer noch bedroht sind. Die Folgen der Schwulenfeindlichkeit sind bekannt: Diskriminierung und gewalttätige Übergriffe einerseits, Selbsthaß und Verheimlichung andererseits.

Wie wirken sich die beschriebenen Lebensumstände langfristig auf die schwulen Männer aus? Ändern sich die Schwulenszenen in den Zeiten von AIDS, und wenn ja: wie und mit welchen Folgen? Zeigen sich diese Folgen an den Individuen und an den Kollektiven? Inwieweit beeinflussen sich die individuellen und kollektiven Erfahrungsebenen gegenseitig? Mit diesen Fragen beschäftigt sich die vorliegende Studie.

Wie sich das Phänomen AIDS auf schwules Leben langfristig auswirkt, ist bisher nur spärlich untersucht worden. Aufgrund dieses Defizits beginnen wir mit einem Überblick über Veröffentlichungen, die sich mit den Folgen katastrophaler Ereignisse bei spezifischen Betroffenengruppen befassen. Hinzugezogen werden die Arbeiten verschiedener Wissenschaftler, welche die Auswirkungen außerordentlich belastender Situationen auf sehr unterschiedliche Gruppen erforschten. Unter den Stichwörtern „Streß“, „Katastrophen“, „Survivor-Syndrom“ und „Post-Trauma-Streß-Syndrom“ fanden wir aufschlußreiche Informationen darüber, wie Menschen auf extreme Lebenssituationen reagieren. Sie bilden die wissenschaftliche Grundlage für die vorliegende Studie zur Lage der von AIDS betroffenen Schwulen in Deutschland.

DAS SURVIVOR-SYNDROM

Schon Sigmund Freud erkannte, daß sich besonders belastende Lebensbedingungen nachhaltig auf die Psyche des einzelnen auswirken können. Nach der klassischen Theorie der Psychoanalyse kann der Mensch äußere Reize bis zu einem bestimmten Grad tolerieren. Wird diese Grenze überschritten, entsteht ein Trauma. Dabei entwickeln sich Symptome, die sich aber nach Wegfall des Reizes auflösen, ohne dauerhafte Folgen zu hinterlassen. Traumatische Ereignisse während der frühen Kindheit könnten allerdings so tief wirken, daß sie die weitere Entwicklung des Menschen stark beeinflussen. Dieser Hypothese hingen führende Theoretiker bis in die 50er Jahre hinein an. Sie waren davon überzeugt, daß nur die in der Kindheit, vor allem die in den ersten drei Lebensjahren gemachten Erfahrungen für die Entwicklung der Persönlichkeit entscheidend sind. Dies veranlaßte die Psychoanalytiker zu der Behauptung, daß erst später eintretende traumatische Ereignisse lediglich vorübergehende Symptome hervorrufen würden. Erwachsene, bei denen sich nach einem solchen Ereignis weiterhin Symptome zeigten, hätten bereits vorher an einer psychischen Krankheit gelitten. Ein gesunder Erwachsener mit ausgereifter Persönlichkeit sei in der Lage, ein Trauma auf Dauer zu bewältigen, um zum normalen Leben zurückfinden zu können (Jucovy 1992; Marcus und Rosenberg 1988).

Erst nach dem Zweiten Weltkrieg begannen mehrere Psychiater und Psychologen, die bisher verfochtene Traumatheorie in Frage zu stellen. Den Anlaß gaben die im Rahmen des Bundesentschädigungsgesetzes (zur Regelung von Entschädigungsleistungen für die im Nationalsozialismus Verfolgten, insbesondere für KZ-Häftlinge) durchgeführten Untersuchungen. Die Symptome der Untersuchten entsprachen nicht dem erwarteten Krankheitsbild. Zum ersten Mal wurde die Psychiatrie mit einer großen Zahl von Menschen konfrontiert, die mehrere seelische Störungen aufwiesen, die erst während des traumatischen Ereignisses oder danach aufgetreten waren. Es handelte sich um Menschen, die vorher offensichtlich psychisch gesund waren.

Als sich immer mehr ehemals Verfolgte – inzwischen in viele Länder ausgewandert – in psychotherapeutische Behandlung begaben, wurde der 1968 von William G. Niederland geprägte Begriff *Survivor syndrome* von den Theoretikern rasch übernommen, um das Krankheitsbild dieser Patientengruppe zu beschreiben. Dieser Begriff wird auch heute noch verwendet, obwohl seine Definition im Laufe der Zeit erweitert wurde (Peters 1989; Jucovy 1992; Marcus und Rosenberg 1988; Steinberg 1989).

Es gibt keine allgemeingültige Definition des Begriffs „Survivor-Syndrom“. In der Literatur findet man aber immer wieder folgende Beschreibungen:

- langfristige Angstbereitschaft mit übertriebenen Schreckreaktionen
- bewußtes und unbewußtes Vermeiden von Erinnerungen an traumatische Ereignisse
- innere Spannung
- Zwang zum Grübeln
- auffällige Empfindlichkeit oder Verstimmbarkeit
- Affektlähmung
- Initiativlosigkeit
- apathische Zurückgezogenheit
- Ruhelosigkeit
- Konzentrationsschwierigkeiten und Leistungsmangel
- Unfähigkeit zu Frohsinn und Genuß
- Empfinden von Sinnlosigkeit im Leben
- Depressionen
- Alpträume oder sich aufdrängende Erinnerungen im wachen Zustand
- Mangel an Selbstwerterleben oder fehlende Selbstsicherheit
- soziale Isolierung mit starkem Mißtrauen anderen Menschen gegenüber
- psychosomatische Störungen
- „Überlebendenschuld“ (survivor guilt)

Die „Überlebendenschuld“ (survivor guilt), von Niederland, Krystal und anderen Forschern als das Hauptmerkmal des Syndroms bezeichnet, wurde ursprünglich als eine Folge der Identifikation mit dem Aggressor verstanden: „Die Überlebendenschuld ist eine Form der pathologischen Trauer, wobei die normalen Schuldgefühle der Trauer übertrieben sind. Die Ambivalenz, oder genauer gesagt, die verdrängte Aggression gegenüber dem verlorenen Objekt verhindert die Vollendung des Trauerprozesses.“ (Krystal und Niederland 1968, S. 343)

Später änderte Niederland das Konzept der Überlebendenschuld (survivor guilt) durch eine Verlagerung des Schwerpunkts auf die Identifikation des Überlebenden mit seinen verstorbenen Familienmitgliedern und Bekannten. Hiernach rührt die Schuld weniger aus verdrängten Aggressionen gegenüber den Verstorbenen, sondern vor allem aus einem Gefühl der Unwürdigkeit, überlebt zu haben. Auf den Punkt gebracht: „Warum habe ich überlebt und nicht die anderen? Auch ich hätte sterben sollen. Es ist ungerecht, daß ich noch leben darf.“ Diese Erklärung der Überlebendenschuld (survivor guilt) gewann die meisten Anhänger (Peters 1989; Marcus und Rosenberg 1988; Steinberg 1989; Goderez 1987; Jucovy 1992; Eckstaedt 1988).

Die während der Gefangenschaft in den Konzentrationslagern gemachten Erfahrungen hinterließen ihre Spuren nicht nur bei den Überlebenden selbst, sondern auch bei ihren Kindern und möglicherweise ihren Enkelkindern (Rubenstein u.a. 1989; Peters 1989). Mehrere Therapeuten berichten hier von ähnlichen Störungen wie bei den Eltern oder Großeltern, außerdem von starker Angst vor Trennung von den Eltern, großem Leistungsdruck und Überidentifikation mit den Erfahrungen der Eltern. Probleme dieser Art werden durch unbewußt auf die nächste Generation übertragene Erwartungen verursacht. Selbst in Familien, in denen der Holocaust lange verschwiegen wurde, nehmen die Kinder Verhaltensweisen der Überlebenden an, die aus ihrer KZ-Gefangen-

schaft stammen, z.B. Mißtrauen, Angst und Hilflosigkeit der Außenwelt gegenüber. Manche der Eltern stellen sehr hohe Ansprüche an ihre Kinder. Sie erwarten von ihnen z.B., erfolgreich zu sein, um sich durch deren Erfolg eigene Träume und Hoffnungen zu erfüllen, die wegen Verfolgung und Haft nicht zu verwirklichen waren. Nicht selten müssen die Kinder die Rollen mehrerer umgekommener Familienmitglieder übernehmen. Man erwartet von ihnen, die emotionalen Bedürfnisse ihrer Eltern zu befriedigen, so wie dies vor dem Holocaust deren Mütter, Väter und Geschwister taten. Diese besonderen familiären Verhältnisse während der Kindheit führen im Erwachsenenalter oft zu einem starken Gefühl des Anderssein und zu Unzufriedenheit, deren Quellen den Betroffenen nicht bekannt sind (Steinberg 1989; Jucovy 1992; Peters 1989; Fogelman 1988; Davidson und Charny 1993 – b; Klein 1988; Goeb 1988).

Das Paradigma „Survivor-Syndrom“ genießt bei Forschern verschiedenster Disziplinen und theoretischer Richtungen bemerkenswerte Popularität. Seit seiner „Entdeckung“ ist es von immer mehr Wissenschaftlern als die Erklärung für sehr unterschiedliche Betroffengruppen mit jeweils spezifischen Belastungen herangezogen worden: z.B. für US-Soldaten, die am Vietnamkrieg teilgenommen hatten (Goderez 1987; Catherall 1986; Hendin und Haas 1991), kambodschanische Flüchtlinge (Herbst 1992; Boehnlein u.a. 1985), salvadorianische Kriegsüberlebende (Bowen u.a. 1992), Überlebende des letzten armenischen Erdbebens (Giel 1991), Überlebende des Atomunfalls in Tschernobyl (Giel 1991) und sogar für die Mitarbeiter einer Firma, die bei deren Übernahme durch einen großen Konzern mit übernommen wurden (Marks und Mirvis 1992). „Survivor-Syndrom“ ist mittlerweile zu einem Begriff geworden, der auf alle Personengruppen angewandt wird, die unter den Auswirkungen katastrophaler Umstände leiden.

In den letzten Jahren ist die Theorie des Überlebens jedoch immer häufiger kritisiert worden, unter anderem mit dem Hinweis, die Entdecker des Phänomens hätten Gruppen von Überlebenden untersucht, die nicht repräsentativ gewesen seien. Niederland u.a. hätten in erster Linie Frauen und Männer untersucht, die ihr Recht auf eine Entschädigung begründen wollten. Dabei habe es sich vermutlich um Menschen gehandelt, die durch die Verfolgung am schlimmsten geschädigt worden waren oder um Menschen, die zu entschädigen ein besonderes Anliegen der Bundesregierung war. Andere führende Theoretiker jener Zeit hätten, wenn sie nicht in die Prüfung eines Rechtsanspruchs auf Entschädigung einbezogen waren, Überlebende überhaupt erst in der psychiatrischen Behandlung kennengelernt. Diese Gruppe wiederum habe aus Menschen bestanden, die sich aufgrund ihrer Symptome in Kliniken oder Praxen begeben mußten. Nach Ansicht der Kritiker stütze sich das Konzept des Survivor-Syndroms also einzig auf Informationen von erkrankten Menschen. Die Frage, ob es solche Problemkonstellationen auch unter den durchschnittlichen Überlebenden und ihren Familien gibt, sei damit nicht beantwortet worden.

Die Kritik bezieht sich ebenso auf den Mangel an empirischen Daten, der es nicht zulasse, das beschriebene Krankheitsbild nachzuweisen. Vor allem bei der zweiten Generation seien die beschriebenen Merkmale nur anekdotisch begründet, und der zwischen diesen Einzelfällen und den Erfahrungen der überlebenden Eltern formulierte Zusammenhang basiere lediglich auf Vermutungen und Hypothesen.

Mit diesen Einwänden wollen die modernen Kritiker das Trauma des Holocaust nicht verleugnen. Ebenso wenig unterschätzen sie diese Problematik. Ganz im Gegenteil: Ihr Interesse ist, die Folgen des Überlebens begreifbar zu machen, um die Betroffenen vor pauschalen Beurteilungen zu bewahren (Marcus und Rosenberg 1988; Fogelman 1988; Steinberg 1989; Davidson und Charny 1993 – b, Klein 1988).

Wie neuere Untersuchungen zum Traumaerlebnis zeigen, werden die posttraumatischen Erfahrungen der Holocaust-Überlebenden durch die ursprüngliche Beschreibung des Phänomens nur unzureichend erfaßt. Bei Interviews und Tests in einem repräsentativen Sample ehemaliger KZ-Häftlinge werden sehr unterschiedliche Reaktionen auf das Trauma gefunden. Die oben erwähnten Merkmale des Survivor-Syndroms treten zwar bei bestimmten Überlebenden zu bestimmten Zeiten auf, es fehlen jedoch klare Hinweise dafür, daß alle Verfolgten dieses Krankheitsbild entwickelt haben oder entwickeln werden. Mehrere Forscher stellten fest, daß es bei den Überlebenden erhebliche Unterschiede gibt, was zur Entwicklung von Kategorien zu ihrer Einordnung geführt hat, z.B. Art der Familienstrukturen, Bewältigungsstrategien und Lebensweisen (z.B. Steinberg 1989: „Opferfamilien“, „Kämpferfamilien“, „betäubte Familien“, „erfolgreiche Familien“; siehe auch Davidson und Charny 1993 – a).

Der traumatische Charakter des Holocaust bleibt unbestritten, obgleich offensichtlich ist, daß sich dieses Ereignis auf die betroffenen Individuen jeweils unterschiedlich ausgewirkt hat. Zu berücksichtigen sind die vortraumatischen Stärken und Schwächen der Persönlichkeit, der Familie und der Umgebung des einzelnen, um seine posttraumatischen Reaktionen verstehen zu können. Auch die Situation nach dem Trauma, vor allem das durch die Mitwelt entgegengebrachte Maß an Verständnis und Unterstützung spielt eine wichtige Rolle. Kontinuität und Stabilität der kulturellen, familiären und wirtschaftlichen Verhältnisse schließlich helfen dabei, traumatische Erfahrungen als Teil der Persönlichkeit in das eigene Leben zu integrieren (Steinberg 1989; Goderez 1987; Fogelman 1988; Marcus und Rosenberg 1988).

Viele moderne Theoretiker haben darauf hingewirkt, daß die Merkmale des Survivor-Syndroms als normale Reaktionen auf außerordentliche Verhältnisse anerkannt werden. Die im Traumaerlebnis entwickelten Merkmale wie Mißtrauen, Angst, affektive Betäubung, Isolierung und Verleugnung hatten schließlich überlebensnotwendige Funktionen. So berichten ehemalige Häftlinge aus Konzentrationslagern, wie wichtig die Verleugnung eigener Emotionen war. Wer Wut oder Widerstand zum Ausdruck brachte, begab sich damit sofort in die Hände der KZ-Wächter. „Affektleer“ zu erscheinen war deshalb eine Überlebensstrategie. Auch alle anderen Merkmale des Syndroms lassen sich systematisch auf bestimmte Erfahrungen zurückführen, wodurch sie nachvollziehbar werden. Die erst nach dem Trauma auftretenden Merkmale sind nicht pathologischer Art, sondern Ausdruck von Bewältigungsstrategien. Diese Sichtweise ermöglicht den Überlebenden eine positivere Bewertung ihres Überlebens und den Therapeuten eine positivere Haltung gegenüber ihren Patienten (Steinberg 1989; Goderez 1987; Fogelman 1988; Marcus und Rosenberg 1988; Davidson und Charny 1993 – a; Klein 1988).

Anhand des bisher Ausgeführten wird deutlich, daß es sinnvoller ist, von verschiedenen Survivor-Syndromen zu sprechen. Unterschiede gibt es nicht nur zwischen den Traumaerlebnissen (Krieg, Folter, Krankheit, Gefangenschaft,

Erdbeben), sondern auch zwischen den Menschen, die das gleiche Ereignis erlebten. Möglicherweise lassen sich Survivor-Syndrome sogar nach der Art des erlittenen Traumas kategorisieren (z.B. Holocaust-Survivor-Syndrom; Folter-Survivor-Syndrom; Vietnamkrieg-Veteranen-Survivor-Syndrom usw.), wofür es bisher jedoch noch keine eindeutigen Belege gibt.

Der Begriff „Post-Trauma-Streß-Syndrom“ (PTSD) und seine Anwendung

Bei der Entwicklung eines allgemeingültigen Konzepts zur Beschreibung der Merkmale, die bei Überlebenden verschiedener traumatischer Ereignisse auftreten, prägten US-amerikanische Forscher den Begriff „Post-Trauma-Streß-Syndrom“ (PTSD = *post traumatic stress disorder*). Mit ihm wird versucht, die Hauptmerkmale der typischen Traumareaktion zu erfassen, ohne dabei andere Auswirkungen auf einzelne Betroffene oder spezifische Betroffenenengruppen auszublenden. Das Konzept des Post-Trauma-Streß-Syndroms bietet eine einheitliche, präzise Beschreibung der Kernelemente aller Phänomene von Survivor-Syndromen.

Nach *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (DSM IV), dem diagnostischen Handbuch zu psychischen Störungen, das in den USA von allen psychotherapeutischen Berufsgruppen anerkannt wird, weist das Post-Trauma-Streß-Syndrom folgende Merkmale auf (American Psychiatric Association 1994):

(A) Der Betroffene erlebte ein Ereignis, das außerhalb üblicher Lebenserfahrungen liegt und das bei den meisten Menschen zu psychischen Störungen führen würde (z.B. eine akute Lebensgefahr, die Bedrohung oder Verletzung nahestehender Menschen, die plötzliche Zerstörung des eigenen Heims, mitzuerleben, wie jemand schwer verletzt oder getötet wird).

(B) Der Betroffene erlebt das traumatische Ereignis immer wieder neu durch mindestens eines der folgenden Merkmale:

- wiederkehrende und in das Bewußtsein eindringende Erinnerungen (kleine Kinder z.B. drücken Themen oder Elemente des Traumas wiederholt in Spielen aus)
- wiederkehrende Träume
- plötzliches Wiederaufleben von Gefühlen oder Verhaltensweisen, die bei dem traumatischen Ereignis aufgetreten waren (mit Illusionen, Wahnvorstellungen, Dissoziationen und dem Gefühl, sich erneut in der traumatischen Situation zu befinden). Merkmale dieser Art erscheinen kurz nach dem Aufwachen oder in berausctem Zustand
- schwere psychische Störungen durch Erlebnisse, die an das traumatische Ereignis erinnern (z.B. Gedenktage, Symbole oder Umstände, die dem damals Erlebten gleichen)

(C) Ständiges Vermeiden von Reizen, die mit dem traumatischen Erlebnis assoziiert sind, oder allgemeine Gleichgültigkeit, gekennzeichnet durch mindestens drei der folgenden Merkmale:

- Versuche, auf das Trauma bezogene Gedanken und Gefühle zu vermeiden
- Versuche, bestimmte Tätigkeiten oder Situationen zu vermeiden, die Erinnerungen an das Trauma anregen
- Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern (psychogenische Amnesie)
- stark vermindertes Interesse an wichtigen Tätigkeiten (bei kleinen Kindern Verlust bereits erworbener Fähigkeiten, z.B. Sprechen, Benutzen der Toilette)
- Gefühle von Distanz oder Entfremdung gegenüber anderen Menschen
- eingeschränkte affektive Fähigkeiten (es ist z.B. nicht möglich, Liebe zu empfinden)
- das Gefühl, nur noch wenig Zukunft zu haben (man glaubt z.B., daß für Karriere, Ehe oder Kinder keine Zeit mehr ist)

(D) Andauernde starke Aufregung, gekennzeichnet durch mindestens zwei der folgenden Merkmale:

- Schwierigkeiten beim Einschlafen oder häufiges Wachwerden in der Nacht
- Reizbarkeit oder Wutanfälle
- Konzentrationsstörungen
- Hyperwachsamkeit
- übertriebene Schreckreaktionen
- vegetative Symptome bei Ereignissen, die einen Aspekt des Traumas symbolisieren oder die dem Trauma gleichen (z.B. eine im Aufzug vergewaltigte Frau, die beim Betreten von Aufzügen regelmäßig Schweißausbrüche hat)

(E) Die unter B, C und D angeführten Merkmale halten mindestens einen Monat an, können jedoch bis zu dreißig Jahren nach dem traumatischen Ereignis auftreten (Kaplan und Sadak 1988).

Wie deutlich wird, eignet sich der Begriff „Post-Trauma-Streß-Syndrom“ für individuell erfahrene Ereignisse (z.B. Vergewaltigung) wie auch für kollektiv erfahrene (z.B. Erdbeben). Er ist flexibler und somit breiter anwendbar als der Begriff „Survivor Syndrom“. PTSD beschreibt die Erfahrungen der von einem Trauma betroffenen Menschen, die keine Überlebenden im klassischen Sinne sind, z.B. sexuell Mißhandelte, sich bei betroffenen Familien engagierende Sozialarbeiter (Barton u.a. 1989), im Ausland lebende Landsleute von Betroffenen (Yacoubian und Hacker – 1989 – berichten über die Reaktionen armenischer US-Immigranten auf das Erdbeben in Armenien).

Wie bereits erwähnt, versuchen die Forscher, die Besonderheiten verschiedener Trauma-Arten und die Erfahrungen bestimmter Betroffenengruppen zu definieren und voneinander abzugrenzen, um wirksame gruppenspezifische Behandlungsschemata entwickeln zu können. Auf diese Weise soll das Leiden von künftigen Opfern derartiger Ereignisse gemindert werden. Der Begriff „PTSD“, der über das bei ehemaligen KZ-Häftlingen beschriebene Muster des Survivor-Syndroms hinausgreift, eignet sich für die Erforschung vielfältiger Traumaerlebnisse und -reaktionen. Das PTSD-Konzept ist daher als eine Weiterentwicklung der Theorie des Überlebens zu verstehen.

TRAUMA

Die Entstehung eines Traumas

Welche Vorbedingungen führen zur Entstehung eines Traumas? Welche Faktoren geben den Ausschlag dafür, ob jemand ein Post-Trauma-Streß-Syndrom entwickelt oder nicht?

Nach dem heutigen Wissensstand gibt es vier Faktoren, welche die Reaktionen des Betroffenen beeinflussen: das Ereignis selbst, das soziale Umfeld des Betroffenen, seine psychischen Eigenschaften und sein körperlicher Zustand (Kaplan und Sadock 1988; Davidson und Charny 1993 – a).

Das *Ereignis* muß, objektiv betrachtet, außerordentlich belastend sein. Ein Extrembeispiel wären die Verhältnisse in Konzentrationslagern, in denen die Häftlinge ungeheure Gewalt und Entbehrung erliden mußten. Es gibt jedoch viele Ereignisse, die die meisten Menschen psychisch überfordern würden, z.B. Vergewaltigung, Inzest, Erdbeben, Überschwemmungen, Brände, Atomunfälle, Autounfälle, Kriege, terroristische Anschläge, willkürliche Gewalt, Verelendung oder schwere Erkrankungen. Traumatische Ereignisse können von einem Menschen, von mehreren oder von sehr vielen erlebt werden. Traumatisiert werden aber nicht nur die unmittelbar Betroffenen. Auch wer mit ihnen in engeren Kontakt kommt, kann durch ihre Berichte und Merkmale ein Trauma erleiden (Gabriel 1994; Bartone u.a. 1989; Spinetta u.a. 1988).

Der traumatische Aspekt eines Ereignisses läßt sich nicht allein an der objektiven Einschätzung der damit verbundenen psychischen Belastung festmachen. Zu berücksichtigen ist ebenso die subjektive Seite: was der Betroffene genau erlebte und wie er das Erlebte persönlich deutet. Anders als früher interessieren sich die Forscher heute für die Details der Erfahrungen des einzelnen, um seine „ungewöhnlichen“ Reaktionen besser verstehen zu können (Davidson und Charny 1993 – a; Marcus und Rosenberg 1988). Folgende Fragen können hierüber Aufschluß geben:

- Was genau hat der Betroffene erlebt?
- Wie versteht er das Ereignis?
- Wie war seine Beziehung zu den Tätern oder Miterlebenden?
- Wieviel Kontrolle hatte er über die Umstände?
- Wie lange dauerte die traumatische Erfahrung?
- Inwieweit fühlt er sich mitverantwortlich für das Ereignis?
- Verfügte er bereits über ähnliche Erfahrungen? Wenn ja, welches waren seine Reaktionen und Bewältigungsstrategien?
- Hat er bereits versucht, seine Erfahrungen zu verarbeiten? Wenn ja, wie?

Fragen dieser Art zielen auf die subjektive Erfahrung des Überlebenden ab. Durch sie soll eine Verallgemeinerung von Traumaerlebnissen vermieden werden. Denn diejenigen Details, die vor allem den Therapeuten oder Forscher interessieren, sind nicht immer das, was den Betroffenen am stärksten berührt. Die Helfer des Überlebenden sind oft von den grausamen Fakten fasziniert. Ihre eigenen emotionalen Reaktionen hierauf können zu einer pauschalen Beurteilung des Traumas führen, besonders in solchen Fällen, wo es identifizierbare Täter gibt.

Zur Verdeutlichung unterschiedlicher Erfahrungen: Neben den in Konzentrationslagern inhaftierten Juden gab es auch Juden, die ständig auf der Flucht waren. Transportzüge und Gasöfen gehören nicht zu ihren Erfahrungen. Und auch die Konzentrationslager waren nicht alle gleich, hatten jeweils besondere Merkmale (Davidson und Charny 1993 – a). Weitere Beispiele: Nicht alle kambodschanischen Flüchtlinge wurden gefoltert. Manche Frauen wurden gefoltert und vergewaltigt, manche ausschließlich vergewaltigt. Für viele Kambodschaner war die Immigration in andere Länder genauso traumatisch wie das Leben auf der Flucht – wenn nicht gar traumatischer (Herbst 1992). Je nach Kulturkreis kann auch die Bedeutung, die der Betroffene bestimmten Traumareaktionen beimißt, unterschiedlich sein. Bei salvadorianischen Kriegsflüchtlingen etwa spielen Alpträume eine zentrale Rolle, wenngleich Außenstehende andere Merkmale als wichtiger erachten mögen (Bowen u.a. 1992). Was traumatische Ereignisse betrifft, so hat jeder Betroffene eine eigene Geschichte. Um seine Reaktionen zu verstehen, ist die Kenntnis ihrer Details unverzichtbar.

Wie die Kritiker des Survivor-Syndrom-Konzepts jedoch anführten, sind nicht alle Menschen, die derartige Ereignisse erleben, psychisch gestört. Soziales Umfeld, vortraumatische Persönlichkeit und körperlicher Zustand sind Faktoren, die entweder vor einem Trauma schützen oder zu starken Reaktionen prädisponieren.

Soziales Umfeld

Das soziale Umfeld des Betroffenen während des Ereignisses und danach spielt eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung von Merkmalen. Die Zugehörigkeit zu einer Gruppe von Miterlebenden kann dem späteren Auftreten problematischer Reaktionen wahrscheinlich am besten vorbeugen, vor allem wenn der Betroffene schon während des Ereignisses Kontakt zu Mitbetroffenen hatte und diesen auch danach aufrechterhält. Bei Menschen mit gleichem Erfahrungshintergrund kann er Solidarität und Geborgenheit finden, die es ihm ermöglichen, die Krise zu überleben und die außerordentlichen Details des Ereignisses zu verarbeiten. Von den Vietnamkrieg-Veteranen und KZ-Überlebenden hatten diejenigen die besten Prognosen, die sich schon während des Ereignisses als Zugehörige einer Gemeinschaft begreifen konnten. Nach ihnen rangierten Betroffene, die diese Erfahrung unmittelbar nach dem Ereignis machten (Herbst 1992; Bowen u.a. 1992; Catherall 1986; Ochberg 1991; Klein 1988; Davidson und Charny 1993 – b, e). Die beste Form der Unterstützung geben wahrscheinlich Zweierbeziehungen, die sich während des traumatischen Erlebnisses entwickeln (Davidson und Charny 1993 – a, e). In den Worten von Kitty Hart, einer Auschwitz-Überlebenden: „Ich habe es bald eingesehen, daß es ganz und gar unmög-

lich wäre, alleine zu überleben. Es war deshalb für uns nötig, kleine Familien von zwei oder drei Personen zu bilden. Auf diese Weise haben wir uns umeinander gekümmert.“ (Hart 1962)

Zum sozialen Umfeld gehören ebenso die gesellschaftlichen und kulturellen Verhältnisse. Die einmalige politische Situation in Israel nach dem zweiten Weltkrieg ermöglichte es ehemaligen KZ-Häftlingen, neue Identitäten aufzubauen, konnten sie doch durch die Gründung des jüdischen Staates in ihrem Überleben einen Sinn sehen (Fogelman 1988; Davidson und Charny 1993 – a, d). Die aus dem Vietnamkrieg heimkehrenden US-amerikanischen Soldaten hingegen wurden von vielen Landsleuten mit Abwehr und Zynismus empfangen. Was sie im Auftrag der Nation, also des Kollektivs geleistet hatten, wurde durch große Teile eben dieses Kollektiv abgewertet. Diese Haltung führte bei vielen Veteranen zu einer Verstärkung des Traumas (Catherall 1986).

Vortraumatische Persönlichkeit

Wenn bereits die vortraumatische Persönlichkeit des Betroffenen von psychischen Störungen (z.B. Depressionen, Phobien, Panik) geprägt war, können diese nach dem traumatischen Ereignis zu schweren Problemen führen. Wer etwa auf Streßsituationen schon immer depressiv reagiert hat, bei dem wird eine außerordentlich belastende Lebenslage die Wiederkehr seiner Depressionen verursachen. Jeder Mensch reagiert jedoch anders auf Streß, und sein Streßverhalten verändert sich im Laufe des Lebens. Eine bestimmte Situation kann deshalb völlig unterschiedliche Reaktionen auslösen.

Im Vietnamkrieg gab es z.B. Soldaten, die aufgrund von Streß Angst- und Wutanfälle bekamen, dabei die Kontrolle über sich selbst verloren und in der Folge vietnamesische Zivilisten töteten. Andere hingegen bewahrten in der gleichen Situation Ruhe und schossen ausschließlich auf Befehl. Bei den Soldaten mit geringer Selbstkontrolle traten nach dem Krieg aufgrund stärkerer Schuldgefühle wesentlich schwerere psychische Störungen auf (Hendin und Haas 1991).

Ein weiteres Beispiel: Es gab Juden, die durch Verleugnung ihrer ethnischen Herkunft und die Annahme einer „arischen Identität“ der Verfolgung entkamen. Für diese Überlebenden war die Flucht in ein neues Leben psychisch akzeptabel und realisierbar. In dieser Gruppe jedoch traten Merkmale einer Identitätsverwirrung weitaus häufiger auf als bei anderen jüdischen Überlebenden, ebenso eine besondere Form des Antisemitismus, die die Gestaltung eines friedvollen Lebens verhinderte (Davidson und Charny 1993 – a).

Jeder Mensch ist somit prädisponiert für bestimmte Verhaltensweisen in Krisensituationen. Das Verhalten wiederum hat Folgen im Hinblick auf die spätere Bewältigung der in einer solchen Situation gemachten Erfahrungen.

Körperlicher Zustand

Hierzu zählen alle Merkmale einer Person, die mit Lebensalter und Gesundheit zusammenhängen. Kleinen Kindern und alten Menschen fällt es generell schwe-

rer, traumatische Ereignisse zu bewältigen (Kaplan und Sadock 1988). Von Bedeutung ist in jedem Fall, in welchem Lebensalter ein traumatisches Ereignis erlebt wird und welche Charakteristika das Ereignis aufweist. Z.B. lag das Durchschnittsalter der Soldaten im Vietnamkrieg bei 19,4 Jahren. Aufgrund ihres jungen Alters waren diese Soldaten prädisponiert für schwere psychische Verletzungen: sie befanden sich in der kritischen Phase der Persönlichkeitsentwicklung, in der die Identität noch nicht ausgereift und gefestigt ist (Catherall 1986). Bei jugendlichen KZ-Häftlingen hingegen erwies sich das junge Alter als ein Vorteil. Es fiel ihnen leichter als den Erwachsenen, sich in festen Gruppen zu organisieren; sie konnten so die extremen Lebensbedingungen im Lager besser ertragen und sich nach dem Krieg in identitätsfördernden Vereinigungen (z.B. der zionistischen Bewegung) engagieren (Davidson und Charny 1993 – a, e).

Vorliegende Krankheiten, die durch Streß verschlimmert werden können – vor allem Herz-, Kreislauf- und neurologische Störungen – sind schlechte Voraussetzungen für die erfolgreiche Bewältigung traumatischer Ereignisse (Kaplan und Sadock 1988). Wer bereits an schweren Krankheiten leidet, hat um so geringere Chancen, die zusätzliche Belastung eines Traumas zu überleben (Davidson und Charny 1993 – a).

Die psychotherapeutische Behandlung von Traumareaktionen

Da die psychotherapeutische Behandlung auf die Bedürfnisse von Überlebenden sehr unterschiedlicher Traumasituationen zugeschnitten werden muß, werden sehr verschiedene Methoden angewandt. Alle erfolgreich durchgeführten Behandlungen von Traumareaktionen, die den geschilderten Merkmalen und Einflußfaktoren entsprechen, weisen jedoch gemeinsame Aspekte auf, die sich in drei Kategorien einteilen lassen: in existentielle, zwischenmenschliche und gesellschaftliche Aspekte. Sie müssen als ein Ganzes betrachtet werden, weil sie sich während des Heilungsprozesses gemeinsam entwickeln und aufeinander einwirken. Die folgenden Ausführungen basieren auf den klinischen Erfahrungen des Autors und den Beobachtungen von F. Ochberg (1991), D. Catherall (1986), S. Amati (1990), E. Fogelman (1988), M. Gabriel (1994), Hendin und Haas (1991), A. Steinberg (1989), P. Herbst (1992), Bowen u.a. (1992), Auerhahn und Laub (1987), Davidson und Charny (1993 – a, b, c) sowie D. Laub (1991).

Existentielle Aspekte

Der von einem Trauma betroffene Mensch wird mit fundamentalen Fragen seines Daseins konfrontiert. Bei vielen Überlebenden ist das traumatische Ereignis so erschütternd, daß sie nach dem ersten Auftreten von Traumamerkmale nicht mehr in den Alltag zurückerfinden. Die prägnantesten Merkmale sind Affektlähmung, Schuldgefühle, Verleugnung und das Gefühl der Sinnlosigkeit des Lebens.

Der erste Schritt auf dem Weg zur Besserung des psychischen Zustandes ist die Neubelebung des affektiven Potentials. Aufgrund der emotionalen Belastung, die das Traumaereignis verursacht, sind die Gefühle des Überlebenden – positive wie negative – oft „abgeschaltet“. Die Folge ist ein freudloses und sinnentleertes Leben. Vertraute Menschen oder kreative Tätigkeiten können dazu anregen, die Gefühlswelt zurückzugewinnen.

Enge Beziehungen zu anderen Menschen ermöglichen es, die Details der traumatischen Erfahrung mitzuteilen. Gerade im Gespräch lassen sich viele verdrängte Erinnerungen und Emotionen reaktivieren. Geborgenheit gibt die für diesen Prozeß der Entfaltung notwendige Sicherheit. Auch die Psychotherapie bietet diese Möglichkeit. Durch kreative Tätigkeiten – malen, zeichnen, musizieren, dichten, basteln oder einfach nur spielen – oder Freizeitaktivitäten, z.B. Sport, kann sich der Betroffene auf spielerische Weise lockern und entspannen. Diese Tätigkeiten fördern den Prozeß des Wiederwahrnehmens von seelischen und körperlichen Empfindungen.

Das Verleugnen von Details des Traumas und von bestimmten Emotionen sowie Schuldgefühle sind bei vielen Überlebenden die größten Barrieren, die einer Verarbeitung des traumatischen Ereignisses entgegenstehen. Die Haltung des Verleugnens muß vom Betroffenen, seinen Helfern und seinem sozialen Umfeld respektiert werden, um die Gefahr einer erneuten Traumatisierung zu vermeiden. Der Betroffene bedarf sorgfältiger und behutsamer Interventionen und braucht Zeit, ehe er das Ereignis in seiner Gesamtheit wahrnehmen kann. Manche nichterinnerte Aspekte des Ereignisses tauchen oftmals erst in Träumen auf. Während des Entfaltungsprozesses kann der Überlebende das bisher Verdrängte schrittweise in sein Leben integrieren und so eine posttraumatische Identität entwickeln.

Dauerhafte, tiefsitzende Schuldgefühle können die Suizidgefahr erhöhen (Hendin und Haas 1991). Der Versuch, sich systematisch an alle Einzelheiten des Traumas zu erinnern, der Aufbau vertrauensvoller Beziehungen zu verständnisvollen Menschen und das Rückgewinnen zielorientierter Lebensperspektiven tragen dazu bei, Schuldgefühle zu vermindern: der Betroffene kann sich von seiner Opfer-Identität distanzieren und eine Überlebenden-Identität entwickeln, wodurch er seine in der Traumasituation erlebte Hilflosigkeit und Desorientierung besser akzeptieren und in sein Leben integrieren kann.

Die neu erworbene Identität signalisiert eine Neubewertung des Traumas. Der Betroffene ist nun in der Lage, posttraumatische Aspekte seiner Persönlichkeit bewußt zu nutzen, um bestimmte Lebensziele zu erreichen – wie z.B. der ehemalige KZ-Häftling, der sein Wissen und seine Erfahrungen heute im Engagement für die Menschenrechte diskriminierter Gruppen einsetzt, oder der Vietnam-Veteran, der bestimmte im Krieg erworbene Fertigkeiten in einem Beruf zur Anwendung bringt, der den Körper stark beansprucht.

Auch die Trauer ist Teil dieser existentiellen Krise. Unter extremen Umständen ist der Mensch nicht in der Lage, um erlittene Verluste – den Verlust seiner vortraumatischen Persönlichkeit oder den Verlust von Familienangehörigen und Freunden – zu trauern. Zu erwarten, daß große Verluste bis zu einem bestimmten Zeitpunkt abschließend bewältigt werden könnten, wäre völlig unrealistisch. Der Tod vieler geliebter Menschen wird immer im Bewußtsein des

Betroffenen haften, läßt sich nie abschließend betrauern. Im Laufe des Lebens werden sich für ihn jedoch Möglichkeiten eröffnen, sich mit anderen Verlusterfahrungen (z.B. dem nicht durch ein traumatisches Ereignis verursachten Tod eines geliebten Menschen, dem Ende einer Beziehung, einer Ehescheidung, dem Verlust des Arbeitsplatzes) auseinanderzusetzen. Solche Gelegenheiten zu nutzen, um sich seiner emotionalen Reaktionen bewußt zu werden und sie zu akzeptieren, hat für den Überlebenden therapeutische Wirkung. Auf diese Weise kann er sich „im Fühlen üben“, und durch das gegenwärtig Empfundene werden verdrängte Gefühle der Vergangenheit reaktiviert. In jeder belastenden Situation trauert der Überlebende erneut um das im Traumaereignis Erlebte: entweder direkt und bewußt oder indirekt und unbewußt. Auf diese Weise wird das traumatische Erlebnis allmählich in sein Leben integriert.

Bei jedem Schritt auf dem Weg zur Bewältigung einer existentiellen Krise kann der Glaube eine Quelle sein, die Trost und Halt spendet und dem Leben wieder einen Sinn gibt. Diese Möglichkeit kann die Herkunftsreligion des Betroffenen bieten, aber auch andere Religionen oder alternative spirituelle Konzepte. Durch diese Jahrtausende alten Konstrukte und Philosophien kann der Betroffene gleichzeitig mit Menschen in Verbindung treten, die sich – in vergangenen Zeiten oder heute – bereits intensiv mit fundamentalen Fragen des Daseins auseinandergesetzt haben. Diese Erfahrung kann das Gefühl des Verlassenseins mildern.

Zwischenmenschliche Aspekte

Das (Wieder-)Herstellen vertrauensvoller Beziehungen zu anderen Menschen ist ein weiterer wesentlicher Aspekt des Heilungsprozesses. Durch sie erhält der Betroffene Gelegenheit, über seine traumatische Erfahrung zu sprechen. Das Mitteilen aller Einzelheiten des Traumaerlebnisses scheint sogar der wichtigste Schritt in seiner Verarbeitung zu sein.

Eine derart intime Kommunikation ist jedoch nur möglich, wenn sich der Betroffene bei seinem Gegenüber geborgen fühlen kann. Dieses Gefühl können vor allem andere Überlebende geben: sie haben das gleiche oder ein ähnliches traumatisches Erlebnis hinter sich und sind deshalb verständnisvollere und geduldigere Zuhörer als Außenstehende. Selbsthilfe- und Psychotherapiegruppen eignen sich besonders, um Beziehungen zu anderen Überlebenden aufzubauen.

Auch die Familie und der Freundeskreis können bei der Verarbeitung des Traumas unterstützen, bestehen zu ihnen doch besonders vertrauensvolle Beziehungen. Viele Experten empfehlen deshalb die aktive Teilnahme von Mitgliedern dieser sozialen Systeme am Genesungsprozeß des Betroffenen, sei es im Rahmen einer Familientherapie oder Selbsthilfe-Gruppe oder etwa dadurch, daß sie sich über die Erfahrungen von Trauma-Überlebenden informieren, um bessere Unterstützung anbieten zu können.

Überlebenden, die sehr stark von einem Traumaerlebnis erschüttert wurden, kann es überaus schwerfallen, vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen. Manchmal finden sie erst in einer Gruppen- oder Einzeltherapie den Grad an Sicherheit, der nötig ist, um sich auf solche zwischenmenschlichen Kontakte einlassen zu können.

Gesellschaftliche Aspekte

Das Hauptmerkmal eines erfolgreichen Heilungsprozesses ist die Rückkehr des Überlebenden in die Gesellschaft. Er findet wieder einen sinnvollen Platz in der Gemeinschaft, integriert sich in sie z.B. durch Arbeit, Mitgliedschaft in Vereinen, Teilnahme an Freizeitaktivitäten. Der Prozeß der Verarbeitung eines traumatischen Erlebnisses kann in den meisten Fällen zwar nie ganz abgeschlossen werden. Es kann den Betroffenen jedoch gelingen, ihr Dasein erträglich und einigermaßen befriedigend zu gestalten. Ihre Traumaerfahrungen sind dabei eher förderlich denn hinderlich.

Bei der Reintegration in die Gesellschaft und der Gestaltung des neuen Lebens spielen die Traumaerfahrungen oftmals eine wichtige Rolle. Viele Überlebende treten damit an die Öffentlichkeit und engagieren sich, z.B. vergewaltigte und mißhandelte Frauen, die für Frauen mit gleichen Erfahrungen Beratung anbieten, ehemalige KZ-Häftlinge, die in Schulen über den Holocaust berichten, oder Erdbebenüberlebende, die sich für die Entwicklung neuer Nothilfemaßnahmen einsetzen. Indem das Traumaerlebnis für humanitäre Anliegen instrumentalisiert wird, der Überlebende das Unsagbare zugunsten seiner Mitwelt verbalisiert, trägt er zugleich zur Bewältigung seines Traumas bei und schafft sich eine Basis für ein neues Leben in der Gesellschaft.

AIDS UND DIE SCHWULENSZENEN

Inwieweit läßt sich die AIDS-Erfahrung schwuler Männer mit den außerordentlich belastenden Umständen vergleichen, die zu Traumareaktionen führen? Ist es angemessen, bei AIDS von einer trauma-erzeugenden Katastrophe zu sprechen oder ist dieses zum jetzigen Zeitpunkt übertrieben?

Unbestritten ist, daß eine schwere Krankheit bei den Erkrankten Traumareaktionen auslösen kann. Unbestritten ist ebenso, daß AIDS zu den schweren Krankheiten unserer Zeit gehört. Es gibt aber auch immer mehr Belege dafür, daß die Epidemie in den mehr als zehn Jahren, die seit dem ersten diagnostizierten AIDS-Fall vergangen sind, bei den Schwulen außerordentliche Belastungen verursacht hat.

Allein schon die epidemiologischen Zahlen¹ lassen auf außergewöhnliche Verhältnisse im Leben vieler deutscher und US-amerikanischer Schwuler schließen. In der US-amerikanischen Schwulen-Community findet man in den Zentren der AIDS-Epidemie Infektionsraten von 30-50% (Kayal 1993; Martin und Dean 1993). Auch in Deutschland ist der Prozentsatz der HIV-positiv getesteten Schwulen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung überdurchschnittlich hoch: er beträgt ca. 10% (ca. 12% in West-Berlin) (Dannecker 1990; Bochow 1994). Noch wesentlich höher ist der Prozentsatz der Schwulen mit infizierten Freunden und Bekannten. Er beträgt 49% in Ostdeutschland und 71% in Westdeutschland (Bochow 1994). Und ca. 50% der deutschen Schwulen kennen jemanden, der an AIDS gestorbenen ist (Dannecker 1990). Wie bereits erwähnt, kann es auch bei den Bekannten von unmittelbar Betroffenen zu problematischen Reaktionen kommen.

Trauer

Trauer ist die selbstverständlichste Reaktion auf eine solche Häufung von Erkrankungs- und Todesfällen in einer relativ geschlossenen Bevölkerungsgruppe. In den USA haben mehrere Forscher die Besonderheiten bei vielen Schwulen, die an AIDS Verstorbene betrauern, beschrieben. Das auffälligste Merkmal

¹ Die hier berichteten epidemiologischen Daten sind Durchschnittswerte für schwule Männer in den beiden Ländern. In Deutschland wie auch in den USA sind die Infektionsraten in den Epizentren von HIV und AIDS wesentlich höher als in ländlichen Regionen (einschl. Städte mit unter 100.000 Einwohnern). In der Bundesrepublik werden die folgenden Städte zu den Epizentren von HIV/AIDS gezählt: Berlin (Westteil, ehem. West-Berlin), München, Frankfurt, Köln, Hamburg. In diesen Zentren sind viele schwule Männer direkt oder indirekt von HIV/AIDS betroffen.

dieser Trauer ist ihre Heimlichkeit. Die Schwulenfeindlichkeit in der Gesellschaft erschwert es vielen Partnern und Freunden der Verstorbenen, ihre Trauer öffentlich zu machen. Heterosexuelle Witwer und Familienmitglieder erhalten von der Gesellschaft Unterstützung, z.B. durch kirchliche Rituale, Trauerfeier, Freistellung von der Arbeit, Beileidsbekundungen von Arbeitskollegen und Bekannten, Auszahlung der Lebensversicherung. Vielen Lebensgefährten von Schwulen und ihren engsten Freunden hingegen wird diese Art der Unterstützung kaum zuteil. Es kommt sogar vor, daß die Familie des an AIDS Verstorbenen seinen Partner und seinen Freundeskreis von der Trauerfeier und der Beerdigung ausschließen. Enge Vertraute eines Verstorbenen, denen der Zugang zu den kulturell üblichen Trauer Ritualen verwehrt wird, haben kaum eine Chance, ihren Verlust zu bewältigen.

Am häufigsten übergangen werden die haupt- und ehrenamtlichen Helfer, darunter viele Schwule, die den Verstorbenen in den kritischen Phasen seiner Erkrankung begleiteten. Gerade denjenigen Schwulen, die tagtäglich mit den Folgen von AIDS konfrontiert werden, wird nur wenig Gelegenheit zu trauern gegeben: zum einen, weil sie nicht zum „inneren Kreis“ der Hinterbliebenen gezählt werden, zum anderen, weil ihre Rolle als AIDS-Fachkraft das Trauern behindern kann (Sklar 1992; Doka 1989; Pine 1989; Fuller u.a. 1989; Dick 1989; Hays und Tobey 1990).

Neben ihrer Heimlichkeit weist das Trauererlebnis bei Schwulen noch weitere Merkmale auf. Der Umstand, daß Homosexualität und AIDS gesellschaftlich stigmatisiert sind, kann starke Schuldgefühle verursachen, die noch schwerer bewältigbar sind als die Schuld des Überlebens. Auch das gehäufte Sterben an AIDS ist ein Faktor, der den Trauerprozeß noch schwieriger macht. Der Schwule, dessen Freund stirbt, erlebt diesen Tod im Wissen um die HIV-Infektion anderer Freunde und in der Furcht vor deren möglichem Tod in den kommenden Jahren. Diese Kette von Erkrankungen und Todesfällen erlaubt es nicht, jedes einzelne Trauererlebnis abschließend zu verarbeiten.

Die Trauer bei AIDS bedeutet immer auch die Trauer um eine Lebensweise, die im wahrsten Sinne des Wortes auszusterben droht. Die sexuelle Freiheit und Aufgeschlossenheit, Kennzeichen der früheren Jahre der Schwulenbewegung in den westlichen Ländern, hat neue Ängste, Hemmungen und Unsicherheit zeitigt. Die Trauer um den Verlust der Identität als Schwuler ist existenzieller Art; sie verstärkt und verkompliziert die Trauer um das Sterben eines Geliebten (Schwartzberg 1992; Klein und Fletcher 1986; Rofes 1996; Danneker 1992; Hays und Tobey 1990).

In der Psychotherapie beobachtete Merkmale

Die Auswirkungen der AIDS-Krise auf die Schwulenszenen treten auch im Rahmen psychotherapeutischer Behandlungen zutage, z.B.

- in verstärkter Angst vor Diskriminierung
- in der Vermeidung sexueller Kontakte mit anderen Männern
- in der Angst vor der Wahrnehmung sexueller Bedürfnisse

- im Verzicht auf homosexuelles Erfahrungslernen
 - in der Neubetonung langdauernder monogamer Intimbeziehungen
 - in Todesängsten sogar bei jüngeren Männern einschließlich phobischer und psychosomatischer Reaktionen
 - in der Angst vor dem HIV-Antikörpertest
 - in der Trauer um das Sterben von Freunden
 - in gestörten Partnerschaften aufgrund des HIV-Status eines oder beider Partner
 - in Streß aufgrund der Pflege von AIDS-Kranken
 - in verschiedenen Formen von Schuldgefühlen
- (Barrows und Halgin 1988; Vogel 1994; Odets 1993)

Die in der Psychotherapie beobachtete Abwehr sexueller Bedürfnisse wird von mehreren Forschern bestätigt. Die deutlichsten Belege hierfür liefert die Studie von Dannecker (1990): 57,3% der Schwulen berichteten von Einschränkungen oder Veränderungen des Sexualverhaltens aufgrund von AIDS und 47,6% von emotionalen oder affektiven Reaktionen auf AIDS. Ähnliche Tendenzen sind auch in den Beobachtungen anderer Autoren zu finden (Davidson 1991; Viney u.a. 1992; Odets 1993; Rofes 1996).

Schuldgefühle

Wie es scheint, verbreitet sich in den Schwulenszenen ebenso eine Art *Überlebensschuld* (survivor guilt) als Reaktion auf die in der AIDS-Krise gemachten Erfahrungen. Diese Schuld wird aus verschiedenen Quellen gespeist:

- man glaubt, nicht genug für den Verstorbenen getan zu haben
- man hat als Nichtinfizierter oder symptomloser HIV-Positiver mehrere Freunde überlebt
- man hat die Safer-Sex-Regeln mißachtet und (heimlich) Unsafe Sex praktiziert
- man hat sich als Infizierter „falsch“ verhalten und so den Ausbruch der Krankheit provoziert
- man hat als AIDS-Hilfe-Mitarbeiter das „Betroffenheitsdogma“ mißachtet, wonach jeder Helfer den Tod eines jeden Klienten gleich intensiv zu betrauern hat (Survivor-Guilt-Seminar 1993)
- man glaubt, den Partner oder andere unwissentlich angesteckt zu haben
- man hat als Homosexueller von der Gesellschaft Schuld zugewiesen bekommen

Die Ursachen der Schuld sind scheinbar zahllos. Die Existenz von Schuldgefühlen unter Schwulen ist jedoch unbestritten (Hakert 1994; Vogel 1994; Odets 1993; Rofes 1996; Survivor-Guilt-Seminar 1993).

Zwei Untersuchungen zu den Auswirkungen von AIDS

Es gibt zwei Untersuchungen, die sich explizit mit den Auswirkungen von AIDS auf die Schwulenszenen befaßten. Ihre Ergebnisse bestätigen und präzisieren die obengenannten Beobachtungen.

Die kleinere der beiden Studien bezieht sich auf ein Sample in Sydney und Melbourne/Australien (Viney u.a. 1992). Untersucht wurde, wie sich die gehäuften AIDS-Todesfälle unter Schwulen auf die Mitglieder der Schwulenszenen auswirken. Die Ergebnisse weisen darauf hin, daß diejenigen Männer, welche die meisten Tode miterlebten, stärkere Angst (Todesangst, Angst vor körperlichen Beeinträchtigungen und Trennungsangst) und Wut empfinden. Interessanterweise wurden bei den Männern, die über geringere Erfahrungen mit dem Sterben von Bekannten verfügen, ein höheres Maß an Depressionen und Schuldgefühlen festgestellt.

Die zweite Untersuchung, eine in New York durchgeführte Langzeitstudie, erbrachte aufgrund ihres sorgfältigen Designs und des repräsentativen Samples besonders aussagekräftige Daten (Martin 1988; Martin u.a. 1989, 1993; Lennon u.a. 1990). Das Forschungsteam interviewte ab 1985 jährlich 745 schwule Probanden aus New York mit Hilfe eines umfassenden Erhebungsinstruments. Mit ihren retrospektiven Daten, die ebenso während der Erhebung gesammelt wurden, liefert die Studie Informationen über diese Stichprobe für den Zeitraum 1980 bis 1991. Die über Jahre gesammelten Daten, die Charakteristika des Samples und die detaillierten Fragen des Erhebungsinstruments liefern ein besonders genaues Bild von der Situation der New Yorker Schwulen. Das Erhebungsinstrument wurde jahrelang getestet und präzisiert, um möglichst realitätsgetreue Ergebnisse zu erhalten. Der Fragebogen bestand aus strukturierten und offenen Fragen zu AIDS und seinen Auswirkungen auf das Leben der Probanden.

Folgende Hauptvariablen wurden über Jahre in verschiedenen Konstellationen und mittels verschiedener statistischer Methoden getestet:

- demographische Merkmale: Alter, ethnische Herkunft, Ausbildung, Aufenthaltsdauer in New York, Wohnort (in oder außerhalb Manhattans), Partnerschaft, Beruf, Religionszugehörigkeit
- Sexualverhalten
- HIV-Status/AIDS-Symptome
- Einschätzung der Gefahr, selbst an AIDS zu erkranken
- Anzahl der Trauerepisoden aufgrund von an AIDS verstorbenen Bekannten
- Traumareaktionen (PTSD)
- Lethargie/apathische Mutlosigkeit/Antriebsarmut
- Schlafstörungen
- Alkohol- oder Drogenprobleme
- Alkohol- und Drogenkonsum
- Anzahl der Arztbesuche
- Anzahl der psychotherapeutischen Beratungen
- Depressionen
- Suizidgedanken

- Unterstützung im sozialen Umfeld
- Beziehung zu AIDS-Kranken (z.B. Pflegekraft, Partner, Freund)

Die Datenanalyse ergab, daß es unter schwulen Männern erhebliche Reaktionen auf AIDS gibt:

- Die Trauer um den Tod eines Freundes oder Partners führt zu schweren psychischen Störungen mit Depressionen, Suizidgedanken, Schlafstörungen, Lethargie/apathischer Mutlosigkeit/Antriebsarmut und Post-Trauma-Streß-Reaktionen.
- Die Trauerepisoden gehen mit zunehmendem Drogengebrauch einher; es entwickeln sich jedoch keine Drogenprobleme.
- Der allgemeine Gesundheitszustand der noch lebenden Studienteilnehmer verbesserte sich im Laufe der Jahre, wie folgende Skala zeigt:
 - Reduzierung des Alkohol- und Drogenkonsums
 - geringere Alkohol- und Drogenprobleme
 - weniger Schlafstörungen, depressive Symptome, Lethargie/apathische Mutlosigkeit/Antriebsarmut und Suizidgedanken
- Dauerhafte psychische Auswirkungen sind lediglich einige PTSD-Merkmale (vor allem Vermeidung des Bewußtwerdens negativer Gedanken und Emotionen).
- Die Zahl sexueller Kontakte nahm ab, und die Zahl der Safer Sex praktizierenden Männer nahm im Laufe der Jahre zu.
- Schwule Männer in Partnerschaften praktizieren Analverkehr ohne Kondom häufiger als Schwule ohne Partner.
- Trauer und ein positiver HIV-Status verursachen PTSD-Merkmale und zunehmenden Drogengebrauch.
- Manche Daten weisen die Trauer als Ursache für Unsafe Sex aus (Martin 1989), andere hingegen widersprechen dieser Hypothese (Martin u.a. 1989).
- Trauerreaktionen sind bei denjenigen Betroffenen stärker, die Verstorbene gepflegt hatten.
- Unterstützung von Freunden und Familienmitgliedern mildert die Trauerreaktionen. Unterstützung muß nicht nur vorhanden sein, sondern zugleich als hilfreich empfunden werden, um wirksam zu sein.
- Partner, Freundeskreise und Ehrenamtliche spielen bei der Pflege von AIDS-Kranken eine wichtigere Rolle als professionelle Helfer und Familienangehörige. Die Gefahr problematischer Trauerreaktionen ist bei ihnen deshalb besonders groß.
- Die psychischen Auswirkungen des Sterbens von Bekannten mildern sich im Laufe der Zeit; die Fähigkeit, neue Verluste ohne problematische Reaktionen zu akzeptieren, scheint sich zu verstärken. Diese Tendenz ist stärker bei den HIV-negativen als bei den HIV-positiven Schwulen, bei denen die Trauerreaktionen wesentlich problematischer sind.

Aus dem bisher Ausgeführten wird deutlich, daß das Auftreten von AIDS in den Schwulenszenen ein Traumaereignis darstellt, dessen Auswirkungen mit den traumatischen Erfahrungen vergleichbar sind, die in der Literatur zum Survivor-Syndrom und dem Post-Trauma-Streß-Syndrom beschrieben sind. Vor allem die Ergebnisse der New Yorker Studie geben Aufschluß über die Auswirkungen dieses Ereignisses und die Frage, durch welche Faktoren sie beeinflußt werden.

DAS AIDS-SURVIVOR-SYNDROM BEI SCHWULEN MÄNNERN

In diesem Kapitel fassen wir die Ergebnisse zusammen, die wir bei der Analyse des Wissensstandes über Trauma, Traumareaktionen und die Auswirkungen von AIDS auf schwule Männer erhalten haben. Wir verwenden hierbei den Begriff „AIDS-Survivor-Syndrom“, der alle obengenannten Aspekte umfassen soll.

Meine Hypothese ist, daß es bei schwulen Männern ein durch die Reaktionen auf das Trauma AIDS geprägtes Phänomen gibt. Dieses kann als „Syndrom“ bezeichnet werden, das aus einem spezifischen, meßbaren Merkmalkomplex besteht. Wir haben den Begriff „Syndrom“ gewählt, um die Erfahrungen von Betroffenen so konkret wie möglich definieren und dabei die einschlägige Literatur verwenden zu können. Der Begriff ist jedoch nur begrenzt anwendbar, da „Syndrom“ nicht alle existentiellen und spirituellen Dimensionen der AIDS-Krise in den Schwulenszenen einschließt. Ein Begriff, mit dem sich eine solche Situation besser beschreiben ließe, ist nicht verfügbar, zumindest nicht in der Sprache der Wissenschaft.

Wir befassen uns mit einem Survivor-Syndrom, das nicht aus der Holocaust-Perspektive zu verstehen ist, sondern eine Form des Post-Trauma-Streß-Syndroms darstellt, worunter sich verschiedene Erfahrungen von Trauma-Überlebenden subsumieren lassen. Das Trauma ist AIDS, und die Betroffenen sind Überlebende dieser sich individuell wie auch kollektiv auswirkenden Krankheit. Wir wählen den Begriff „Überleben“ nicht nur aus Gründen der Anpassung an die einschlägige Literatur, sondern auch, weil dieses Wort den Erfahrungen der Betroffenen am besten entspricht. Es geht um diejenigen Schwulen, die in den Zeiten von AIDS (noch) leben, und darum, wie schwierig es angesichts dieser Erfahrung ist, ein sinnvolles Leben zu gestalten und weiterzuführen. Der Begriff „Überleben“ beinhaltet zugleich mehrere metaphorische Aspekte, die über seine psychosozialen Komponenten hinaus auf die komplizierte und vielschichtige Natur des Erlebnisses verweisen. Diese Aspekte beziehen sich nicht nur auf die Symbole und Erfahrungen ehemaliger KZ-Häftlinge, sondern lassen sich erweitern, um auch den Lebensbedingungen von Schwulen in den Zeiten von AIDS zu entsprechen. Den Begriff „Survivor-Syndrom“ ergänzen wir durch „AIDS“, um die Erfahrungen der AIDS-Betroffenen von den Erfahrungen anderer Trauma-Überlebenden abzugrenzen.

Das AIDS-Survivor-Syndrom umfaßt die bereits genannten Merkmale des PTSD (siehe hierzu S. 15 f.). Darüber hinaus können bei den Betroffenen weitere Merkmale auftreten:

- komplexe Trauerreaktionen aufgrund des Todes mehrerer bekannter Menschen; diese Reaktionen können sich z.B. in Depressionen, Suizidgedanken oder Drogengebrauch äußern und verweisen auf unzureichende Unterstützung sowie mangelnde gesellschaftliche Anerkennung

- sehr starke Reaktionen bei den Männern, die engen Kontakt zum Verstorbenen hatten, vor allem als Pflegende
- Überlebensschuld (survivor guilt; zu ihren Ursachen siehe S. 12 ff.)
- verstärkte Angst vor dem Tod, vor Diskriminierung, vor der eigenen Sexualität und vor sexuellen Kontakten mit anderen Männern
- stark verinnerlichte Schwulenfeindlichkeit, die sich in reduziertem Selbstbewusstsein und geringerer Offenheit in Bezug auf die eigene Homosexualität äußert
- gestörtes Sexualeben, gekennzeichnet durch Unbefriedigtsein, Angst, Schuldgefühle und unerwünschtes Verhalten
- stärkere Tendenz, höhere Infektionsrisiken einzugehen
- heftigere negative Reaktionen bei HIV-Positiven
- stärkste Merkmale bei den Männern, die sich von ihrem sozialen Umfeld unzureichend unterstützt fühlen
- soziale Isolierung
- kein Interesse an Gesprächen über die traumatischen Erfahrungen, auch nicht mit vertrauten Personen

Bei Schwulen, die keine Merkmale eines AIDS-Survivor-Syndroms entwickeln, können folgende andere Merkmale erwartet werden:

- starke Identifizierung mit Gruppen, die enge Kontakte zu anderen Überlebenden haben (z.B. Selbsthilfegruppen, Schwulenvereine, AIDS-Hilfen)
- Unterstützung durch Freunde, die der Überlebende als hilfreich empfindet
- offener Umgang mit eigenen Erfahrungen, vor allem die Bereitschaft, mit engen Freunden über die traumatischen Erlebnisse zu sprechen
- wirkungsvolle Strategien zur langfristigen Bewältigung des Todes mehrerer Freunde (z.B. Überzeugungen spiritueller oder philosophischer Art, Rituale, Gespräche mit Freunden)
- ein zukunftsorientiertes Leben mit kurz- und langfristigen Zielen
- Integrierung des Trauma-Erlebnisses in das eigene Leben durch Aktivitäten, die entsprechende Erkenntnisse und Fähigkeiten voraussetzen (z.B. ehrenamtliche Arbeit, politisches Engagement)
- Abgrenzung gegenüber dem Thema AIDS, Menschen mit AIDS und bestimmten Aufgaben in schwierigen Zeiten (z.B. Verzicht auf Pfllegetätigkeit kurz nach dem Tod eines Freundes, Verzicht eines hauptamtlich in der AIDS-Arbeit Tätigen auf AIDS-bezogenes Engagement in der Freizeit)

Die in diesem Kapitel dargelegte Definition des AIDS-Survivor-Syndroms dient als Leithypothese für meine Untersuchung der Auswirkungen von AIDS auf deutsche Schwule.

ZUR ERFORSCHUNG DES AIDS-SURVIVOR-SYNDROMS UNTER SCHWULEN MÄNNERN IN DEUTSCHLAND

Entwicklung des Instruments

Durch die umfassende Literaturrecherche bot es sich an, eine in Deutschland geplante Studie zum AIDS-Survivor-Syndrom auf dem bereits von anderen Forschern Geleisteten aufzubauen. Das ermöglicht nicht nur eine kostengünstige Durchführung der ersten Untersuchungsphase, sondern erlaubt zugleich einen internationalen Vergleich – eine in der wissenschaftlichen Arbeit sich selten bietende Gelegenheit.

Das New Yorker Forschungsteam um Martin und Dean (Martin 1988; Martin u.a. 1989, 1993) entwickelte im Laufe mehrerer Jahre ein bewährtes Erhebungsinstrument, das im wesentlichen meiner Hypothese eines AIDS-Survivor-Syndroms entspricht und sich deshalb in meiner Studie anwenden ließ. Weitere, über meine Hypothese hinausgehende Fragen zu den allgemeinen Auswirkungen von AIDS auf das Leben schwuler Männer sind geeignet, die Diskussion zum Survivor-Syndrom zu bereichern.

In der ersten Phase des Forschungsprojekts galt es zu prüfen, inwieweit das New Yorker Erhebungsinstrument in Deutschland anwendbar war. Folgende Kriterien wurden geprüft:

- Sprechen die Fragen alle wesentlichen Erfahrungen von deutschen Schwulen an?
- Können mit dem Fragebogen genügend qualitative Daten erfaßt werden?
- Entspricht die Formulierung der Fragen den kulturellen und sprachlichen Spezifika der Probanden?
- Lassen sich mit dem Fragebogen genügend Informationen einholen, um die Merkmale eines AIDS-Survivor-Syndroms feststellen zu können?

Zunächst wurde der über 140 Seiten umfassende New Yorker Fragebogen ins Deutsche übersetzt. Diese Fassung wurde von einer Gruppe deutscher AIDS-Experten auf ihre Anwendbarkeit überprüft. Der nächste Schritt bestand in der Durchführung eines Pretests bei 5 schwulen Männern aus Berlin und einer Kleinstadt. Es handelte sich hierbei um unmittelbar von AIDS betroffene Männer (HIV-Positive, gute Freunde oder Partner von an AIDS gestorbenen Schwulen). Eine solche Gruppe wurde ausgewählt, um alle Teile des Fragebogens testen zu können. Die Ergebnisse dieser Interviews wie auch das Erhebungsinstrument selbst wurden anschließend mit deutschen Forschern und DAH-Mitarbeitern besprochen. Dabei konnte festgestellt werden, daß sich das Untersuchungsverfahren und der Fragebogen im deutschen Pretest im allgemeinen be-

währt hatten. Es gab jedoch einige Kritikpunkte, die wir unter folgenden Stichpunkten erörtern:

„Schwulen-Community“

Ein Teil des Originalfragebogens bezieht sich auf die sogenannte Schwulen-Community. Hier werden die Probanden zu ihrem Verhältnis zur „Community“ und zu den Auswirkungen von AIDS auf diese befragt. Die Anwendung dieses Begriffs ist in Deutschland jedoch problematisch. „Schwulen-Community“ (engl. „gay community“) ist die allgemein gebräuchliche Bezeichnung für die Gruppe der Schwulen in der US-amerikanischen Gesellschaft. Er signalisiert Minderheitenbewußtsein und -identität der US-amerikanischen Schwulen und stammt aus der Bürgerrechtsbewegung, von der die Schwulenbewegung in den USA stark geprägt wurde.

In Deutschland gibt es zwar eine Schwulenbewegung, aber ihre Ansätze unterscheiden sich von denen der US-amerikanischen, weil ihr historischer Hintergrund ein anderer ist. Aus diesem Grunde fühlen sich schwule Männer meist nicht als Mitglieder einer „Schwulen-Gemeinde“ oder Minderheitengruppe. Um das Erhebungsinstrument an die hiesige Situation anzupassen, wurden die entsprechenden Passagen durch „schwules Leben“, „Schwulenszenen“ oder einfach nur „Schwule“ ersetzt. Im Hinblick auf ein vermutetes kollektives Trauma bei deutschen Schwulen ist es jedenfalls sinnvoll, zwischen kollektiven und individuellen Reaktionen zu unterscheiden.

„Lover“

Ein Problem für die Forschung besteht in der Definition einer festen Beziehung. Der Originalfragebogen bietet hierfür eine probate Lösung: er fragt danach, was die Partner füreinander empfinden und nach der Dauer der Partnerschaft, um feste Beziehungen von anderen zu unterscheiden. Der Stolperstein für die deutschen Probanden war jedoch der Begriff „Lover“ oder „Lover-Beziehung“, der im Originalfragebogen wiederholt auftaucht. Obwohl mittlerweile auch hierzulande populär, wissen die meisten nicht, daß damit sexuelle Beziehungen aller Art bezeichnet werden können. Deshalb mußten die entsprechenden Fragen so formuliert werden, daß die „feste Beziehung“ eindeutig wurde. Verwendet wurden die Begriffe „Partner“ oder „Lebensgefährte“, und an manchen Stellen wurden nähere Erläuterungen gegeben, um die Frage sinngemäß erfassen zu können.

Sexualverhalten

Ein Schwerpunkt des Originalfragebogens zielt auf das Sexualverhalten der Probanden, was bei einer Untersuchung zum Thema AIDS auch sinnvoll ist. In diesem Komplex wird jedoch sehr detailliert danach gefragt, wo man Sex hatte

und welche Praktiken ausgeübt wurden. Nach Auskunft des Forschungsteams stammen diese Fragen aus den frühen Jahren der AIDS-Epidemie, als das Sexualverhalten schwuler Männer noch Terra incognita war. Mit diesen Fragen wollte man soviel wie möglich über die Sexpraktiken der Schwulen erfahren, um die Übertragungswege genau erforschen zu können.

In den letzten zehn Jahren wurden in Deutschland wie auch in den USA mehrere Untersuchungen zum Sexualverhalten schwuler Männer durchgeführt. Von den deutschen Studien sind die von Dannecker und Bochow besonders hervorzuheben. Die auf die frühen Jahre der Epidemie zielenden Fragen wurden deshalb durch Fragen der Bochow- und Dannecker-Studien ersetzt, um das Datenmaterial mit dem anderer deutscher Untersuchungen vergleichen zu können.

Informationen zum Krankheitsbild

Das New Yorker Erhebungsinstrument umfaßt mehrere Komplexe zum Thema HIV/AIDS und Gesundheitszustand. Gefragt wird nicht nur nach HIV-Status oder AIDS-Diagnose, sondern auch nach HIV-Symptomen und Therapien. Darüber hinaus enthält der Originalfragebogen Fragen zu ARC und anderen Symptomenkomplexen, die inzwischen aus der Fachsprache verschwunden sind.

Diese Fragen beziehen sich auf die frühen Jahre der Epidemie, als es aufgrund des Wissensmangels unerlässlich war, möglichst viele Informationen über den Gesundheitszustand der Probanden zu erhalten. Damals gab es viele ungetestete Männer sowie Männer, die krank wurden, ohne die Ursache hierfür zu kennen. Mit diesem Teil des Fragebogens beabsichtigte man außerdem, das Bewußtsein für Gesundheitsrisiken zu fördern.

In den letzten Jahren ist das Wissen zu HIV/AIDS erheblich angewachsen, und inzwischen lassen sich viele Schwule testen. Deshalb wurde beschlossen, diesen Teil des Fragebogens zu kürzen. Nur noch die wichtigsten Fragen zum Gesundheitszustand sollten gestellt werden, um die Reaktionen in den verschiedenen Krankheitsstadien miteinander vergleichen zu können.

Zugang zu Behandlungen

Wegen der Defizite im US-amerikanischen Gesundheitswesen ist der Zugang zu medizinischen Behandlungsmöglichkeiten ein großes Problem. Einige Fragen des New Yorker Erhebungsinstruments zielen auf Teilnehmer, die entweder nicht versichert oder unterversichert sind. Weil in Deutschland jeder krankenversichert sein muß und der Zugang zu Therapien weitgehend gewährleistet ist, wurden die entsprechenden Fragen ersatzlos gestrichen.

Umstrukturierung des Interviews zwecks Verkürzung der Interviewzeit

Die New Yorker Studie ist eine 1985 gestartete Langzeitstudie. Ein Problem bei solchen Untersuchungen ist, daß man das Erhebungsinstrument eher um weite-

re Fragen ergänzt, statt Fragen zu verändern. Um die Daten mehrerer Jahre vergleichbar zu halten, müssen die Fragen möglichst identisch sein. Auf diese Weise entsteht ein Erhebungsinstrument, in dem sich einige Themen wiederholen, wodurch die Interviewzeit immer länger wird.

Damit der Originalfragebogen den Zwecken meiner Studie besser entsprechen kann, wurde er umstrukturiert. Wiederholungsfragen wurden gestrichen, alle Fragen zu einem bestimmten Thema in Gruppen zusammengefaßt und die einzelnen Komplexe des Fragebogens umverteilt, um das Interviewverfahren zu beschleunigen. Interviews mit dem Originalfragebogen dauerten drei bis vier Stunden. Die neue Version hingegen ermöglichte es, zweistündige Interviews durchzuführen. Durch die Umstrukturierung erhielten wir einen kompakteren und übersichtlicheren Fragebogen.

Offene Fragen

Die offenen Fragen des Originalfragebogens waren zum Teil zu allgemein gehalten und sprachen einige wichtige Aspekte nicht direkt an. Er wurde deshalb um zwei weitere offene Fragen ergänzt: „Welches sind die drei wichtigsten Dinge, die Ihnen bei der Bewältigung von HIV/AIDS helfen?“ und „Was könnte Ihre AIDS-Hilfe tun, um Ihre Bedürfnisse, was HIV/AIDS anbelangt, besser zu befriedigen?“ Durch diese Fragen erhalten wir wichtige Daten zu den konkreten Bedürfnissen der Probanden, die gemeinsam mit anderen Daten zur Formulierung von Empfehlungen an die AIDS-Hilfen verwendet werden können.

Gestaltung der Fragebögen

Bestimmte Teile des Erhebungsinstruments werden in persönlichen Interviews abgefragt, für die anderen sind Fragebögen vorgesehen, die der Proband während des Interviews ausfüllt. Einige dieser Fragebögen mußten verändert werden, nachdem bemerkt worden war, daß mehrere Probanden Probleme mit der Beantwortung einzelner Fragen hatten. Die Fragebögen sind zwar nicht identisch, ähneln sich jedoch soweit, daß die Antworten miteinander vergleichbar sind. Diese Änderung spart Zeit und senkt die Fehlerquote beim Ausfüllen.

Ehrlichkeit der Probanden in puncto Sexualverhalten

In der sexualwissenschaftlichen Literatur wird das Thema „Ehrlichkeit der Probanden“ rege diskutiert. Beim Pretest zur vorliegenden Studie beobachtete der Interviewer, daß es den Männern schwerer fiel, Fragen zur Sexualität im Rahmen von Interviews zu beantworten als auf Fragebögen. Außerdem ist davon auszugehen, daß die auf Fragebögen gegebenen Antworten wahrscheinlich ehrlicher sind, weil sie der Interviewer erst bei der Auswertung erfährt. Aufgrund dessen wurden alle Fragen zum Sexualverhalten auf Fragebögen gestellt. Das New Yorker Forschungsteam hatte bei der Auswertung des Originalfragebogens eine ho-

he bis mäßige Reliabilität der Antworten zum Sexualverhalten festgestellt (Dean, Summary of Measures).

Zusammenfassung

Der Fragebogen von Martin u.a. ist für die Untersuchung eines AIDS-Survivor-Syndroms bei schwulen Männern in Deutschland grundsätzlich geeignet. Das Erhebungsinstrument mußte jedoch auf die hiesige Situation zugeschnitten werden. Nach Vornahme der obengenannten Änderungen konnte die bundesweite Stichprobe durchgeführt werden.

Das Sample

Aus Zeit- und Kostengründen wurde die Stichprobe auf 65 Männer beschränkt. Diese wurden über AIDS-Hilfen und Schwulengruppen rekrutiert. Alle AIDS-Hilfen erhielten eine Studienbeschreibung. Anschließend wurde in Telefonaten mit ausgewählten AIDS-Hilfen je eine Kontaktperson vor Ort ausfindig gemacht und gebeten, 5 bis 7 Studienteilnehmer zu rekrutieren. Jede Probandengruppe sollte die schwule Vielfalt vor Ort repräsentieren (Männer, die der Schwulenszene angehören/nicht angehören; jüngere und ältere, HIV-positive und HIV-negative Männer; Männer innerhalb und außerhalb von AIDS-Hilfe, Deutsche und Migranten usw.). Um gehörlose Schwule, in ländlichen Gebieten lebende und ausländische Schwule besser erreichen zu können, wurden entsprechende Vereine kontaktiert. Zum Interviewzeitpunkt mußten sich alle Probanden als schwul begreifen.

Die Kontaktpersonen und der Interviewer beobachteten, daß mehrere Männer sich nicht als Probanden zur Verfügung stellen wollten. Sie empfanden das Thema als problematisch und die Interviewdauer als zu lange. Einige andere Männer, denen der Fragebogen als zu anstrengend erschien, waren wiederum nicht bereit, ihre Freunde zur Teilnahme anzuregen. Hier konnte also die „Schneeballmethode“ nicht greifen. Zu fragen ist, inwieweit sich dieses Sample von den Schwulen unterscheidet, die sich nicht befragen lassen wollten. Dieser Aspekt wird bei der Interpretation der Daten aufgegriffen.

Das Interview

Nach Absprache mit den Kontaktpersonen suchte der Interviewer die als Teilnehmer gemeldeten Männer an ihrem Wohnort auf. Etwa die Hälfte der Interviews wurde zu Hause durchgeführt, die andere Hälfte in der Organisation, der die Kontaktperson angehört. Einige wenige Interviews fanden an anderen Orten statt, z.B. in der Wohnung der Kontaktperson, wenn in der Organisation kein Raum verfügbar war. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug knapp zwei Stunden (119 Minuten).

Sozialdemographische Daten²

Das Durchschnittsalter der Teilnehmer ist 32,4 Jahre (Median 31, Modus 32) (s. *Tabelle 1*).

Zum Familienstand gab die Mehrheit „nie verheiratet“ (84,8%) oder „ledig“ (6,1%) an. 4,6% sind geschieden, 3,0% sind verheiratet, 1,5% verwitwet.

26,2% der Teilnehmer leben in Bayern, 24,6% in Nordrhein-Westfalen, 18,5% in Berlin, 12,3% in Mecklenburg-Vorpommern, 7,7% in Hessen, 4,6% in Niedersachsen, 4,6% in Sachsen, 1,5% in Brandenburg (s. *Tabelle 2*). Über die Hälfte der Teilnehmer (64,6%) lebt in Städten mit 500.000 oder mehr Einwohnern (s. *Tabelle 3*).

Die meisten Probanden (58,7%) verfügen über ein Nettoeinkommen von DM 1.000 bis 3.000 (s. *Tabelle 4*).

In der Strichprobe sind mehrere Berufsgruppen vertreten, insbesondere Angestellte/leitende Angestellte (32,3%), Schüler/Studenten/Auszubildende (24,6%) und Facharbeiter/Meister (13,8%) (s. *Tabelle 5*).

Der Bildungsabschluß der Männer spiegelt sich in ihren Berufen wider: Abitur haben 27,7%, Mittlere Reife 26,2%, Universität 26,0% und Fachschule 10,8%; andere Angaben 9,3% (s. *Tabelle 6*).

Der Versuch, gehörlose und ausländische Schwule zu rekrutieren, erbrachte folgendes Ergebnis: kein Proband war gehörlos, lediglich 5 Männer (7,7%) hatten nicht die deutsche Staatsangehörigkeit.

Die meisten Männer der Stichprobe wohnen alleine (53,4%) oder mit einer Person (26,2%). Ihre Mitbewohner sind überwiegend schwule Männer (49,1%). An zweiter Stelle rangieren heterosexuelle Frauen (26,4%), gefolgt von heterosexuellen Männern (25,5%). 5 Männer wohnen noch bei ihren Eltern, 15 (23,1%) wohnen mit ihren Partnern/Lebensgefährten zusammen.

Gemäß der in dieser Studie vorgegebenen Definition von Partnerschaft (6 Monate oder länger zusammen, beide bezeichnen sich als Partner/Lebensgefährten, auch ihre Freunde halten sie für ein Paar) leben 32,3% der Männer in einer festen Beziehung.

Zur Frage nach der Religionszugehörigkeit antwortete die Hälfte der Teilnehmer, daß sie keine haben (50,8%). Von den Männern, die eine Religion angaben, nannten 26,2% die katholische und 15,4% die evangelische Konfession, 7,7% eine andere Religion. 21 der Männer (32,3%), die eine Religion angaben, sind Mitglieder einer Kirche, obgleich sich nur wenige als religiös im herkömmlichen Sinne bezeichnen (29,2% als gar nicht, 20,8% als etwas, 33,3% als mäßig und 16,7% als sehr religiös).

² Prozentzahlen sind statistisch zulässig bei Fallzahlen von über 100 Probanden, sie sind üblich bei über 50 Probanden. Da die Zahl von 65 Gesprächspartnern in der vorliegenden Studie ein kleines Sample ist, dürfen die angeführten Prozentangaben nicht als „harte Daten“ mißverstanden werden. Die Prozentangaben erfolgen, um die Proportionen bei bestimmten Verteilungen zu illustrieren. Sie erfolgen außerdem, um nicht dauernd zu dem sprachlichen Hilfsmittel „mehr als zwei Drittel“, „weniger als ein Viertel“, „ungefähr ein Fünftel“ usw. greifen zu müssen. Aus diesem Grunde werden in diesem Bericht auch häufig die absoluten Zahlen genannt, wenn es um ein bestimmtes Antwortverhalten geht.

Vergleich der Stichprobe mit epidemiologischen Daten zu schwulen Männern und HIV/AIDS

Bei einer Stichprobe wie dieser stellt sich die Frage, inwieweit sie für die Population der schwulen Männer in Deutschland repräsentativ ist. Es ist ohnehin schwierig zu bestimmen, wer zu dieser Population zu rechnen ist: alle Männer mit überwiegend homosexuellem Verhalten oder nur diejenigen, die sich als schwul bezeichnen? Ebenso ist fraglich, ob die an solch einer Untersuchung teilnehmenden Männer auch die Erfahrungen der Nichtbefragten widerspiegeln können, wo es doch so viele Männer gibt, die infolge der Schwulenfeindlichkeit in der Gesellschaft nicht zu ihren homosexuellen Gefühlen und Kontakten stehen können.

Trotz dieser methodischen Herausforderung wurde in den letzten Jahren in Deutschland mehrmals versucht, epidemiologische Daten über Schwule und HIV/AIDS zu sammeln und auszuwerten. In der letzten bundesweiten Studie, durchgeführt von Michael Bochow (1994), wurden 2.868 Männer über ihr Sexualverhalten und andere Variablen befragt, um Daten zum HIV-Infektionsrisiko zu gewinnen. Aufgrund der Größe der Stichprobe und der Samplingmethode stellt diese Untersuchung den bisher besten Versuch dar, Daten zu diesem Thema zu erheben. Ein Vergleich meiner Stichprobe mit der von Bochow im Hinblick auf wichtige soziodemographische Variablen ermöglicht es, die Aussagekraft meiner Daten einzuschätzen (s. Tabelle 7).

Bei beiden Studien ist das Durchschnitts- und Medianalter nahezu gleich: Durchschnitt = 32,7 (Bochow), 32,4 (Wright); Median = 30 (Bochow), 31 (Wright).

Vergleichbar ist auch die Einwohnerzahl der Orte, in denen die Probanden leben, obwohl in der Bochow-Studie die Probanden aus kleineren Orten stärker vertreten waren als in der Wright-Studie.

Ähnlichkeiten gibt es ebenso bei der Verteilung der Probanden auf Berufsgruppen, wengleich in Bochows Sample ca. 20% mehr leitende Angestellte, Beamte und Freiberufler waren. In meiner Stichprobe hingegen sind ca. 10% mehr Facharbeiter/Meister. Dieser Unterschied spiegelt sich in den Bildungsabschlüssen der Teilnehmer wider, wobei Bochows Sample einen durchschnittlich höheren Abschluß aufweist (Abitur oder höherer Abschluß: Bochow 70%, Wright 59%).

Beide Studien konnten Männer aus dem gesamten Bundesgebiet erreichen. In meiner Studie ist der Prozentsatz der Teilnehmer aus den neuen Bundesländern jedoch etwas höher (30,3%) als bei Bochow (19,8%).

Die Samples beider Studien weisen wie alle Untersuchungen über schwule Männer drei Probleme auf: ein hoher Prozentsatz von Studenten/Auszubildenden, ein niedriges Durchschnittsalter und eine Mehrheit von Teilnehmern aus Großstädten.

Aufgrund der Ähnlichkeiten zwischen beiden Studien können wir davon ausgehen, daß meine Daten aussagekräftig sind. Auch wenn meine Stichprobe für die Population schwuler Männer weniger repräsentativ zu sein scheint, ist sie dennoch vergleichbar mit dem Sample der bisher besten Studie zur epidemiologischen Situation in dieser Bevölkerungsgruppe. Sie kann deshalb die Erkenntnisse ergänzen, die bis dato zum Thema „schwule Männer und AIDS in Deutschland“ gewonnen wurden.

Resümee: Die Auswirkungen von AIDS auf die Teilnehmer der Studie

Im folgenden werden die Ergebnisse der verschiedenen Fragenkomplexe des Fragebogens zusammengefaßt – mit der Betonung auf die Auswirkungen von AIDS auf die Männer meiner Stichprobe. Der ausführliche Bericht über diese Daten findet sich im Anhang.³

Die Männer meiner Stichprobe haben in ihrem engeren Umfeld im Durchschnitt einen nahen Bekannten, der HIV-positiv ist. Sie haben – ebenfalls im Durchschnitt – je einen Bekannten in der AIDS-Hilfe kennengelernt. Sie wenden sich in intimeren Angelegenheiten – einschließlich HIV/AIDS – überwiegend an schwule Freunde. Die Männer geben an, daß HIV/AIDS überwiegend keine Veränderungen in ihren Beziehungen zu Familie, Freunden, Arbeitskollegen und Mitbewohnern verursacht.

Die befragten Männer sind zum großen Teil ungetestet oder negativ (75,4%), 24,6% sind positiv. Sie berichten fast genauso häufig positive wie negative oder gar keine Auswirkungen des HIV-AK-Testes auf ihr Leben. Mehrheitlich sehen die Männer keinen Grund für eine Veränderung ihres Sexualverhaltens wegen des Testergebnisses. Es kommt zu Traumareaktionen, wobei man diese häufiger bei den Positiven als bei den Negativen findet. Bei der Frage „Test ja oder nein“ entscheidet sich eine knappe Mehrheit für die Ablehnung, die Bedeutung des Tests für Schwule allgemein wird unterschiedlich eingeschätzt.

Männer, die in festen Beziehungen leben, berichten mehrheitlich, HIV/AIDS wirke sich eher positiv als negativ auf die Beziehung aus, vor allem schaffe die Konfrontation damit eine gewisse Nähe in der Partnerschaft.

Die Stichprobe besteht aus Männern, die größtenteils stark mit den Schwulenszenen verbunden sind und relativ wenige Probleme mit sich selbst oder ihrer näheren Umgebung aufgrund ihrer Homosexualität haben.

Die große Mehrheit der Teilnehmer hatte Sex mit einem Mann in den zwölf Monaten vor dem Interview. Der Prozentsatz der Teilnehmer, die ungeschützten Analverkehr mit einem Mann, dessen Serostatus unbekannt oder anders als der eigene war, in den zwölf Monaten vor dem Interview hatten, liegt bei 15,4%. Es besteht keine Evidenz für Zwanghaftigkeit im Sexualverhalten (Kontrollverlust beim Sex) in der Stichprobe. Bei den Männern, die bereits vor der AIDS-Epidemie Sex mit Männern hatten, ist die Anzahl von Sexpartnern gleich geblieben oder weniger geworden. Die meisten dieser Männer veränderten jedoch ihre Sexpraktiken, wobei hauptsächlich auf ungeschützten Analverkehr und Oralverkehr mit Ejakulation verzichtet wird. Die kleine Minderheit der befragten Männer, die im vergangenen Jahr auch Sex mit Frauen hatte, benutzte mehrheitlich kein Kondom. Die Bereitschaft der Teilnehmer, über den HIV-Status mit Sexualpartnern zu reden, erscheint ziemlich gering. Aber dies ist kein Beweis dafür, daß Positive sich risikoreich verhalten. Im Gegenteil: der Status „test-positiv“ ist ein Grund dafür, offener mit dieser Frage umzugehen, wenn sexueller Kontakt mit einem anderen Mann aufgenommen wird. Ungetestete

³ Die hier und im Anhang berichteten Ergebnisse dienen dazu, die Befragten dieser Untersuchung ausführlich zu beschreiben. Wegen der Größe der Stichprobe und der Einschränkungen der Samplingmethode sollen diese Daten nicht als repräsentativ für alle Schwulen in Deutschland interpretiert werden.

und Test-Negative ziehen eher HIV-negative Partner vor, während unter den Positiven die starke Tendenz herrscht, andere Positive zu bevorzugen. Wie bei anderen Untersuchungen auch sind die Befragten über die HIV-Übertragungswege bei Sexualkontakten gut informiert.

Im Durchschnitt kennt oder kannte jeder Teilnehmer neun Menschen, die mit HIV/AIDS leben (ohne Symptome bis schwer erkrankt) oder die an der Krankheit starben. 17 der Befragten (26,2%) pflegten Menschen mit HIV/AIDS. 33,3% der Teilnehmer haben Kontakt zu Menschen mit HIV/AIDS am Arbeitsplatz und 45,0% engagieren sich in ehrenamtlicher Tätigkeit, die sie in Kontakt mit Menschen mit HIV/AIDS bringt. (Die beiden letzten Ergebnisse sind angesichts der Samplingmethode – die Befragung wurde über die AIDS-Hilfen organisiert – keine Überraschung.)

Nur zwei Teilnehmer berichten über Veränderungen in ihrer Weltanschauung oder ihrem religiösen Glauben aufgrund von HIV/AIDS.

Kein einziger Teilnehmer zog an einen anderen Wohnort aus Gründen, die mit HIV/AIDS zu tun hatten.

Sechs Männer erlitten Gewalt oder Diskriminierung wegen HIV/AIDS.

Die Männer, die schon vor den Zeiten von AIDS schwul lebten, sind überwiegend genauso häufig wie zuvor in den Schwulenszenen anzutreffen.

Was die Auswirkung von AIDS auf das schwule Leben im allgemeinen angeht, glauben die meisten Befragungsteilnehmer folgendes:

- trotz AIDS hätten die Schwulen ihre Hoffnungen keineswegs aufgegeben,
- die AIDS-Epidemie verstärkte alte Freundschaften,
- Schwule engagierten sich wegen AIDS mehr in den Schwulenszenen,
- AIDS stärkte die Vielfalt von Beziehungsformen unter Schwulen,
- Schwule interessierten sich wegen AIDS mehr für die Schwulenszenen und erhielten dort auch Unterstützung.

Bei den Coping-Strategien zeigen sich Verleugnung und Informationssuche am deutlichsten. Aus subjektiver Sicht sind Freunde, persönliche Stärken und Einstellungen, Wissen und Safer Sex am wichtigsten.

Der Gebrauch von Drogen und Alkohol bei den Teilnehmern dieser Studie ist relativ begrenzt. Es gibt keine auffallenden Probleme mit Alkohol und Drogen bei dieser Gruppe von Männern.

Eine relativ große Anzahl (24) der Teilnehmer hatte Suizidgedanken im vergangenen Jahr, drei der Männer hatten einen Selbsttötungsversuch unternommen. AIDS spielte bei neun der Männer in diesem Zusammenhang eine Rolle.

Angst vor HIV/AIDS hat bei den Negativen und Ungetesteten des Samples keine überragende Bedeutung.

Bei den Männern der Stichprobe kommt es zu Zeichen von Schuldgefühlen, Lethargie/apathischer Mutlosigkeit/Antriebsarmut, Schlafstörungen, Entkräftung, Sexualstörungen, somatischen Beschwerden und Post-Trauma-Streßmerkmalen mit verschiedener Intensität. Unterschiedliche Einschätzungen im Hinblick auf die eigene Gesundheit und die Ursachen von Erkrankung sind festzustellen.

Fast ein Drittel der Teilnehmer verlor einen Partner/Lebensgefährten oder guten Freund durch AIDS. Die Trauererlebnisse dieser Männer sind unterschied-

lich und zeigen die erheblichen Auswirkungen, die der Tod eines Geliebten an den Folgen von AIDS auf die Hinterbliebenen haben kann.

Es zeigt sich kein überzeugender Beweis für eine Überlebendenschuld (survivor guilt), wie sie als Merkmal des Survivor-Syndroms beschrieben wird.

Gibt es ein AIDS-Survivor-Syndrom unter deutschen Schwulen?

Zur Beantwortung dieser Frage müssen wir zuerst auf die am Anfang vorgestellte Hypothese zurückgreifen. Aufgrund der bestehenden Erkenntnisse zum Survivor-Syndrom und zu den Reaktionen von Schwulen auf das Auftauchen von AIDS hätte ein AIDS-Survivor-Syndrom die folgenden Merkmale:

- Post-Trauma-Streß-Merkmale in bezug auf AIDS
- komplizierte Trauerreaktionen auf den Tod mehrerer Bekannter mit einer Vielfalt an Ausprägungsmöglichkeiten/Merkmalen (Depressionen, Selbsttötungsgedanken, Drogengebrauch usw.); dabei um so stärkere Reaktionen, je unmittelbarer der Kontakt zum Verstorbenen war (also besonders stark bei Pflegenden); hinzu tritt das Charakteristikum der mangelnden Anerkennung und Unterstützung seitens der Gesellschaft
- Überlebendenschuld (survivor guilt) in je verschiedener Hinsicht: als Helfer das Schuldgefühl, nicht genug für den Verstorbenen getan zu haben; als Nichtinfizierter oder symptomloser Infizierter ein Schuldgefühl, weil man die Tode von mehreren Freunden überlebt hat; als Homosexueller Schuldgefühle, weil man die von den Safer-Sex-Regeln „verbotenen“ Praktiken (heimlich) noch will/wollte und praktiziert (hat); als Homosexueller Schuldgefühle, die einem von der Gesellschaft zugewiesen werden; als Infizierter das Schuldgefühl, etwas falsch gemacht zu haben, das zur Infektion/Erkrankung führte; als Mitarbeiter in der AIDS-Hilfe ein Schuldgefühl, weil man das „Betroffenheitsdogma“ nicht eingehalten hat, wonach jeder Mitarbeiter um jeden verstorbenen Klienten gleich tief zu trauern habe; als Infizierter ein Schuldgefühl, weil man unabsichtlich den Partner oder andere angesteckt hat
- zunehmende Angstgefühle vor dem Tod, vor Diskriminierung, eigener Sexualität und sexuellem Kontakt zu anderen Männern
- verstärkte verinnerlichte Schwulenfeindlichkeit, die sich als geschwächtes Selbstbewußtsein und beschränktere Offenheit gegenüber der (eigenen) Homosexualität zeigt
- ein gestörtes Sexualeben, das von Unbefriedigtsein, Angst, Schuldgefühlen und unerwünschtem Verhalten geprägt ist
- eine stärkere Tendenz, höhere Infektionsrisiken einzugehen
- heftigere negative Reaktionen bei HIV-Positiven
- bei Betroffenen mit starker Ausprägung des Syndroms die subjektive Einschätzung, vom sozialen Umfeld unzureichend unterstützt zu werden
- soziale Isolierung
- Desinteresse daran, über Einzelheiten des Traumas zu sprechen, dies sogar in vertrauten und vertrauensvollen Beziehungen

Von der anderen Seite des Phänomens her gesehen erwarten wir die folgenden Merkmale bei solchen schwulen Männern, die ohne Zeichen eines Survivor-Syndroms mit ihrem Zustand als Überlebende umgehen:

- weitgehende Identifizierung mit Gruppen, die Kontakte zu anderen Überlebenden haben (z.B. Selbsthilfegruppen, Schwulenvereine, AIDS-Hilfen)
- subjektiv empfundene angemessene Unterstützung durch die Freunde
- offener Umgang mit den Trauererfahrungen, vor allem die Bereitschaft, zumindest mit engen Freunden über die traumatischen Erlebnisse zu reden
- erfolgreiche Strategien zur langfristigen Bewältigung des mehrfachen Todes im Freundeskreis (z.B. spiritueller Glaube, philosophische Weltsicht, Rituale, Gespräche mit Freunden)
- Zukunftsorientierung mit gezieltem Anstreben kurz- und langfristiger Ziele
- Bewältigung und Integration des Traumaerlebnisses ins Leben durch Aktivitäten, die entsprechende Kenntnisse und Fähigkeiten hervorbringen (z.B. ehrenamtliche Arbeit, politisches Engagement)
- notwendige Distanzierung vom Thema AIDS
- Verzicht auf die Übernahme von Verpflichtungen gegenüber Menschen mit AIDS in Phasen eigener psychischer Überlastung (der Betreffende verzichtet z.B. auf eine neue Pflege kurz nach dem Tod eines Freundes; der hauptamtliche Arbeiter im AIDS-Bereich verzichtet auf AIDS-bezogene Veranstaltungen in der Freizeit)

Wie bei der Entwicklung meiner Hypothese bereits dargelegt wurde, besteht das voraussetzende Kernelement eines Survivor-Syndroms in einer Konstellation von Merkmalen, die mit dem Begriff Post-Trauma-Streß-Syndrom (PTSD) bezeichnet wird. Dies weist auf die Methodik hin, mit der wir anhand meiner Daten „testen“ können, ob ein solches AIDS-Survivor-Syndrom bei einem Teil der deutschen Schwulen existiert. Wir können nämlich zunächst durch die Kalkulation der Pearson-r-Korrelation feststellen, ob die Werte der Teilnehmer auf der PTSD-Skala tatsächlich mit den Faktoren aus der Hypothese signifikant assoziiert sind. Ein systematisches Verfahren, das die relevanten Ergebnisse mit den PTSD-Werten vergleicht, ermöglicht es uns schließlich, die Frage nach einem eventuellen AIDS-Survivor-Syndrom bei deutschen Schwulen zu beantworten.

Der erste Schritt der Analyse besteht darin, die Fragenkomplexe des Interviews zu identifizieren, die den oben aufgelisteten Elementen des AIDS-Survivor-Syndroms entsprechen:

- Post-Trauma-Streß-Merkmal-Skala
- Fragenkomplex zu Trauerreaktionen, Fragenkomplex zu Positiven/an AIDS Verstorbenen im Bekanntenkreis, psychometrische Skalen, Frage zu Selbsttötungsgedanken, Fragenkomplex zum Alkohol- und Drogengebrauch
- Fragenkomplex zu Positiven/an AIDS Verstorbenen im Bekanntenkreis, inklusive Frage zur Pflegerolle
- Frage zur Überlebendenschuld (survivor guilt)
- Fragenkomplex zu Lethargie/apathischer Mutlosigkeit/Antriebsarmut, Skala zum empfundenen Stigma als Homosexueller, Veränderungen bei der Partnerzahl seit AIDS, Fragen zu sexuellen Störungen

- Fragenkomplex zur verinnerlichten Schwulenfeindlichkeit, Fragen zum öffentlichen Umgang mit eigener Homosexualität und zum Kontakt zu Schwulenszenen
- Fragenkomplex zu sexuellen Störungen, Frage zur Zufriedenheit mit dem Sexualleben, Fragen zur Zwanghaftigkeit im Sexualverhalten
- Fragen zum Safer Sex-Verhalten
- Frage zum HIV-AK-Status
- Fragen zur Zufriedenheit mit Beziehungen im sozialen Umfeld
- Fragen zum sozialen Umfeld in bezug auf vertraulichere Kommunikation (z.B. reden über Probleme)
- Verleugnung and Vermeidung als Coping-Strategien, Frage zum Reden mit Freunden über AIDS (beim Komplex zur Informationssuche als Coping-Strategie), offene Frage zu Coping-Strategien
- Fragen zum Engagement bei Schwulengruppen und in der AIDS-Arbeit
- Fragen zu Coping-Strategien

Wie anhand der Auflistung zu sehen ist, werden einige differenzierte Aspekte meiner Hypothese nicht berücksichtigt. Dieses Defizit wird am Ende der Analyse wieder aufgegriffen und auszugleichen versucht. An dieser Stelle präzisiere ich meine Hypothese in bezug auf die Dimensionen des Fragebogens:

Das Post-Trauma-Streß-Syndrom als Kernelement des AIDS-Survivor-Syndroms und seine Korrelationen

Wenn das Post-Trauma-Streß-Syndrom das Kernelement des AIDS-Survivor-Syndroms ist, müssen die anderen Merkmale des AIDS-Survivor-Syndroms mit diesem signifikant korreliert sein. Die folgenden Aussagen müssen nach meiner Hypothese also für das AIDS-Survivor-Syndrom zutreffen.

Die Werte der Post-Trauma-Streß-Syndrom-Skala sollten mit den folgenden Werten positiv korrelieren: der Anzahl von Positiven/an AIDS Verstorbenen im Bekanntenkreis, den verschiedenen psychometrischen Skalen, dem Aufkommen von Selbsttötungsgedanken, den Problemen mit Alkohol- und Drogengebrauch, mit einer Pflegerolle gegenüber einem AIDS-Kranken im Bekanntenkreis, dem Verlust eines Partners oder guten Freundes, einer Überlebendenschuld (survivor guilt), Lethargie/apathischer Mutlosigkeit/Antriebsarmut, empfundenem Stigma als Homosexueller, mit einer geringeren Anzahl von Sexpartnern seit AIDS, sexuellen Störungen, verinnerlichter Schwulenfeindlichkeit, beschränktem öffentlichen Umgang mit der eigenen Homosexualität, eingeschränktem Kontakt mit den Schwulenszenen, Unzufriedenheit mit dem eigenen Sexualleben, Zwanghaftigkeit im Sexualverhalten, unsafe Sex, einem positiven HIV-AK-Status, mit der Unzufriedenheit mit den Beziehungen im sozialen Umfeld und mit der Verleugnung und Vermeidung als Coping-Strategien.

Post-Trauma-Streß-Merkmale sollten mit den folgenden Werten negativ korrelieren: dem Engagement bei Schwulengruppen und in der AIDS-Arbeit, dem Reden mit Freunden als Coping-Strategie, der Abgrenzung als Coping-Strategie.

Ich teste meine Hypothese durch das Kalkulieren der Pearson-r-Korrelation⁴ mit den folgenden Ergebnissen ($p < 0,05$): eine starke positive Korrelation besteht zwischen Post-Trauma-Streß-Merkmalen und somatischen Störungen, neurologischen Symptomen, Lethargie/apathischer Mutlosigkeit/Antriebsarmut, sexuellen Störungen und Verleugnung als Coping-Strategie. Wir finden eine mäßige positive Korrelation mit Schlafstörungen, Entkräftung, dem Tod eines Partners/guten Freundes an AIDS und einem positiven HIV-AK-Status. Eine signifikante, aber schwächere positive Korrelation zeigt sich mit der reduzierten Anzahl der Sexpartner und dem Pflegen eines AIDS-Kranken aus dem Bekanntenkreis. Keine signifikante Korrelation findet sich zwischen Post-Trauma-Streß-Merkmalen und der Anzahl von Bekannten, die HIV-positiv oder an AIDS gestorben sind, dem Aufkommen von Selbsttötungsgedanken, dem empfundenen Stigma als Homosexueller in der Gesellschaft, der Zufriedenheit mit dem eigenen Sexualleben, unsafe Sex, dem Engagement in Schwulenorganisationen, AIDS-Hilfen oder in anderen ehrenamtlichen Tätigkeiten, dem Kontakt mit Menschen mit HIV/AIDS, dem Reden mit Freunden über HIV/AIDS (weder als bevorzugter Coping-Strategie bei den offenen Fragen noch als Häufigkeit des Redens mit Freunden beim Fragenkomplex zur Informationssuche).

Diese Korrelationen bedeuten folgendes: Die Männer, die Traumareaktionen auf AIDS haben, leiden sehr wahrscheinlich auch unter anderen negativen Reaktionen (somatische Störungen, neurologische Symptome, Lethargie/apathische Mutlosigkeit/Antriebsarmut, sexuelle Störungen, Entkräftung, Schlafstörungen). Es ist auch sehr wahrscheinlich, daß diese Männer selbst HIV-positiv sind, einen Partner oder guten Freund durch AIDS verloren haben, einen AIDS-Kranken pflegten und aufgrund der AIDS-Epidemie die Anzahl der Sexualpartner reduzierten. Die Faktoren, die mit diesen Reaktionen nicht korrelieren,

⁴ Die Pearson-r-Korrelation ist ein bewährter und oft angewandter statistischer Test, der das Verhältnis zwischen einer Hauptvariable und anderen Variablen feststellt. Wo eine signifikante Korrelation besteht, hängen die Variablen „irgendwie“ zusammen. Ob diese Korrelation eine Kausalität bedeutet, ist eine Frage der Interpretation und kann nicht aus diesem statistischen Verfahren selbst abgeleitet werden. Je stärker die Korrelation zwischen zwei Faktoren oder Merkmalen, desto stärker sind sie miteinander verbunden. Eine positive Korrelation bedeutet, daß hohe Werte der einen Variable bei hohen Werten der anderen gefunden werden. Zum Beispiel bei den Variablen „Alter“ und „Anzahl an grauen Haaren“: Je älter man wird, desto mehr graue Haare hat man in der Regel. Eine negative Korrelation bedeutet hohe Werte der einen Variable bei niedrigen Werten der anderen. Zum Beispiel bei den Variablen „Außentemperatur“ und „Verbrauch der Heizung“: Je heißer es draußen wird, desto weniger muß man heizen.

Eine Korrelation bei psychosozialen Untersuchungen stellt eine Tendenz in einer Gruppe fest. In dem Beispiel „Alter“ und „Anzahl grauer Haare“ bedeutet die Korrelation nicht, daß jeder alte Mensch graue Haare hat, auch nicht, daß junge Menschen keine grauen Haare haben können, sondern daß man graue Haare eher bei älteren Menschen findet, und zwar um so mehr graue Haare, je älter die Menschen sind.

Die Pearson-r-Korrelation berücksichtigt die Größe einer Stichprobe, damit man Tendenzen für die Gesamtgruppe, aus der die Stichprobe genommen wurde, feststellen kann. Für die vorliegende Studie bedeutet dies, daß wir aufgrund der Angaben der befragten 65 Männer Aussagen über schwule Männer in Deutschland machen können. Wegen der im Vergleich mit der Gesamtzahl der schwulen Männer in Deutschland relativ geringen Anzahl von Befragten kann man diese Aussagen selbstverständlich nicht als definitiv ansehen. Es bleibt zukünftigen Studien und Praxiserfahrungen vorbehalten, diese Ergebnisse zu bestätigen bzw. zu ergänzen.

spielen anscheinend keine bedeutsame Rolle bei der Entwicklung von Trauma unter schwulen Männern in bezug auf AIDS.

Die Effekte von Problemen beim Alkohol- und Drogenkonsum, verinnerlichter Schwulenfeindlichkeit, öffentlichem Umgang mit der eigenen Homosexualität, beschränktem Kontakt zu Schwulenszenen, Zwanghaftigkeit im Sexualverhalten, Unzufriedenheit mit Beziehungen im sozialen Umfeld und Vermeidung als Coping-Strategie konnten nicht getestet werden, weil die Varianz bei diesen Variablen nicht ausreicht, um zwischen den Männern dieser Stichprobe differenzieren zu können (s. Anhang zu den Ergebnissen der hier genannten Faktoren). Abgrenzung zum Thema AIDS im Sinne der Hypothese tauchte weder bei meiner offenen Frage zu Coping-Strategien noch bei den strukturierten Fragen auf, obwohl man argumentieren könnte, daß Vermeidung als Coping-Strategie ein Ausdruck einer solchen Reaktion auf AIDS ist. Wie schon berichtet, verwenden die Männer meiner Stichprobe diese Strategie eher nicht, so daß hier eine Aussage in bezug zu Abgrenzung und Post-Trauma-Streß-Merkmalen nicht möglich ist.

Im Grunde genommen ist mit diesen Ergebnissen meine Hypothese bestätigt, daß es ein AIDS-Survivor-Syndrom unter deutschen Schwulen gibt – und zwar mit den meisten Merkmalen, die man in Anlehnung an die (internationale) Literatur zum Survivor-Syndrom und zu den Auswirkungen von AIDS auf schwule Männer erwartet. Es bedarf jedoch noch einiger Erklärungen für die Faktoren, bei denen wir keine Korrelation finden konnten.

Die Anzahl HIV-positiver oder an AIDS verstorbener Bekannter spielt nach meinen Ergebnissen keine bedeutsame Rolle bei der Entwicklung von Traumasymptomen. Aber vielleicht ist die Nähe der Beziehungen oder das Auftreten von Symptomen bei den positiven Bekannten wichtiger als die Anzahl. Theoretisch können wir uns zwei Extremfälle vorstellen: einen Mann, der z.B. 15 Bekannte hat, die alle positiv, aber ohne Symptome leben, und einen zweiten Schwulen, der nur wenige Positive kennt, die aber alle schwer erkrankt sind und seinem engsten Freundeskreis angehören. Eine logische Schlußfolgerung wäre, daß der zweite Fall viel problematischer ist als der erste, weil bei ihm eine emotional intensivere Konfrontation mit der Krankheit stattfindet, sowohl wegen der vorhandenen Krankheitszeichen der Freunde als auch wegen der stärkeren Anteilnahme des Mannes am Leiden der Betroffenen. Die schon belegten Korrelationen zwischen Traumasymptomen und der Rolle als Pfleger und zwischen Traumasymptomen und dem Tode eines Partners/guten Freundes unterstützen diese Hypothese.

Um zu testen, wie sich die Nähe der Beziehungen zu Positiven und die Schwere der Krankheit auswirken, stellen wir eine neue Berechnung der Anzahl der Betroffenen im Bekanntenkreis an, wobei erstens nach dem „Krankheitsbild“ der Bekannten (von symptomlos bis an AIDS verstorben) und zweitens nach der Nähe der Beziehung (Bekannter bis Partner/Lebensgefährte) gewichtet wird. Die Pearson-r-Korrelation wird für diese neuen Werte errechnet. Das Ergebnis zeigt: es besteht keine Korrelation zwischen Post-Trauma-Streß-Merkmalen und dem Krankheitsbild der Bekannten, aber eine signifikante Korrelation zwischen der Nähe der Beziehungen und den Traumareaktionen ($p < 0,05$). Das bedeutet, die Anzahl der HIV-Positiven im Umfeld spielt für die Trauma-

reaktionen von schwulen Männern erst eine Rolle, wenn die Nähe der Beziehungen zu diesen Positiven berücksichtigt wird. Die emotionale Nähe zu den HIV-Positiven ist der entscheidende Faktor.

Was das Verhältnis zwischen Selbsttötungsgedanken und Post-Trauma-Streß-Merkmalen angeht, bin ich nicht überrascht, daß es keine positive Korrelation in meiner Stichprobe gibt. Wie oben berichtet, fand ich durch die Nachfrage heraus, daß es verschiedene Gründe für das Aufkommen solcher Gedanken gab, die nichts mit HIV/AIDS zu tun hatten. Darüber hinaus gibt es wahrscheinlich andere psychische und situative Faktoren, die zu solchen Gedanken führen, die wir hier nicht testen können (z.B. bestehende Depressionen, Vorkommen eines Suizids in der Familie oder im Freundeskreis usw.)

Das empfundene Stigma als Homosexueller in der Gesellschaft, die Zufriedenheit mit dem eigenen Sexualleben, unsafe Sex, das Engagement in Schwulenorganisationen, AIDS-Hilfen oder anderen ehrenamtlichen Tätigkeiten, der Kontakt mit Menschen mit HIV/AIDS und das Reden mit Freunden über HIV/AIDS zeigen ebenfalls keine Korrelation mit den Traumareaktionen. Bei meiner kleinen Stichprobe läßt sich aber nicht ausschließen, daß dieses Ergebnis der Samplingmethode geschuldet ist.

Das Ergebnis in bezug auf das Reden mit Freunden ist sehr fragwürdig. Die Literatur stimmt hier überein: vertrauensvolle Kommunikation in vertrauten Beziehungen mildert Traumasympptome. Daß meine Ergebnisse so fragwürdig sind, liegt wahrscheinlich an den Fragen zum Thema. Der Kontakt zu Freunden wird nirgendwo im Interview in diesem Sinne näher untersucht. Wir verlassen uns lediglich auf zwei Fragen, die nicht direkt in bezug zu diesem Faktor entwickelt wurden. Die offene Frage zielt auf Bewältigungsstrategien im allgemeinen ab, ohne das Reden mit Freunden explizit zu thematisieren, und die Frage aus dem Komplex Informationssuche ergibt nur die Häufigkeit des Redens mit Freunden über HIV/AIDS. Um diesen Faktor systematisch zu testen, bedarf es einer Reihe von Fragen, welche die verschiedenen Aspekte der Unterstützung durch die engeren Beziehungen darstellen (z.B. Themen der Gespräche, Nähe der Beziehung, durch den Teilnehmer geschätzte Nutzbarkeit bestimmter Kontakte). Kurzum: das Ergebnis zum Faktor Reden mit Freunden kann nicht als gültig angenommen werden.

Über meine Hypothese hinaus nutze ich diese Gelegenheit, die Einflüsse anderer Faktoren auf Traumareaktionen zu testen. Welche Rolle spielen soziodemographische Merkmale, der Kontakt zu bestimmten Teilen der Schwulenszenen, die Einschätzung der eigenen Gesundheit und die Informationssuche als Coping-Strategie?

Nach dem vorgegebenen Muster kalkulieren wir die Pearson-r-Korrelation für obige Faktoren und Post-Trauma-Streß-Merkmale. Das liefert folgende Ergebnisse ($p < 0,05$):

Mäßig positive Korrelationen bestehen zwischen Traumareaktionen und der Einwohnerzahl des Wohnorts des Mannes sowie der Informationssuche als Coping-Strategie. Eine schwächere positive Korrelation zeigt sich zwischen Traumareaktionen und dem Kontakt zu Schwulensauenen, der Lederszene und der SM-Szene. Eine mäßige, aber immerhin signifikante negative Korrelation existiert zwischen Post-Trauma-Streß-Merkmalen und der Einschätzung, daß äußere

re Autoritäten die eigene Gesundheit bestimmen. Keine Korrelationen des Post-Trauma-Streß-Syndroms werden festgestellt mit dem Alter des Teilnehmers, mit der Frage nach einer festen Beziehung, dem Niveau der Ausbildung, dem Einkommen, dem Wohnort Ost- gegenüber Westdeutschland oder mit der Einschätzung, daß die Gesundheit vom Schicksal oder von der Person selbst bestimmt wird.

Das bedeutet, daß über die schon genannten Faktoren hinaus Männer mit Traumareaktionen auf AIDS eher in Großstädten leben, Informationssuche als Coping-Strategie einsetzen und in Saunen und der Leder- und SM-Szene verkehren. Sie neigen auch dazu zu glauben, daß andere Menschen (z.B. Ärzte) die eigene Gesundheit bestimmen.

Interpretation der Ergebnisse zum AIDS-Survivor-Syndrom bei schwulen Männern in Deutschland

Die Ergebnisse dieser Studie belegen das Vorhandensein eines AIDS-Survivor-Syndroms unter deutschen Schwulen. Die Faktoren, die mit den Post-Trauma-Streß-Merkmalen korrelieren, weisen auf zwei Tendenzen hin:

- Das Auftreten von Traumareaktionen ist mit verschiedenen Merkmalen psychischer Störung (z.B. Schlafstörungen, Entkräftung, Schuld) verbunden.
- Die Nähe zu AIDS (z.B. eigener positiver HIV-Status, Verlust eines Geliebten durch AIDS, das Pflegen von Freunden mit AIDS) verstärkt die Wahrscheinlichkeit traumatischer Reaktionen.

Darüber hinaus finden wir Sexualprobleme: und zwar Sexualstörungen im allgemeinen sowie einen Rückgang der Anzahl von Sexualkontakten bei den Männern mit homosexuellen Erfahrungen vor HIV/AIDS. Traumatisierte Männer bevorzugen die Coping-Strategien der Verleugnung und der Informationssuche und zeigen Zeichen von Lethargie/apathischer Mutlosigkeit/Antriebsarmut. Männer aus Großstädten und solche, die in Saunen, der Leder- und SM-Szenen verkehren, sind eher betroffen. In bezug auf Gesundheit ist der Glaube an die Macht äußerer Autoritäten auch mit Traumareaktionen korreliert.

Die psychischen Merkmale müssen vorsichtig interpretiert werden, weil die Ergebnisse nicht klären, ob und gegebenenfalls inwieweit diese Beschwerden durch organische Krankheiten verursacht werden. Es kann sein, daß bei manchen HIV-Positiven diese Merkmale durch HIV, HIV-bezogene Krankheiten oder durch Nebenwirkungen von Medikamenten hervorgerufen werden. Solches gilt auch bei den Sexualstörungen, die auch körperlicher Schwäche oder der Belastung durch Arzneimittel geschuldet sein können. Und noch ein Hinweis auf die psychischen Merkmale: Es könnte argumentiert werden, die Korrelationen zwischen psychischen Krankheitszeichen und den Traumareaktionen seien deshalb so stark, weil es Überschneidungen zwischen den gemessenen Phänomenen gibt. Wie bei der Beschreibung des Post-Trauma-Streß-Syndroms bereits erläutert, findet man bei traumatisierten Menschen „üblicherweise“ Probleme mit Angst und Depressionen. Die Skalen zu psychischen Störungen wären dann

eher als eine Ergänzung des Merkmalbildes zu betrachten denn als Faktoren, die eine kausale Wirkung auf die Traumareaktion haben.

Die Lethargie/apathische Mutlosigkeit/Antriebslosigkeit unter den traumatisierten Männern ist eine Bestätigung der Hypothese, daß diese Erscheinungen kollektive Aspekte haben. Wie berichtet kommen sie am häufigsten bei Leuten vor, die katastrophale Ereignisse miterleben mußten. Es ist also zu erwarten, daß diese Merkmale ein wesentlicher Bestandteil des Bildes eines AIDS-Survivor-Syndroms sind.

Die Frage nach der Überlebendenschuld (survivor guilt), in der klassischen Beschreibung Hauptmerkmal des Survivor-Syndroms, bleibt zum großen Teil unbeantwortet. Obwohl nur wenige Teilnehmer bewußte Schuldgefühle gegenüber den Verstorbenen empfinden, tauchen bei vielen dieser Männer allgemeine Schuldgefühle auf; diese sind mit den Traumareaktionen positiv korreliert. Ist diese Schuld ein verallgemeinerter Ausdruck von Gefühlen, die auf Erfahrungen mit Menschen mit HIV/AIDS zurückzuführen sind, oder gehört sie zu den Merkmalen einer begleitenden Depression, wie man sie bei traumatisierten Menschen häufig findet?

Bei den Männern, die in Schwulensauen, der Leder- und in SM-Szenen verkehren, finden wir Überschneidungen. Das heißt, wir haben es hier nicht mit drei unterschiedlichen Gruppen Schwuler zu tun, vielmehr fühlt sich ein und derselbe Mann in mehreren dieser Szenen zu Hause. Die stärkste Beziehung ist für die Leder- und SM-Szenen festzustellen ($p < 0,001$). Mindestens zwei Erklärungen für das Aufkommen von Traumareaktionen unter diesen Männern sind möglich. Die erste bezieht sich auf die starke Betroffenheit der Lederszene durch HIV/AIDS. Es ist offenkundig und unter Schwulen unstrittig, daß die Lederszene besonders viele Anhänger durch die Epidemie verliert. Dies ist auch empirisch zu belegen.⁵ Die zweite Erklärung deutet auf die wahrscheinlich wichtige Rolle, die Sexualkontakte zu mehreren Partnern im Leben dieser Männer spielen. In den drei Szenen sind die Rituale und entsprechenden Strukturen vorhanden, um andere Männer primär über sexuelle Erfahrungen kennenzulernen und um Beziehungen hauptsächlich auf sexueller Basis aufzubauen. HIV/AIDS könnte einen Verlust für diese Männern bedeuten, weil der Wunsch, sich vor dem Virus zu schützen, den freien Umgang mit Sex erschwert, was den „Charakter“ dieser Szenen wesentlich verändert.

Die allgemeinen Sexualstörungen wurden schon bei der Erstellung der Hypothese berücksichtigt.

Das Aufkommen von Traumareaktionen eher bei den Großstadtschwulen erklärt sich aus der Epidemiologie der HIV-Infektion. Die Inzidenz von HIV/AIDS

⁵ Nach einer unveröffentlichten Analyse Michael Bochows bezüglich der Ergebnisse seiner bundesweiten Befragungen unter schwulen Männern zu HIV/AIDS (1991, 1993) ist eine stärkere Betroffenheit von Männern in der Lederszene im Vergleich zu anderen Schwulen zu belegen. So ergibt sich aus den Daten von 1993, daß nur 8,5% der Lederschwulen keine Betroffenheit berichten, im Vergleich zu Schwulen anderer Lebensweisen, von denen – je nach Kategorie – zwischen 21% und 40% berichten, von AIDS nicht betroffen zu sein. In der Lederszene findet man auch mehr Männer, die HIV-positiv sind. Unter allen Getesteten des Samples berichten 21,2% der Lederschwulen ein positives Testergebnis. Bei den Befragten aus anderen Szenen liegt der höchste Prozentsatz an Infizierten bei 12,1%.

ist in den größten Städten Deutschlands am höchsten, und diese sind zugleich die Zentren der Schwulenszenen.

Die Coping-Strategien Informationssuche und Verleugnung wie auch der Glaube an die Macht äußerer Autoritäten die eigene Gesundheit betreffend waren bei meiner Hypothese zum AIDS-Survivor-Syndrom noch nicht berücksichtigt, sie sind also neu identifizierte Faktoren. Es könnte der Hypothese gemäß argumentiert werden, daß Verleugnung zu erwarten gewesen sei, da die traumatisierten Männer über ihre Betroffenheit kaum reden können oder wollen. Interessant ist dieses Ergebnis in bezug auf die gesamte Studie und die Forschungsmethode. Inwieweit werden die Ergebnisse von dieser Tendenz zur Verleugnung beeinflusst? Sind die Traumareaktionen faktisch stärker als berichtet? Sind andere nicht signifikante Ergebnisse die Folge einer „Schönung“ der eigenen Erfahrungen, die mit einem Verleugnungsprozeß zu tun hat?

Was sind die Hauptfaktoren bei Traumareaktionen auf AIDS?

Letztlich stellt sich die Frage: Inwieweit wissen wir, welches die Hauptfaktoren des AIDS-Survivor-Syndroms sind? Erklären die hier untersuchten Dimensionen die Ursachen dieses Phänomens bei deutschen Schwulen? Um diese Frage zu beantworten, führen wir eine Regressionsanalyse⁶ durch, wobei die mit den Traumareaktionen am stärksten korrelierten Faktoren (HIV-Status, Verleugnung, Verlust eines Partners oder guten Freundes durch AIDS, Sexualstörungen und Lethargie/apathische Mutlosigkeit/Antriebslosigkeit) weiter statistisch bearbeitet werden können. (Wir schließen die anderen psychometrischen Skalen nicht ein, weil diese Merkmale – wie bereits oben diskutiert – eher als Bestandteile des Post-Trauma-Streß-Phänomens denn als Ursachen der Traumareaktionen betrachtet werden können.) Das Ergebnis ist, daß 74% der Varianz zwischen den Werten auf der Post-Trauma-Streß-Skala durch diese fünf Faktoren erklärt werden können. Das heißt, es bleiben nur 26% der Varianz ohne Erklärung. Aufgrund dieser Analyse können wir nun behaupten, durch diese Studie die fünf wesentlichen Aspekte des AIDS-Survivor-Syndroms bei deutschen Schwulen vorgefunden zu haben. Möglicherweise erklären die anderen korrelierten Faktoren den Rest der Varianz; wegen der kleinen Stichprobe ist es aber statistisch nicht sinnvoll, den Einfluß von mehr als fünf Faktoren gleichzeitig durch das Regressionsverfahren zu testen. Das bedeutet: um die Männer zu finden, die am wahrscheinlichsten von Traumareaktionen auf AIDS betroffen sind, können wir uns auf diese fünf Faktoren konzentrieren. Im Ergebnis heißt das also: die Männer, welche

- HIV-positiv sind,
- welche die Auswirkungen von AIDS auf ihr Leben verleugnen,

6 Die Regressionsanalyse ist ein statistisches Verfahren, das auf den Prinzipien der Pearson-r-Korrelation basiert. Die Faktoren, die mit einer Hauptvariablen (hier: Traumareaktionen) am stärksten korreliert sind, werden dabei weiter analysiert, um festzustellen, wie stark sie alle zusammen die Hauptvariable beeinflussen. Wenn der Einfluß ganz stark ist (wie hier), können die Faktoren dazu benutzt werden, um die Ausprägung der Hauptvariable vorherzusagen.

- welche einen Partner oder guten Freund durch AIDS verloren haben,
 - welche unter Sexualstörungen leiden
 - welche sich wegen AIDS entmutigt (lethargisch/apathisch/antriebslos) fühlen,
- sind diejenigen Männer, die eher von AIDS traumatisiert sind.

Ein Wort zu „unsafe Sex“

Wie schon berichtet, kann die hypothetische Beziehung zwischen unsafe Sex und Trauma von meinen Ergebnissen nicht belegt werden.

Wie bei den Ergebnissen zum ungeschützten Analverkehr erläutert, gibt es eine Bandbreite an möglichen Kombinationen von positivem, negativem und ungetestetem HIV-Status bei einem sexuellen Kontakt. Nach der Hypothese, daß die von AIDS traumatisierten Männer eher ein Risiko eingehen, sich oder andere zu infizieren, kalkulierten wir die Pearson-r-Korrelation zwischen den Männern, die in den letzten zwölf Monaten ein Risiko beim Sex (s. dazu die „Definition“ von S. 74) eingegangen waren, und den Werten auf der Post-Trauma-Streß-Skala, ohne eine signifikante Beziehung belegen zu können.

Es könnte argumentiert werden, daß es sich (auch) nach der zugrunde gelegten „Definition“ von unsafe Sex um mehrere Phänomene statt eines handeln könnte. Es könnte eine andere Bedeutung haben, wenn Männer ein Risiko bewußt eingehen (d.h. der Mann *weiß*, daß sein Sexualpartner einen anderen HIV-Status hat als er), als wenn sie Analverkehr ohne Kondom machen, obwohl sie um den HIV-Status *nicht* wissen (z.B. wenn einer der Sexualpartner ungetestet ist). Möglicherweise nimmt Trauma eher Einfluß auf das bewußte Risikoverhalten, weil der Mann, der wenig Sinn im Leben findet, dieses auch eher aufs Spiel setzt. Leider kann bei dieser Stichprobe eine solche differenzierte Hypothese nicht gestellt werden; den meisten Männern, die unsafe Sex (in der beschriebenen „Definition“) hatten, lagen eben nur mangelnde Informationen vor (d.h. einer oder die beiden Partner waren ungetestet oder der HIV-Status des Partners war unbekannt). Keiner der Teilnehmer dieser Studie hatte ungeschützten Analverkehr, *obwohl* er wußte, daß einer der Partner positiv getestet war. Das Risikoverhalten bei dieser Gruppe scheint also eher in Ungewißheit begründet zu sein als in der Intention, zu infizieren oder infiziert zu werden.

Wir können aber differenzieren zwischen den Männern, die ungetestet sind und ungeschützten Sex mit einem negativen Mann hatten, und den anderen Männern mit Risikoverhalten. Begründet ist diese Differenzierung im Eindruck des Forschers (der jedoch durch die erhobenen Daten nicht zu beweisen ist), daß die meisten dieser ungetesteten Männer davon ausgehen, HIV-negativ zu sein; sie sehen daher in ihrem Verhalten kein oder ein nur sehr geringes Risiko. Wenn diese Männer aus Gebieten mit sehr geringen Infektionsraten kommen oder wenn ihre Infektionswahrscheinlichkeit aufgrund ihrer spezifischen Sexualerfahrungen sehr gering ist, entspricht ihre Selbsteinschätzung vermutlich auch der tatsächlichen Situation. Wenn wir diese Männer aus der Berechnung

der Korrelation zwischen „Traumareaktionen“ und „unsafe Sex“ ausschließen, erhalten wir auch kein signifikantes Verhältnis ($P = 0,05$).

Es stellt sich aber die Frage, ob ungeschützter Analverkehr, bei dem ein Infektionsrisiko besteht, mit anderen psychischen Beschwerden korreliert? Obwohl diese Fragestellung über den Themenschwerpunkt dieser Studie hinausgeht, nutzen wir die Gelegenheit, um eine solche Nebenhypothese anhand der erhobenen Daten zu testen.

Die Pearson-r-Kalkulation ergibt keine Korrelation zwischen unsafe Sex und somatischen Störungen, Schlafstörungen, Lethargie/apathischer Mutlosigkeit/Antriebsarmut, Entkräftung, neurologischen Symptomen, Schuldgefühlen, dem Verlust eines Partners oder guten Freundes durch AIDS, der Enge der Beziehungen zu den positiven Bekannten, Zufriedenheit mit dem eigenen Sexualleben, Sexualstörungen und Verleugnung als Coping-Strategie. Das Eingehen eines Risikos beim Sex scheint also ein unabhängiges Phänomen zu sein, das mit diesen Faktoren nichts zu tun hat, sondern durch andere situative und individuelle Bedingungen zu erklären ist, die über den Rahmen dieser Studie hinausgehen (z.B. „Risiko-Faktor Liebe“ – Dannecker 1996 – oder Kondom als Störfaktor – Bochow 1995 a,b).

Von Interesse ist die Korrelation zwischen unsafe Sex und Traumareaktionen, wenn eine unpräzisere Definition von unsafe Sex verwendet wird. Versteht man unter unsafe Sex jeden ungeschützten Analverkehr – unabhängig vom Serostatus der Partner -, findet sich in meiner Stichprobe eine leicht signifikante positive Korrelation mit Post-Trauma-Streß-Reaktionen ($p < 0,05$). Weil die letzte Definition gerade in der nicht-deutschen Literatur häufig vorkommt, könnte hierin eine mögliche Erklärung für die Ergebnisse der bisherigen Studien zu diesem Thema liegen (z.B. Martin et al. 1989).

FOLGEN FÜR DIE PRÄVENTIONSARBEIT

Wir können die Auswirkungen von HIV/AIDS auf schwule Männer in Deutschland mit zwei Begriffen benennen: Trauer und Verlust. Sowohl bei den allgemeinen Auswirkungen wie auch bei den traumaspezifischen Reaktionen zeigen sich hinter den Daten Menschen, die mit wesentlichen Veränderungen in ihrem Privatleben und in ihrem näheren Umfeld konfrontiert sind. Die Folgen dieser Situation sind nicht immer und ausschließlich negativ. Teilweise werden Beziehungen, besonders Partnerschaften, gestärkt, und es zeigen sich ein stärkeres kollektives Bewußtsein und mehr Engagement. Die Stichworte Trauer und Verlust können uns helfen, die Ergebnisse dieser Studie in die Alltagserfahrungen deutscher Schwuler einzuordnen und auf die praktische Arbeit im AIDS-Bereich anzuwenden.

Meine Ergebnisse machen deutlich, daß die hier geschilderten Auswirkungen von HIV/AIDS auf schwule Männer in Deutschland hauptsächlich für die Sekundär- und Tertiärprävention von Bedeutung sind. Es geht in erster Linie um die Lebensqualität von Schwulen, die in einer gewissen Nähe zu der Krankheit AIDS stehen. Die Frage, die sich für die Praxis ergibt, lautet: Wie können wir das Auftreten psychischer, emotionaler Probleme von schwulen Männern beim Umgang mit der AIDS-Epidemie verhindern? Oder positiv gewendet: Wie können wir schwulen Männern helfen, ihre Stärken bewußter wahrzunehmen und in den Zeiten von AIDS angemessen einzusetzen?

Zunächst ist es wichtig anzumerken, daß die hier geschilderten Reaktionen der Schwulen auf HIV/AIDS die erwarteten Reaktionen auf Traumaereignisse bei Menschen sind, die kollektiv mit einer außerordentlich belastenden Situation konfrontiert sind. So gesehen reden wir nicht (nur) über ein „schwules“ Phänomen. Da schwule Männer in der Bundesrepublik von HIV/AIDS besonders betroffen sind, kommt dem AIDS-Survivor-Syndrom in den Lebenswelten schwuler Männer besondere Bedeutung zu. Die Erkenntnisse über das Survivor-Syndrom allgemein und über Post-Trauma-Streß-Reaktionen müssen für die spezifische Situation deutscher Schwuler genutzt werden.

Wie schon bei der Beschreibung des Survivor-Syndroms erklärt, geht es hier nicht um einen individuellen Trauerprozeß, der irgendwann einmal abgeschlossen werden kann. Es geht um eine andauernde Bedrohung in einem Teil der Bevölkerung, um eine immer wiederkehrende Konfrontation mit traumatischen Ereignissen. Die erfahrenen Verluste können demnach nicht nach einer gewissen Zeit endgültig „verarbeitet“ werden; sie müssen vielmehr durchlebt und in das Leben „integriert“ werden. Es geht darum, Wege zu finden, mit denen schwule Männer besser mit den jetzigen Umständen leben können, ohne allzu sehr durch die Situation „beschädigt“ zu werden.

Das Hauptproblem bei Menschen, die ein Trauma erleben, besteht darin, dem Leben (wieder) einen Sinn zu geben. Ein Glaubenssystem, ein philosophischer Sinn, ein Weltbild muß gefunden werden, damit ein Bezugsrahmen, der ein Weiterleben im vollen Bewußtsein der traumatischen Erlebnisse ermöglicht. Bei schwulen Männern in Deutschland beinhaltet letzteres ein Weiterleben, das HIV/AIDS integriert. Die Frage nach dem Sinn im Leben ist von existentieller Bedeutung, sie erfolgt aber immer auch aus einem gesellschaftlichen Kontext heraus: Ich stifte mir selbst den Sinn, aber ich brauche den Stoff, aus dem ich etwas bauen kann. Deshalb sind die individuelle, die gesellschaftliche und die kollektive Ebene gleichermaßen zu berücksichtigen.

An dieser Stelle greife ich auf die Diskussion über die erfolgreiche Bewältigung von Traumaerlebnissen zurück.

Die Reaktion auf ein Trauma wird von sozialem Umfeld, Persönlichkeitsstrukturen und biologischen Faktoren bestimmt. Das soziale Umfeld umfaßt in erster Linie den vertrauten Freundeskreis, die eigene Familie und die Erfahrung von Solidarität anderer Personen, die mit demselben traumaerregenden Geschehen konfrontiert sind. Die eigene Persönlichkeit bietet die Ausrüstung, mit der man sich in belastenden Situationen behaupten kann. Tendenzen zu Depressionen, Angstanfälle o.ä. erschweren die Versuche des Betroffenen, Krisen wie Erfahrungen mit HIV/AIDS zu bewältigen. Die biologischen Faktoren umfassen den körperlichen Zustand der Person und ihr biologisches Potential. Das heißt, wenn ein Mensch schon beeinträchtigt ist etwa wegen hohen Alters oder vorliegender Krankheiten, ist es schwerer, die nötigen Kräfte aufzubringen, um das Trauma zu verarbeiten. Die Einschätzung dieser drei Aspekte liefert einen Blick auf die individuell und spezifisch vorhandenen Stärken und Problembereiche, die den Umgang des einzelnen mit HIV/AIDS beeinflussen.

Um die Ressourcen des Individuums stärken zu können, müssen Interventionen entwickelt werden, die drei Aspekte des Survivor-Syndroms betreffen, nämlich den existentiellen, den zwischenmenschlichen und den gesellschaftlichen Aspekt.

Auf der existentiellen oder persönlichen Ebene ist das Hauptproblem die Frage nach dem Sinn im Leben. Sie hat zu tun mit der Verarbeitung tiefgreifender Fragen, die mit dem Tod, der Qualität des Lebens, mit Intimität u.a. zusammenhängen. Um eine solche Fragestellung zu unterstützen, müssen die Hauptbarrieren überwunden werden: die Dämpfung der Gefühle und die Verleugnung der Auswirkungen des Traumas. Das Ziel von Interventionen muß also in erster Linie die Wiedererweckung des affektiven Potentials sein. Konkret meinen wir damit die Unterstützung aller Tätigkeiten und Verhaltensweisen, die eine emotionale Auseinandersetzung mit der individuellen Situation fördern. Beispiele dafür sind die Thematisierung der Erfahrungen mit HIV/AIDS im engeren Freundeskreis, das künstlerische Schaffen oder Genießen von Kunst, die Anwendung von Ideen oder Praktiken aus klassischen philosophischen oder religiösen Traditionen (z.B. Meditation, Beten, Gottesdienst, Lesen der Bibel) und die Trauer in allen ihren Formen (z.B. Trauerfeiern, Gedenkveranstaltungen, Traueranzeigen).

Die zwischenmenschliche Ebene spricht Probleme beim Aufrechterhalten intimer Beziehungen an, die aufgrund traumatischer Umstände gefährdet sein können. Das Ziel von Interventionen auf dieser Ebene ist die Wiederherstellung

vertrauter Beziehungen, um die Traumaerfahrungen gewissermaßen in den engeren Freundeskreis integrieren zu können. Das heißt vor allem, daß der schwule Mann die Gelegenheit erhält, über seine Erfahrungen mit HIV/AIDS zu reden, daß er Kontakt zu anderen in ähnlicher Situation findet und daß die Menschen im engeren Freundeskreis ein aktives Interesse an seinen Reaktionen auf HIV/AIDS zeigen.

Die gesellschaftliche Ebene umfaßt das oft problematische Verhältnis zwischen dem schwulen Mann und der Gesellschaft; hier löst das Traumageschehen oft zusätzlich einen Bruch mit der Umwelt aus oder verstärkt einen solchen. Hier setzt man sich auch mit den kollektiven Erfahrungen seiner Bezugsgruppe, die das Trauma miterlebt, auseinander. Was auf dieser Ebene in erster Linie gefördert werden muß, ist die Integration in die Gesellschaft. Dies meint keine affirmative Anpassung an die herrschenden Normen und Werte, sondern das Finden und Ausfüllen einer aus subjektiver Sicht sinnvollen Rolle in der Gesellschaft, wobei wichtig ist, auch Wertschätzung und Einbezogenheit zu erfahren. Bei vielen traumatisierten Menschen mündet eine solche Integration in eine Aufnahme von Aktivitäten, die direkt mit dem Trauma zu tun haben. Bei schwulen Männern bedeutet dies häufig Engagement im AIDS-Bereich oder Mitarbeit in Schwulenorganisationen.

Bei meinem Versuch, die in der Literatur genannten Leitlinien zur Behandlung von Trauma auf schwule Männer in den Zeiten von AIDS zu übertragen, ist es wichtig, zwei Ergebnisse meiner Studie zu unterstreichen. Das erste besteht darin, daß die Nähe zu der Krankheit ein wichtiger Faktor bei der Entwicklung von Traumareaktionen ist. Es führt leicht zu einer Verkürzung, wenn pauschal von ganzen Gruppen geredet wird, die als solche besonders gefährdet seien, traumatische Merkmale zu entwickeln. Nach meinen Ergebnissen sind es wohl vielmehr komplexe Faktoren, die zusammenwirken und Traumareaktionen bestimmen. Sinnvoller ist es, die Nähe zur Krankheit in allen ihren objektiven und subjektiven Aspekten zu betrachten. Über die hier erforschten Faktoren (eigener HIV-Status, der Tod eines Geliebten, die Rolle als Pfleger usw.) hinaus müssen wir anfangen zu begreifen, was es heißt, eine solche Epidemie „hautnah“ zu erleben und derart nahe Erfahrungen mit dieser Krankheit zu machen. Die Fokussierung auf die Krankheit und darauf, wie sie erlebt wird, fördert nicht nur die Reflexion der eigenen Rollenidentität (z.B. als HIV-Positiver, als Hinterbliebener, als Ledermann), sondern auch das Nachdenken über die eigene Persönlichkeit und die individuelle Geschichte, die über das Schwulsein und über HIV/AIDS hinausgehen. Ein Interventionskonzept, das sich allein auf Gruppenidentitäten konzentriert, riskiert, die komplexen Besonderheiten der einzelnen Männer und das Zusammenwirken unterschiedlicher Faktoren zu übersehen. Der Schwerpunkt in meinem Anliegen liegt also auf den Erfahrungen mit der Krankheit, darauf, wie diese Erfahrungen „verstanden“ werden, mit dem Hinweis, daß bestimmte Erfahrungen (z.B. die des Status als HIV-Positiver) die Wahrscheinlichkeit von Traumasymptomen verstärken.

Ein zweites Ergebnis meiner Studie dreht sich um den Begriff „Überlebender“. Wie berichtet war es für die Teilnehmer der Studie äußerst schwierig, etwas mit dieser Bezeichnung anfangen zu können. Gespräche zu den ersten Ergebnissen dieser Studie mit Kollegen im AIDS-Bereich ergaben auch bei ihnen

die selben Schwierigkeiten. Ob es an der Prägung dieses Begriffs im Zusammenhang mit dem Holocaust von Juden in Deutschland oder an anderen Gründen liegt, „Überlebender“ ist jedenfalls nicht das „richtige“ Wort. Es kann sein, daß die – im Vergleich zu den USA – relativ niedrige Inzidenz von HIV in Deutschland den Begriff unzutreffend macht. „Überleben“ setzt wohl eine Situation voraus, in der sich die Betroffenen direkt von einer Katastrophe bedroht fühlen, die Angehörige ihrer Gruppe oder Zeitgenossen, zu denen sie einen engen Bezug haben, tötet. Es sind in Deutschland „nur“ kleinere Gruppen, die von HIV/AIDS in einer solchen Dimension betroffen sind. Und die Ergebnisse belegen, daß sich die HIV-Negativen und die Ungetesteten von der Krankheit persönlich einfach nicht so stark bedroht fühlen. Wichtiger ist die Idee hinter dem Wort „Überleben“, nämlich der Gedanke, daß man „durchkommt“: Man hält die schwierige Zeit irgendwie aus, bis bessere Tage kommen. Man ist nicht Opfer, sondern Akteur im eigenen Leben und im Kollektiv. Dieser letztere Sinn, wie immer wir das bezeichnen – und es wird wahrscheinlich längere Zeit dauern, bevor ein passender deutscher Ausdruck gefunden wird – muß gefördert werden, um die Traumareaktionen von schwulen Männern anzugehen. Vielleicht wäre es sogar besser, wenn nicht ein einzelner Begriff geprägt würde, um dieses Durchhaltevermögen schwuler Männer in den Zeiten von AIDS zu beschreiben. Dadurch sähe sich jeder einzelne herausgefordert, seine eigenen Worte dafür zu finden und seine eigenen Bewältigungsstrategien zu reflektieren.

Empfehlungen an Mitarbeiter im AIDS-Bereich

Wir wollen nun die bisherige Diskussion zu den Folgen für die Präventionsarbeit in konkrete Empfehlungen für die Praxis umsetzen. Die im folgenden dargestellten Interventionen sind als Anregungen gemeint. Der Autor hegt die Hoffnung, unter Kollegen in der AIDS-Arbeit eine kreative Auseinandersetzung mit den Ergebnissen dieser Untersuchung zu initiieren, die eine Vielfalt passender Modelle hervorzubringen vermag.

Die Interventionen, die schwulen Männern bei der Bewältigung von HIV/AIDS-Erfahrungen helfen sollen, müssen an zwei Ebenen ansetzen, der Ebene des Kleinsystems (Individuum und engerer Bekanntenkreis) und derjenigen des Kollektivs. Das Kleinsystem des einzelnen Schwulen umfaßt seine engeren Freunde, wobei nach meinen Ergebnissen diese Bezugspersonen überwiegend Schwule sind, obgleich auch Frauen oft eine wichtige Rolle spielen.

Hauptziel der Angebote auf der Ebene des Kleinsystems: die Förderung der Selbstwahrnehmung der eigenen psychischen Stärken und Reaktionen auf HIV/AIDS. Die Stärkung der Selbstwahrnehmung ist für die Förderung der eigenen Gesundheit besonders wichtig – auch wenn es sich gegenüber den Meinungen anderer (besonders äußerer Autoritäten wie Mediziner, Therapeuten usw.) durchzusetzen gilt. Die sich in der Studie als signifikant erwiesenen Faktoren können als Leitlinien dieses Prozesses dienen, z.B.: „Habe ich einen Partner oder guten Freund durch AIDS verloren?“, „wie oft grübele ich über AIDS nach?“ oder

„wie oft tauchen Gedanken zu AIDS unerwünscht bei mir auf (Post-Trauma-Streß-Merkmale)?“, „wie ist es mit Sex: stört es mich, daß ich mich infizieren könnte?“, „mit wem und wie oft rede ich über HIV/AIDS?“, „was hilft mir dabei, mit HIV/AIDS umzugehen?“, „welches sind meine Stärken, wenn ich schwere Probleme angehen muß?“

Wichtig ist, daß die Selbsteinschätzung auf der emotionalen statt der intellektuellen Ebene stattfindet. Es reicht also nicht, abstrakt über das Thema zu reden, die gesellschaftliche Situation von Betroffenen zu analysieren oder eventuelle Entwicklungen im eigenen Leben zu antizipieren. Im Grunde genommen geht es um die ganz persönliche Auseinandersetzung eines schwulen Mannes mit seinem Umfeld, seinem Leben: „Wie fühle ich mich gegenüber meinen realen Erfahrungen mit der Krankheit?“

Um dieses Ziel zu erreichen, ist hauptsächlich das vertraute Gespräch über AIDS mit Freunden zu fördern. Diese von vielen Männern schon angewandte Coping-Strategie ist ein Grundstein für die Bewältigung der Epidemie. Durch Printmedien, Veranstaltungen, Kampagnen und Beratungsgespräche muß das Reden über HIV/AIDS stärker ins Blickfeld gerückt werden. Wie schon erwähnt, ist dieses vertraute Gespräch am hilfreichsten, wenn es sich auf die subjektiven Reaktionen auf HIV/AIDS und nicht so sehr auf politische oder theoretische Aspekte bezieht. Die Kommunikationsbereitschaft des schwulen Mannes muß dabei aber auf Verständnis und Offenheit auf seiten der Gesprächspartner stoßen. Es kann sein, daß der engere Freundeskreis nicht in der Lage ist, auf solche Gefühle und Erfahrungen einzugehen. Herauszufinden, ob die nähere Umgebung die nötige Unterstützung auch tatsächlich geben kann, gehört zu den Aufgaben des erwähnten persönlichen Einschätzungsprozesses. Nach dem, was wir über das Survivor-Syndrom allgemein wissen und aufgrund der Ergebnisse meiner Studie können wir sagen, daß es besonders wichtig ist, Kontakt zu anderen zu finden, die in einer ähnlichen Situation sind; hier kann dann ein echter Erfahrungsaustausch stattfinden. Ähnlichkeiten in bezug auf die mit Traumaereaktionen korrelierten Faktoren spielen dabei wahrscheinlich die wichtigste Rolle (z.B. HIV-Status, Verlust eines Partners/Lebensgefährten, Pflege eines AIDS-Kranken). Wo Mängel im Freundeskreis identifiziert werden, können Helfer aus dem AIDS-Bereich sich mit dem Ziel engagieren, die Betroffenen zu ermutigen, ihre engeren Beziehungen zu stärken. Die Stärkung kann mittels Beratungsangeboten erfolgen, die sich systemisch am Freundeskreis statt am Individuum orientieren. Ob vor Ort in Form von Streetwork oder im geschlossenen Setting eines Beratungsgesprächs – Mitarbeiter aus dem AIDS-Bereich können versuchen, die Gruppe anzusprechen, um das Reden über HIV/AIDS zu fördern. Dem Berater als Außenstehendem gelingt es oftmals, Diskussionen innerhalb einer Familie oder eines Freundeskreises anzuregen, die sonst nie stattfinden würden. Mehr zum Thema Analyse und Intervention in Kleinsystemen ist der Literatur zur systemischen Therapie und zur Gruppenarbeit zu entnehmen.

In Ergänzung der vorhandenen Möglichkeiten für intimere Diskussionen über HIV/AIDS können Mitarbeiter aus dem AIDS-Bereich die Bildung von Gesprächskreisen anregen. In den USA ist in diesem Zusammenhang Gruppenarbeit aller Art weit verbreitet. „Support groups“ (Selbsthilfegruppen) zu bestimmten Schwerpunktthemen werden von Mitarbeitern der AIDS-Hilfen orga-

niert (z.B. zu den Themen HIV-Negativsein, Trauer). Damit sollen sich Menschen, die in ähnlicher Situation sind, kennenlernen können; der Freundeskreis jedes Mitglieds könnte sich aus diesen Gruppen ergänzen. Der Autor sieht unter deutschen Schwulen jedoch keine große Bereitschaft, dieses psychotherapeutisch orientierte US-amerikanische Modell zu akzeptieren. Es gibt in der Gruppenarbeit aber auch Modelle, die in Deutschland möglicherweise eher erfolgreich wären, z.B.: Männer organisieren, um eine Gedenkveranstaltung für verstorbene Schwule zu planen. Obwohl die Gruppe explizit zusammengelassen ist, um eine bestimmte Arbeit zu leisten, ergibt sich für die Männer auch die Gelegenheit, ihre persönlichen Erfahrungen zu thematisieren. Der Mitarbeiter der AIDS-Hilfe, der eine solche Gruppe betreut, kann direkt oder indirekt den Erfahrungsaustausch und die Bildung von Freundschaften in der Gruppe fördern. Mehr zum Thema Organisieren und Durchführung von Gruppen findet man in der Literatur zu den Methoden der Gruppenarbeit.

Eine in Deutschland im AIDS-Bereich schon bewährte Methode zur Ergänzung der Ressourcen der einzelnen Freundeskreise ist der Aufbau von Netzwerken, z.B. Positiven- oder Frauennetzwerke. Netzwerkstrukturen dienen demselben Zweck wie die oben genannte Gruppenarbeit, nämlich dem Zusammenbringen von Menschen in gleicher Situation, um sich in einer Atmosphäre der Geborgenheit gemeinsam und einfühlsam mit den entsprechenden Themen auseinandersetzen zu können.

Es ist wichtig, bei der Konzipierung von Interventionen zur Unterstützung schwuler Männer in den Zeiten von AIDS Frauen nicht auszuschließen. Obwohl schwule Männer den wichtigsten Platz als Gesprächspartner über wichtige Lebensereignisse einnehmen, findet man bei vielen Schwulen auch Frauen als Vertrauenspersonen, darunter auch Familienmitglieder. Wer die Freundeskreise schwuler Männer in Deutschland stärken will, muß die Vielfalt ihrer sozialen Netzwerke berücksichtigen und damit auch Frauen den nötigen Raum geben. Eine ausschließlich auf schwule Männer beschränkte Strategie reicht nicht aus.

Wo Traumareaktionen bei schwulen Männern auftreten, finden wir eher die Coping-Strategien Verleugnung und Informationssuche. Dieser Befund hat erhebliche Konsequenzen für die Arbeit, besonders auf der Ebene des Kleinsystems. Es handelt sich hierbei um Männer, die Bedarf nach offenen und tiefgründigen Gesprächen über ihre Erfahrungen mit HIV haben, aber die Auseinandersetzung mit dem Thema in entsprechenden Gesprächen (Gefühlen, Gedanken) eher verdrängen. Von der Psychotherapie wissen wir, daß ein solcher Prozeß eher unbewußt abläuft, das heißt, die Person erkennt nicht, daß sie die Realität ihrer Situation verleugnet. Man kann sogar sagen, die Verleugnung geht so weit, daß der Verleugnungsprozeß selbst verleugnet wird. Mit der Strategie der Informationssuche – so könnte man vielleicht einwenden – setze sich der traumatisierte Mann doch mit dem Thema auseinander. Er suche schließlich Informationsmaterialien, besuche Veranstaltungen und rede mit Freunden. Das Problem aber ist, daß diese Versuche, mit HIV umzugehen, sich auf die kognitive Ebene beschränken. Der entsprechende Schwule sucht Fakten zu AIDS, aber schafft es nicht, seine Gefühle zum Thema zuzulassen.

Aus der Psychotherapie wissen wir auch, daß Verleugnung nicht durch Konfrontation, sondern eher durch Präsenz und Empathie abzubauen ist. Dabei

können die schon vorhandenen Tendenzen genutzt werden, um den Einstieg in eine tiefere Reflexion zu finden. Informationsangebote – ob in Form von Printmedien, Veranstaltungen oder Beratung – haben also noch eine andere Dimension als kognitives Wissen, und diese Dimension gilt es zu nutzen. Es sind genau diese Angebote, die eine Chance bieten, die Informationssuchenden auf die subjektive Ebene der Erfahrungen und Gefühle aufmerksam zu machen. Zum Beispiel können die Motivationen, die dazu führen, Informationen zu suchen, angesprochen werden: „Wenn eine Situation schwierig zu bewältigen ist, versuchen wir möglichst viele Fakten darüber in Erfahrung zu bringen, um mehr Kontrolle über die Situation zu gewinnen. Aber eigentlich suchen wir mehr als Fakten. Wir suchen Antworten auf Fragen, die mit größeren Themen zu tun haben, mit Liebe, Verlust und Tod.“

Es gibt viele Möglichkeiten, Brücken zwischen der Informationssuche und den emotionalen Bedürfnissen zu bauen; die Hauptsache ist, daß Mitarbeiter bei der Informationsvermittlung die unausgesprochenen emotionalen Bedürfnisse der schwulen Männer berücksichtigen. Eine solche Verknüpfung der eher kognitiven Informationsangebote mit anderen Erfahrungsebenen der Teilnehmer kann auf Dauer als Einstieg in eine qualitativ neue Auseinandersetzung mit HIV/AIDS dienen.

In bezug auf Verleugnung ist es auch wichtig, daß Angebote im Sinne von Förderung des Miteinander-Redens nicht abschreckend wirken. Wenn jemand schmerzhaft Gedanken und Gefühle verdrängt, ist es unwahrscheinlich, daß er an einer „Trauergruppe“ teilnimmt oder „Hilfe für Hinterbliebene“ beansprucht. Die individuelle Abgrenzung zu den schwierigen Erfahrungen ist immer zu respektieren. Mitgeteilt werden muß nur, daß mit dem Angebot die Möglichkeit besteht, eine qualitativ neue Ebene der Auseinandersetzung zu wählen, wodurch die Konfrontation mit dem Thema verstärkt werden kann. Hier ist Präsenz angesagt. Mit einer Vielfalt formeller und informeller Angebote und Gespräche, aber vor allem durch das Schaffen einer Atmosphäre des Vertrauens und der Geborgenheit signalisiert man dem traumatisierten Mann, daß es nicht nur in Ordnung ist, sondern sogar Vorteile bringt, über die eigenen Gefühle bezüglich HIV/AIDS nachzudenken und zu reden, um an die nötige Unterstützung zu kommen. Und ganz allmählich, oft indirekt und auf je eigene Art fängt so mancher dann an, genau das zu tun...

Hier ist es interessant, auf die Frage nach der Bewertung der AIDS-Hilfen einzugehen, die am Ende des Interviews gestellt wurde. Die Frage lautete: „Was könnte Ihre AIDS-Hilfe tun, um Ihre Bedürfnisse, was HIV/AIDS anbelangt, besser zu befriedigen?“ Die am häufigsten gegebene Antwort der Teilnehmer (N=65) lautete „nichts“ (47,7% der Teilnehmer). Das heißt, der Befragte ist entweder mit den Angeboten zufrieden oder er nimmt sie nicht in Anspruch oder er glaubt, Selbsthilfe würde bedeuten, daß man an ihr keine Kritik üben kann, bevor man sich nicht selbst in dieser Arbeit engagiert. An nächster Stelle (38,5% der Teilnehmer) kamen hauptsächlich Vorschläge zur Verbesserung der Primär- und Sekundärprävention durch eine in der Öffentlichkeit und in den Schwulenszenen sichtbarere Arbeit sowie durch die Verstärkung einzelner Angebote (z.B. bessere Beratung durch einen ausgebildeten Psychologen). An letzter Stelle liegen die Teilnehmer (13,8%), welche die AIDS-Hilfen zu bürokratisch und

zu distanziert finden. Sie wünschen sich eine aufgeschlossenerere Atmosphäre, klar identifizierte Ansprechpartner mit starker Szenekompetenz und benutzerfreundlichere Angebote und Strukturen.

Wichtig bei diesen Ergebnissen: sowohl das Image und der Ruf der AIDS-Hilfe wie auch die Erfahrungen der Mitarbeiter und der Hilfesuchenden sind bei der Gestaltung und Durchführung neuer Strategien zu berücksichtigen. Selbstkritik ist nötig, wenn die AIDS-Hilfen traumatisierten schwulen Männern helfen wollen. Die Wertungen zu den AIDS-Hilfen spielen nämlich eine wichtige Rolle bei der Entscheidung über eine Kontaktaufnahme. Fragen wie die folgenden können hilfreich sein: Inwieweit spiegelt die Aufnahme/der Empfang neuer Mitarbeiter und Hilfesuchender die Ziele und Ansätze der AIDS-Hilfe wider? Wie ist der Umgang mit Menschen innerhalb der AIDS-Hilfe und spiegelt er unsere Werte wider (z.B. Akzeptanz, Selbsthilfe usw.)? Welchen Ruf hat die AIDS-Hilfe in den Schwulenszenen? Wenden sich schwule Männer, die Hilfe brauchen, an die AIDS-Hilfe oder an eine andere Organisation und wenn letzteres zutrifft, warum tun sie das? Was wünschen sich schwule Männer von der AIDS-Hilfe, um HIV/AIDS besser bewältigen zu können?

Über das Kleinsystem hinaus sind wir herausgefordert, Interventionen für das Kollektiv zu entwickeln, welche die Traumareaktionen aufgrund von AIDS abzumildern vermögen. Wie auf der Ebene des Kleinsystems ist das Hauptziel die Enttabuisierung der schwerwiegenden Erlebnisse von Trauer und Verlust, um (wieder) einen (neuen) Sinn im Leben finden zu können.

Es geht auch hier um die Förderung vertrauensvoller Gespräche in Freundeskreisen. Auf der kollektiven Ebene bedeutet das die Thematisierung des Bedarfs nach solchen Gesprächen innerhalb der Schwulenszenen. In Printmedien, Öffentlichkeitsarbeit, Veranstaltungen und Beratungsgesprächen muß der Bedarf nach Miteinander-Reden als wichtiges Thema aufgegriffen werden, und zwar unabhängig vom jeweiligen Kleinsystem. Bei schwulen Männern, die von HIV/AIDS betroffene Freunde haben, muß die Bereitschaft gefördert werden, mit diesen über ihre Erfahrungen zu reden. Dies ist leichter mit dem Hinweis zu erreichen, daß sie den Freunden, die HIV/AIDS haben, allein durch Zuhören und Reden viel Unterstützung bieten können.

Mit dem Kollektiv sind hier in erster Linie die Schwulenszenen in Deutschland mit ihrem Umfeld gemeint, wozu auch heterosexuelle Freundinnen von Schwulen gehören können. Über die Bereitschaft, Reaktionen auf HIV/AIDS in den eigenen Freundeskreisen zu thematisieren, hinaus geht es um die Stärkung jener Elemente der Schwulenszenen und der Subkultur, die angesichts der Epidemie positiv beeinflußt werden. Hoffnung im allgemeinen, Freundschaften unter Schwulen, Engagement in den Schwulenszenen, Ausprägung von Vielfalt in schwulen Beziehungen, Interesse an den Schwulenszenen und Unterstützung durch diese sind positive „Reaktionen“ auf HIV/AIDS in den Schwulenszenen. Eine mögliche Intervention auf der kollektiven Ebene bestünde darin, Botschaften und Symbole zu verbreiten, die diese positiven Auswirkungen darstellen. Statt des Mottos „Trotz AIDS sind wir stark“ wäre es im Sinne von Vermeidung von Trauma vielleicht wirksamer zu proklamieren „Auch wegen AIDS sind wir stark“ mit dem Hinweis auf ein oder mehrere der oben genannten Elemente. In der Folge hätten wir zwei unterschiedliche, sich aber nicht widersprechende

Botschaften unter Schwulen gesetzt: „Redet miteinander über eure Erfahrungen“ und „Seht, wie wir uns in diesen Zeiten als Schwule bestärken“.

Der nächste Diskussionspunkt bezieht sich ebenfalls auf das Kollektiv. Es geht um die Propagierung einer starken kollektiven Identität, die auch vom Individuum angenommen werden kann. Der Begriff „Überlebende“ scheint kulturell nicht passend zu sein. Wir brauchen aber eine Begrifflichkeit, um die Stärke und den Willen des schwulen Kollektivs, diese Epidemie zu überstehen, auszudrücken. Es mag keinen einzelnen Begriff geben; vielleicht muß einfach die Botschaft verbreitet werden, daß schwule Männer etwas haben, was es ihnen ermöglicht, ihre Identität, Kultur und ihre Rechte weiter durchzusetzen, egal, ob mit oder ohne AIDS. Die Botschaft lautet: viele schwule Männer sind erkrankt, aber Schwulsein an sich und die Schwulenszenen wachsen und gedeihen, wenn auch jetzt stark von HIV/AIDS beeinflusst.

Ein weiteres Thema bei Intervention auf der kollektiven Ebene, das auch mit Überleben zu tun hat, weist über HIV/AIDS hinaus auf schwule Kultur und schwule Gesundheit allgemein. Wenn wir tatsächlich glauben, daß es in Zukunft noch schwule Männer gibt, dann heißt das auch, daß es schwule Kultur und schwule Gesundheitsförderung auch ohne HIV/AIDS gibt. Zum ersten Mal in der Geschichte wurde die Gesamtgesellschaft auf schwule kulturelle und gesundheitliche Themen aufmerksam gemacht – durch AIDS. Es gilt nun Gesundheitskonzepte sowie Kultur- und Kunstformen zu entwickeln, die nicht im Gegensatz zu, sondern ganz unabhängig von AIDS schwule Identität fördern. Wenn alle wichtigen Veranstaltungen, alle bedeutenden Bücher zu schwuler Gesundheit und Kultur mit AIDS zu tun haben, wird damit leicht der Eindruck verstärkt, AIDS sei tatsächlich das wichtigste Element des Schwulenseins. Einen solchen Eindruck zu bestärken, konterkariert die Hoffnung und den Glauben an das Überleben.

Es gehört zu den weiteren Empfehlungen, vorhandene Ansätze und Prozesse der Entwicklung einer Trauerkultur unter Schwulen zu fördern. Auch hier ist große Kreativität erforderlich. Die von den einzelnen Schwulen wie auch von der Gesellschaft verdrängten Trauererlebnisse schwuler Männer in Deutschland müssen einen sichtbaren Ausdruck finden. Der traditionellen kirchlichen Trauerkultur scheint dabei nur noch wenig Bedeutung zuzukommen. Gefordert ist demzufolge die Entwicklung neuer Formen und die Bereitschaft, mit ganz unterschiedlichen Ideen zu experimentieren. Beispiele für kreative Versuche aus der letzten Zeit: das „Memoire nomade – Projekt Denkraum“ beim Waldschlößchen in Reinhausen, wo ein Steinquader mit den Namen von Verstorbenen gebaut wird; das Quilt-Projekt der Münchener AIDS-Hilfe, wo Stofffelder mit den Namen von Verstorbenen genäht werden, als Teil des internationalen Quilt-Projekts; die „Todestage“ bei pluspunkt berlin in Anlehnung an mexikanische Trauerrituale. Wichtig ist hierbei der Aufbau einer Trauerkultur unter Schwulen, die Raum bietet für das öffentliche Gedenken und Betrauern der Geliebten. Der offene und öffentliche Umgang mit dem Tode eines geliebten Menschen ist wichtiger Bestandteil jeder Kultur; aus den schon erörterten Gründen findet er bei den schwulen Männern bisher eher selten statt. Die Entwicklung neuer Trauersitten ist eine äußerst schwierige Pionierarbeit, die großer Experimentierfreude und breitgefächelter Kreativität bei höchster Sensibilität bedarf.

EPILOG

Das AIDS-Trauma bei schwulen Männern in Deutschland ist ein Anlaß mehr, das oft versteckte Leiden schwuler Männer wahrzunehmen und sich mit seinen Ursachen auseinanderzusetzen. Darüber hinaus sind wir gefordert, unsere Arbeit neu zu überdenken, damit schwule Trauer, schwule Kultur und die Schwulenszenen neue Ausdrucksmöglichkeiten finden können. Uns im AIDS-Bereich Engagierten erwächst also einmal mehr eine Aufgabe, die über die Grenzen von HIV/AIDS hinausweist – auf fundamentale Probleme in der Gesellschaft, denen wir entgegenwirken, um die Gesundheit aller, nicht nur der Betroffenenengruppen, in einem umfassenden Sinne zu fördern.

LITERATUR

- AMATI, S.: Die Rückgewinnung des Schamgefühls. In: *Psyche*, Vol 44 (8), Aug 1990, S. 724-740
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994
- AUERBACH, David: Creativity and the survivor: The struggle for mastery. In: *International Review of Psycho-Analysis*, Vol 16 (3), 1989, S. 273-286
- AUERHAHN, Nanette C.; LAUB, Dori: Play and playfulness in Holocaust survivors. In: *Psychoanalytic Study of the Child*, Vol 42, 1987, S. 45-58
- BARROWS, Paul A.; HALGIN, Richard P.: Current issues in psychotherapy with gay men: Impact of the AIDS phenomenon. In: *Professional Psychology Research and Practice*, Vol 19 (4), Aug 1988, S. 395-402
- BARTONE, Paul T.; URSANO, Robert J.; WRIGHT, Kathleen M.; INGRAHAM, Larry H.: The impact of a military air disaster on the health of assistance workers: A prospective study. In: *Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol 177 (6), Jun 1989, S. 317-328
- BERGERON, J. P.; HANDLEY, P. R.: Bibliography on AIDS-related bereavement and grief. In: *Death Studies*, Vol 16, 1992, S. 247-267
- BILLER, R.; RICE, S.: Experiencing multiple loss of persons with AIDS: grief and bereavement issues. In: *Health and Social Work*. Vol 15 (4), Nov 1990, S. 283-290
- BOCHOW, Michael: Schwuler Sex und die Bedrohung durch AIDS – Reaktionen homosexueller Männer in Ost- und Westdeutschland. AIDS-FORUM DAH, Bd. XVI, Deutsche AIDS-Hilfe, November 1994
- BOCHOW, Michael: Datenwüsten und Deutungsarmut: Zu Defiziten in der präventionsorientierten AIDS-Forschung am Beispiel der Zielgruppe homosexueller Männer. In: *Zeitschrift für Sexualforschung*, März 1995 (a), S. 39-48
- BOCHOW, Michael: Je crois beaucoup à la notion de protection négociée. In: *Le Journal du Sida*, April 1995 (b), No. 72, S. 24-25
- BOEHNLEIN, J. K.; KINZIE, J. D.; BEN, R.; FLECK, J.: One year follow-up study of posttraumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps. In: *American Journal of Psychiatry*, Vol 142 (8), Aug 1985, S. 956-959
- BOWEN, Deborah J.; CARSCADDEN, Lisa; BEIGHLE, Kate; FLEMING, India: Post-traumatic stress disorder among Salvadoran women: Empirical evidence and description of treatment. In: *Women and Therapy*, Vol 13 (3), 1990, S. 267-280
- BOYKIN, Fred F.: The AIDS crisis and gay male survivor guilt. In: *Smith College Studies in Social Work*, Vol 61 (3), Jun 1991, S. 247-259
- CATHERALL, Donald R.: The support system and amelioration of PTSD in Vietnam veterans. In: *Psychotherapy*, Vol 23 (3), Fall 1986, S. 472-482
- DANNECKER, Martin: *Homosexuelle Männer und AIDS – eine sexualwissenschaftliche Studie zu Sexualverhalten und Lebensstil*. Kohlhammer, Stuttgart, 1990
- DANNECKER, Martin: „Risikofaktor Liebe“ am Beispiel homosexueller Männer. In: H. Jäger (Hrsg.): *AIDS – Management der Erkrankung. Szenarien zur Verbesserung von Diagnose und Behandlung*. Ecomed, Landsberg/Lech, 1996, S. 331-332
- DAVIDSON, Alan G.: Looking for love in the age of AIDS: The language of gay personals, 1978-1988. In: *Journal of Sex Research*, Vol 28 (1), Feb 1991, S. 125-137
- DAVIDSON, Shamaï; CHARNY, Israel W.: Surviving during the Holocaust and afterwards: The post-liberation experience. In: Davidson, Shamaï; Charny, Israel W. (Hrsg.): *Holding on to humanity – The message of Holocaust survivors: The Shamaï Davidson papers*. Jossey-Bass, San Francisco, CA, 1993 (a), S. 55-87

- DAVIDSON, Shamai; CHARNY, Israel W.: Recovery and integration in the life cycle of the individual and the collective. In: Davidson, Shamai; Charny, Israel W. (Hrsg.): *Holding on to humanity – The message of Holocaust survivors: The Shamai Davidson papers*. Jossey-Bass, San Francisco, CA, 1993 (b), S. 189-210
- DAVIDSON, Shamai; CHARNY, Israel W.: Reflections on survival and some observations on survivors in Israel, Germany, and the United States. In: Davidson, Shamai; Charny, Israel W. (Hrsg.): *Holding on to humanity – The message of Holocaust survivors: The Shamai Davidson papers*. Jossey-Bass, San Francisco, CA, 1993 (c), S. 143-159
- DAVIDSON, Shamai; CHARNY, Israel W.: Encounter: The survivor versus society. In: Davidson, Shamai; Charny, Israel W. (Hrsg.): *Holding on to humanity – The message of Holocaust survivors: The Shamai Davidson papers*. Jossey-Bass, San Francisco, CA, 1993 (d), S. 207-214
- DAVIDSON, Shamai; CHARNY, Israel W.: Group formation and human reciprocity in the Nazi concentration camps. In: Davidson, Shamai; Charny, Israel W. (Hrsg.): *Holding on to humanity – The message of Holocaust survivors: The Shamai Davidson papers*. Jossey-Bass, San Francisco, CA, 1993 (e), S. 121-142
- DAVIDSON, Shamai: Group formation and its significance in the Nazi concentration camps. In: *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, Vol 22 (1-2), 1985, S. 41-50
- DEAN, L.: Summary of Measures: Mental health effects of AIDS on at-risk homosexual men. Columbia School of Public Health, New York (unveröffentlichtes Manuskript)
- DEUTSCHE AIDS-HILFE e.V.: Seminar „Survivor Guilt“ vom 2.-3.10.1993 in Berlin-Konradshöhe
- DICK, L. C.: An investigation of the disenfranchised grief of two health care professionals caring for persons with AIDS. In: Doka, Kenneth J. (Hrsg.): *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*. Lexington Books/D. C. Heath and Company, Lexington/Massachusetts, 1989, S. 55-65
- DOKA, Kenneth J.: Disenfranchised grief. In: Doka, Kenneth J. (Hrsg.): *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*. Lexington Books/D. C. Heath and Company, Lexington/Massachusetts, 1989, S. 3-11
- DOHRENWEND, B. S. et al.: Report of the Public Health and Safety Task Force on Behavioral Effects to the President's Commission on the Accident at Three Mile Island (Stock No. 052-003-00732-1). US Government Printing Office, Washington, DC, October 1979
- DOHRENWEND, B. S. et al.: Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology: Measures for use in the general population. In: *Archives of General Psychiatry*, Vol 37, 1980, S. 1229-1236
- DOHRENWEND, B. S. et al.: The Psychiatric Epidemiology Research Interview Life Events Scale. In: Goldberger, L.; Breznitz, S. (Hrsg.): *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. The Free Press, New York, 1982, S. 332-362
- ECKSTAEDT, A.: Eine klinische Studie zum Begriff der Traumareaktion. Ein Kindheitsschicksal aus der Kriegszeit. In: *Psyche*, Vol 34 (7), Jul 1988, S. 600-610
- FISCHER, C. S. et al.: *Networks and places: Social relations in the urban setting*. The Free Press, New York, 1977
- FOGELMAN, E.: Therapeutic alternatives for Holocaust survivors and second generation. In: Braham, Randolph L. (Hrsg.): *The psychological perspectives of the Holocaust and of its aftermath*. Social Science Monographs, Boulder/Colorado, 1988, S. 79-108
- FRANK, J. D.: *Persuasion and healing*. Johns Hopkins Press, Baltimore, 1973
- FULLER, R. L.; GEIS, S. B.; RUSH, J.: Lovers and significant others. In: Doka, Kenneth J. (Hrsg.): *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*. Lexington Books/D. C. Heath and Company, Lexington/Massachusetts, 1989, S. 33-42
- GABRIEL, M.: A model for understanding group therapists' reactions to multiple deaths of group members from AIDS. Workshop, National Gay and Lesbian Health Conference/National HIV/AIDS Forum, 23. Juni 1994, New York
- GIEL, R.: The psychosocial aftermath of two major disasters in the Soviet Union. In: *Journal of Traumatic Stress*, Vol 4 (3), Jul 1991, S. 381-392
- GODEREZ, B. I.: The survivor syndrome: Massive psychic trauma and posttraumatic stress disorder. In: *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51 (1), 1987, S. 96-113
- GOEB, A.: Der lebenslange Alptraum. In: *Psychologie Heute*, Vol 15, Sep 1988, S. 43-47
- GREEN, Bonnie L.; GRACE, Mary C.; LINDY, Jacob D.; GLESER, Goldine C. et al.: Buffalo Creek survivors in the second decade: Comparison with unexposed and nonlitigant groups. In: *Journal of Applied Social Psychology*, Vol 20 (13, Pt 1) Aug 1990, S. 1033-1050

- HAKERT, U.-M.: Wenn Überlebende sich schuldig fühlen. In: *Aktuell – Das Magazin der Deutschen AIDS-Hilfe*, Nr. 8, Nov 1994, S. 20-21
- HART, Graham; FITZPATRICK, R.; MCLEAN, J.; DAWSON, J. et al.: Gay men, social support and HIV disease: A study of social integration in the gay community. In: *AIDS Care*, Vol 2 (2), 1990, S. 163-170
- HART, K.: *I am alive*. Abelard-Schuman, London, New York, 1962
- HAYS, Robert B.; CHAUNCEY, Sarah; TOBEY, Linda A.: The social support networks of gay men with AIDS. In: *Journal of Community Psychology*, Vol 18 (4), Oct 1990, S. 374-385
- HENDIN, H.; HAAS, A. P.: Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans. In: *American Journal of Psychiatry*, Vol 148 (5), May 1991, S. 586-591
- HERBST, Patricia R.: From helpless victim to empowered survivor: Oral history as a treatment for survivors of torture. In: *Women and Therapy*, Vol 13 (1-2), 1992, S. 141-154
- HOROWITZ, M. J.: *Stress Response Syndromes*. Jason Aronson, Northvale, NJ, 1976
- JUCOVY, M. E.: Psychoanalytic contributions to Holocaust studies. In: *International Journal of Psychoanalysis*. Vol 73, 1991, S. 267-282
- KAPLAN, H.; SADOCK, B.: *Synopsis of Psychiatry*, Fifth Edition. Williams & Wilkins, Baltimore/Maryland, 1988
- KAYAL, P.: *Bearing witness: Gay Men's Health Crisis and the politics of AIDS*. Westview Press, Boulder/Colorado, 1993
- KLEIN, Hillel: The meaning of the Holocaust. In: Pfaefflin, Friedemann; Appelt, Hertha; Krausz, Michael; Mohr, Michael (Hrsg.): *Der Mensch in der Psychiatrie*. Springer, Heidelberg, Berlin, 1988, S. 92-100
- KLEIN, Sandra J.; FLETCHER, William: Gay grief: An examination of its uniqueness brought to light by the AIDS crisis. In: *Journal of Psychosocial Oncology*, Vol 4 (3), Fall 1986, S. 15-25
- KRYSTAL, H.; NIEDERLAND, W. G.: Clinical observations on the survivor syndrome. In: Krystal, H. (Hrsg.): *Massive psychic trauma*. International Universities Press, New York, 1968, S. 327-348
- LAUB, Dori: Truth and testimony: The process and the struggle. In: *American Imago*, Vol 48 (1), Spr 1991, S. 75-91
- LENNON, Mary C.; MARTIN, John L.; DEAN, Laura: The influence of social support on AIDS-related grief reaction among gay men. In: *Social Science and Medicine*, Vol 31 (4), 1990, S. 477-484
- MAAG, Klaus: Warum gerade ich? Ein Berliner Homosexueller über das Sterben in seinem Freundeskreis. In: *Der Spiegel*, 11, 1995, S. 204-207
- MARCUS, P. R.; ROSENBERG, A.: A philosophical critique of the „survivor syndrome“ and some implications for treatment. In: Braham, Randolph L. (Hrsg.): *The psychological perspectives of the Holocaust and of its aftermath*. Social Science Monographs, Boulder/Colorado, 1988, S. 53-73
- MARKS, Mitchell L.; MIRVIS, Philip H.: Rebuilding after the merger: Dealing with „survivor sickness“. In: *Organizational Dynamics*, Vol 21 (2), Fall 1992, S. 18-32
- MARTIN, David J.: Human immunodeficiency virus infection and the gay community: Counseling and clinical issues. In: *Journal of Counseling and Development*, Vol 68 (1), Sep/Oct 1989, S. 67-72
- MARTIN, John L.; DEAN, Laura: Effects of AIDS-related bereavement and HIV-related illness on psychological distress among gay men: A 7-year longitudinal study, 1985-1991. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 61 (1), Feb 1993, S. 94-103
- MARTIN, John L.; DEAN, Laura; GARCIA, Marc; HALL, William: The impact of AIDS on a gay community: Changes in sexual behavior, substance use, and mental health. In: *American Journal of Community Psychology*, Vol 17 (3), Jun 1989, S. 269-293
- MARTIN, John L.: Psychological consequences of AIDS-related bereavement among gay men. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 56 (6), Dec 1988, S. 856-862
- MATSCHKE, R. G.: *Psychische Belastungen beim Schiffbruch aus der Sicht des Betroffenen*. In: FAUST, Volker (Hrsg.): *Angst – Furcht – Panik*. Hippokrates, 1986, S. 235-240
- MOOS, R. H.; BILLINGS, A. G.: Conceptualizing and measuring coping resources and processes. In: Goldberger, L.; Breznitz, S. (Hrsg.): *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. The Free Press, New York, 1982, S. 221-230
- NIEDERLAND, W. G.: Clinical observations on the „survivor syndrome“. In: *International Journal of Psychoanalysis*. Vol 49, 1968, S. 313-315
- OCHBERG, Frank M.: Post-traumatic therapy. Special issue: Psychotherapy with victims. In: *Psychotherapy*, Vol 28 (1), Spr 1991, S. 5-15
- ODETS, W.: Being HIV-negative, staying alive in the 90's. Workshop. National Lesbian and Gay Health Conference/National HIV/AIDS Forum, 23.7.93, Houston/Texas

- PETERS, U. H.: Die psychischen Folgen der Verfolgung. Das Überlebenden-Syndrom. In: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, Vol 57 (5), 1989, S. 169-191
- PINE, V. R.: Death, loss, and disenfranchised grief. In: Doka, Kenneth J. (Hrsg.): Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow. Lexington Books/D. C. Heath and Company, Lexington/Massachusetts, 1989, S. 13-23
- REISBECK, G.; EDINGER, M.; JUNKER, M.; KEUPP, H.; KNOLL, C.: Soziale Netzwerke schwuler Männer im Zeichen von AIDS. In: Lange, C. (Hrsg.): Aids – eine Forschungsbilanz. edition sigma, rainer bohner verlag, Berlin, 1993, S. 129-139
- RHEINZ, H.: Der Horror, der nie „verarbeitet“ werden kann. In: Psychologie heute, Vol 18, Mai 1991, S. 38-41
- ROBINS, L. N. et al.: National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity. In: Archives of General Psychiatry, Vol 38, 1981, S. 381-389
- ROFES, E.: Reviving the tribe: Regenerating gay men's sexuality and culture in the ongoing epidemic. Haworth Press, New York, 1996
- ROSEN, E. J.: Hospice work with AIDS-related disenfranchised grief. In: Doka, Kenneth J. (Hrsg.): Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow. Lexington Books/D. C. Heath and Company, Lexington/Massachusetts, 1989, S. 301-311
- ROSENTHAL, David; SADLER, Anne G.; EDWARDS, Warren: Families and post-traumatic stress disorder. In: Family Therapy Collections, Vol 22, 1987, S. 81-95
- RUBENSTEIN, Israel; CUTTER, Fred; TEMPLER, Donald I.: Multigenerational occurrence of survivor syndrome symptoms in families of Holocaust survivors. In: Omega Journal of Death and Dying, Vol 20 (3), 1989-90, S. 239-244
- SCHWARTZBERG, Steven S.: AIDS-related bereavement among gay men: The inadequacy of current theories of grief. In: Psychotherapy, Vol 29 (3), Fall 1992, S. 422-429
- SKLAR, Fred; HARTLEY, Shirley F.: Close friends as survivors: Bereavement patterns in a „hidden“ population. In: Omega Journal of Death and Dying, Vol 21 (2), 1990, S. 103-112
- SKLAR, Fred: Grief as a family affair: Property rights, grief rights, and the exclusion of close friends as survivors. In: Omega Journal of Death and Dying, Vol 24 (2), 1991-92, S. 109-121
- SPINETTA, John J.; MURPHY, Joan L.; VIK, Peter J.; DAY, Jacqueline et al.: Long-term adjustment in families of children with cancer. In: Journal of Psychosocial Oncology, Vol 6 (3-4), 1988, S. 179-191
- STEINBERG, A.: Holocaust survivors and their children: A review of the clinical literature. In: Marcus, Paul; Rosenberg, Alan (Hrsg.): Healing their wounds: Psychotherapy with Holocaust survivors and their families. Praeger Publishers, New York, 1989, S. 23-42
- STULBERG, Ian; SMITH, Margaret: Psychosocial impact of the AIDS epidemic on the lives of gay men. In: Social Work, Vol 33(3), May-Jun 1988, S. 277-281
- TURNER, Heather A.; HAYS, Robert B.; COATES, Thomas J.: Determinants of social support among gay men: The context of AIDS. In: Journal of Health and Social Behavior, Vol 34 (1), Mar 1993, S. 37-53
- VINEY, Linda L.; HENRY, Rachel M.; WALKER, Beverly M.; CROOKS, Levinia: The psychosocial impact of multiple deaths from AIDS. In: Omega Journal of Death and Dying, Vol 24 (2), 1991-92, S. 151-163
- VINEY, Linda L.; CROOKS, Levinia; WALKER, Beverly M.; HENRY, Rachel M.: Psychological frailness and strength in an AIDS-affected community: A study of seropositive gay men and voluntary caregivers. In: American Journal of Community Psychology, Vol 19 (2), Apr 1991, S. 279-287
- VOGEL, M.: Wenn Schuld klinisch wird. In: Aktuell – Das Magazin der Deutschen AIDS-Hilfe, Nr. 8, Nov. 94, S. 22-23
- WALLSTON, K. A. et al.: Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. Health Education Monographs, Vol 6, 1978, S. 169-170
- WEISS, D. S. et al.: The Stress Response Rating Scale: A clinician's measure for rating the response to serious life-events. British Journal of Clinical Psychology, Vol 23, 1984, S. 202-215
- WRIGHT, M.: Die Herausforderung, sich zu bekennen. Ehrenamtliche Mitarbeiter in US-amerikanischen AIDS-Hilfe-Organisationen. AIDS-FORUM DAH Bd. XVII, Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.), Berlin, Dezember 1994
- YACOUBIAN, Viken V.; HACKER, Frederick J.: Reactions to disaster at a distance: The first week after the earthquake in Soviet Armenia. In: Bulletin of the Menninger Clinic, Vol 53 (4), Jul 1989, S. 331-339
- ZILBERG, N. et al.: Impact of Events Scale: A cross validation study and some empirical evidence. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 50, 1982, S. 407-414

ANHANG

Ausführlicher Bericht über die Daten der Studie

Soziales Umfeld

Der auf das soziale Umfeld zielende Fragenkatalog des New Yorker Erhebungsinstruments wurde auf der Basis einer Arbeit von Claude Fischer (1977) entwickelt. Der Fragebogen eruiert die Daten zum engeren Bekanntenkreis, indem er abfragt, welche Lebensbereiche gemeinsam gestaltet werden und wie man unterstützt wird (abgefragte Bereiche: Beaufsichtigung der Wohnung bei längerer Abwesenheit, Hilfe im Haushalt, Freizeitgestaltung, Besprechen persönlicher Probleme, Beratung, finanzielle Unterstützung, Trost, Fragen zu AIDS, Sex, Begehen von Festtagen, sonstige wichtige Aspekte im Leben des Teilnehmers während der letzten 12 Monate). Die Teilnehmer dürfen alle Personen angeben, die ihnen wichtig erscheinen, z.B. den Lebensgefährten, Mitbewohner, Familienangehörige, Freunde und Bekannte. Im Anschluß daran wird nach den Charakteristika dieser Personen (z.B. sexuelle Orientierung) und nach der Qualität der Beziehung zu ihnen gefragt.

In meiner Studie beschränkte ich mich darauf, nach der sexuellen Orientierung und den HIV-Antikörperstatus der Genannten zu fragen. Außerdem wollte ich Auskunft darüber, ob der Proband diese Personen in der AIDS-Hilfe kennenlernte.

Die Analyse dieses Fragenkomplexes (N=64) ergibt folgendes: Die Durchschnittszahl der Personen des engeren Bekanntenkreises beträgt 14. Die Genannten sind mehrheitlich schwule Männer (54,3%), gefolgt von heterosexuellen Frauen (24,5%), heterosexuellen Männern (16,2%), Lesben (2,4%), bisexuellen Männern (1,3%), bisexuellen Frauen sowie Männern und Frauen mit unbekannter Sexualorientierung (1,2%) (s. *Tabelle 8*). Die Männer berichten überwiegend, daß es in ihrem sozialen Umfeld genügend Menschen gibt, an die sie sich wenden können, um die obengenannten Formen der Unterstützung zu bekommen. In jedem engeren Bekanntenkreis befindet sich im Durchschnitt (N=63) eine Person, die der Proband in der AIDS-Hilfe kennenlernte und eine, die HIV-positiv ist.

Bei genauerer Betrachtung der Variablen zu emotionaler und psychischer Unterstützung, die zugleich auf die engsten Beziehungen schließen lassen, finden wir das gleiche Ergebnis: die Männer dieser Studie wenden sich eher an schwule Männer und an heterosexuelle Frauen, wenn sie intimere Angelegenheiten besprechen wollen. Persönliche Probleme werden meist mit schwulen

Männern (52,5%), heterosexuellen Frauen (28,5%) und heterosexuellen Männern (14,7%) besprochen. Die Beratung durch Angehörige dieser drei Gruppen erfolgt zu 49,1% durch schwule Männer, zu 30,0% durch heterosexuelle Frauen und zu 16,2% durch heterosexuelle Männer. Bei der Besprechung AIDS-spezifischer Fragen ist diese Tendenz stärker. Vielleicht deshalb, weil es hierbei um Sexpraktiken geht, wählt ein größerer Prozentsatz der Probanden eher schwule Männer (66,2%) statt heterosexuelle Frauen (19,1%) als Ansprechpartner. Nur 9,5% der in dieser Kategorie angegebenen Personen sind heterosexuelle Männer.

HIV-Status

Die Frage nach dem HIV-Antikörperstatus bzw. der AIDS-Diagnose erbrachte folgendes Ergebnis (N=65): Status unbekannt (ungetestet oder seit langem nicht getestet) 43,1%, test-negativ 32,3%, test-positiv ohne Krankheitszeichen 13,9%, test-positiv mit Krankheitszeichen (ohne AIDS-Diagnose) 4,6%, an AIDS erkrankt 6,2% (s. *Tabelle 9*). Demnach sind 49 Männer (75,4%) ungetestet oder HIV-AK-negativ und 16 Männer (24,6%) HIV-AK-positiv oder an AIDS erkrankt. Im Durchschnitt kennen die Getesteten (N=37) ihren Status seit ca. 4 Jahren (185 Wochen, Median 104 Wochen). Die Positiven (N=14) leben im Durchschnitt seit ca. 7 Jahren (87 Monate, Median 108 Monate) mit der Infektion.

HIV-Antikörpertest

Eine Reihe von Fragen bezog sich auf die Auswirkungen des HIV-Antikörpertests. Auf die allgemeine Frage „Wie wirkte das Testergebnis auf Sie?“ antworteten die Getesteten (N=37) folgendermaßen: Es hat mir geholfen (35,1%), es hat mich behindert (35,1%), keine Auswirkung (29,8%).

Die Begründungen zur Aussage „Es hat mir geholfen“ waren meist im Sinne von „Es war eine Erleichterung. AIDS zu haben ist schrecklich. Es ist gut, diese Krankheit nicht zu haben.“ Es wurden noch zwei weitere Gründe für das positive Reagieren auf das Testergebnis angeführt, die sich unter „Endlich wußte ich, daß ich infiziert bin“ und „Es hatte positive Nebenwirkungen“ einordnen lassen, z.B.: „Eine psychische Last war weg. Ich wußte, ich bin jetzt krank, ich habe es geschafft. Mich erschreckte jedoch die nun sehr eingeschränkte Lebenszeit.“ „Es hatte eine positive Wirkung auf mein Coming-out, es wurde dadurch gefördert.“

Beispielhaft für die negativen Reaktionen auf das Testergebnis sind folgende Aussagen: „Es war sehr schwer. Die Welt ist zusammengebrochen. Ich habe nicht kapiert, warum gerade ich. Ich nahm Tabletten. Ich wollte mich umbringen. Aber Gott sei Dank hat's nicht geklappt. Ich habe es in den Griff bekommen, aber erst nach längerer Zeit.“ Und: „Es hat mir den Boden unter den Füßen weggezogen. Ich war leer und ausgebrannt.“

Die Antwort „keine Auswirkung“ wurde am häufigsten so erklärt: „Das Testergebnis hat meine Vermutung bestätigt, war also keine Überraschung.“

Zur Frage nach Veränderungen des Sexualverhaltens aufgrund des Testergebnisses berichteten die getesteten Männer mehrheitlich (64,9%), daß sich nichts verändert habe. Bei den Probanden, die seit dem Test anderen Sex praktizieren, findet man nicht nur die Aussage „Ich fickte nicht mehr ohne Kondom“ sondern auch Erklärungen wie

„Ich bumse nicht mehr, weil es keinen Spaß mehr macht.“

„Anfangs war es ganz unterschiedlich, sehr vom Partner abhängig. ‚Positiv‘ oder ‚negativ‘ spielte eine wichtige Rolle.“

„Heute gehe ich mit Sex sparsamer um. Qualität ist wichtiger als Quantität, ich hab' jetzt also weniger Männer.“

„Jetzt habe ich Angst vor einer Beziehung. Sex beschränkt sich auf Pornokino und Sauna. Bumsen lasse ich mich überhaupt nicht mehr, da habe ich eine große Hemmschwelle.“

Bei der Frage nach negativen psychischen Reaktionen auf den Test (wie Angst, Depressionen oder Schlafstörungen) gaben 73,0% der Getesteten an, keine solchen Merkmale erlebt zu haben. Typisch für Männer, bei denen es zu negativen Reaktionen kam, sind folgende Aussagen:

„Ich kriegte Panik, eine Angstneurose. Ich war wie eine Ratte im Käfig. Es hat sich mit der Zeit gebessert durch die Teilnahme an AIDS-Veranstaltungen usw.“

„Ich hatte alle drei Merkmale: Angst, Depressionen, Schlafstörungen. Durch AIDS ist das Leben unlebbar geworden, für mich und für andere. Ich sehe morgens sehr oft keinen Grund aufzustehen. AIDS nimmt nur Leben, deshalb trinke ich soviel.“

Zu positiven Reaktionen auf den Test gab es zwei Fragen. Auf „Ist es leichter für Sie gewesen, bestimmte Probleme zu lösen, weil Sie Ihren HIV-Status kennen?“ antworteten die meisten Männer (70,3%) mit „nein“. Zur Frage „Fühlen Sie sich jetzt, wo Sie Ihren HIV-Status kennen, mehr erleichtert oder glücklicher als in der Zeit unmittelbar vor dem Test?“ gab eine knappe Mehrheit der Getesteten (56,8%) „nein“ an. Für die Männer, die sich nach dem Test erleichtert fühlten, sind folgende Aussagen typisch:

„Jetzt weiß ich hundertprozentig, daß ich negativ bin.“

„Fassungslose Freude! Es hat mich erstaunt, weil ich seit meinem Coming-out keinen Arsch und keinen Schwanz ausgelassen hatte.“

Zwei Männer hatten aus anderen Gründen positiv auf den Test reagiert:

„Die Möglichkeit, positiv zu sein, war die letzte Bindung zu meinem Freund. Nach dem (negativen) Ergebnis hatte ich das Gefühl, loslassen zu müssen.“
„Wie gesagt, eine psychische Last war weg. Ich hatte es endlich geschafft (positiv zu sein).“

Im Fragenkomplex zu Traumasymptomen aufgrund von AIDS (z.B. AIDS-bezogene Grübeleien und Alpträume, Gedanken über den eigenen Tod) wurden die getesteten Männer gefragt, ob ihre psychischen Merkmale bereits vor dem Test aufgetreten waren. Die Mehrheit der Teilnehmer berichtete, daß es erst nach dem Test zu den genannten Reaktionen gekommen war. Die Zahl der Traumamerkmale nach dem Test ist bei den positiv Getesteten bedeutend höher als bei den negativ Getesteten und statistisch signifikant ($N=37$, $p < 0,05$).

Mit den beiden letzten Fragen zum Thema Test wollten wir erfahren, wie die Probanden ($N=65$) den Test allgemein – im Hinblick auf sich selbst und auf

das schwule Leben – einschätzen. Die Frage „Ist es Ihrer Meinung nach richtig, sich testen zu lassen?“ beantworteten 58,5% der Männer mit „nein“. Dieser Prozentsatz läßt darauf schließen, daß es neben den Ungetesteten (43,1% der Stichprobe) einige Getestete gibt, die ihre Entscheidung für den Test bereuen. Die Frage nach den Auswirkungen auf das schwule Leben erbrachte folgende Ergebnisse: 36,9% sehen hauptsächlich negative, 24,6% hauptsächlich positive, 18,5% sowohl positive wie auch negative, 12,3% weder positive noch negative Auswirkungen, und 7,7% antworteten mit „weiß nicht“. Aus dem, was die Probanden während des Interviews zu dieser Frage bemerkten, geht hervor, daß es ihrer Meinung nach schwierig ist, die Auswirkungen des HIV-Antikörpertests auf das schwule Leben zu kategorisieren, weil solches sehr vom einzelnen und den unterschiedlichen Schwulengruppen abhängig sei. Die Schwierigkeit, diese Frage zu beantworten, zeigt sich auch an den Daten. Die Angaben verteilen sich nämlich auf eine ganze Bandbreite widersprüchlicher Kategorien.

AIDS und Partnerschaft

Wie bereits erwähnt, leben 32,3% der Studienteilnehmer (N=21) in einer festen Beziehung (Definition in dieser Studie: 6 Monate oder länger zusammen, auch der Partner des Probanden sieht in diesem seinen Partner/Lebensgefährten, die Freunde halten die beide für ein Paar). 33,3% dieser Männer wohnen im Durchschnitt seit 5 Jahren mit ihrem Partner zusammen. 85,7% haben eine sexuelle Beziehung zu ihrem Partner. 61,9% berichten, daß sie den HIV-Antikörperstatus ihres Partners kennen, 90,5% geben an, daß ihr HIV-Antikörperstatus ihrem Partner bekannt ist.

Zu den Auswirkungen von AIDS auf die Partnerschaft wurden zwei Fragen gestellt: „Hat sich AIDS negativ (bzw. positiv) auf Ihre Partnerschaft ausgewirkt?“ Nur 10,0% der in festen Beziehungen lebenden Probanden sprechen von negativen, hingegen 45,0% von positiven Auswirkungen. Einer der beiden Männer, die von negativen Auswirkungen berichten, erklärte: „Wir sind beide positiv. Die Drohung zu erkranken ist nie weg. Im Hintergrund ist immer eine gewisse Angst, eine gewisse Spannung. Mein Partner ist nicht so gesund wie ich; ich habe einfach Angst.“ Die Aussage des anderen Mannes, dessen Partner an AIDS erkrankt ist: „Die Sexualität ist nicht wie sie sein könnte. Man geht ängstlich damit um. Ich habe Angst, ihm weh zu tun. Er ist schwächer als ich.“

Die Aussagen der Männer, die positive Auswirkungen erleben, lassen meist auf eine gewisse Nähe in der Beziehung schließen, die aus der Konfrontation mit der Krankheit resultiert: „AIDS hat eine positive Wirkung aufgrund unserer gemeinsamen Erfahrungen, die wir im Kontakt mit anderen erkrankten Menschen in der AIDS-Hilfe und erkrankten Freunden machen.“ Einige Männer geben anderes an, z.B.: „Wenn ich nicht positiv wäre, würde er anders mit mir umgehen. Er kann wirklich ein Despot sein, aber das geht jetzt nicht.“ Oder: „Wir haben uns neue Spielchen ausgedacht.“

Gefragt wurde außerdem danach, inwieweit der Proband mit seiner Partnerschaft zufrieden ist. Aufgrund der geringen Zahl von Studienteilnehmern, die

in festen Beziehungen leben, wäre es statistisch jedoch nicht sinnvoll, in Zufriedenheitsgrade einzuteilen und diesen Faktor in meine Analyse einzubeziehen.

Schwule Identität

Die Stichprobe der Untersuchung besteht zum größten Teil aus Männern, die enge Verbindungen zu Schwulenszenen haben und die – bezogen auf ihre Homosexualität – relativ wenig Probleme mit sich selbst und mit ihrem näheren sozialen Umfeld haben. Dieses Ergebnis ist wegen der Sampling-Methode auch nicht weiter überraschend. Die für die Rekrutierung der Teilnehmer ausgewählten Kontaktpersonen in den Organisationen waren alle selbst schwul und ihr Auftrag lautete, schwule Männer für die Interviews auszusuchen. Bei einem derartigen Verfahren wäre es sehr unwahrscheinlich, wenn Schwule „gefunden“ würden, die nicht zu ihrer Homosexualität stehen.

Die Homosexualität der Teilnehmer (N=65) ist zum großen Teil den Familienmitgliedern und dem engeren Umfeld bekannt und dort auch akzeptiert. Es erstaunt nicht, daß die Akzeptanz bei den gewählten sozialen Beziehungen (heterosexueller Freundeskreis, Arbeitskollegen, mit denen man näheren Umgang pflegt, Mitbewohner) nach den Daten prozentual höher liegt als bei der Familie und den Verwandten.

Jeweils Mehrheiten der befragten Männer gehören einer Schwulenorganisation an (60,0%), nahmen an einer Christopher-Street-Day-Veranstaltung teil (75,4%) und lasen im letzten Jahr Medien der Schwulenpresse (96,9%). Es ist aufgrund der Sampling-Methode nicht überraschend, daß die Organisation, der die meisten Männer (29,2%) angehören, die AIDS-Hilfe ist.

Die Teilnehmer wurden u.a. gebeten, zwei Fragenkomplexe zu den Themen „verinnerlichte Homophobie“ und „gesellschaftliches Stigma als Homosexuelle“ zu beantworten. Entsprechende Meßinstrumente und Bewertungsschemata (Skalen) wurden vom Forschungsteam in New York entwickelt. Die Skala zur Homophobie ist dabei ein originärer Beitrag, die zum Stigma beruht auf einer Arbeit von Link (1985). Wie bei den oben genannten Indikatoren der schwulen Identität finden wir bei der Homophobie-Skala kaum Varianz. Die Werte gruppieren sich am unteren Ende des Spektrums: Null von den möglichen 25 Punkten erhielten 76,6% der Teilnehmer (N=64), rechnet man die Männer hinzu, die bis zu 5 Punkten erreichten, kommt man auf 90,6%. Lediglich auf der Stigma-Skala verteilen sich die Ergebnisse auf eine größere Bandbreite möglicher Werte.

Sexualverhalten und AIDS

Die meisten Teilnehmer (N=65) berichten, daß sie Männer in ihrem Alter als Sexpartner vorziehen (Durchschnittsalter der Männer in der Stichprobe 32,4 Jahre, von ihnen bevorzugtes Alter der Sexpartner 25-44 Jahre). Die Mehrheit der Teilnehmer (96,9%, N=65) hatte gleichgeschlechtliche Sexualkontakte in den zwölf Monaten vor dem Interview. In diesem Zeitraum wurden am häufigsten („immer oder fast immer“ oder „oft“) praktiziert: gegenseitige Masturba-

tion („wachsen“) mit 86,9%, passiver Oralverkehr („sich blasen lassen“) mit 87,3%, aktiver Oralverkehr („blasen“) mit 79,4%; passiver Analverkehr („sich bumsen lassen“) mit 33,3%, aktiver Analverkehr („bumsen“) mit 33,3% und SM/Faustficken mit 12,9% der Nennungen.

83,1% der Teilnehmer (N=65) hatten Analverkehr in den letzten zwölf Monaten. 13,0% der Männer berichten, diese Sexualpraktik nur mit ihrem festen Partner/Lebensgefährten auszuüben. 59,6% der Teilnehmer benutzen beim Sex innerhalb fester Beziehungen immer ein Kondom. Im Vergleich dazu benutzen 81,0% der Männer ein Kondom beim Analverkehr außerhalb ihrer festen Partnerschaft. Nach dem in Deutschland allgemein akzeptierten Kriterium, wonach zum unsafe Sex Analverkehr zählt, der zwischen einem negativen oder ungetesteten Mann und seinem HIV-positiven oder ungetesteten Sexpartner stattfindet, liegt der Prozentsatz der Teilnehmer mit unsafe Sex in den zwölf Monaten vor dem Interview bei 26,1%.

Die Mehrzahl der Teilnehmer (N=63) nimmt beim Sex kein Sperma in den Mund (73,0%) und ejakuliert nicht in den Mund des Partners (69,8%). Wenn wir die Häufigkeit der Antwort „nie“ mit derjenigen der nächsten Ebene, „manchmal“, ergänzen, liegt der Prozentsatz für Männer mit aktivem wie auch für solche mit passivem Oralverkehr bei jeweils 93,7% und damit am unteren Ende der Gefährdungsskala.

Nach dem New Yorker Original-Fragebogen wurde eine Reihe von Fragen zur Zwanghaftigkeit des Sexualverhaltens gestellt. Diese Skala sollte Probleme in der Kontrolle des eigenen Sexualverhaltens messen. In meiner Stichprobe gab es bezüglich dieser Variablen keine wesentlichen Unterschiede zwischen den befragten Männern. Die sich ergebenden Werte sammeln sich am unteren Ende der Skala.

Hat sich durch die Bedrohung mit HIV/AIDS die Zahl der Sexpartner verändert? Bei 44,6% der Männer (N=65) entfällt diese Frage, da sie ihre ersten Sexualerfahrungen mit Männern erst in den Zeiten von AIDS machten. 38,5% berichten, die Zahl der Partner sei gleich geblieben, 13,9%, sie hätten jetzt eher mit weniger Männern Sex. 4,6% geben an, jetzt eher mit mehr Männern Sex zu haben als vor HIV/AIDS.

Haben sich die Sexpraktiken seit HIV/AIDS verändert? Bei 44,6% (N=65) entfällt auch diese Frage, weil sie erst zu einem Zeitpunkt Sex mit Männern hatten, als es HIV/AIDS schon gab. Aber bei 46,6% der Teilnehmer sind Veränderungen zu registrieren, und nur bei 9,2% keine. Welcher Art diese Veränderungen sind, läßt sich an den folgenden Ergebnissen feststellen. Während keiner der Befragten (N=64) auf gegenseitige Masturbation („wachsen“) oder Küssen (auch „Zungenküsse“) wegen AIDS verzichtet, machen 39,1% keinen aktiven Analverkehr mehr ohne Kondom, 32,8% keinen aktiven Oralverkehr mehr bis zur Ejakulation, 31,3% keinen passiven Analverkehr mehr ohne Kondom, 6,3% keinen Oral-Anal-Kontakt (weder aktiv noch passiv) mehr, und 4,7% keinen passiven Oralverkehr („blasen lassen“) mehr. Ein Teilnehmer (1,6%) berichtet, er mache sogar „Bumsen mit Kondom“ nicht mehr.

Eine Minderheit der Männer (N=65) hatte Sex mit Frauen in den letzten zwölf Monaten (9,4% oder sechs Teilnehmer). Die meisten von ihnen (fünf Männer) nahmen beim Sex mit Frauen kein Kondom.

Die Zufriedenheit der Teilnehmer mit ihrem Sexuellen ist sehr unterschiedlich: 40,0% geben an, „ganz zufrieden“ zu sein, „etwas zufrieden“ sind 18,5%, „etwas unzufrieden“ 30,8% und „ganz unzufrieden“ 10,7%. Insgesamt überwiegt also der Tendenz nach die Zufriedenheit.

Wird von den Sexpartnern über den HIV-Status geredet? Zu dieser Frage finden wir eine interessante Tendenz. Eine knappe Mehrheit der Männer (N=64) teilt keinem (34,4%) oder nur wenigen, d.h. bis zu 10% der Sexpartner (18,8%), den eigenen Serostatus mit. Die Prozentsätze sind ähnlich bei den Männern, die den HIV-Status ihrer Sexpartner kennen (34,4% kennen den Status von keinem Partner und 25,0% den Status von bis zu 10% aller Partner). Die nächstgrößte Gruppe besteht aus Männern, denen ihr eigener HIV-Status und derjenige des Partners immer bekannt ist (25,0% teilen ihren Serostatus immer mit, 20,3% kennen immer den Status des Partners). Die meisten Männer (40 oder 62,5%) sind sehr konsequent, das heißt, sie teilen ihren eigenen HIV-Status in sexuellen Beziehungen genauso häufig mit, wie ihnen die Partner ihren Serostatus mitteilen. Bei 24 der Befragten (37,5%) ist dies nicht der Fall. Aber von diesen 24 Männern berichten 17, daß sie ihren HIV-Status häufiger offenlegen, als sie den Status des Partners erfahren. Die Entscheidung, den Serostatus mitzuteilen, korreliert nicht mit einer festen Beziehung, sondern eher mit dem eigenen HIV-Status. Vielleicht sind HIV-Positive eher bereit, ihrem Partner den eigenen Serostatus mitzuteilen ($p < 0,10$).

Obwohl also die Bereitschaft von Männern, über ihren HIV-Status mit Sexpartnern zu reden, ziemlich gering erscheint, ist das noch kein Hinweis darauf, daß Positive sich „unverantwortlich“ verhielten. Im Gegenteil, der Status „test-positiv“ ist möglicherweise ein Grund dafür, offener mit dieser Frage umzugehen, wenn es zu sexuellen Kontakten kommt.

Schließlich wurde die Frage gestellt (N=65), welchen HIV-Status der Teilnehmer bei Sexpartnern vorzieht. Das Ergebnis: 44,6% machen Sex lieber mit HIV-Negativen, 21,5% lieber mit Partnern, die den gleichen Serostatus wie sie selbst haben, und bei 33,9% spielt der HIV-Status keine Rolle („Es ist mir egal“). Nach den kalkulierten Statistiken ergibt sich, daß die Ungetesteten und Test-Negativen eher HIV-negative Partner vorziehen. Bei den Positiven finden wir die starke Tendenz, andere Positive zu bevorzugen ($p < 0,001$). Die am häufigsten angegebene Begründung für die Antwort „Es ist mir egal“: der Betreffende macht sowieso „nur“ Safer Sex mit allen Sexpartnern. An zweiter Stelle liegt die Erklärung, daß andere Merkmale bei Sexpartnern wichtiger sind, z.B.:

„Ich mache Sex nur mit Männern, für die mein Herz schlägt.“

„Der Mensch ist wichtiger als sein HIV-Status.“

Einzelne Erklärungen beziehen sich auf andere Themen:

„Ob positiv oder negativ, ist zweitrangig. Sexualität gehört zu einer Partnerschaft, und bei einer Partnerschaft sind andere Dinge viel wichtiger.“

„Ich halte HIV für irrelevant, weil es ein harmloser Parasit im menschlichen Körper ist.“

„Wenn er mir seinen Status sagt, ist das keine qualifizierte Aussage. Menschen neigen dazu, nicht die Wahrheit zu sagen.“

HIV/AIDS-Kenntnisse

Die meisten Männer (N=65) hörten von HIV/AIDS vor 1986 (76,9%), vor 1988 waren es 86,2%. Männer, die erst später etwas über HIV/AIDS erfuhren, gaben als Erklärung geographische Isolierung und nicht verfügbare Informationen an oder auch die Tatsache, sich aufgrund ihres jungen Alters nicht für HIV/AIDS interessiert zu haben.

Wie bei anderen Untersuchungen auch wird hier belegt, daß schwule Männer gut über die Übertragungswege von HIV beim Sex informiert sind (vgl. Bochow 1994). Die Ergebnisse einer Abschätzung des HIV-Risikos verschiedener Sexpraktiken auf einer Skala von 0 bis 6 spiegeln die in Deutschland offiziell vertretenen Präventionsbotschaften wider. Die Ausnahmen lassen sich in erster Linie aus der Unklarheit der Fragestellung erklären. Einige Männer schlossen besondere Umstände in ihr Kalkül mit ein, z.B. offene Wunden im Mund beim Küssen. Ein Teilnehmer glaubt nicht an die allgemein akzeptierte medizinische Erklärung, daß HIV der Erreger von AIDS sei. Bei vielen der Befragten gibt es jedoch große Ungewißheit, was Oral-Anal-Kontakte angeht. Es scheint hier noch einen großen Bedarf nach Aufklärung zu geben.

Kontakt zu Menschen mit HIV/AIDS

Eine Reihe von Fragen wurde gestellt, um die Häufigkeit und die Nähe der Kontakte der Befragten zu Menschen mit HIV/AIDS festzustellen. Die Teilnehmer wurden gebeten, die Vornamen oder Initialen aller mit HIV/AIDS Lebender oder an deren Folgen Verstorbener in ihrem Bekanntenkreis zu nennen; außerdem wurde gefragt, in welcher Beziehung sie zu diesen stehen bzw. gestanden hatten. Darüber hinaus wurde eruiert, ob die Befragten einen oder mehrere der von ihnen Genannten gepflegt haben und – sofern die Bekannten verstorben waren – ob sie auf der Trauerfeier waren. Schließlich gab es noch zwei Fragen, die den Kontakt zu Menschen mit HIV/AIDS über die Arbeit oder über eine ehrenamtliche Tätigkeit betrafen.

Im Durchschnitt (N=65) kennen bzw. kannten die Teilnehmer je 9 Menschen, die mit HIV/AIDS leben (ohne Symptome bis schwer erkrankt) oder die an der Krankheit starben. Diese Personen werden als Partner/Lebensgefährten, gute Freunde, Freunde, Bekannte und Ex-Partner bezeichnet, sind also sowohl im engeren Freudeskreis als auch im weiteren Bekanntenkreis zu finden⁷. 17 der Befragten (26,2%) pflegten schon Menschen mit HIV/AIDS. 33,3% der Teilnehmer haben Kontakt zu Menschen mit HIV/AIDS am Arbeitsplatz, 45,0% engagieren sich in einer ehrenamtlichen Tätigkeit, die sie in Kontakt mit Menschen mit HIV/AIDS bringt. (Das freiwillige Engagement so vieler Befragter ist nicht weiter erstaunlich, weil das Sample über die AIDS-Hilfe vermittelt wurde. Vermutlich kennen die AIDS-Hilfe-Mitarbeiter einige Teilnehmer aufgrund des gemeinsamen Interesses an der Arbeit in diesem Bereich.)

⁷ Wie schon unter „soziales Umfeld“ berichtet, gaben die Teilnehmer (N=63) im Durchschnitt an, einen HIV-Positiven im engeren Bekanntenkreis zu haben.

Religion/Spiritualität und AIDS

Die Männer (N=65) der Studie wurden gefragt: „Sind Sie wegen HIV/AIDS gläubiger als zuvor oder in eine Kirche eingetreten?“ Dazu gab es keine einzige Ja-Antwort. Die weitere Frage zur Suche nach alternativen philosophischen oder religiösen Wegen aufgrund von HIV/AIDS bejahten nur zwei der Teilnehmer. Obwohl das Phänomen der Hinwendung zu neuen oder neu entdeckten Religionen in den USA innerhalb der AIDS-Hilfe-Bewegung eine ziemlich wichtige Rolle spielt, scheint diese Form der Sinnstiftung unter den Befragten keine große Resonanz zu finden. Es bleibt offen, ob mit einer anderen Stichprobe in Deutschland ein qualitativ anderes Ergebnis erzielt werden würde.

Wohnungswechsel und AIDS

Hier wurde wieder eine Frage aus dem New Yorker Original-Fragebogen übernommen. Sie zielt darauf ab, Menschen zu finden, die aus Gründen der besseren Versorgung oder größerer Unterstützungsmöglichkeiten im Falle von HIV-Infektion und AIDS in die Großstadt zogen. Die Frage lautet: „Sind Sie wegen HIV/AIDS in ihren jetzigen Wohnort gezogen?“ Kein einziger Teilnehmer antwortete mit Ja. Zwei Erklärungen bieten sich dafür an:

Erstens kann es sein, daß das Versorgungssystem in Deutschland (einschließlich der AIDS-Hilfen) verhältnismäßig flächendeckend ist und bundesweit eine einigermaßen vergleichbare Qualität der Leistungen gewährleistet. Dann bestünde keine Notwendigkeit umzuziehen, um an qualifizierte Unterstützung heranzukommen.

Zweitens kann es sein, daß das Sample aus Männern besteht, die so sehr in die örtlichen Schwulenszenen und die AIDS-Angebote eingebunden sind, daß sie sich in ihrem Wohnort wohlfühlen. Die weiter oben berichteten Daten zur schwulen Identität und zum Kontakt mit den AIDS-Hilfen unterstützen letztere Hypothese.

Gewalt und Diskriminierung wegen HIV/AIDS

9,2% oder sechs Teilnehmer der Studie (N=65) berichten, daß sie bereits Gewalt oder Diskriminierung wegen HIV/AIDS erlebten. Vier Teilnehmer erlitten je einen Angriff und zwei Teilnehmer je drei; insgesamt wurden also zehn Fälle von Gewalt oder Diskriminierung genannt. In acht Fällen handelte es sich dabei um verbale Belästigungen, in zwei Fällen um eine Diskriminierung wegen des (tatsächlichen oder aus der Sicht des Täters vermeintlichen) positiven HIV-Status des Opfers. In der Hälfte der Fälle waren die Täter den Opfern nicht bekannt, bei der anderen Hälfte waren die Täter Bekannte. Alle Angriffe fanden in der Öffentlichkeit statt (z.B. auf der Straße oder in der Kneipe). Drei der Opfer zeigten die Täter an oder beschwerten sich wegen des Angriffs (z.B. beim Vorgesetzten des Täters). Die anderen drei verfuhrten nicht so, hauptsächlich weil sie nicht wußten, wen sie auf den Angriff hätten aufmerksam machen sollen (z.B. bei einer verbalen Belästigung durch eine fremde Person auf der Straße). Es ist

wichtig festzuhalten, daß nur drei der angegriffenen Männer HIV-positiv sind. Die drei anderen sind negativ oder ungetestet. Zu einigen dieser Fälle kam es im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der AIDS-Hilfe, wobei die entsprechenden Mitarbeiter wegen ihres offenen Umgangs mit ihrer Homosexualität oder mit Präventionsbotschaften belästigt wurden.

Die Auswirkungen von AIDS auf die Beziehungen zu Freunden und Familie

Eine Frage bezog sich darauf, ob der Teilnehmer Auswirkungen von AIDS auf bestimmte Beziehungen bemerkt. Die Männer (N=65) antworteten überwiegend, AIDS verursache keine Veränderungen an den aufgelisteten Beziehungen (zu ihren Vätern, Müttern, Brüdern, Schwestern, Kindern, Freunden, Verwandten und Mitarbeitern). Es besteht keine Korrelation zwischen HIV-Status und berichteten Fällen von Verbesserungen oder Verschlechterungen in diesen Beziehungen. Das heißt, daß es sowohl bei Positiven als auch bei Negativen/Ungetesteten keine wesentlichen Veränderungen in diesen Beziehungen gab. Es gibt zwar Beziehungen, die positiv oder negativ durch HIV/AIDS beeinflusst wurden, aber der entscheidende Faktor ist dabei nicht der HIV-Status des Teilnehmers. Aufgrund der Anmerkungen der Interviewten zu dieser Frage sind es vermutlich andere komplexe Faktoren (z.B. die Qualität der Beziehung, die Dauer einer Bekanntschaft, die Qualität der Kommunikation), welche die Reaktionen von Freunden und Bekannten auf HIV/AIDS bestimmen. Diese Faktoren wurden aber in dieser Studie nicht weiter berücksichtigt.

Die Auswirkungen von AIDS auf den Kontakt zu Schwulenszenen

Eine Frage zielte auf Veränderungen bei der Häufigkeit des Kontakts zu verschiedenen Teilen der Schwulenszenen seit dem Aufkommen von HIV/AIDS. Dementsprechend wurden die Männer, die ihr Coming-out erst in den Zeiten von AIDS hatten, hierzu nicht befragt (29 Teilnehmer oder 44,6% der Stichprobe, N=65). Unter dem Rest der Männer finden wir überwiegend die Antwort, sie seien genauso häufig wie vor AIDS in der Szene (in Saunen, der Lederszene und in Schwulenkneipen/-bars/-discos). Was die SM-Szene angeht, sieht das Bild etwas anders aus: die meisten Teilnehmer gehörten auch schon vor AIDS nicht zu dieser Szene; es sind nur wenige Männer, die berichten, daß sie – genauso häufig wie vor AIDS – die SM-Szene frequentieren. Zu Schwulenorganisationen hat eine Mehrzahl der Teilnehmer jetzt häufiger Kontakt, und eine etwas kleinere Anzahl gibt an, genauso häufig wie früher in diesen Organisationen engagiert zu sein (s. *Tabelle 11a-11e*).

Die Auswirkungen von AIDS auf das schwule Leben

Eine Reihe von Fragen bezog sich auf die Auswirkungen von AIDS auf das schwule Leben im allgemeinen. Es war ein Versuch, die Folgen der Epidemie auf

das Kollektiv aus den Meinungen der einzelnen Teilnehmer zu ermessen. Jeder Teilnehmer erhielt eine Tabelle mit Satzpaaren, wobei jedes Paar gegensätzliche Aussagen zu den Reaktionen von Schwulen auf AIDS enthält (z.B. „Die AIDS-Epidemie hat die schwule Szene zersplittert und getrennt“ gegenüber „Die AIDS-Epidemie hat die schwule Szene vereinigt“). Die Männer wurden gebeten, diejenigen Aussagen anzukreuzen, die ihrer Meinung nach die Tendenz bei den Schwulen in Deutschland am besten beschreiben.

Die meisten Teilnehmer fanden diesen Teil des Fragebogens besonders problematisch. Einige weigerten sich, hierauf Antworten zu geben, weil sie glaubten, es fehlten ihnen die Erfahrungen, um die allgemeinen Auswirkungen der Epidemie auf (andere) Schwule beurteilen zu können. Andere empfanden eine derartige Darstellung der möglichen Reaktionen als zu schwarz/weiß und wünschten sich Vorgaben, die auch Meinungen zwischen den extremen Positionen ausdrücken. Unter anderem wegen dieser Probleme sind die Ergebnisse dieser Fragestellung recht unschlüssig. Nur bei vier Satzpaaren findet sich eine Übereinstimmung bei der Mehrheit der Befragten. Es sind die folgenden (s. *Anhang „AIDS und das schwule Leben“*):

- „Trotz AIDS haben die Schwulen ihre Hoffnungen keineswegs aufgegeben. Die AIDS-Epidemie verstärkt alte Freundschaften.“
- „Wegen AIDS engagiere ich mich mehr in der schwulen Szene.“
- „Schwule Beziehungen sind unterschiedlich, und AIDS hat die Vielfalt von Beziehungsformen verstärkt.“
- „Wegen AIDS interessiere ich mich für die schwule Szene, und ich bekomme Unterstützung aus der Szene.“

Coping-Strategien bei HIV/AIDS

Es ist eine Selbstverständlichkeit, daß AIDS als konkrete lebensdrohliche Krankheit schwer zu bewältigen ist. Wie aber geht man als Angehöriger einer Hauptbetroffengruppe am besten mit HIV/AIDS um? Welche Coping-(Bewältigungs-) Strategien entsprechen den Erfahrungen schwuler Männer in Deutschland?

Um diese Frage beantworten zu können, übernahm ich drei Skalen aus dem New Yorker Erhebungsinstrument, die auf der Arbeit von Moos und Billings (1982) basieren. Die drei Strategien, die bei meiner Studie gemessen wurden, sind Vermeidung, Verleugnung und Informationssuche (s. *Anhang*).

Die Analyse der Daten zeigt, daß nur wenige Teilnehmer meiner Studie versuchen, ihre Erfahrungen mit HIV/AIDS durch Vermeidung zu bewältigen. Die Werte auf der Vermeidungsskala sammeln sich mit 92,1% aller Teilnehmer – bei 0 bis 5 Punkten aus einem möglichen Wert von 28 – am unteren Ende des Spektrums. Bei den beiden anderen Coping-Strategien kommt es zu einer Varianz, die sich weiter analysieren läßt. Die Ergebnisse dieser Analyse finden sich detaillierter an anderer Stelle (s. Kapitel AIDS-Survivor-Syndrom).

Über diese Skalen hinaus gab es auch eine offene Frage zum Thema Coping: „Was sind die drei wichtigsten Dinge, die Ihnen bei der Bewältigung von HIV/AIDS helfen?“ Eine Analyse der Antworten (N=62) ergibt, daß Freunde

(50,0%), persönliche Stärken/Einstellungen (50,0%), Wissen (38,7%) und Safer Sex (19,4%) den Teilnehmern am wichtigsten sind. Auf den nächsten Plätzen rangieren soziale Einrichtungen (12,9%), philosophische/spirituelle Auffassungen und Praktiken (11,3%), Hoffnung (9,7%), Kontrolle der eigenen Gesundheit (9,7%), Toleranz gegenüber Positiven (9,7%) und die gesellschaftlichen Verhältnisse in Deutschland (8,1%). Der Rest der Antworten verteilt sich auf 22 Kategorien, wobei jede dieser Kategorien die Meinung von bis zu drei Männern repräsentiert (z.B. Musik, Kontakt zu anderen Positiven, Psychotherapie, regelmäßiger Sex, Arzt, Weinen).

Die Kategorie „Freunde“ beinhaltet Antworten, die vor allem die Wichtigkeit des Redens mit Freunden über HIV/AIDS unterstreichen. Als Voraussetzungen für eine solche Kommunikation nennen mehrere Teilnehmer Qualitäten wie Vertrauen, Verständnis, Akzeptanz, Eingebundensein und Anteilnahme.

Die von den Teilnehmern genannten „persönlichen Stärken/Einstellungen“ umfassen folgendes:

- Selbstbewußtsein/Selbstsicherheit/Selbstvertrauen (8 Teilnehmer),
- Optimismus/positive Einstellung zum Leben (7 Teilnehmer),
- Mut/Bereitschaft, Probleme anzugehen (3 Teilnehmer),
- Aufmerksamkeit auf die Folgen von AIDS in der Gesellschaft und im eigenen Umfeld (3 Teilnehmer),
- die Fähigkeit, zu verdrängen oder sich abzulenken (2 Teilnehmer).

Jeweils ein Teilnehmer benannte stabile Psyche, Selbstkontrolle über das eigene Sexualverhalten, Wille zum Leben, Gleichgültigkeit gegenüber AIDS, eigene Unverwundlichkeit und die Fähigkeit, über AIDS zu reden.

Die Kategorie „Wissen“ bedeutet Erkenntnisse über HIV/AIDS, vor allem zu den Übertragungswegen und dem Verlauf der Krankheit.

Die Kategorie „Safer Sex“ beinhaltet, sich bei sexuellen Kontakten zu schützen, z.B. durch Benutzung eines Kondoms.

Die Kategorie „Soziale Einrichtungen“ umfaßt Organisationen wie die AIDS-Hilfen, nimmt aber auch auf das Gesundheits- und Sozialwesen im allgemeinen Bezug.

Hinter „Philosophische/spirituelle Auffassungen und Praktiken“ verbergen sich z.B. Meditation oder Ansichten wie „Die Toten schauen herunter und sagen uns: wir sind in dir, wir geben dir unser Vermächtnis weiter“ oder der „Glaube, daß wir alle wieder zusammen sein werden“.

„Hoffnung“ bedeutet eine allgemein hoffnungsvolle Einstellung zum Leben oder den Glauben, daß die Medizin AIDS besiegen kann.

Die „Kontrolle der eigenen Gesundheit“ erfolgt durch Ernährung, Sport, Schlaf und Naturheilmittel.

„Toleranz gegenüber Positiven“ umfaßt auch andere akzeptierende Haltungen gegenüber Menschen mit HIV/AIDS, z.B. Verständnis, Mitgefühl und Anteilnahme.

„Die gesellschaftlichen Verhältnisse in Deutschland“ beziehen sich auf die im Vergleich mit vielen anderen Ländern doch relativ starke Unterstützung der Betroffenen und der AIDS-Hilfen.

Die Ergebnisse erweisen die Wichtigkeit zweier Ansatzpunkte der bisherigen Primärprävention für schwule Männer in Deutschland, nämlich der Aufklärung (z.B. Vermittlung von Wissen) und der Förderung der Risikominderung beim Sex (z.B. Safer Sex). An erster Stelle stehen aber unangefochten das nähere soziale Umfeld (Freundeskreis) und psychische Merkmale, deren Förderung zu den Zielen der strukturellen Prävention – bekanntlich das Arbeitskonzept der Deutschen AIDS-Hilfe – gehört, deren Messung in der Evaluation von Vorbeugungsmaßnahmen sich aber sehr schwierig gestaltet. Dieses Thema wird an späterer Stelle bei den Empfehlungen an die AIDS-Hilfen noch einmal aufgegriffen.

Genauso beachtenswert wie die am häufigsten genannten Kategorien ist die Vielfalt bei den Antworten auf die Frage zu eigenen Coping-Strategien; sie spiegelt wahrscheinlich zwei bedeutsame Aspekte des Umgangs von Schwulen mit HIV/AIDS wider:

1. Es gibt keine verallgemeinerbare „schwule Reaktion“ auf die Epidemie, sondern eher individuelle Bewältigungsstrategien, die sich bei den Männern in unzähligen Variationen zusammensetzen.
2. Vertraute Beziehungen und die eigene Einstellung zum Leben im allgemeinen spielen wichtige Rollen bei der Bewältigung von HIV/AIDS.

Alkohol- und Drogengebrauch

Der Gebrauch von Drogen und Alkohol ist bei den Teilnehmern dieser Studie relativ begrenzt. Die Männer wurden gefragt, wie oft sie in den vergangenen 12 Monaten die folgenden Drogen genommen hatten (ohne sie vom Arzt zu therapeutischen Zwecken erhalten zu haben): Cannabis, Amphetamine, Barbiturate, Beruhigungsmittel, Kokain, Heroin und andere Opiate (z.B. Methadon), psychedelische Substanzen, Amyl- und Butylnitrate („Poppers“) und Kombinationen („Designer Drugs“, „Extasy“). Bei den meisten genannten Substanzen geben mindestens 90% der Männer (N=65) an, sie kein einziges Mal im vergangenen Jahr konsumiert zu haben. Die Ausnahmen sind Cannabis und Amylnitrate. Cannabis gebrauchten in den 12 Monaten vor dem Interview 55,4% der Teilnehmer gar nicht. 32,3% benutzten es einmal oder mehrmals (aber seltener als einmal im Monat). 12,3% nahmen Cannabis einmal im Monat oder häufiger. Bei Amylnitrat finden wir folgende Ergebnisse: 63,1%: kein Gebrauch im letzten Jahr, 15,4%: einmal bis mehrmals, 12,3%: einmal bis dreimal im Monat, 9,2%: einmal bis viermal in der Woche.

Die Antworten zur Frage nach eventuellem Drogengebrauch beim Sex spiegeln den gerade geschilderten allgemeinen Befund zum Drogengebrauch wider. Mindestens 93% der Teilnehmer (N=65) berichten, daß sie auf die Benutzung der abgefragten Drogen kurz vor oder beim Sex verzichten. Die Ausnahmen bilden wieder Cannabis und Amylnitrate. Cannabis spielt zwar keine Rolle bei den Sexualkontakten von 81,5% der Männer. 15,4% berichten aber, Cannabis bei bis zur Hälfte aller Sexkontakte kurz vor oder beim Sex zu nehmen. 3,1% gebrauchten diese Droge bei 75 bis 100% ihrer sexuellen Begegnungen. Bei Amylnitrat ist eine noch stärkere Tendenz zum Gebrauch dieser Substanz vor oder beim Sex festzustellen. 64,6% der Befragten nahmen keine Amylnitrate.

18,6% berichteten, bei bis zu 25% aller Sexkontakte diese Droge anzuwenden. 13,7% der Männer nahmen „Poppers“ bei 50 bis 75% aller Sexualkontakte und 3,1% machten Sex nur nach dem Gebrauch dieser Substanz.

Betrachtet man den Zusammenhang von Alkoholkonsum und sexuellen Kontakten, ergibt sich im Gegensatz zu den Drogengebrauchsdaten, daß die Mehrheit der Teilnehmer (N=65) Sex hatte, nachdem sie Alkohol getrunken hatten. 32,3% der Männer hatten in den letzten 12 Monaten keinen Alkohol vor Sex. 44,6% jedoch tranken Alkohol vor bis zu 25% aller Sexkontakte, 12,3% vor bis zur Hälfte aller Kontakte, 3,1% vor bis zu 75% aller sexuellen Begegnungen; 7,7% tranken immer Alkohol vor Sex.

Als letzter Teil des Komplexes Alkohol- und Drogengebrauch wurden zwei Skalen zu Problemen wegen Alkoholkonsums und eine zu Problemen wegen Drogengebrauchs angewandt. Diese Instrumente wurden direkt vom New Yorker Fragebogen übernommen und stammen als *Diagnostic Interview Scale (DIS)* aus der Arbeit von Robins et al. (1981) und als *Psychiatric Epidemiology Research Instrument (PERI)* aus der Arbeit von Dohrenwend et al. (1982). Im Hinblick auf die schon vorgestellten Ergebnisse zur Häufigkeit des Gebrauchs ist es keine Überraschung, daß die Männer meiner Stichprobe mehrheitlich niedrige und deshalb voneinander nicht zu differenzierende Werte auf diesen Skalen erreichten. Bemerkenswerte Probleme mit Alkohol und Drogen sind bei dieser Gruppe von Männern also nicht zu belegen.

Suizidgedanken

Ein Fragenkomplex eruierte, ob die Teilnehmer in den letzten zwölf Monaten Selbsttötungsgedanken hatten, was die Gründe für solche Gedanken waren, ob ein Suizidversuch unternommen wurde und wie die Teilnehmer derzeit zu suicidalen Tendenzen stehen.

36,9% oder 24 der Teilnehmer (N=65) hatten Suizidgedanken im vergangenen Jahr. Drei Teilnehmer hatten einen Suizidversuch unternommen. HIV/AIDS spielte in diesem Zusammenhang bei neun Männern eine Rolle (und zwar konkret als eigenes positives Testergebnis, als Tod eines Freundes, als Sorgen über die eigene Erkrankung oder als allgemeine Sorgen und Ängste wegen HIV/AIDS). An zweiter Stelle stand „Liebeskummer“, also das Ende einer Liebesbeziehung. Andere Gründe für die Selbsttötungsgedanken wurden nur von je einem oder zwei Teilnehmern genannt und beziehen sich auf unterschiedliche Lebenskrisen und Probleme (z.B. Depressionen, Gefühle der Sinnlosigkeit, Suizid eines Freundes wegen seines Schwulseins, Unzufriedenheit mit sich selbst). Kein einziger Teilnehmer gab an, sich derzeit (zur Zeit des Interviews) mit konkreten Suizidgedanken oder -absichten zu tragen.

Ein Grund für die relativ hohe Anzahl von Teilnehmern mit Selbsttötungsgedanken könnte die Thematisierung des Suizids als Alternative zum Weiterleben in einer Selbsthilfegruppe von HIV-Positiven sein, zu der einige der Teilnehmer Kontakt hatten. Man kann auch vermuten, daß es gerade diejenigen Männer sind, die von AIDS besonders traumatisiert sind und Suizid als Option betrachten, welche die Teilnahme an einem so intensiven Interview wie dem unseren

als Gelegenheit ergreifen, sich mit dem Thema weiter auseinanderzusetzen und eventuell Unterstützung zu erhalten.

Angst vor AIDS

Um die Angst vor AIDS unter den Männern genauer zu untersuchen, wurden allen Teilnehmern, die nicht an AIDS erkrankt sind (N=57), die folgenden Fragen gestellt:

„Auf einer Skala von 1 bis 10 (1 = sehr unwahrscheinlich, 10 = sehr wahrscheinlich) betrachtet, wie hoch haben Sie die Wahrscheinlichkeit einer AIDS-Erkrankung bei Ihnen im vergangenen Jahr eingeschätzt?“

„Haben Sie sich – wenn auch nur vorübergehend – in den letzten zwölf Monaten von AIDS bedroht gefühlt bzw. geglaubt, Sie bekämen AIDS?“ Die Antwort Ja auf die letzte Frage führte zu zwei Nachfragen:

„Wie oft haben Sie solche Gefühle/Gedanken gehabt?“ und „Wie oft haben Sie Ihren Körper nach Zeichen von AIDS kontrolliert?“

Bei den Antworten auf alle diese Fragen genügten die Unterschiede zwischen den Werten nicht, um die Teilnehmer voneinander differenzieren zu können. Beide Werte – die Selbsteinschätzungen auf der ersten Skala und die kumulativen Werte zur Bedrohung/Körperkontrolle auf der zweiten Skala – liegen am unteren Ende des Spektrums. Die Fragestellung ergab also keine große Angst vor AIDS bei negativen und ungetesteten schwulen Männern.

Weitere psychometrische Skalen

Weitere, bis jetzt nicht erörterte psychometrische Skalen tauchen im Fragebogen dieser Studie auf. Die Fragenkomplexe entstammen dem New Yorker Erhebungsinstrument und beziehen sich auf eine breite Literatur. Die Fragen zu Schuldgefühlen, Lethargie/apathische Mutlosigkeit/Antriebsarmut, Schlafstörungen, Entkräftung, Sexualstörungen und weiteren somatischen Störungen wurden nach der Arbeit von Dohrenwend et al. (1979, 1980, 1982), *Psychiatric Epidemiology Research Instrument (PERI)*, konstruiert. Die Skala zu AIDS-spezifischen Post-Trauma-Streß-Merkmalen wurde vom New Yorker Forschungsteam aufgrund der Arbeiten von Horowitz (1976), Zilberg et al. (1982) und Weiss et al. (1982) gebildet. Die Fragen zu den Annahmen bezüglich der eigenen Gesundheit – *Locus of Control of Health Status* – schließlich beruhen auf der *Multi-dimensional Health Locus of Control Scale (MHLCS)* von Wallston, Wallston und DeVellis (1978).

Die Verbindung zwischen kollektivem Trauma und Post-Trauma-Streß-Merkmalen wurden bereits oben erklärt. Die Dimension „Lethargie/apathische Mutlosigkeit/Antriebsarmut“ ist besonders dazu geeignet, kollektive Traumaeignisse zu messen. Diese Skala besteht aus Subskalen von hochkorrelierten Merkmalkomplexen: Angst, Sorge, Trauer, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, psychosomatische Symptome, körperliche Beschwerden, schwaches Selbstwertgefühl und Verwirrung. Eine Person entwickelt diese Merkmale, „wenn sie findet, daß

sie die Forderungen ihrer Umwelt nicht erfüllen kann, und sie sich aus ihrer Situation nicht zurückziehen kann“ (Frank 1973, p. 316, zitiert nach: Dean, Summary of Measures). Das betrifft in erster Linie Menschen, die unter extremen Umständen leben (Krieg, Katastrophen aller Art, chronische Krankheiten usw.; vgl. Dohrenwend et al. 1980). Gruppen, die unter solchen Traumaereignissen leiden, erreichen höhere Werte auf der hier angewandten Skala (Dohrenwend et al. 1979). Wie das New Yorker Forschungsteam verwende ich bei meiner Studie eine verkürzte, wissenschaftlich dennoch bewährte Fassung der Skala (Dean, Summary of Measures).

Die Skala zu *Locus of Control* mißt, ob und inwieweit der Teilnehmer glaubt, seine Gesundheit werde von ihm selbst, vom Schicksal oder von äußeren Autoritäten bestimmt. Wo vermutet man die Kontrolle über die eigene Gesundheit?

Alle diese psychometrischen Skalen ergaben eine genügende Varianz, um eine weitere Analyse durchführen zu können. Ihre Ergebnisse finden sich im Kapitel „Interpretation der Ergebnisse zum AIDS-Survivor-Syndrom bei schwulen Männern in Deutschland“.

Trauererlebnisse

29,2% oder 19 der Teilnehmer (N=65) haben bereits einen Partner/Lebensgefährten oder einen guten Freund durch AIDS verloren. Die ersten zwölf befragten Männer dieser Gruppe hatten mehrere Fragen zu ihren Erfahrungen mit dem Tod des geliebten Menschen zu beantworten. Den später befragten sieben Männern wurde statt dessen nur eine Frage zur Bewältigungsstrategie gestellt. Für diese Veränderung des Untersuchungsverfahrens gab es zwei Gründe: Der erste lag in der Erfahrung, daß bei Menschen, die erst vor kurzem jemanden verloren hatten, die Fragen Emotionen auslösten, die aus psychotherapeutischer Sicht im Rahmen des Interviews nicht angemessen behandelt werden konnten. Der Interviewer hatte die Sorge, eine Auseinandersetzung in Gang zu bringen, für die den Teilnehmern keine ausreichende Unterstützung hätte geboten werden können. Es herrschte bei ihm auch der Eindruck vor, diese Männer könnten in ihrem sozialen Umfeld nicht die nötige Hilfe zum Trauern finden, eine Hypothese, die von den weiter unten vorgestellten Ergebnissen dieses Interviewteils zumindest teilweise bestätigt wird. Der zweite Grund für die Reduzierung des Fragenkatalogs zu Trauererlebnissen auf eine Frage war, daß der wichtigste Punkt unausgesprochen blieb, nämlich: Wie gehen diese Männer mit dem Tod um? Bei den ersten Teilnehmern war klar geworden, daß die erwarteten Trauerreaktionen zwar häufig vorkommen, aber die unterschiedlichen Bewältigungsstrategien nicht zum Ausdruck kommen. Meine Daten bieten daher nur einen ersten und unvollkommenen Blick auf die Trauererlebnisse schwuler Männer, die durch Todesfälle aufgrund von AIDS im näheren Freundeskreis getroffen werden.

Nach dem Vorbild des New Yorker Erhebungsinstruments stellten wir den ersten zwölf Männern, die einen Partner/Lebensgefährten oder guten Freund verloren haben, Fragen zu ihren häufigsten Trauerreaktionen. Diese Fragen basieren auf der Arbeit Dohrenwends et al. (1986) und bilden drei Trauerskalen, welche die Intensität der Trauer, die Vermeidung von Traumareaktionen und

das Auftauchen ins Bewußtsein eindringender Gedanken/Gefühle messen sollen. Das bemerkenswerteste Ergebnis angesichts der kleinen Subgruppe der Stichprobe ist, wie unterschiedlich die Reaktionen der Männer sind. Dies hat vermutlich mit Einflußgrößen wie Intensität und Länge der Beziehung, Zeitverlauf seit dem Tod und Persönlichkeitsmerkmalen des Hinterbliebenen zu tun, obwohl diese Hypothese hier nicht weiter getestet werden konnte.

Unter den zwölf Männern berichtet die Mehrheit (8) „eine ganz starke Veränderung“ wegen des Todes des Geliebten. Diese Veränderungen lassen sich angesichts der kleinen Anzahl der Stichprobe nur schwer kategorisieren und werden hier einfach wie berichtet wiedergegeben:

„Das war eine positive Veränderung. Die Auseinandersetzung mit Krankheit führte bei mir in einem seelischen Sinne zu einem besseren Verständnis der Menschen und der Krankheit.“

„Ich habe mich mit Zeit, Tod und Krankheit auseinandergesetzt.“

„Es war auch der Anstoß zu meinem eigenen Coming-out.“

„Dieses Nachdenken, wenn du einen guten Freund hast und siehst, was AIDS für ihn bedeutet, ist auch ein Nachdenken über dich selber, über das Leben und den Tod.“

„Ich hatte Kontakt zum Tod. Deswegen habe ich ein ganz anderes Gefühl dem Tod gegenüber.“

„Es war eine Angst da, weil es so naheliegend war, daß mir dasselbe passieren könnte. Ich bin nachdenklicher geworden.“

„Ich empfinde jetzt Mißtrauen den Freunden gegenüber, weil keiner von ihnen da war, um zu helfen.“

„Ich habe viel mit ihm unternommen, viel Zeit mit ihm verbracht. Ich habe niemanden seither gefunden, der eine solche Rolle in meinem Leben spielt.“

„Der Tod hat mich am stärksten verändert. Er hat die Angst vor meinem eigenen Tod weggenommen.“

Ein Teilnehmer wurde von der Frage so sehr emotional überwältigt, daß er nicht in Worten antworten konnte.

Elf der zwölf Befragten dieser Gruppe hatten jemanden, mit dem sie über den Tod reden konnten; sie berichteten, dieses Reden habe ihnen viel geholfen. Sieben von ihnen gaben an, daß sie genug Leute zum Reden gefunden hatten, drei hätten mehr gebraucht, und einem Teilnehmer war die Anzahl der Gesprächspartner zuviel. Der zwölfte Mann blieb nach dem Tod des Geliebten ohne Gesprächspartner, hätte sich aber einen solchen gewünscht.

Nur bei einem der zwölf Hinterbliebenen kam es zu finanziellen Veränderungen wegen des Todes, d.h. er erbt Geld. Zwei berichteten, daß sie wegen des Todes des Geliebten den Kontakt zu Menschen verloren hätten, mit denen sie ihn gerne weiter aufrechterhalten hätten. Ein Mann nahm an einer Selbsthilfegruppe für Hinterbliebene teil. Sieben waren bei der Trauerfeier anwesend, und nur einer von ihnen fühlte sich dort alleine gelassen, also nicht verbunden mit der übrigen Trauergemeinde. Außer in diesem letzten Fall half die Trauerfeier den Männern dabei, ihre Gefühle zu verarbeiten. Nur bei vier der Befragten wurde der Verlust von Seiten der Arbeitskollegen angesprochen. Neun besuchten das Grab des Verstorbenen oder den Ort, wo die Asche verstreut wurde. Nur vier erhielten etwas aus dem Nachlaß des Freundes, um sich besser an

ihn zu erinnern. Fünf der Männer betrauerten ihren Geliebten in der Öffentlichkeit außerhalb der Trauerfeier:

„Ich habe darüber gesprochen. Ich habe offen dazu gestanden.“

„Wir machten eine Todesanzeige. Ich hatte auch Gespräche mit Leuten, die das nicht wußten, auch mit Arbeitskollegen.“

„Ich habe es in der Kneipe erfahren, daß er gestorben war, da habe ich meine Trauer nicht zurückgehalten.“

„Auf einer Geburtstagsfeier brachen alle in Tränen aus.“

„Das haben wir im Hospiz-Café gemacht, ein Essen zusammen mit dem engeren Freundeskreis.“

„Wir haben uns an ihn erinnert, bei Organisationen, bei Bekannten und bei Freunden zu Hause.“

Wie bereits dargelegt, wurde den sieben zuletzt interviewten Teilnehmern, die den Tod eines guten Freundes oder Partners/Lebensgefährten zu beklagen hatten, nur eine Frage zur Bewältigungsstrategie gestellt, nämlich:

„Was waren die drei wichtigsten Dinge, die Ihnen bei der Bewältigung seines Todes geholfen haben?“ Folgende Antworten wurden gegeben:

1. Mich alleine mit dem Tod auseinanderzusetzen;
2. die Familie; ich konnte mit ihnen darüber reden.

1. Trauern außerhalb der Trauerfeier;
2. meine Lebenserfahrung hat mich dazu geführt, die Todesfälle hinnehmen zu können, weil es sie immer wieder geben wird.

1. Mein Freund, ich bin also nicht alleine;
2. die Erkenntnis, daß es mir genauso gehen kann; man kann zu jeder Zeit sterben.

1. Der Tod war langsam, war abzusehen;
2. Unterstützung von Freunden;
3. meine Spiritualität.

1. Daß sein Leidensweg beendet ist;
2. daß er nicht lange zu leiden hatte;
3. meine Freunde;
4. nichts hat geholfen.

1. Weinen;
2. Gespräche mit Freunden;
3. Die Zeit, die seit dem Tod vergangen ist.

Überlebendenschuld (survivor guilt)

Im New Yorker Original-Fragebogen wurden die Teilnehmer direkt gefragt, ob sie aufgrund ihrer Erfahrungen mit HIV/AIDS Überlebendenschuld (survivor guilt) empfinden. Beim Pretest meiner Erhebung erwies sich diese Frage als un-

angemessen, weil die Befragten mit dem Begriff „Überlebender“ nichts anfangen konnten. Bei der Endfassung des Instruments wurde das Item zu Überlebendenschuld (survivor guilt) als eine offene zweiteilige Frage in der folgenden Form gestellt:

„Wie fühlen Sie sich, die AIDS-Zeit bis jetzt überlebt zu haben, während so viele Schwule schon gestorben sind?“ mit der Nachfrage: „Haben Sie Schuldgefühle gegenüber denjenigen, die gestorben sind?“

Die erste Frage sollte dem Befragten als Einstieg dienen, über das Verhältnis der Überlebenden zu den Verstorbenen nachzudenken, während die Nachfrage direkt auf Schuldgefühle fokussierte.

Typische Antworten drücken Mitleid mit den Verstorbenen aus, den Glauben an die schicksalhafte Bestimmung von Krankheit und Tod oder eine Nichtbetroffenheit wegen zu geringer Zahl von Kontakten zu Positiven. Nur sechs der Teilnehmer (N= 65) empfinden Schuldgefühle, aber nur einer von ihnen in dem originären Sinne der oben beschriebenen Überlebendenschuld (survivor guilt; „Warum ausgerechnet ich? Warum bleibe ich gesund, obwohl ich nichts besonderes dafür tue?“). Die anderen fünf haben insoweit Schuldgefühle gegenüber den Verstorbenen, als sie glauben, nicht genug für diese Menschen vor deren Tod getan zu haben, sei dies bezogen auf konkrete Hilfe oder auf Probleme in der Beziehung. Nähere Ausführungen dazu im Kapitel AIDS-Survivor-Syndrom bei Diskussion der Korrelation zwischen Post-Trauma-Reaktionen und allgemeinen Schuldgefühlen.

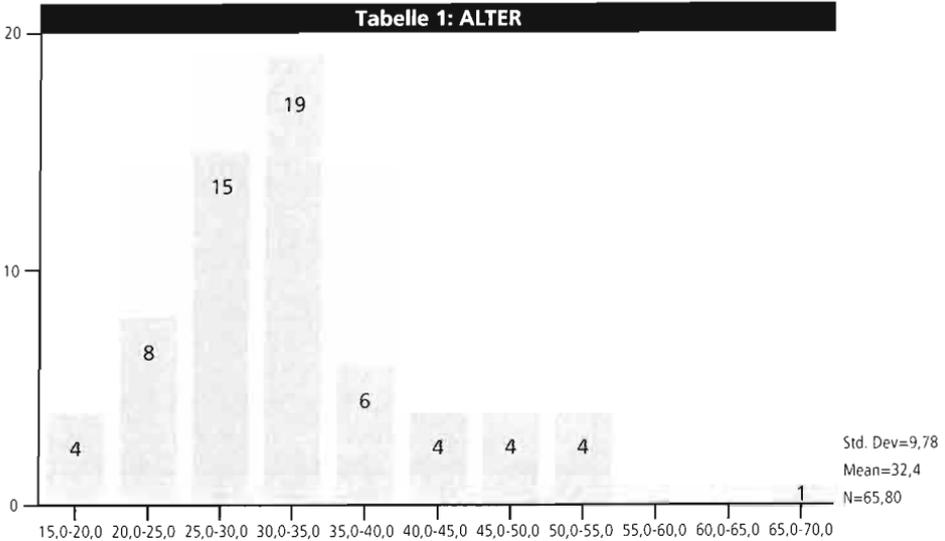


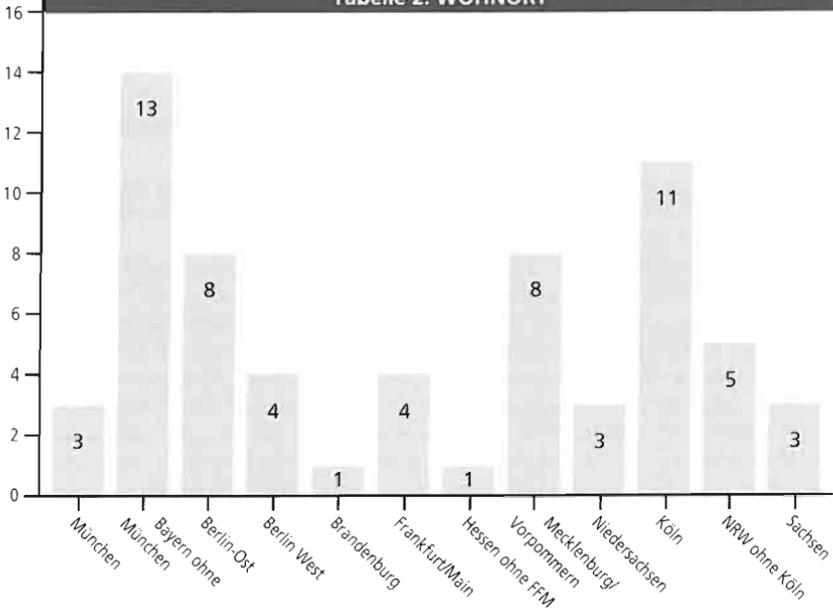
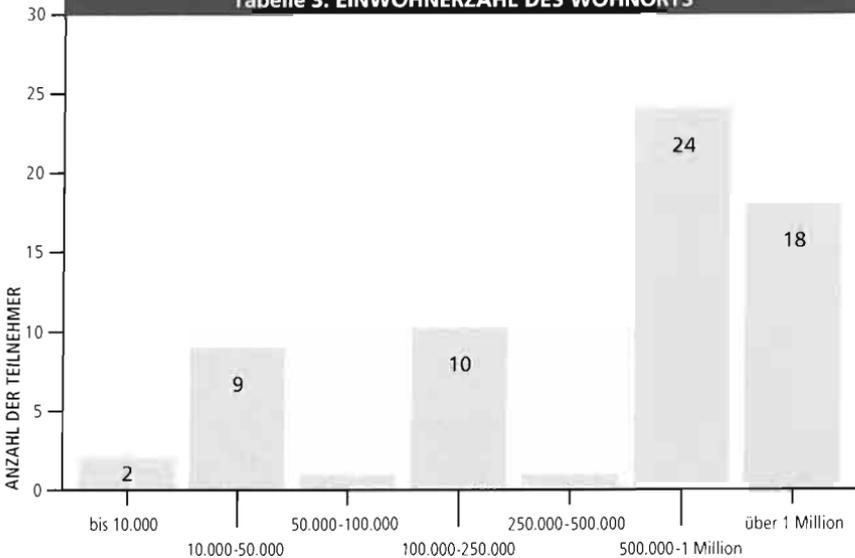
Tabelle 2: WOHNORT**Tabelle 3: EINWOHNERZAHL DES WOHNORTS**

Tabelle 4: MONATSNETTOEINKOMMEN

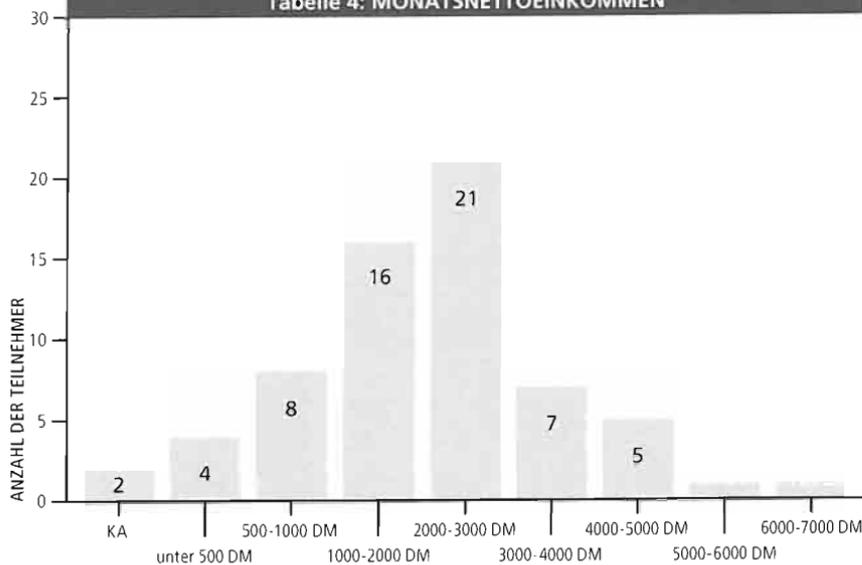


Tabelle 5: BERUF

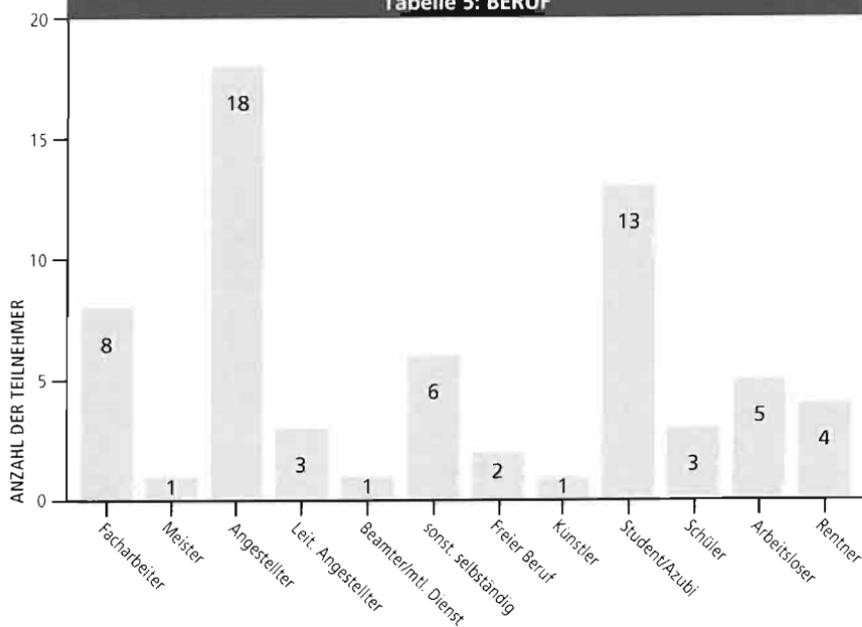


Tabelle 6: AUSBILDUNG

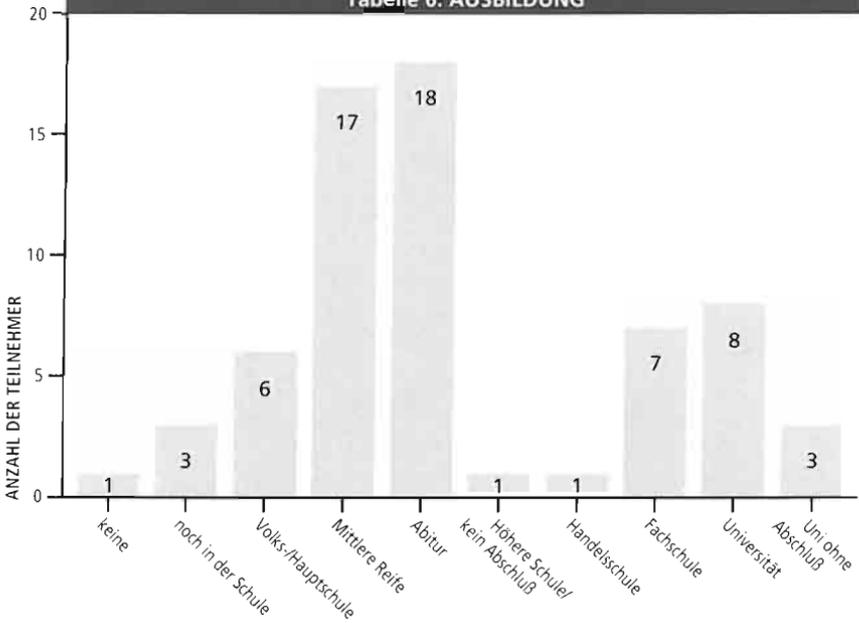


Tabelle 7: VERGLEICH MIT BOCHOW-ERHEBUNG (1994)

Wright (N=65)

Medianalter: 32,4

Facharbeiter	12,3%
Meister	1,5%
Angestellter	20,8%
Leitender Angestellter	4,6%
Beamter des mittleren Dienstes	1,5%
Sonstiger Selbständiger	9,2%
Freier Beruf	3,1%
Künstler	1,5%
Student/Auszubildender	20,0%
Schüler	4,6%
Arbeitsloser	7,7%
Rentner	6,2%

Prozentsatz der Teilnehmer aus den neuen Bundesländern:	30,3%
Prozentsatz der Teilnehmer aus Städten mit 500.000 oder mehr Einwohnern:	64,6%

Bochow (N=2.868)

Medianalter: 32,7

einfacher oder mittlerer Angestellter	22,0%
höherer oder leitender Angestellter	27,7%
Beamter des einfachen oder mittleren Dienstes	1,2%
Beamter des gehobenen oder höheren Dienstes	6,2%
ungelernter oder angelernter Arbeiter	1,6%
Facharbeiter	4,2%
freiberuflich Tätiger	7,0%
Selbständiger	7,4%
Student	21,1%
Schüler	1,4%
Auszubildender	2,9%
Wehr-, Ersatzdienstleistender	1,0%
Rentner	1,9%
arbeitslos	4,8%
keine Angabe	0,2%

Prozentsatz der Teilnehmer aus den neuen Bundesländern:	19,8%
Prozentsatz der Teilnehmer aus Städten mit 500.000 oder mehr Einwohnern:	56,5%

Tabelle 8: SEXUALORIENTIERUNG IM ENGEREN BEKANNTENKREIS

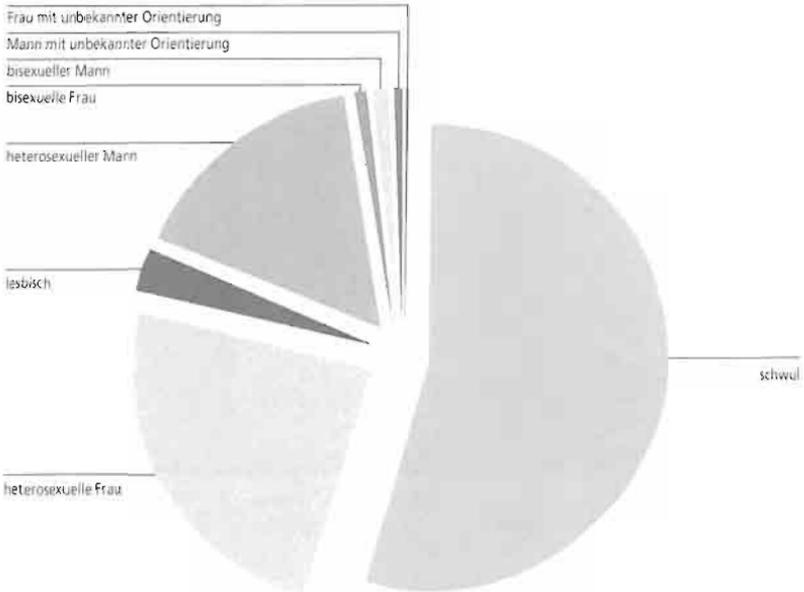


Tabelle 9: HIV-STATUS

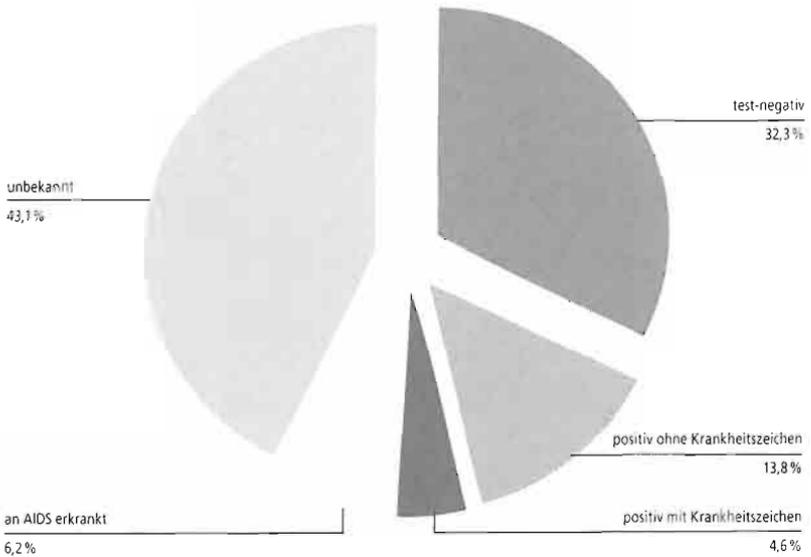


Tabelle 10: RISIKOEINSCHÄTZUNG VON SEXUALPRAKTIKEN (ohne Kondom)

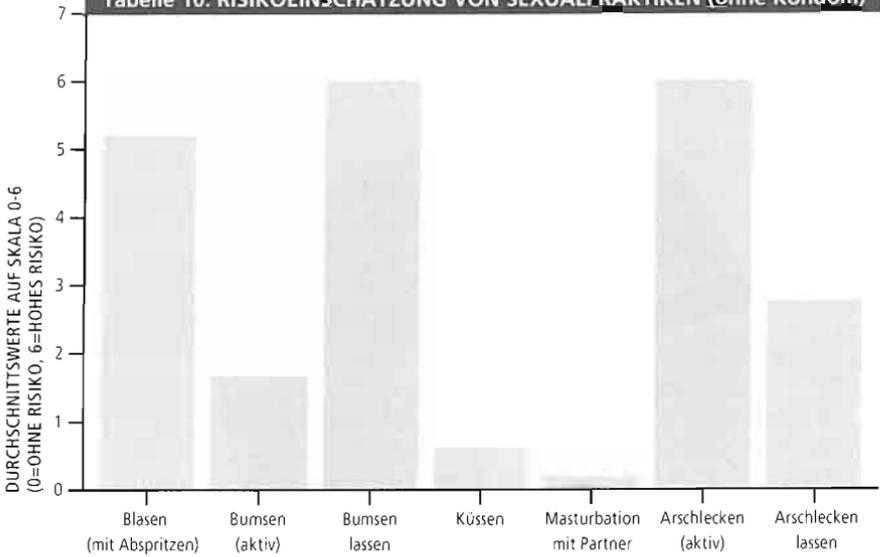


Tabelle 11a: TECHNOSZENE

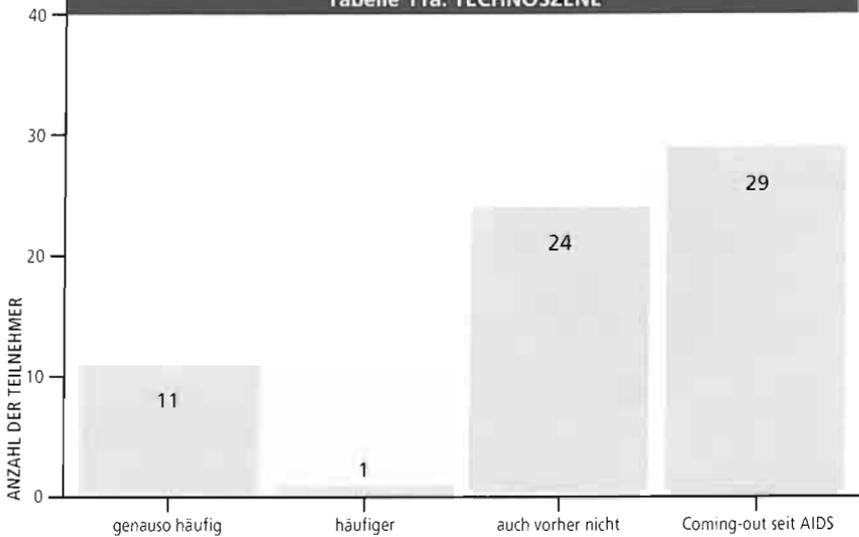


Tabelle 11b: BARS UND DISCOS

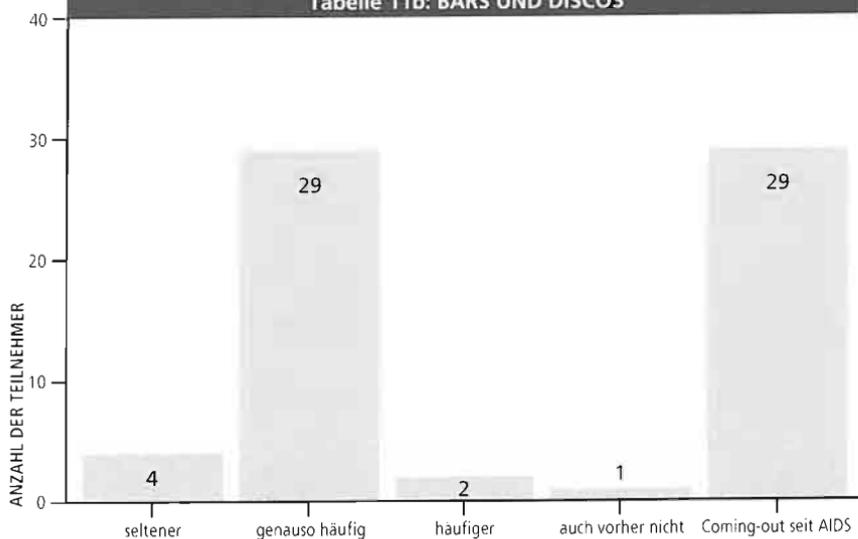


Tabelle 11c: LEDERSZENE

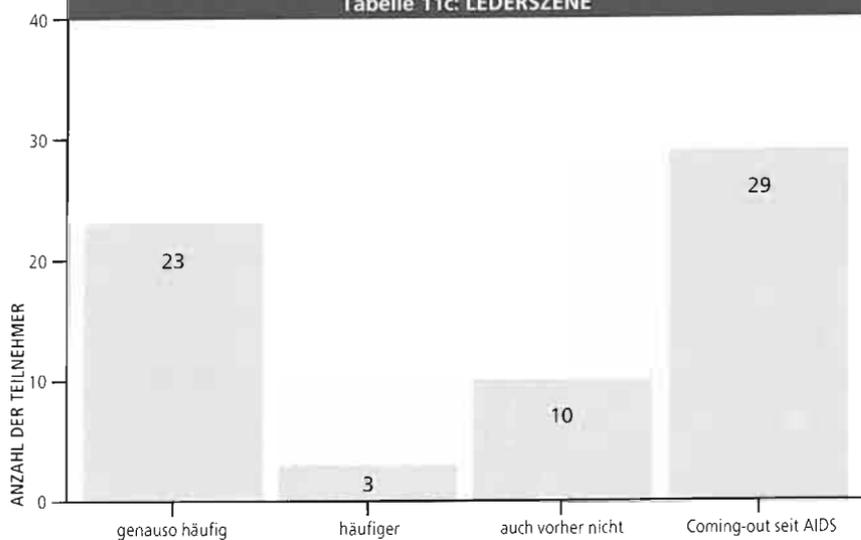


Tabelle 11d: ORGANISATIONEN

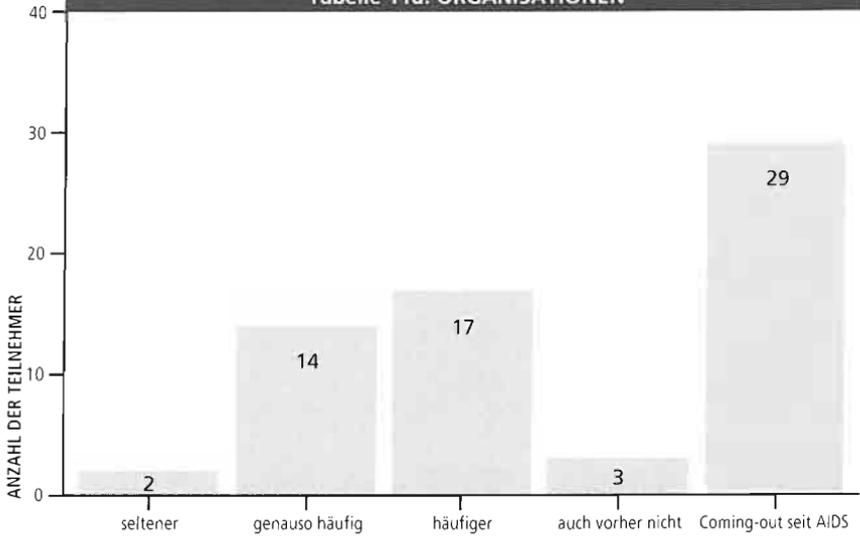
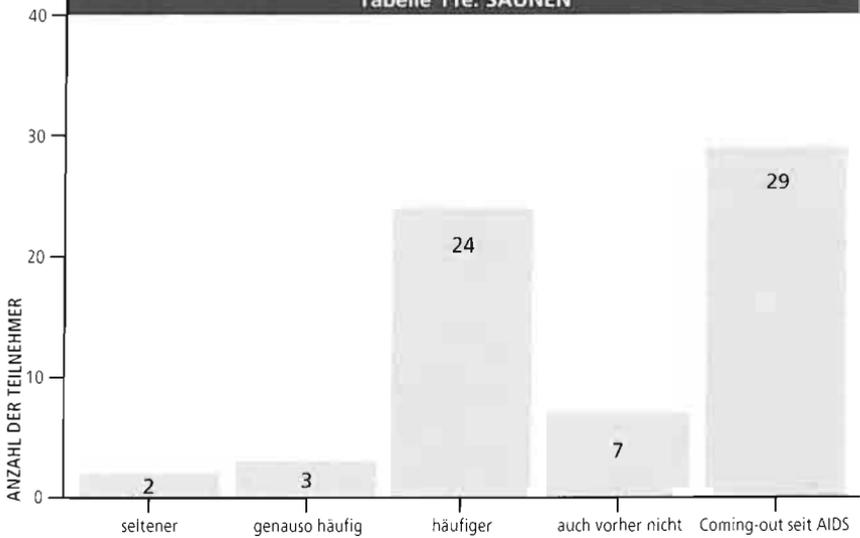


Tabelle 11e: SAUNEN



Auszüge aus den Interviews

Damit die Teilnehmer der Studie im Rahmen dieses Berichts selbst zu Wort kommen⁸, werden im Folgenden illustrative Auszüge aus den Interviews vorgestellt. Zum besseren Verständnis der Texte sind die Auszüge unter fünf Kategorien gruppiert:

1. Das Leben als Positiver
2. Die Erfahrungen der Freunde und Partner von Menschen mit HIV/AIDS
3. Die Erfahrungen der Männer am „Rande“ der Epidemie
4. Die von HIV/AIDS ausgelösten Ängste und Sexualstörungen
5. Vorstellungen der Teilnehmer vom schwulen Leben vor AIDS

1. Das Leben als Positiver

F: Bist du positiv, soweit du weißt?

A: Ja, ich bin positiv.

F: Wie hast du das empfunden?

A: Es hat mein Leben ganz schön geändert. Es war die Hölle, als ich das erfahren habe vor sechs Jahren. ...wenn man jemanden kennt und sagt, das ist der Richtige, dann möchte man eine gesunde Beziehung aufbauen, ohne Lüge, ohne Geheimnisse, ohne Vorurteile und alles, ganz sauber, ganz gesund, von Null anfangen. Und da wir Homosexuelle von AIDS stark betroffen sind, habe ich gedacht, der erste Schritt könnte sein, ich mache einen Test. Ich möchte mit diesem Menschen zusammenbleiben und auf das Plastikstück verzichten, ich möchte sicher sein und einen Test machen. Und ich habe es gemacht, das ist sechs Jahre her. Und was war? Es war positiv. Wir hatten gerade drei Monate eine Beziehung. Innerhalb der drei Monate haben wir Safer Sex gemacht. Ich möchte nicht mehr an die erste Zeit denken, aber das kann man ja nicht vergessen. Auf einmal hat sich alles geändert zwischen uns, es hat sich eine Mauer aufgebaut, selbst im Bett. Ich merkte, obwohl mein Freund darüber aufgeklärt war, aber ich glaube, das ist normal, das ist die erste Reaktion, auf einmal merkte ich, daß die Zahnbürsten getrennt gestellt sind im Badezimmer, die Handtücher getrennt, die Rasierklingen sind nicht an derselben Stelle, sondern immer mit einem halben Meter Abstand so ungefähr.

F: Hast du sexuelle Erfahrungen gemacht, bevor es AIDS gab?

A: Ja. Ja, da war ich sehr unvorsichtig. Ich bin irgendwann 1991 in die Szene gekommen, habe so meine zwei oder drei One-Night-Stands gehabt. Also mein erster Mann, da war ich unsafe. Ja, ich war in dem Moment einfach, das war zuviel, also ich konnte da nicht weiterdenken. Der meinte dann in dem Moment, es ist überhaupt kein Risiko, und ich war davon überzeugt, daß es kein Risiko ist. Später hatte ich dann große Angst. Z.B. ich habe den sehr lange nicht mehr gesehen und ich dachte, der ist jetzt voll krank. Nach diesen drei

8 F steht im Folgenden für die Fragen des Interviewers, A für die Antworten des Teilnehmers

One-Night-Stands habe ich dann jemanden kennengelernt, und ich war auch total davon überzeugt, wir sind uns treu, und diese Treue ist in dem Moment die Sicherheit. Ich habe erst wesentlich später, nach dieser Beziehung, das ging etwas länger als ein Jahr, gemerkt, wie naiv ich war, vollkommen naiv. Ich hatte wirklich diesen Glauben gehabt, daß es ein Schutz ist, diese Treue. Ich habe z.B. von meinem Partner einmal das Sperma geschluckt. In dem Moment dachte ich, es kann nichts passieren. Und im Nachhinein, da kam mir erst der Gedanke. Ich wurde also bis dahin nicht damit konfrontiert. Später ja. Es könnte eigentlich nicht mehr passieren.

F: Kennst du deinen HIV-Status?

A: Ja. Positiv.

F: Und wie ist das für dich?

A: Wie das ist? Es wirft alles über Bord, was man bis zu dem Punkt gemacht hat, getan hat, gedacht hat, und es findet gezwungenermaßen ein Wandel statt. Also bei mir, ich habe so das Gefühl, es findet eine Umstrukturierung statt. Also am Anfang ist es natürlich Panik, Angst, ich weiß nicht. Und mit der Zeit merke ich so, also lerne ich damit umzugehen, also lerne ich damit zu leben. Man wird gezwungenermaßen schnell erwachsen, auch wenn man es nicht will, man stürzt da rein. Normalerweise, das war eben so meine Entwicklung, daß man eigentlich so langsam reifer wird, und plötzlich wird man mit etwas konfrontiert, was es bis zu dem Datum gar nicht gab. Ja, genau, das ist eben der Tod, der Tod ist plötzlich präsent, und das war bis zu dem Punkt nicht da, das war also so eine Unendlichkeit, und plötzlich gibt es so ein Ende. Das ist eigentlich so das Ausschlaggebende dieser Angst, daß man mit etwas Neuem konfrontiert wird. Ich kann sagen, daß ich mittlerweile so langsam – also ich lerne damit umzugehen.

F: Wie hat sich AIDS auf dein Leben im Allgemeinen ausgewirkt, auf dein Sexualleben, deine Freundschaften, deine Familie, deine Arbeit, alles, was damit zusammenhängt?

A: Das ist ja ein Riesenkomplex! Das kann ich gar nicht alles behalten. Ich weiß jetzt seit acht Jahren, daß ich positiv bin, und von diesen acht Jahren hat es die ersten sieben Jahre meine Psyche beeinflusst, so von wegen, ich habe da einen Virus, aber er manifestiert sich nicht, wann manifestiert er sich, ist das in einem Monat, ist das in zehn Jahren, ist das überhaupt. Also da war die Psyche sehr angestrengt. Da habe ich schon gemerkt, daß, wenn ich konzentriert gearbeitet habe, immer solche Rückschlüsse kamen. Ansonsten in den ersten sieben Jahren hat sich da keine Veränderung getan, auch nicht in Beziehungen. Geändert hat sich das vor einem Jahr ungefähr, da kamen so die ersten konkreten opportunistischen Infektionen, und da hat sich einiges geändert. Ich konnte meinen Beruf nicht mehr so verfolgen wie vorher, hatte immer größere Krankenzeiten, also Ausfälle krankheitsbedingt, war psychisch doch sehr stark angeschlagen irgendwo, also so, daß alles, was irgendwie Streß auslöste, zu einer noch größeren Belastung wurde als normal. In Bezug auf Freundschaften hat sich nicht viel geändert. Ich bin mit dem Ziel, einen Freund zu suchen, zu bekommen, losgegangen, und habe dann auch letztes Jahr einen gefunden, mit dem ich seit elf Monaten zusammen bin. Ich

merke aber jetzt, physisch wird es immer schlechter. Die opportunistischen Infektionen werden zunehmend aggressiver. Aber ansonsten weiß ich nicht, ob sich da viel geändert hat. Ich merke für mich, daß ich in dieser Schwulenszene, in der ich hier in K. im Moment bin, durch meinen Freund, der sehr bekannt ist in der Szene, durch seinen Beruf auch, schon eine andere Position einnehme als ein, ich sage mal in Führungszeichen, ein normaler Positiver hier in K. Ich kann damit sehr offen umgehen und sehr offen leben, weil ich, in Führungszeichen, ein Stück bekannt bin, also man kennt mich, und von mir ziehen sich die Leute nicht zurück, sondern die kommen zu mir. Wo ich aber sagen muß, ich bin da eine Ausnahme. Ich kenne hier im Haus der AIDS-Hilfe sehr viele Positive, die, sobald sie's gesagt haben, ich bin positiv, die Leute sich einfach zurückgezogen haben. Und wie sich das weiterentwickeln wird krankheitsmäßig, muß man sehen.

F: Wie hat sich AIDS auf dein Leben im Allgemeinen ausgewirkt, auf dein Sexualleben, deine Freundschaften, deine Familie, deine Arbeit, alles, was damit zusammenhängt?

A: Man lebt damit viel offener, freier und hat ein ganz anderes Verhältnis zum Leben. Zu allem hat man eigentlich ein ganz anderes, offenes Verhältnis. Ich habe einen guten Kontakt mit meiner Familie, die finden mich okay, also daß ich's habe, ist okay, sie verstehen es und diskriminieren mich nicht, also sind aufgeklärt auch. Und im Geschäft weiß es keiner, da darf es keiner wissen, weil die sehr diskriminierend sind, das ist sehr schwer. Und so hier im Haus weiß es die Nachbarin, die findet das okay. Die ist Krankenschwester von Beruf, und die hat sehr gutes Verständnis. Sonst weiß es keiner. Und gute Freunde. Und es haben sich viele Freunde von mir getrennt, es ist sehr ruhig geworden, die sind alle weggegangen. Ich hatte viel Kontakt mit Lesben – alle weg. Also Lesben haben sich sehr zurückgezogen.

F: Warum?

A: Weil sie Angst haben, Berührungskontakt. Ich hatte eine gute Freundin, fast vier Jahre, wir waren auch im Urlaub. Wie sie das so von mir geahnt und gewußt hat, hat sie sich zurückgezogen und erst mal einen Test gemacht. Wir haben ja nichts gehabt zusammen, wir haben nur so Hand gegeben, mal einen Kuß auf die Backe, und da hatte sie irgendwie Schwierigkeiten. Ist öfters zum Arzt gegangen und hat fast alle Monate einen Test machen wollen. Der Arzt hat schon mit ihr Streit gehabt, da hat sie den Arzt gewechselt, also es war schwierig. Und wir haben auch keinen Kontakt mehr, das ist vorbei. Und so Freunde sind eigentlich viel dazugekommen, die selbst betroffen sind. Von der AIDS-Hilfe einige, dann jetzt der Freund, den ich habe, ein guter Freund, der hat's auch, und noch ein anderer, also viele Freunde von mir, die ich jetzt kenne und neu dazugekommen sind, die haben's alle, also das ist sortiert, das Ganze.

F: Gibt es irgendwelche Auswirkungen von AIDS auf dein Leben, die im Interview nicht behandelt wurden?

A: Da fällt mir jetzt so spontan wenig dazu ein. Was mir doch spontan einfällt, was aber unklar bleibt, ist dieses Gefühl, daß ich es schon irgendwie un-

gläublich ungerecht empfinde, wie sehr es die Schwulen trifft, also welche tollen Menschen einfach sterben müssen, viel zu früh sterben müssen. Ja, und irgendso was von, daß gerade die Schwulen das nicht verdient hätten, denn die Schwulen sind die Gruppe derjenigen, erstens bin ich selbst schwul, und mit denen ich auch einfach die engste Verbindung habe. Ich muß zugeben, daß ich dieses Gefühl nicht so beim Thema Drogengebrauch oder Frauen habe. Das ist einfach teilweise zum Kotzen, wenn man sieht, welche phantastischen Leute sterben, das ist unfair. So spontan fällt mir jetzt nicht mehr dazu ein.

F: Wie hat sich AIDS auf dein Leben im Allgemeinen ausgewirkt, auf dein Sexualleben, deine Freundschaften, deine Familie, deine Arbeit, alles, was damit zusammenhängt?

A: Also Familie, die hat das nicht mitgekriegt, weil ich ja keinen Kontakt zur Familie habe. Mein Partner hat das sehr gut verkraftet, also was heißt verkraftet, der hat's gut aufgenommen. Der wußte von Anfang an, daß ich positiv bin und daß ich seit zehn Jahren positiv bin, den Virus habe. Ja, gesundheitsmäßig, ernsthafte Krankheiten hatte ich noch nie gehabt, also so die typischen Krankheiten, Lungenentzündung oder so den ganzen Kram. Ich habe einen Selbstmordversuch hinter mir, wie ich's damals erfahren habe. Da wollte ich mich mit Tabletten umbringen, aber es hat nicht geklappt, Gott sei Dank.

F: Wann war das?

A: Das war ziemlich am Anfang, wie ich erfahren habe, daß ich positiv bin, weil ich da auch noch nie mit – die ersten fünf Jahre konnte ich also absolut nicht damit umgehen. Mir war das auch im Prinzip egal, und ich habe das nie so ernst genommen, daß das so eine ernsthafte Krankheit sein kann oder wird oder ist. Dann fing ich an, ganz gut damit umzugehen, weil ich dann auch in Positivengruppen gegangen bin. Ich weiß nicht, ob du das Switchboard kennst. Da bin ich dann hingegangen und habe Leute kennengelernt, die selbst HIV-positiv sind und alles, da fing das alles so an. Seitdem bin ich regelmäßig in den Gruppen, das zu besprechen und wie du damit umgehen kannst, und dann ging es eigentlich ganz gut. Ich habe es mittlerweile ganz gut im Griff. Ich kann auch sehr gut damit umgehen, kann auch offen darüber sprechen und mich auch mit Leuten darüber unterhalten und alles.

F: Die Teilnahme an diesen Gruppen hat dir geholfen?

A: Ja, am Anfang sehr viel, und so in der Mitte oder ziemlich zum Schluß ist mir das dann auf die Nerven gegangen, weil es nur noch über Krankheiten ging, über T4-Zellen und wie lange du noch lebst und hin und her, und dann habe ich mich ein bißchen abgesondert. Dann habe ich vor drei Jahren meinen Freund kennengelernt, der eigentlich sehr gut damit umgehen kann, der mir auch geholfen hat, wenn's mir mal schlecht ging, wenn ich Fieber hatte oder sonstwas. Da hat er mich ins Krankenhaus gefahren. Wie ich mich von meinem Freund getrennt habe, fing ich an, da wieder hinzugehen regelmäßig, dienstags und donnerstags. Dann treffe ich mich auch mit Leuten und wir unternehmen was.

F: Wie hat sich AIDS auf dein Leben im Allgemeinen ausgewirkt, auf dein Sexualleben, deine Freundschaften, deine Familie, deine Arbeit, alles, was damit zusammenhängt?

A: Die ersten Jahre hat es sehr einschneidende Veränderungen gegeben, die sich im Laufe der Zeit allerdings alle sehr abgeschwächt haben. Ich habe die erste Zeit eine sehr, sehr intensive Auseinandersetzung mit mir und meinem Positivsein und meinem möglicherweise Krankwerden gehabt. Nachdem das Krankwerden dann aber ausblieb, war so nach zwei, drei Jahren eine unmittelbare persönliche Bedrohung für mich nicht mehr so im Vordergrund. Ich hatte mich dann irgendwie dran gewöhnt, damit zu leben, und kam damit auch relativ gut klar. Eine sehr starke Auswirkung war, daß im Laufe der Jahre mein Freundeskreis sich etwas gewandelt hat, oder all die Leute, die neu dazugekommen waren, waren in der Regel auch positiv. Ich habe in den neun Jahren, die ich jetzt damit lebe, halt schon relativ viele Leute verloren, kenne mehr Positive als Negative oder Ungetestete, und von daher ist dieses HIV eigentlich immer präsent. Das ist halt ein Bestandteil meines Lebens wie meine Kurzsichtigkeit oder so, nur daß ich darüber halt nicht so viel rede und nicht so drunter leide. Es ist relativ selbstverständlich geworden. Also es schockt mich nicht so wie am Anfang, wenn ich eine starke Erkältung habe oder so. Die ersten Jahre bin ich da ziemlich panisch gewesen und in letzter Zeit eigentlich nicht mehr. Ich habe zwischendurch auch aufgehört zu rauchen und versucht, gesund zu leben. Das habe ich alles wieder aufgegeben, ich lebe genauso ungesund wie früher auch. Heute ist es so, daß ich sehr häufig längere Phasen habe, wo ich fast richtiggehend depressiv bin, wenn mir das alles doch sehr nahe geht und einfach zuviel wird, daß in kurzer Zeit relativ viele Leute gestorben sind, da geht's mir dann längere Zeit ziemlich schlecht. Ich kompensiere das in letzter Zeit hauptsächlich durch die Arbeit, dadurch, daß ich sehr viel Prävention mache in letzter Zeit, was a) eine Arbeit ist, die mir sowieso Spaß macht, weil's lustig ist, und b) mir so das Gefühl gibt, ich tue was dagegen, daß es wenigstens anderen Leuten nicht so geht, daß sie dann elendig dran krepieren müssen. Eine andere Möglichkeit für mich, damit zurechtzukommen, ist, regelmäßig in Urlaub zu fahren. Also ich bin ausgesprochen reiselustig, und jedes freie Wochenende versuche ich, wenn ich Geld habe, wegzukommen. Hier in M. habe ich keine Möglichkeit, von diesem HIV irgendwie wegzukommen, egal, wo ich hingehere, ich treffe halt immer Leute, die ich kenne, und dann ist halt immer das Thema. Also wenn ich in der Kneipe stehe, redet man halt über, was weiß ich, ich hab da jetzt einen Pilz, und ich vertrage das Mittel nicht oder solche Geschichten. Und da ist meine Möglichkeit, dann einfach wegzufahren, dahin, wo mich möglichst niemand kennt, und da kann ich mich dann relativ gut amüsieren. Und hier ist eigentlich, wenn ich in M. bin, habe ich da wenig Möglichkeiten, wirklich mich davon abzugrenzen. Will ich auch nicht, ehrlich gesagt.

F: Wie fühlst du dich, die AIDS-Zeit bis jetzt überlebt zu haben, während so viele Schwule schon gestorben sind?

A: Es ist ein Teil Freude, gerade weil ich am Anfang halt auch gedacht habe, ich werde es nicht mehr lange machen, und so jedes Jahr, das ich länger lebe,

macht mich eigentlich ganz froh, vor allem, weil ich ein sehr schönes Leben habe. Es macht mich auf der anderen Seite halt traurig, daß ich einer der wenigen bin, die so lange überleben, daß viel mehr Leute früher dran sterben. Wenn ich in eine Kneipe gehe, sind halt viele Leute nicht mehr da, die früher immer dagewesen sind, und in der Regel liegt es daran, daß sie tot sind. Wenn ich längere Zeit von einem Bekannten oder Freund nichts gehört habe und den nach einer Weile anrufe und nicht sofort erreiche, kommt es automatisch, daß ich denke, hoffentlich ist der nicht krank, hoffentlich ist er nicht gestorben, und manchmal passiert genau das. Das ist sehr bedrückend. Es ist halt immer da, es ist mehr oder weniger präsent, aber es ist nie ganz weg. Das ist einfach scheiße.

F: Empfindest du Schuldgefühle gegenüber denjenigen, die an AIDS erkrankt oder gestorben sind?

A: Schuldgefühle direkt nicht, aber so was, wie ungerecht es doch ist, daß viele Leute einfach nicht das Glück haben oder wie immer man das bezeichnen will, so lange damit gesund leben zu können. Ich würde jetzt nicht sagen, daß ich schuld bin oder daß ich ein schlechtes Gewisse habe, obwohl manchmal Anflüge davon schon da sind, daß ich mir denke, warum ausgerechnet ich, der jetzt nicht wesentlich, also ich tue nicht unbedingt was, damit ich gesund bleibe, so mein Lebenswandel ist alles andere als gesund. Und trotzdem geht's mir eigentlich prima. Ich finde es einfach unheimlich schade und schlimm, daß man halt wirklich so wenig Einfluß darauf hat. Ich kenne so viele Leute, die seit ihrem positiven Test ihr Leben völlig umgekrempelt haben und nur noch gesund gelebt haben, aufgehört zu rauchen und nicht mehr in Kneipen, all diese bösen Sachen, die immer soviel Freude machen, nicht mehr gemacht haben und die trotzdem krank geworden sind und gestorben. Genauso natürlich wie es Leute gibt, die nichts geändert haben und auch gestorben sind. Aber ich habe schon so das Gefühl, man ist dem Ganzen wirklich ausgeliefert, und es ist soviel Glück dabei oder soviel Sachen, auf die wir keinen Einfluß haben, die uns einfach mitgegeben sind. Was den Vorteil hat, daß es sehr entlastend ist. Also niemand ist quasi ein Versager, wenn er früh stirbt. Viele Leute ziehen sich das ja persönlich dann als Schuld an, sozusagen ich habe doch nicht genug dafür getan, daß ich lange lebe, sei es jetzt, daß ich nicht rechtzeitig Medikamente genommen habe oder daß ich doch das Rauchen nicht aufgegeben habe usw. Ich gehe da eher von so einer Art schicksalhaften Geschichte aus. Das macht es mir leichter, damit umzugehen.

F: Gibt es irgendwelche Auswirkungen von AIDS auf dein Leben, die im Interview nicht behandelt wurden?

A: Ja, so meine Zukunftsvorstellungen. Ich habe zwar viele. Ich gehe z.B. nicht davon aus, daß ich nochmal irgendwo anders arbeiten werde oder mir überlegen würde, vielleicht nochmal was völlig anderes zu machen. Das habe ich in den letzten Jahren durchaus gemacht, also nachdem ich mich von meinem Schock sozusagen erholt habe, habe ich doch nochmal so eine Art Traum von mir wahrgemacht und nochmal ein neues Studium angefangen und habe das auch bis zu dem Punkt, wo ich mir das vorgenommen habe, durchgezogen, habe das Studium zwar nicht abgeschlossen, aber so das Gefühl gehabt, ich habe das, was ich rausziehen wollte, habe ich rausgezogen, und das war

ganz toll. Auch wenn ich dadurch vielleicht so von meiner sozialen Absicherung her einen Fehler gemacht habe, also ich habe ein Jahr quasi nicht versichert gelebt und habe deswegen jetzt geringere Rentenansprüche, aber das ist mir letztendlich wurscht, das war toll, und das hat mir Spaß gemacht. Aber so für die Zukunft ist es schon so, daß ich denke, na ja, jetzt habe ich bald die zehn Jahre rum, dann mache ich ein großes Fest, mal schauen, wie lange mir noch vergönnt ist, weiter so zu leben. Aber ich gehe nicht unbedingt davon aus, daß ich nie an AIDS erkranken werde oder so. Das steht nach wie vor an. Von daher gehe ich davon aus, daß mein Leben begrenzter ist als das meines Vaters. So langfristige Planungen finden halt immer unter diesem Aspekt statt.

F: Wie ist es, in dieser Stadt als Positiver zu leben?

A: H. ist eben diese kleine Stadt. Ich war ein sehr bekannter Mann an der Fachhochschule. Ich habe dort auch an einem Institut der Fachhochschule gearbeitet, war bekannt durch meine Artikel in der Presse, war bekannt durch Vorträge, hab mit Studenten gearbeitet, und, was mir sehr geholfen hat, dieses Coming-out als HIV-Positiver, war, daß vor zehn Jahren in H. sich eine Schwulengruppe begründete aus Studenten, und das hat eine richtige Aufbruchstimmung hier gegeben. Obwohl ich mich nie versteckt habe, war das in H. so, daß ich auf einmal ganz anders mit meinem Schwulsein umgehen konnte und im gleichen Atemzug auch sagen konnte, ich bin HIV-positiv. Das war ein Schritt nach dem anderen, aber sehr nahe beieinander. Ich habe auch sehr viel mit weiblichen Studenten gearbeitet, und die haben sich immer als Sexualobjekt betrachtet, und wenn sie sagten, mach mich nicht an, dann konnte ich sehr leicht sagen, keine Sorge, ich bin schwul. Dann später hat man auch sehr leicht den Studenten gesagt oder den Kollegen, mit denen man näher stand, ich bin HIV-positiv. Ich habe mich schon immer leichtgetan mit der Aussage „ich bin HIV-positiv“. Schon mit dem Beginn, wo ich den Zeitpunkt der Infektion, den ich spätestens 1983 ansetze, als ich z.B. in der Sauna in Berlin war, habe ich bereits 1985 gesagt, ich bin HIV-positiv. Aber es ist auch dazu zu sagen, es waren mehrere Schritte, dieses Coming-out als HIV-Positiver.

F: Gibt es irgendwelche Auswirkungen von AIDS auf dein Leben, die im Interview nicht behandelt wurden?

A: Ja, in dem Sinne, daß ich mein Leben bewußter erlebe, daß ich mich mit Dingen befaßt habe wie z.B. im esoterischen Sinne, wie Meditation, daß ich sehr viele Dinge kennengelernt habe, die mir ohne die HIV-Infektion nicht passiert wären, daß mein Leben irgendwo bewußter, abwechslungsreicher geworden ist, vielfältiger, sehr viel intensiver, ja.

F: Gibt es irgendwelche Auswirkungen von AIDS auf dein Leben, die im Interview nicht behandelt wurden?

A: Ich kann es eigentlich eher so sagen, es ist ja schon ziemlich alles behandelt worden, aber was für mich halt wichtig ist, ich empfinde es als einen Fortschritt, für mich persönlich. Also für meinen beruflichen Werdegang, Zielstrebigkeit, diese ganzen Dinge, die sind mir heute eben über das bewußter

geworden. Ich hätte also wahrscheinlich noch zehn Jahre den Stiefel weitergemacht, so wie ich es vorher gemacht habe. Und insofern ist für mich alles ein bißchen klarer geworden, der Lebensweg ist heute unabhängig davon, ich gehe nicht davon aus, daß ich irgendwann sterbe, sondern daß halt alles den normalen, geregelten Weg geht, und wenn's halt kommt, dann kommt's halt, aber solange es nicht da ist, solange ich keine Auswirkungen, keine richtigen Krankheiten habe und sich das wirklich dann extrem auswirkt, solange muß ich das halt weiterverfolgen, was ich vorhabe und meinen Lebensweg gestalten, durchführen, so wie ich ihn mir vorstelle. Und das ist eigentlich das Wichtigste. Insofern, wenn man überhaupt davon ausgehen kann, daß es was Positives hat, dieses AIDS, dann ist das eben das, daß quasi ein bißchen Vernunft in mein Leben eingekehrt ist. Das ist das Positive. Aber ansonsten – natürlich wäre es schöner, wenn's ohne wäre, aber wie gesagt, dann hätte ich's vielleicht nicht überrissen, ja, die Ernsthaftigkeit.

F: Wie hat sich AIDS auf dein Leben im Allgemeinen ausgewirkt, auf dein Sexualleben, deine Freundschaften, deine Familie, deine Arbeit, alles, was damit zusammenhängt?

A: Ich weiß nicht, wie lange ich da reden kann, aber es ist sehr schwierig. Es hat sich sehr, sehr viel verändert, es hat sich eigentlich alles verändert, was mein Leben auch, wie ich es früher gelebt habe, betrifft. Ich habe mein Testergebnis bekommen, und einen Monat danach ist mein Freund gestorben an AIDS. Das hört sich vielleicht blöd an, aber dann habe ich's mir einfach nochmal gut gehen lassen, bin nochmal in Urlaub gefahren, und daraufhin habe ich in einem Krankenhaus angefangen auf einer AIDS-Station, um mich mit meinem Positivsein und mit dem Tod meines Freundes auseinanderzusetzen, was mir sehr gut gelungen ist. Am Anfang hatte ich kaum Probleme damit, weil es mir gut ging. Es ging mir körperlich gut, es war nichts, was mich eingeschränkt hätte. Das Einzige, was mich sehr, sehr schockiert hat, war, daß ich Anfang Februar erfahren habe, daß ich positiv bin, aber das ganze Immunsystem war völlig in Ordnung, also Helferzellenzahl, T4, die Norm ist zwischen 800 und 1200, war auch völlig in der Norm, und ein halbes Jahr später waren es nur noch 100. Und in der Zeit hatte ich eine Hepatitis, was natürlich die Helferzellenzahl runterdrückt, aber ich habe keine Drogen genommen, ich habe keinen Alkohol getrunken, ich habe nichts genommen. Es war einfach ein Phänomen, innerhalb so einer Zeit von 1.000 auf 100 runterzukommen. Das gibt's eigentlich nicht. Und vor allen Dingen, wie ich auch gelebt habe, sehr gesund und, wie gesagt, keine Drogen, gar nichts, von daher hat es keine Auswirkungen gehabt. Und dann bin ich, was meinen Beruf angeht, sehr ehrgeizig, weil ich Krankenpfleger bin, und möchte in meinem Beruf auch immer das Maximum leisten. Ich habe dann auf einer AIDS-Station angefangen, weil ich davor im Altenheim gearbeitet habe, eben in vielen Bereichen der Krankenpflege, die mit Krankenhaus nichts zu tun haben, da war die Eingewöhnungszeit oder die Umstellung auch dementsprechend schwer für mich, dann natürlich auch entsprechend schwer die ganzen AIDS-Medikamente, wie verabreicht man sie, wie geht man so ganz konkret im Krankenhaus mit AIDS-Kranken um. Das war auch eine ganz große Umstel-

lung, aber wo ich einfach offen war, wo es mir sehr gut ging und ich einfach offen und bereit dafür war, es zu lernen, es lernen wollte, und mich sehr, sehr engagiert und bemüht habe, für mich ganz persönlich nur.

F: Hast du diese Stelle ausgesucht aufgrund deines Testergebnisses und der Sache mit deinem Freund?

A: Ja. Und ich hatte Kollegen, von denen ich so toll eingearbeitet wurde und die auch zu mir gesagt haben, du mußt erst mal ein halbes Jahr mindestens da sein, um das alles auf die Reihe zu kriegen, das alles verstehen zu können, um das wissen zu können, zumindest nach der Zeit, die du jetzt aus dem Job draußen warst, und ich wurde ganz wunderbar eingearbeitet, und es wurde mir mit soviel Geduld, es war einfach ganz irre, was ich dort erlebt habe an Kollegialität, an Zusammengehörigkeitsgefühl, daß es mir dann auch wirklich leicht fiel, und nach einem halben Jahr hatte ich dann auch eine ganze Menge gelernt.

F: Wie ist das für dich gewesen, hier in Berlin HIV-positiv zu sein?

A: Wo ich nach Berlin kam, war ich es ja noch nicht, und ich wußte es noch nicht. Von daher ist es sehr schwierig, die Frage zu beantworten. Ich denke auf jeden Fall, ich wünsche mir manchmal, weil, ich habe ein sehr gutes Verhältnis zu meinen Eltern, und ich wünsche mir manchmal, denn meine Eltern leben in einer wunderschönen Landschaft und haben ein wunderschönes Haus und einen schönen Garten, und wenn du rausgehst, bist du gleich auf einer Wiese, du gehst ein paar Schritte weiter, bist gleich im Wald, und ich wünsche mir manchmal, dort wieder hinzukehren, weil dort auch ein Krankenhaus ist, und dort könnte ich auch arbeiten bzw. mittlerweile nicht mehr, warum jetzt auch immer, ob ich's will oder ob's gesundheitlich ist, und jetzt würde ich sagen, weil ich's nicht mehr will. Die Möglichkeit hätte ich auf jeden Fall, weil ich auch ein sehr gutes Verhältnis zu meinen Eltern habe, nur ist das eine Kleinstadt, und die Menschen dort sind sehr, sehr zu. Die Menschen sind sehr, sehr intolerant, und jetzt bin ich einfach mal ganz abwertend, die Menschen sind einfach katholisch und spießig und würden einen AIDS-Kranken niemals akzeptieren, einen Schwulen auch nicht, genausowenig, schwul und AIDS-krank wäre für die dasselbe. Das ist ganz banal jetzt, wie ich es sage, aber das ist eigentlich der Grund auch, warum ich nicht die Möglichkeit habe, dort wieder zu leben. Leben, dort leben wäre für mich auch nicht möglich, so wie meine Persönlichkeit ist, wie ich gern leben möchte oder wie ich eigentlich auch lebe, das wäre dort letztendlich auch nicht möglich, aber ich könnte sehr gut auf Szene und auf ganz viele Sachen verzichten, und wenn die Menschen dort unten sagen würden, na gut, den kennen wir, ich meine, ich habe bis zu meinem 19. Lebensjahr dort gelebt, und die Leute kennen mich dort auch. Wenn sie so tolerant wären und so aufgeschlossen, um zu sagen, er hat halt AIDS, ist ja wurscht – ist nicht wurscht, aber ist ja wurscht, ob er AIDS hat oder Krebs oder sonstwas, wir nehmen ihn trotzdem wieder auf in unsere Gemeinschaft, also eben so ein Dorf ist so eine Gemeinschaft, und wenn du da nicht integriert bist, dann bist du ein Outsider, und meine Erfahrung ist, dann kann man da nicht leben. Das macht es für mich unmöglich, dort wieder hinzugehen.

F: Wie hat sich AIDS auf dein Leben im Allgemeinen ausgewirkt, auf dein Sexualleben, deine Freundschaften, deine Familie, deine Arbeit, alles, was damit zusammenhängt?

A: Für mich ist eigentlich das größte Problem, mich wieder zu zwingen, an eine Zukunft zu glauben, speziell dadurch, daß ich jetzt arbeitslos bin, habe ich das Problem, daß ich mich frage, wofür jetzt nochmal ein Neuanfang, der ja dann auch mit Problemen verbunden ist, oder, anders ausgedrückt, wenn ich eine Umschulung machen wollte, das würde u.U. drei Jahre dauern, und dann weiß ich gar nicht, lebe ich in den drei Jahren noch. Das ist das Problem in der Hinsicht. Dann hat es durchaus Probleme in der Beziehung gebracht, so daß ich und mein Freund eben beide positiv sind. In den vergangenen Jahren war das gar kein Thema und kein Problem, aber jetzt, wo die ersten Krankheiten auftauchen, die eventuell was mit AIDS zu tun haben könnten, da fängt man doch mal an zu grübeln und fragt sich, wofür der ganze Scheiß. Manchmal gibt es auch Momente, wo man sagt, sollte man nicht einfach Schluß machen. Aber Gott sei Dank hängt man ja auch am Leben. Bei mir selbst habe ich am Anfang, als ich es gehört habe, daß ich positiv bin, da war es keine Überraschung. Ich wußte, was ich für einen Lebenswandel gehabt habe, und habe es mir eigentlich denken können, daß die Wahrscheinlichkeit, negativ zu sein, doch eher gering ist. Und die erste Zeit war es auch kein großes Problem. Das hat sich erst zum Problem ausgewachsen, als ich den Job verloren hatte. Da war dann eine zusätzliche Sicherheit, die man im Leben hat, eine feste Arbeit, weg. Und die hat mir doch ein bißchen Halt gegeben, und seitdem kommen schon Probleme auf. Sonst im Allgemeinen bisher, muß ich sagen, geht's uns beiden recht gut, und wir verkraften das auch relativ gut.

F: Bis jetzt hast du keine Krankheitszeichen?

A: Nein, ganz und gar nicht. Auch die Zahl der Helferzellen und so ist im Normalbereich.

F: Du hast sonst keine Probleme damit gehabt, positiv zu sein?

A: Doch, ich habe durchaus Probleme, und zwar, wenn's mal um einen sexuellen Kontakt mit anderen geht. Bei meinem Freund ist da kein Problem, aber wenn ich jetzt sexuellen Kontakt mit anderen habe, dann habe ich immer – stellt sich immer die Frage, soll ich's vorher sagen oder soll ich's lieber gar nicht sagen. Dann geht's auch um Safer Sex, und ich muß leider gestehen, daß ich das nicht immer so ganz hundertprozentig einhalte, obwohl ich ganz genau weiß, daß ich's machen müßte. Aber in dem Augenblick denkt man da nicht dran, ich kann das auch nicht so genau erklären. Da gibt es durchaus leider Situationen, wo ich dann keinen Safer Sex mache, und dann gibt's eigentlich erst im Nachhinein das schlechte Gewissen, was aufkommt. Ich sage mir dann selber irgendwo immer, ich weiß nicht, Gummis liegen immer in der Nähe, und wenn jemand Safer Sex machen will, kann er das, und ein bißchen sollte heutzutage jeder selbst drauf achten, was er macht. Und wenn da Kondome liegen, und der jeweilige Geschlechtspartner nimmt sie dann nicht, dann weiß er ja, was für ein Risiko er eingeht. Wobei ich mich dann auch wieder wundere, wenn es Leute tatsächlich heute noch gibt, die in Saunen dann erzählen, ich gucke mir die Leute vorher an. Das kann ich dann auch nicht mehr ganz nachvollziehen.

F: Wie hat sich AIDS auf dein Leben im Allgemeinen ausgewirkt, auf dein Sexualleben, deine Freundschaften, deine Familie, deine Arbeit, alles, was damit zusammenhängt?

A: Die ersten Erfahrungen mit HIV-Positiven oder Menschen, die ich kennengelernt habe und auch gelernt habe, wie die Leute damit umgehen, das zu beobachten, das war 1991 das erste Mal, daß ich bewußt HIV kennengelernt habe. Ich habe mir damals schon fürchterlich Gedanken gemacht, weil ich meinte, der ist schon acht Jahre positiv, der dürfte morgen nicht mehr da sein. Dem war aber nicht so, der lebt Gott sei Dank noch. Es war inzwischen AIDS-Vollbild, aber er kommt noch ganz gut allein zurecht, ohne ärztliche Hilfe und so. Vor gut zwei Jahren habe ich meinen ersten guten Freund verloren durch AIDS, von dem keiner das wußte. Er selbst wollte es nie wissen, hat deswegen auch nie einen Test machen lassen, und wir haben es erst einen Tag vor seinem Tod erfahren. Das war also die zweite brüske Konfrontation damit. Das waren die beiden Punkte, die mich total unsicher gemacht haben, was das Ganze angeht, damit umzugehen, selber eventuell einen Partner zu haben, der positiv sein könnte. Ich habe eigentlich immer Beziehungen gehabt, die ohne HIV waren, wo alles okay war. Sei es, daß wir nach dem Kennenlernen beide einen Test gemacht haben. Ja, und jetzt kommen wir ganz nahe dran, nämlich seit einem Dreivierteljahr weiß ich, daß ich selbst positiv bin. Ich habe es in meiner letzten Beziehung, die zu dem Zeitpunkt eigentlich noch gar keine war, bekommen. Ich kam damit nicht klar, wie mein Partner mit seinem Positivsein umgegangen ist. Mein eigenes hatte ich auch noch nicht im Griff, aber wie er damit umging, das war mir einfach zu schizophren, der hatte überhaupt nicht mehr den Boden unter den Füßen gefunden. Auf der anderen Seite habe ich aufgrund verschiedener Bekannter mitbekommen, daß es ganz gut machbar ist, damit leben zu lernen und auch relativ schnell damit leben zu lernen. Was mich angeht, da ich halt weiß, daß ich positiv bin, ich habe ungefähr fünf, sechs Monate meinen Durchhänger gehabt, meine depressiven Phasen, die Hilflosigkeit, wie gehe ich damit um, lerne ich es überhaupt, damit umzugehen, wie geht mein Umfeld, also die Leute, die ich damit konfrontiere, denen ich das mitteile, damit um, und in der Zwischenzeit würde ich sagen, ich komme eigentlich ganz gut damit klar, also für mich persönlich.

2. Die Erfahrungen der Freunde und Partner von Menschen mit HIV/AIDS

F: Wie hat sich die Epidemie auf dein Sexualleben, deine Freundschaften, auf dein Leben im Allgemeinen ausgewirkt?

A: Das ist eine schwierige Frage, die hat mich ganz schön umgekrempelt. Oh, da kommt so vieles zusammen, wenn ich da anfangen, dir was zu erzählen, dann wird's eine lange Geschichte. Ich würde sagen, sie hat mein Leben grundlegend verändert, und das nicht nur zum Negativen, in Richtung Belastung, sondern auch in Richtung einer Auseinandersetzung mit mir selber, die ich auch ganz wichtig fand. Die erste Konfrontation eben mit einem kranken Freund, das war 1984, die hat dazu geführt, daß ich mich entschieden habe,

eine Psychotherapie zu machen, und das war eine der besten Entscheidungen meines Lebens, weil mir das gut getan hat.

F: Und der Anstoß ...

A: Das war die Erkrankung dieses Freundes. Die Konfrontation eben mit seinem Sterben. Ja, da fing das an, 1984. Ich habe dann diese Therapie gemacht, habe dann fünf Jahre hauptamtlich AIDS gemacht, tagtäglich, und es ist einfach ein ganz wichtiger Faktor dann in meinem Leben gewesen, sowohl privat als auch beruflich. Ja, auch so meine erste richtig feste längerfristige Stelle, die ich hatte, mich auch in meiner professionellen Identität zu entwickeln, das fällt alles eben zeitlich mit der AIDS-Krise zusammen. Bis hin zu dem Punkt, wo es mir dann zuviel wurde und ich erstmal wieder ausgestiegen bin. Das war 1991.

F: Gab es Veränderungen in deinem Privatleben, in Freundschaften, Familienbeziehungen?

A: Ich kann schon sagen, daß es mir in der Anfangszeit auch sehr viel Angst in der Sexualität erstmal gemacht hat. Ich habe mich in der Anfangszeit wahrscheinlich wesentlich mehr zurückgezogen, zurückgezogen aus einem Szeneleben. Ich bin monogamer geworden. Ich denke so, diese Angst hat schon eine Zeitlang mein Leben sehr geprägt.

F: Angst vor Ansteckung?

A: Ja.

F: Und hat deine Lebensphilosophie sich geändert, deine Weltanschauung, deine Perspektive zum Leben?

A: Ja. Hat sich auch schon geändert. Ja, hat sich auch schon sehr geändert, daß ich erst mal gesagt habe, jetzt erst recht, was aber für mich nicht hieß, Leben im Sinne von Konsum, sondern auch von Arbeit und Gestaltung, mein Leben da mehr leben zu wollen. Und in der Anfangszeit wußte ich ja noch nicht, ob ich nicht selber positiv bin, das hätte auch gut sein können. Ich habe eigentlich lange Zeit erst mal so gelebt, daß ich möglicherweise infiziert sein könnte. Und gerade aus diesem Gefühl heraus zu sagen, gut, wenn's denn nur noch eine kurze Zeit ist, dann will ich für mich auch noch was draus machen. Und in dem Zusammenhang fällte ich dann eben diese Entscheidung für die Psychotherapie, ja, bestimmte berufliche Entscheidungen.

F: Gibt es ein bestimmtes Angebot, das dir helfen würde?

A: Das mir ermöglicht, die Auseinandersetzung, immer wieder die Auseinandersetzung ermöglicht, die in allen Schattierungen in die Szene einbricht. Ich merke einfach, was mir selber fehlt, ist, was ich früher selber gemacht habe, was ich früher angeboten habe. Ganz viele der Leute, die da auftauchen, auch unter den Leuten, die krank sind oder verstorben sind. Ich habe früher, als ich selber noch in der AIDS-Beratung war, hin und wieder so ein Wochenendseminar für schwule Männer aus der Lederszene gemacht, so zu unterschiedlichen Themen, Umgang mit Erkrankungen, Trauer oder Massage, und das war eigentlich so speziell was für die Szene. ... Ich habe das ja mehr geleitet, aber jetzt, wo ich nicht mehr da arbeite, würde ich vielleicht als Teilnehmer hingehen. So was gibt's eben nicht. Ich würde mich da gerne drüber auseinandersetzen, was das mit uns macht. Und ich möchte mich gerne mal an der Brust von einem anderen Kerl ausheulen, einem anderen Kerl als meinem Liebhaber. Ich würde gerne mit anderen Männern, schwulen Männern,

trauern. Und das gibt es so nicht mehr. Früher war das so was, das haben wir mehrere Jahre gemacht, und wenn wir uns verabschiedet haben, hat man gesagt, so Gott will, bis zum nächsten Jahr. So wie Menschen früher gewallfahrtet sind. Ich bin in einem Wallfahrtsort großgeworden, und es war so, daß die Leute jedes Jahr dahinkamen, große Prozessionen, und die Leute sind da immer hingekommen, um Maria um Hilfe zu bitten, daß sie gesund bleiben und wenn sie krank sind, daß sie wieder gesund werden oder daß Maria ihnen im Leben beisteht. Die sind da vorbeigezogen und haben „Maria hilf“ gesungen. Das war immer ein besonderes Ereignis im Leben dieser Menschen, einmal im Jahr nach A. zu pilgern. Und es gab Leute, die kamen seit 60 Jahren, jedes Jahr. Das waren Omis, die waren 80 oder sonstwie, die hatten teilweise ihr 60jähriges Wallfahrtsjubiläum. Und es war ganz wichtig, sich am Schluß zu verabschieden und zu sagen, so Gott will, bis zum nächsten Jahr. Und das ist was, was mir fehlt für uns als schwule Männer, irgendwas, wo wir hingehen können, wo wir Kraft schöpfen können, wo wir dran glauben können, wo wir Unterstützung bekommen und wo wir wissen, wenn ich's brauche, kann ich da wieder hingehen. Und das ist was, was es nicht mehr gibt. Und das waren diese Seminare über vier, fünf Jahre. Das waren Leute, die wiederkamen oder neu hinzukamen oder Leute, die mal ausgesetzt haben, aber es war so ein Stück weit eine Begleitung über einen langen Zeitraum. Das hat mich irgendwie so an den Wallfahrtsort erinnert, wo man zum Schluß auch gesagt hat, bis zum nächsten Jahr.

F: Diese Kontinuität!

A: Ja. Darüber habe ich K. auch kennengelernt, er war bei vielen dieser Seminare dabei, mit vielen anderen Männern aus der Szene. Viele waren nicht positiv, und inzwischen sind sie alle positiv, bis auf einen. Das war eine Gruppe von bestimmt 40 Männern, die gesagt haben, mit AIDS habe ich eigentlich nichts zu tun, aber ich komme mal hierher. Das war im Verlauf von fünf, sechs Jahren so eine Entwicklung. Und sowas gibt's nicht mehr, das ist weg. Es gibt so wenig von Tradition. Das ist auch so was, was ich an AIDS-Hilfe so schlimm finde, man muß immer was Neues machen und was Neues entwickeln, anstatt auch zu gucken, was ganz, ganz wichtig ist, zu bewahren. Man muß nicht jeden Tag die AIDS-Hilfe neu umkrepeln. Es gibt Dinge, die wichtig sind, daß sie sich verändern, aber man muß auch genau gucken, was man bewahren sollte, was auch wichtig sein kann. Ich denke, was das Entscheidende ist, ist so was wie ein kontinuierliches Angebot von Beziehungen, das zu ermöglichen, und zwar nicht nur sporadisch. Daß Leute sich auch wiedersehen können und sich freuen, daß man noch lebt, daß man nicht krank ist, und wenn man das nicht ist, darüber auch traurig sein zu können. Irgendwas mehr als diese One-Night-Stands, Workshop-Stands, so Kontinuität. Die Erfahrung von Kontinuität. Das fehlte mir.

F: Wie hat sich die Epidemie auf dein Sexualleben, deine Freundschaften, deine Vorstellungen vom Leben und der Zukunft, deine Meinung zur Homosexualität usw. ausgewirkt?

A: Das ist eine schwierige Frage! Ich glaube, die kann ich so auch nicht beantworten. Das ist ein Prozeß, der noch im Gange ist. Jedenfalls ist mir klarge-

worden, was bleibt, das ist eine ziemlich große Einsamkeit. Ich glaube, das ist das Wesentliche.

F: Einsamkeit in welchem Sinne?

A: Ganz allgemein. Oder wenn ich so Leute treffe, die jetzt im Sterben liegen, mir fällt halt nur auf, die meisten, die kenne ich schon über Jahre, und zu allen ist mehr oder weniger der Kontakt abgebrochen, und zwar nicht, weil ich das will, sondern von denen aus. Bei vielen habe ich die Beobachtung gemacht, wenn sie sterben, daß da plötzlich ganz neue Leute auftauchen, daß die alten Kontakte nichts mehr zählen, und das hatte ich mir früher nicht so vorgestellt. Ich hatte mich innerlich drauf eingestellt, auch für die Freunde da zu sein, aber das scheint nicht gewollt zu werden. Insofern bleibt bei mir eine Einsamkeit und bei denen auch.

F: Wie hat sich AIDS auf dein Leben ausgewirkt? Auf dein Sexualverhalten, deine Freundschaften, deine Identität als Schwuler?

A: Ich versuch einfach mal, eine kleine Geschichte von mir zu erzählen, die das Ganze vielleicht ganz gut erklärt. Ich habe mit 25 eigentlich erst mit meinem Coming-out begonnen oder mit 24, ich weiß es gar nicht mehr genau. Ich bin in dem Jahr – da habe ich mich in einen Mann verliebt, der HIV-positiv war, was sich später erst herausgestellt hat. Und mein Freund war halt auch sehr aktiv hier im AIDS-Bereich. Er hatte ein positives Coming-out zu der Zeit, also erst ein schwules, dann ein positives, und ich hab dann in seinem positiven Coming-out mein schwules Coming-out gehabt. Und ich hab dann sicherlich mich sehr auf diese Beziehung konzentriert, auch als Schwuler, weil ich erst mal irgendwo von diesem Idealbild, so was lernt man halt von zu Hause, Ehe, ewiges Leben, und man bleibt halt zusammen, und die Beziehung war eben sowieso, sage ich mal, so oder so nicht auf Ewigkeit zu führen. Mein Freund ist vor zwei Jahren eben halt auch an den Folgen seiner Immunschwäche gestorben. Ja, und seit dieser Zeit habe ich eigentlich das Bedürfnis, und ich tue es auch, mich sehr stark zu engagieren und auch klarzumachen, auch mit meiner eigenen Geschichte ein Stück weit – ja so ein Stück weit Betroffenheit auszulösen und vor allen Dingen auch Auseinandersetzung. Und das ist eigentlich so meine Auseinandersetzung mit AIDS. Was sich für mich allerdings schon geändert hat, ist, daß ich komischerweise mittlerweile, wenn ich von Freunden höre, daß sie positiv sind, daß es mich also ehrlich gesagt nicht mehr so umhaut wie vor einigen Jahren. Das ist halt ein Bestandteil, eine schwule Selbstverständlichkeit eigentlich auch. Ich hab da auch gar keine Berührungspunkte.

F: Gibt es noch andere Folgen dieser Auseinandersetzung?

A: Andere Folgen?

F: Veränderungen, die du in deinem Leben gemerkt hast aufgrund dieser Auseinandersetzung mit AIDS und mit dem Sterben.

A: Also was für mich eigentlich eine ganz klare Sache ist, wie soll ich das sagen, ich habe seit zwei Jahren mehr das Bedürfnis, das, was ich an Kraft in mir habe und was ich eigentlich – und auch, was ich an Liebe in mir habe, daß ich das auf viel mehr Leute verteilen möchte. Das klingt vielleicht ein bißchen blöd, aber daß ich im Moment einfach nicht dieses Auf-eine-Person-Leben

möchte. Ich brauche meine Familie halt, und das ist das, was sich auch verändert hat, praktisch durch mein Leben mit AIDS. Ich habe ja damit gelebt.

F: Würdest du das als eine positive Auswirkung bezeichnen?

A: So tragisch der Verlust meines Freundes für mich sicherlich immer noch ist, muß ich heute sagen, diese ganzen – also ich empfinde es als was Positives, ja. Weil ich denke, das kann einfach nur die Forderung sein für einen selber. Ich mußte damals auch mein Coming-out irgendwie starten. Das war vor fünf, sechs Jahren. Ich hatte das Gefühl – damals waren noch sehr schwere Diskussionen über Lager für Positive usw., und ich hab gedacht, wenn ich das jetzt nicht packe, packe ich das nie. Das war für mich irgendwie so ein wahn-sinniger Druck. Aber wie gesagt, das ist jetzt auch schon sechs Jahre her mitt-lerweile.

F: Wie hat sich AIDS auf dein Leben im Allgemeinen ausgewirkt, auf dein Sexualleben, deine Freundschaften, deine Familie, deine Arbeit, alles, was damit zusammenhängt?

A: Also mein Freund ist schon 1985 gestorben, relativ früh, und dadurch habe ich mich relativ zurückgezogen. In der Familie, die ist halt dadurch erst mal mit meinem Schwulsein überhaupt konfrontiert worden, ich habe vorher zwar nicht versteckt gelebt, aber die haben's halt nicht gemerkt. Mit meinem Freund hatte ich zehn Jahre zusammengelebt. Das Sexualverhalten hat sich erheblich geändert. Ich möchte auch eigentlich momentan keinen Freund haben, wenn, dann nur einen positiven Freund, weil ich selber positiv bin. Es sind halt fast alle Freunde von mir gestorben, es gibt kaum noch jemanden, ich kenne ganz wenige nur noch. Der Freundeskreis hat sich erheblich verändert. Das ist momentan ein ganz anderer Freundeskreis, weil ich mich in der AIDS-Hilfe ein bißchen engagiert habe oder in der Positivenarbeit mehr engagiert habe. Diese Freunde von früher, da ist kaum noch jemand da. Und sonst? Das ist eigentlich das Gravierendste dabei.

F: Gibt es irgendwelche Auswirkungen von AIDS auf dein Leben, die im Interview nicht behandelt wurden?

A: Es gibt einen an AIDS erkrankten guten Bekannten, den ich manchmal sehe, weil er in der Nähe wohnt, der befreundet ist mit jemandem, der HIV-positiv ist und vielleicht auch erkrankt ist, da bin ich nicht sicher. Und dem geht es ziemlich schlecht, der sieht jedesmal, wenn ich ihn sehe, sehr viel schlechter aus, und mit den beiden rede ich darüber nicht oder sie nicht mit mir darüber. Das ist bedrückend. Da hätte ich gerne irgendjemanden, mit dem ich darüber reden könnte, weil ich einfach von Monat zu Monat sehe, wie die Beschwerden schlimmer werden und daß er halt so dahinwelkt.

F: Wie hast du erfahren, daß sie krank sind?

A: Er hat es mir gesagt. Also es ist klar, man sieht es ihm an, aber ich habe halt ein großes Informationsbedürfnis eigentlich, weil ich mir Gedanken mache, wie geht man damit um, wenn man sieht, daß man nicht viel Zeit vor sich hat. Er ist in einer vergleichbaren Lebenssituation wie ich, am Ende einer Ausbildung und da, wo man anfängt, sein Leben zu planen. Das ist etwas, was mich dann sehr beschäftigt. Also reden die beiden nur mit mir nicht dar-

über oder reden sie untereinander auch nicht darüber, leben sie einfach so hin, das ist ja möglich, vielleicht auch hilfreich.

F: Du würdest gerne mit ihnen darüber reden?

A: Ja.

F: Um zu erfahren, wie das eigentlich ist.

A: Ja, zuerst mal, um sicher zu sein oder um besser zu wissen, wie die beiden damit umgehen. Wenn sie sich geeinigt haben, daß sie darüber nicht reden, dann ist das in Ordnung, dann muß ich auch nicht darüber reden mit den beiden. Es ist aber auch möglich, daß sie sich nicht trauen, das so persönlich mit mir zu besprechen. Ich fühle mich halt sehr hilflos, weil ich das einfach nur sehe und man jedesmal sieht, er sieht magerer aus und hat die Flecken. Ich weiß nicht, wie ich reagieren soll. Mich interessiert auch, wie fühlt der Partner sich, der noch nicht erkrankt ist und sieht, was da passiert, und weiß, daß ihm das auch passieren wird wahrscheinlich.

F: Was sind die drei wichtigsten Dinge, die dir bei der Bewältigung von HIV und AIDS helfen?

A: Ich bin natürlich durch AIDS viel einsamer geworden, als ich früher war. Ich war ein Stück von einer großen Clique, und heute bin ich öfter mal auch einsam oder gehe irgendwo hin, wo ich sonst denken würde, ich säße lieber zu Hause und würde diskutieren, Wein trinken und sonstwas tun, und statt dessen gehe ich in die Sauna und ficke mit irgendwelchen Leuten, die letztendlich stumm und anonym bleiben. Das kommt schon öfter mal vor. Das hilft mir bei der Bewältigung von AIDS. Ich habe eine relativ gute Natur insofern, als ich nicht zum Pessimismus neige, nicht unter Angst leide. Ja, mein Optimismus hilft mir relativ viel. Ich glaube auch nicht so sehr an das Negative im Menschen, obwohl ich weiß, wenn sie sich unbeobachtet glauben, daß das Tier wieder herauspringt, was wir so mühsam wegsozialisieren. Was hätte man denn da antworten können, drei Dinge, die einem bei der Bewältigung von AIDS helfen? Mir fällt nicht so recht was ein, was die Frage meinen könnte. Man könnte natürlich sagen, ein Freundeskreis hilft einem, aber ich habe im Grunde keinen Freundeskreis in dem Sinne mehr.

F: Du hast sehr viele Leute durch AIDS verloren?

A: Ja.

F: Wie ist es möglich, daß du jetzt weitermachst?

A: Ich bin ziemlich fest in mir irgendwo. Das wußte ich auch früher einigermaßen gut. Ich weiß, das ist mein Stiefel, den ziehe ich so oder so durch. Ich weiß, ich bin ein Teil der Lederszene, obwohl ich nie eine Lederjacke trage, aber ich weiß irgendwie so ein bißchen, ich weiß ziemlich genau, was ich will, und ich weiß einigermaßen, was ich nicht kann.

F: Wie fühlst du dich, die AIDS-Zeit bis jetzt überlebt zu haben, während so viele Schwule schon gestorben sind?

A: Zum einen fällt es mir schwer, was drauf zu sagen. Ich merke, daß ich meine Freunde vermisse, die an AIDS gestorben sind und daß AIDS auch mir sehr viel Leben nimmt, ständig nimmt. Ich bin sehr traurig drüber. Ich bin sehr traurig, weil AIDS einem nicht die Möglichkeit gibt, gesellschaftsakzeptiert

krank zu sein. Das denke ich eigentlich für die Allgemeinheit. Ich denke, AIDS nimmt uns allen noch viel mehr Leben, weil wir als AIDS-Kranke nicht akzeptiert werden und diese Krankheit zum größten Teil eine Gruppe betrifft, die einfach abgelehnt wird, und man wird noch bestraft, daß man krank ist, und das ist was ganz Grausames, was die Menschen einem antun können, und die Masse tut es uns an.

F: Wie hat sich AIDS auf dein Leben im Allgemeinen ausgewirkt, auf dein Sexualleben, deine Freundschaften, deine Familie, deine Arbeit, alles, was damit zusammenhängt?

A: Eine völlige Bewußtseinsänderung. Durch den Tod und durch die Krankheit von vielen Freunden war ich gezwungen, mich mit meinem Leben auseinanderzusetzen und habe mich extrem entwickelt, habe viel, viel gelernt.

F: Wieso entwickelt?

A: Ich mußte mich mit dem Tod auseinandersetzen, mit einer Beziehung, die ich habe, hatte, der ist vor ein oder zwei Jahren gestorben, und er ist in meinen Armen gestorben. Er war ein großer, kräftiger, muskulöser Mann, von dem Zustand, bis er tot war, habe ich alle Stadien mitbekommen von dieser AIDS-Krankheit. Und da mußte ich mich fragen, was ist der Tod, welchen Sinn hat diese Krankheit, was kann man dagegen tun.

F: Bist du jetzt anders aufgrund dieser Auseinandersetzung mit seinem Tod?

A: Ich komme mit dem Tod ganz gut klar inzwischen, ich komme mit der Krankheit besser klar als der Durchschnitt, weil ich die Informationen habe, ich habe ja die Leute sterben sehen. Ich habe mich sehr gut informiert darüber, schon sehr früh. Ich bezeichne mich selbst als Forscher, um gegen diese Krankheit anzukämpfen, ich studiere ostasiatische Medizin aus diesem Grund, und so habe ich mich zu einem Heiler entwickelt. Mir geht es sehr viel besser, seit ich das mit AIDS weiß, weil ich sehr viel, weil ich meine eigenen Depressionen, mein melancholisches Wesen überwinden konnte. Früher hatte ich nicht so ein Bewußtsein wie jetzt. Ich kann tausend Bereiche erzählen, ich habe soviel erlebt mit dieser Krankheit.

F: Wie hat sich AIDS auf dein Leben im Allgemeinen ausgewirkt, auf dein Sexualleben, deine Freundschaften, deine Familie, deine Arbeit, alles, was damit zusammenhängt?

A: Das ist schwer zu sagen. Erst mal muß ich wissen, wieviel Antwort willst du haben oder kannst du verarbeiten, man kann zwei Stunden allein darüber erzählen. Ich denke, die wichtigste Auswirkung ist ganz sicher die, ich habe Sex unheimlich gerne, und der hat einfach sich total geändert. Ich habe es lange Zeit oder einige Jahre einfach verdrängt, daß es AIDS gibt, bis 1985, da habe ich so getan, als wäre nichts. Ich vermisse diese sorglosen Zeiten immer noch, auch nach zehn Jahren ist das nicht vergessen. Es ist irrational, aber ich wünsche mir, daß man eines Morgens aufwacht, und es gibt diese Krankheit nicht mehr, und man kann da weitermachen, wo wir 1985 aufgehört haben. Das andere, was es ganz deutlich verändert hat, daß einfach Krankheit, Sterben von ganz lieben, nahen Leuten oder auch anderen, die man nur dem Namen nach kennt, nahezu zum Alltag gehört. Es gibt Zeiten, wo es mehr ist,

ich weiß noch, '92 sind in fünf Wochen drei Leute gestorben. Da war ich irgendwo nicht mehr von dieser Welt, weil ich's einfach nicht mehr gepackt habe. Es ist so, daß ich auch zunehmend jetzt das thematisiere, auch im Zusammenhang mit anderen Leuten. Meine Eltern sind schon beide tot, ich habe noch eine ganz liebe alte Tante in N., mit der ich ein zunehmend gutes Verhältnis habe, je älter wir beide werden, die ist schon Mitte 70. Ich kann so etwas, auch diese zunehmende Trauer, ganz toll mit ihr besprechen, und das sind auch Ebenen, wo wir uns berühren, weil sie in ihrem Alter das natürlich auch hat. Obwohl wir 35 Jahre auseinander sind, sind wir da sehr nahe zusammen in diesem Moment.

3. Die Erfahrungen der Männer am „Rande“ der Epidemie

F: Wie stellst du dir das schwule Leben vor AIDS vor?

A: Das weiß ich nicht, wie ich mir das vorstelle. Es wäre allerdings schon, glaube ich, anders, allerdings – keine Ahnung.

F: Wenn du Geschichten von älteren Schwulen hörst, die schon von Anfang an dabei waren, bemerkst du da bestimmte Reaktionen?

A: Also ich denke schon, daß es damals etwas freizügiger oder wilder zugegangen sein mag, gerade weil man sich das eher leisten konnte als heutzutage, aber viele Stories von damals kenne ich auch nicht. Ich weiß nicht, das ist auch, weil sich mein ganzes schwules Leben hauptsächlich in Oldenburg abgespielt hat. In Frankfurt, Köln oder Berlin ist da ja eh alles ein bißchen anders. Ich würde da eher als Oldenburger die Verbindungslinie ziehen, weil in Oldenburg die soziale Kontrolle ziemlich groß ist und deswegen vorher, nachher oder so was oder wie es freizügiger ist, da denke ich dann eher an Großstädte im Gegensatz zu Oldenburg. Da muß Freizügigkeit nicht mit AIDS oder Nicht-AIDS zu tun haben, sondern eher mit einer Einstellung. Also Freizügigkeit kann ich mir auch mit Kondom vorstellen, auch in den Zeiten von AIDS.

F: Wie fühlst du dich als jemand, der die AIDS-Zeit bisher überlebt hat, während so viele Schwule schon gestorben sind?

A: Das ist nicht das Gefühl von „ich bin verschont geblieben“, so was ist das nicht. Es ist schon so was wie „Glück gehabt“, ich bin froh. Auf der anderen Seite sehe ich mich zu stark individuell, als Person, als mich über den schwulen Kamm zu scheren. Weißt du, was ich damit meine? Und so ist das eher was, was weiter weg ist. Es ist in meinem Leben nicht so, daß viele Freunde krank oder infiziert und weggestorben sind und daß ich das Gefühl haben muß, „oh, mich hat's verschont“. Dieses Thema, direkt in meinem ganz intimen persönlichen Leben, ist eines, das glücklicherweise – toi, toi, toi – relativ weit weg ist. Das Thema AIDS hat eine große Wichtigkeit in meinem beruflichen Zusammenhang, aber einen geringen in meinem Beziehungsleben zu Menschen. Und wenn das anders wäre, dann könnte ich mir gut vorstellen, daß ich eine andere Einstellung dazu habe. Aber da das halt relativ distanziert ist für mich, so subjektiv wahrgenommen, ist da auch nicht das Gefühl „ich bin übriggeblieben“ oder „ich hab's geschafft“.

F: Wie hat sich AIDS allgemein auf dein Leben ausgewirkt, auf dein Sexuelleben, deine Freundschaften, deine Familie, deine Arbeit, auf alles, was damit zusammenhängt?

A: Ich war bisher noch nie direkt mit AIDS in Kontakt gekommen. In meiner Familie wird ab und zu darüber gesprochen, aber nicht allzusehr. Für mich selber, auf mein Sexuelleben, hat es die Auswirkung, daß ich immer verhüte und niemals ohne irgendwelche Verhütungsmittel Sex haben werde und gehabt habe. Ich denke, das wär's dazu.

F: Hast du sexuelle Erfahrungen gemacht, bevor es AIDS gegeben hat?

A: Nein.

F: Kennst du deinen HIV-Status?

A: Nee, ich habe noch nie einen AIDS-Test gemacht.

F: Wie fühlst du dich als jemand, der die AIDS-Zeit bis jetzt überlebt hat, während so viele Schwule schon gestorben sind?

A: Die Frage kann ich nur sehr allgemein beantworten, da ich noch niemanden an AIDS verloren habe, den ich gekannt habe oder sehr gern mag. Es ist natürlich sehr traurig, daß es diese Krankheit gibt und so viele Menschen daran sterben oder sterben werden. Aber man müßte eigentlich ein ziemlicher Pessimist sein, wenn man über Leute, die man nicht gekannt hat, nachdenkt, und wenn es einem dann schlecht gehen würde, und das bin ich nicht.

F: Wie hat sich AIDS allgemein auf dein Leben ausgewirkt, auf dein Sexuelleben, deine Freundschaften, deine Familie, deine Arbeit, auf alles, was damit zusammenhängt?

A: Bislang eigentlich nicht, wirklich, eigentlich nicht. Ich kenne niemanden, der AIDS hat, weiß es auch von niemandem, und ich habe auch im Moment keine Angst, mich anzustecken, weil wir beide eben zum ersten Mal eine Beziehung haben und außerdem uns auch von den Praktiken her nicht anstecken können. Persönliche Kontakte mit AIDS-Kranken habe ich nicht.

F: Wie hat sich AIDS im Allgemeinen auf dein Leben ausgewirkt, auf dein Sexuelleben, deine Freundschaften, deine Familie, deine Arbeit, auf alles, was damit zusammenhängt?

A: Kann ich gleich sagen, es hat sich überhaupt nichts verändert. Was ich vorher schon gemacht habe, an Sexualpraktiken, das mache ich jetzt auch noch, weil ich mich dementsprechend geschützt habe. Und zum Teil halt, ich habe nie so wilde Sachen gemacht, daß ich mich hätte schützen müssen.

F: Wie hat sich AIDS auf dein Leben im Allgemeinen ausgewirkt, auf dein Sexuelleben, deine Freundschaften, deine Familie, deine Arbeit, auf alles, was damit zusammenhängt?

A: Ich bin in der DDR großgeworden, und da war AIDS zu der damaligen Zeit gar kein Problem. Da war es so oder da hatte ich gedacht, es gibt vielleicht zwei Leute, die AIDS haben in der ganzen DDR. Da war es eher kein Problem für mich. Seit der Grenzöffnung und der Mauer, seit ich auch mal in den Westen gefahren bin, da lebe ich eigentlich bewußter mit AIDS. Ich benutze Kondome beim Sex. Vor der Mauer war das kein Problem. In Bezug auf

Freunde muß ich sagen, wir unterhalten uns auch mal über AIDS, aber das ist kein großes Thema. Man weiß das, was AIDS für mich bedeutet. Man lebt danach, man kann danach leben, man weiß, was man machen soll, was man nicht machen soll.

4. Die von HIV/AIDS ausgelösten Ängste und Sexualstörungen

F: Wie hat sich AIDS auf dein Leben im Allgemeinen ausgewirkt, auf dein Sexualleben, deine Freundschaften, deine Familie, deine Arbeit, auf alles, was damit zusammenhängt?

A: Es hat vieles geändert in meinem Leben. Man ist vorsichtiger geworden, ängstlich geworden, und es ist alles so ... geworden nach dem Ausbruch dieser Krankheit Mitte der 80er Jahre. Erst mal, als ich das gehört habe, wollte ich das nicht glauben, weil die türkische Presse und die Medien haben immer davon gesprochen, daß es eine Strafe Gottes wäre für Homosexuelle und Fiker. Ich wollte auch daran glauben. Ich wollte diese Krankheit nicht wahrhaben anfangs. Aber zwei, drei Jahre später, je intensiver ich mich damit beschäftigt habe, habe ich festgestellt, daß damit nicht zu spaßen ist, daß man vorsichtiger sein und aufpassen muß. Dann konnte man das Schwulsein in der Sexualität nicht ausleben. Ich muß immer wieder von Sex sprechen, denn es betrifft ja Sex, man ist immer gefährdet durch sexuellen Kontakt. Ich war mit einigen langfristig befreundet gewesen, und ich hatte auch manchmal so Abenteuer, und immer die Frage: Was ist jetzt, kann es gefährlich sein trotz der Kondombenutzung, oder kann man auf das Kondom verzichten? Was ist, wenn ich nicht verzichte? Diese Fragen waren immer dazwischen. Es machte auch nicht so sehr Spaß. Wenn ich nicht darüber reden wollte, wollten die anderen davon reden. Das war immer das Thema, davor und auch danach.

F: Hat die Benutzung des Kondoms dir etwas ausgemacht?

A: Ja. Die Benutzung des Kondoms hat mir viel ausgemacht. Es war schwierig, besonders für meine Landsleute, es zu erklären, daß man es unbedingt benutzen muß. Viele wollten es gar nicht, und dadurch sind auch viele Beziehungen oder Abenteuer – die haben nicht stattgefunden, weil die unbedingt auf das Kondom verzichten wollten und ich immer darauf bestanden habe. Irgendwie hat es mich immer gestört. Auch bei einer langfristigen Beziehung, wenn man so eine Beziehung vorhat, stellt man sich die Frage: Was ist jetzt, wollen wir uns beide testen lassen, dann eine feste Beziehung anfangen, oder wollen wir innerhalb der Beziehung uns schützen und immer Safer Sex machen? Das ist eine sehr schwierige Frage. Wenn man sich dann einig ist und beide sich testen lassen wollen und einer von den Partnern ist – angenommen – positiv: ja, was passiert dann? Bleibt der andere trotzdem bei ihm oder geht er weg? Und wenn man auf den Test verzichtet – man hat ja eine langfristige Beziehung vor -, dann ist immer dieses Gummiteil dazwischen, das stört mich eben. Das ist sehr schwierig.

F: Also AIDS ist etwas, was zwischen dich und andere Männer gekommen ist?

A: Ja. AIDS ist dazwischengekommen, und es ist immer dazwischen, und es wird auch immer dazwischen bleiben. Ich wünschte, ich hätte entweder in den

40er, 50er oder 60er Jahren gelebt oder ich würde jetzt neu auf die Welt kommen. Denn ich denke, irgendwann wird es auch für diese Krankheit Medikamente und Heilmittel geben, hoffentlich. Aber zur Zeit, meine Generation erlebt jetzt die schlimmste Zeit, vom Sexuellen her, durch diese Krankheit.

F: Und wie sieht diese Angst aus?

A: Ja, Angst vor einer Infektion.

F: Wie verhältst du dich mit dieser Angst?

A: Also ich bemühe mich natürlich immer, Safe Sex zu machen. Ich kann's auch ehrlich sagen, ich find's ganz schrecklich, Safe Sex, ich finde das so was von einschränkend, und irgendwo fühle ich mich – ich kann nicht ich selbst sein, irgendwo. Klar, immer dieses Aufpassen, was man macht, wie man's macht und was nicht. Ich finde diese freie Entfaltung des Sexes, da fühle ich mich irgendwie – na ja, ich bin in einer Zeit großgeworden, wo das kein Thema war.

F: Hast du sexuelle Erfahrungen vor AIDS gemacht?

A: Ja, sicher, ja. Und da hat eben nie jemand drüber nachgedacht, da wurde gar nicht drüber nachgedacht. Also bin ich praktisch in den Genuß gekommen, reinen Sex zu empfinden, und jetzt dieser Safe Sex, also ich hab da ganz große Schwierigkeiten. Aber da ich eben bestimmte Sexualpraktiken auch nicht so – doch, sicher schon, nicht daß ich mir den Partner angucke, sondern das ist einfach... Also meine Devise war immer – oder meine persönliche Devise -, wenn ich mit jemandem schlafe, und das ist auch der Verkehr, zwischen Männern halt der Analverkehr, das kann ich nur mit einem Menschen, der mir immens viel bedeutet, wo ich eben das Gefühl habe, das ist in dem Moment mein Partner. Und insofern mußte ich mich natürlich immer so diesem Diktat des Safe Sex unterwerfen. Natürlich, klar, wenn, dann auch so mit Kondom, ganz klar. Aber das erschien mir immer der einzige Übertragungsweg, der für mich in Frage käme.

F: Dann war es ja eine große Umstellung.

A: Ja, ganz schrecklich!

F: Kennst du deinen HIV-Status?

A: Ich kenne den Status von vor zwei Jahren, da war ich negativ.

F: Und wie ist das für dich?

A: Das erlebe ich sehr ambivalent. Da merke ich, das hängt so mit dem zusammen, wie ich drauf bin. In einer depressiven Stimmung kommen so Phantasien „ach, wahrscheinlich hast du dich auch infiziert“, so was kommt schon vor. Ich spüre das, was ich bei Patienten oder bei Menschen, mit denen ich arbeite, zum Thema AIDS erlebe, das erlebe ich schon sehr stark auch bei mir. In Momenten, in denen ich mich wenig stabil fühle und wenig stark, habe ich eher die Phantasie, daß ich infiziert sein könnte. Und in anderen Phasen ist das überhaupt kein Thema für mich, auch keine Frage für mich, und dann schließe ich das auch eher aus. Generell denke ich, daß ich es nicht hundertprozentig ausschließen kann, daß ich positiv geworden bin. Es gab eine Situation, wo ich hätte konsequenter sein sollen.

F: Wie hat sich AIDS auf dein Leben im Allgemeinen ausgewirkt, auf dein Sexualleben, deine Freundschaften, deine Familie, deine Arbeit, auf alles, was damit zusammenhängt?

A: Ich muß sagen, ich bin sehr ängstlich geworden, weil man ja auch, wenn man schon mal auch in der Partnerschaft, ob das nun das Fremdgehen ist, und bei den Schwulen ist das so, man geht in die Sauna, je nach dem, in so Stadtparks, wo Schwule sind. Dann hat man natürlich auch schon mal, ist man sich intimer gekommen, zusammengekommen, und da habe ich persönlich sehr große Angst nachher gehabt. Man wußte ja am Anfang nicht: Kann man sich beim Küssen infizieren oder wenn man den Penis in den Mund nimmt? Da wurde das erst mal alles so auf die Seite gestellt. Ich habe wirklich große Angst gehabt und habe sie auch immer noch.

F: Hat sich AIDS auf deine Freundschaften, auf dich persönlich ausgewirkt?

A: Ja, auf meine Freundschaft insofern, ich habe das mit dem AIDS erst erfahren, da war ich mit meinem Freund schon zusammen, und die erste Zeit war soweit alles in Ordnung. Nur dann fing er an, häufiger in die Sauna zu gehen, und da habe ich auch immer Angst gehabt, weil ich ja mit ihm doch sehr offen intim war. Wir haben alles gemacht, was man schon mal gerne macht mit seinem Freund. Da habe ich im Stillen so ein bißchen Angst gehabt und gedacht: Wer weiß, was er in der Sauna macht, obwohl er mir immer alles erzählt hat, was er gemacht hat, aber vielleicht hat er ja auch mehr gemacht. Da habe ich im Prinzip ein bißchen Angst gehabt mit ihm, wobei ich es aber dann irgendwie verdrängt habe, weil ich dachte: Das ist ja mein Freund, er wird schon wirklich aufgepaßt haben.

F: Wie hat sich AIDS auf dein Leben im Allgemeinen ausgewirkt, auf dein Sexualleben, deine Freundschaften, deine Familie, deine Arbeit, auf alles, was damit zusammenhängt?

A: Bei mir muß man sagen, ich war zuerst hetero bis vor zwei Jahren. Da hat es überhaupt keine Auswirkungen gehabt, da habe ich im Grunde überhaupt nicht drauf geachtet, weil ich da auch ein sehr anständiges Leben geführt habe. Und so mit fester Freundin und so. Und als ich so langsam schwul geworden bin in Anführungszeichen, da war ich zuerst schon sehr ängstlich, weil ich auch überhaupt nichts gewußt habe darüber und weil ich mich auch kaum informiert habe, sondern ich habe nur gewußt, daß die Gefahr da ist, besonders unter Schwulen, sich anzustecken. Insofern, als ich meine ersten Erfahrungen gemacht habe, Analsex oder Oralsex, das ist für mich überhaupt nicht in Frage gekommen. Zuerst habe ich schon panische Angst gehabt und habe im Grunde wirklich nur mit den Fingern angefaßt und nie was anderes, z.B. Oralsex, gemacht. Ja, als ich mich ein bißchen besser informiert habe und als ich mit meinem Schwulsein besser zurechtgekommen bin oder gut zurechtgekommen bin, war es dann eigentlich kein Problem mehr, schon allein deswegen, weil ich dann einen festen Freund hatte. In der Partnerschaft war es nur noch so, daß Analsex nur mit Kondomen und kein Abspritzen im Mund, solche Dinge schon. Ich weiß, daß ich kein AIDS habe, ich habe zwei Tests insgesamt gemacht, eigentlich nur zur Rückversicherung, obwohl ich im Grunde ohnehin sehr sicher war, daß ich kein AIDS habe. Und jetzt achte

ich immer noch drauf. Ich weiß, wie ich mich schützen kann, und darauf achte ich. Ich fühle mich z.B., wenn ich Sex habe, nicht unwohl oder denke an AIDS, daß mich das jetzt nervös machen würde.

F: Gibt es irgendwelche Auswirkungen von AIDS auf dein Leben, die im Interview nicht behandelt wurden?

A: Ja, es ist Bestandteil, also die Unmöglichkeit derzeit, sich in der Weise öffentlich damit auseinanderzusetzen, wie ich es mir vorstelle, eben kritisch. Da ist eine Skala von Themen, die ich künftig verstärkt bearbeiten muß, weil ich sehe, daß die Interessen von Schwulen unzureichend bewältigt werden. Dann gibt es etwas anderes, was ich für ganz spannend halte. Als 1987 die erste AIDS-Welle über den eisernen Vorhang geschwappt war, da kam so durch, es könnte auch mal nach Ost-Berlin kommen. Ich hatte einen flotten Sommer hinter mir, da erfuhr ich am eigenen Leib die psychologische Wirkung des Phänomens, daß sich tatsächlich Krankheitssymptome bei mir einstellten, die nur aus diesen seelischen Belastungen entstanden sind. Und es mußten dann drei AIDS-Tests sein, um mich wieder gesund zu fühlen, Tranquilizer, also 1987. Und ich muß aus ganz persönlicher Erfahrung sagen, die psychologische Beeinflussung von Autorität, Medien und Öffentlichkeit, daß ich das selber kenne.

5. Vorstellungen der Teilnehmer vom schwulen Leben vor AIDS

F: Wie hat sich AIDS auf dein Leben ausgewirkt, also auf dein Sexualleben, deine Freundschaften, deine Identität, auf Schwule?

A: Gott, ich bin mit AIDS aufgewachsen, also das gibt's, seit ich zwölf bin. Und von daher, man hat mir gleich, also gleich nach dem Coming-out so irgendwie auch immer gesagt, mit dem Kondom, immer geschützt, immer aufpassen. Ja, ich weiß nicht, irgendwie, mein Leben hat sich damit so entwickelt, ich kenn's nicht anders. Also bei mir gehörte immer schwul und AIDS zusammen, weil schwul ist halt eine Risikogruppe. Und denn hieß es immer, auch von meinen Eltern: „Aber paß bloß auf, mit wem du dann ins Bett gehst und daß du nichts machst, wobei man sich anstecken kann.“ Ja, die sind halt besorgt. Und sonst, freundschaftsmäßig, also ich kenne halt Leute aus der AIDS-Hilfe. Ja, und vielleicht ist das auch ein Plus, vielleicht ist man da auch mehr informiert, wenn man die Leute kennt, könnte ich mir gut vorstellen, weil viele ja auch AIDS verdrängen, und das ist bei mir nie so gewesen.

F: Du hast vor AIDS keine sexuellen Erfahrungen gemacht, sondern erst danach?

A: Das war alles nach AIDS.

F: Hast du schon mal darüber nachgedacht, wie es wohl vor AIDS war, ein Schwuler zu sein?

A: Nö. Da hab ich noch nie drüber nachgedacht. Weil, ich kenn's halt nicht anders, und es ist – man kann es, also ich kann's mir auch irgendwie gar nicht vorstellen. Das ist wahrscheinlich so, wie wenn sich ein Sehender vorstellen muß, blind zu sein, das kann man einfach nicht.

F: Wenn du Geschichten von älteren Schwulen hörst, die z.B. ihr Coming-out in den 70ern hatten: kommen dann irgendwelche Gefühle bei dir auf oder hast du bestimmte Reaktionen?

A: Also das einzige, was natürlich war, ist, daß sie damit mehr Probleme hatten, weil sie von der Gesellschaft weniger anerkannt wurden. Aber das finde ich schon interessant, also wenn die so erzählen, daß sie sich immer heimlich treffen mußten und so. Aber ich glaub auch, daß AIDS die Akzeptanz auch irgendwo – na, die Akzeptanz vielleicht nicht, aber das Schwulsein befördert hat, daß man eher sagen kann, ich bin halt schwul. Die ganzen Leute mußten sich mit den Risikogruppen irgendwie auseinandersetzen, und da gehören ja auch die Schwulen zu.

F: Was meinst du, welche Auswirkungen das auf Männer deiner Generation im Vergleich zu den älteren Schwulen gehabt hat? Glaubst du, daß es für Leute in deinem Alter irgendwie anders ist, schwul zu sein als für Leute, die schon vor AIDS schwul waren?

A: Weiß ich nicht. Nöö. Ja, man hört immer, die haben mehr rumgevögelt oder mehr gemacht, so mehr sexuelle Kontakte gehabt. Aber ich find, wenn man sich schützt, kann man auch viel sexuelle Kontakte haben. Von daher ist das ein bißchen hirnrissig.

F: Hast du dir schon mal vorgestellt, wie es vor AIDS für die Schwulen war, so in den 70ern, oder hast du darüber irgendwelche Geschichten gehört?

A: Ja. Einfach ohne diese Sorge leben zu können. Ohne die Panik, ohne nachdenken zu müssen, höchstens bei irgendwelchen Sexuallykrankheiten, die auch noch übertragbar sind. Gut, das war dann nicht der Horror, den AIDS ausstrahlt. Und dadurch war alles viel unbeschwerter, und der Sex wurde auch viel leichter genommen, war nicht mit soviel Denkarbeit verbunden und auch mit Vorbereitungen. Ich meine, wenn man heute weggeht, dann muß man sich ein Kondom einstecken. Das war ja auch nicht so. Und deshalb denke ich, es war einfach alles viel ungezwungener. Das ist beneidenswert, die Zeit, auf jeden Fall.

F: Meinst du, daß es aus dem Grund anders war, schwul zu sein, als jetzt?

A: Nee. Was heißt schwul zu sein. Gut, das Sexualleben hat sich geändert und das Verhalten, aber ich denke, das ist ja nur ein kleiner Teil. Und das ist einfach eine Bewußtseinsache, eine Frage des Denkens. Aber was sonst noch alles zum Schwulsein dazugehört, das hat es ja im Prinzip nicht betroffen. Gut, man macht schon andere Sachen, überhaupt hier, wir sind hier unter dem Dach der AIDS-Hilfe, das hat es ja nicht gegeben. Und die Angebote, die die AIDS-Hilfe macht, und so was, dadurch gibt es also, denk ich, schon wieder Veränderungen im Leben von Schwulen. Aber ich sage mal, tiefgreifend nicht unbedingt.

F: Wie hat sich AIDS im Allgemeinen auf dein Leben ausgewirkt, auf dein Sexualleben, deine Freundschaften, deine Familie, deine Arbeit, auf alles, was damit zusammenhängt?

A: Zunächst muß man ja sagen, daß ich mein Coming-out zu einem Zeitpunkt hatte, wo es AIDS schon gab. D.h. ich war sexuell nie aktiv zu einer Zeit, wo

es noch kein AIDS gab. AIDS gab es schon elf Jahre, und ich hatte mit 21 mein Coming-out, also vor acht Jahren. Das heißt, ich kenne es nicht anders. Und Auswirkungen natürlich insofern, daß ich zu den Leuten gehöre, die, wenn sie Sex haben, Safer Sex machen. Von Auswirkungen kann man insofern nicht sprechen, daß es gravierende Auswirkungen hat, daß die Benutzung des Kondoms genau die gleiche Normalität besitzt wie bei Heteros wahrscheinlich auch. Insofern ist da kein großer Unterschied, und das bedeutet für mich auch keine Einschränkung.

F: Wie würdest du dir die Zeit vor AIDS vorstellen, z.B. die 70er Jahre?

A: Ja, ich habe gehört, daß die wilder sein sollen. Ich finde das, was ich an sexuellem Leben mitbekomme, ist schon wild genug. Ich sehne mich nicht nach einer Zeit zurück, wo es das nicht gab. Für mich sind die 70er nicht erstrebenswerter als die 90er. Ich finde, gerade in so einer Stadt wie Köln ist es immer noch so, daß man das meiste, was man haben möchte, auch bekommen kann, wo ich nicht empfinde, daß AIDS eine Einschränkung gebracht hat. Es ist natürlich eine Einschränkung in Bezug darauf, daß Freunde und Bekannte von mir AIDS haben und teilweise schon gestorben sind. Aber das ist keine Einschränkung, was mein eigenes, persönliches Sexualleben angeht.

Ausgewählte Fragen aus dem Erhebungsinstrument

AIDS und das schwule Leben

Folgende Satzpaaire beziehen sich auf das schwule Leben. Wählen Sie bei jedem Paar den Satz aus, der Ihrer Meinung nach ehesten zutrifft

① Aussage 1

② Aussage 2

③ Beide/Keine

AIDS hat viel Hoffnungslosigkeit unter die Schwulen gebracht.

Trotz AIDS haben die Schwulen ihre Hoffnungen keineswegs aufgegeben.

Die AIDS-Epidemie belastet alte Freundschaften.

Die AIDS-Epidemie verstärkt alte Freundschaften.

Wegen AIDS nehme ich lieber Abstand von der schwulen Szene.

Wegen AIDS engagiere ich mich mehr in der schwulen Szene.

Seit AIDS finde ich mehr Erfüllung im Leben als Schwuler.

Seit AIDS finde ich weniger Erfüllung im Leben als Schwuler.

Seit AIDS werden Schwule eher daran gehindert, offen zu ihrem Schwulsein zu stehen.

Seit AIDS werden Schwule eher bestärkt, offen zu ihrem Schwulsein zu stehen.

Freundschaften mit anderen Schwulen sind wegen AIDS besonders schwierig.

Freundschaften mit anderen Schwulen sind leichter wegen AIDS.

Seit AIDS ist es für mich sehr nachteilig, offen mit meinem Schwulsein umzugehen.

Seit AIDS ist es für mich sehr vorteilhaft, offen mit meinem Schwulsein umzugehen.

Die AIDS-Epidemie hat die schwule Szene zersplittert und getrennt.

Die AIDS-Epidemie hat die schwule Szene vereinigt.

Sex war immer die Basis für schwule Beziehungen, und AIDS hat diese Basis entzogen.

Schwule Beziehungen sind unterschiedlich, und AIDS hat die Vielfalt von Beziehungsformen verstärkt.

Die Verbindungen zwischen mir und meinen schwulen Freunden sind wegen der AIDS-Epidemie schwächer geworden.

Die Verbindungen zwischen mir und meinen schwulen Freunden sind wegen der AIDS-Epidemie stärker geworden.

Wegen AIDS habe ich kein Interesse an der schwulen Szene und ich bekomme keine Unterstützung aus der Szene.

Wegen AIDS interessiere ich mich für die schwule Szene und ich bekomme Unterstützung aus der Szene.

Seit AIDS bin ich sehr ängstlich, wenn ich mit anderen Schwulen zusammen bin.

Seit AIDS empfinde ich viel Geborgenheit, wenn ich mit anderen Schwulen zusammen bin.

AIDS verhindert die emotionale Annäherung zwischen Schwulen.

AIDS verstärkt die emotionale Annäherung zwischen Schwulen.

Wegen AIDS bin ich mißtrauischer gegenüber anderen Schwulen.

Wegen AIDS kann ich anderen Schwulen besser vertrauen.

Post-Trauma-Streß-Syndrom

Wie oft haben Sie die folgenden Reaktionen erlebt? (Wenn Sie sich nicht haben testen lassen, wird in der zweiten Spalte automatisch „Entfällt“ angegeben.)

- | a (erste Spalte) | b (zweite Spalte) |
|------------------|-------------------|
| ① nie | ① nein |
| ② fast nie | ② ja |
| ③ manchmal | |
| ④ ziemlich oft | |
| ⑤ sehr oft | |

In den letzten
zwölf Monaten

Vor Ihrem
Testergebnis

Grübeln über AIDS

Vermeidung aller Dinge, die Sie an AIDS erinnern

Probleme im Alltag aufgrund von Sorgen wegen AIDS

Gedanken über Menschen mit AIDS

Alpträume von AIDS

Träume von AIDS

Gedanken über Ihren eigenen Tod

Schlafstörungen wegen Gedanken zu AIDS

Gleichgültigkeit gegenüber AIDS

Vermeidung aller Gedanken zu AIDS

Angstanfälle wegen AIDS

Angst davor, zu erkranken, die Sie auch mit der Hilfe von Freunden nicht beseitigen können

Entfremdung gegenüber anderen Menschen und Ihrer Umgebung wegen AIDS

Appetitstörungen wegen AIDS

ins Bewußtsein drängende Gedanken über AIDS

Durchfall als Folge von Sorgen wegen AIDS

Schweißausbruch als Folge von Sorgen wegen AIDS

Vermeidung als Coping-Strategie

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die letzten zwölf Monate:

① nie ② fast nie ③ manchmal ④ ziemlich oft ⑤ sehr oft

Wie oft haben Sie es vermieden, Informationen über AIDS zu hören oder zu lesen?

Wie oft sind Sie anderen Menschen ausgewichen, weil sie zu viel über AIDS reden?

Wie oft haben Sie absichtlich das Thema AIDS mit einer Person nicht besprochen?

Wie oft haben Sie es vermieden, Kontakt zu einem Menschen mit AIDS zu haben?

Wie oft haben Sie es vermieden, einen Menschen mit AIDS zu berühren?

Wie oft haben Sie es vermieden, Kontakt zu einem schwulen Mann zu haben, der krank zu sein schien?

Wie oft haben Sie es vermieden, Kontakt zu jemandem zu haben, dessen Partner/Lebensgefährtin AIDS hat/hatte?

Informationssuche als Coping-Strategie

① nie ② fast nie ③ manchmal ④ ziemlich oft ⑤ sehr oft

Wie oft lesen Sie Zeitungen und Zeitschriften, um Informationen über AIDS zu bekommen?

Bekommen Sie Info-Materialien von der Deutschen AIDS-Hilfe oder von einer der regionalen AIDS-Hilfen? Ja Nein

Wie oft haben Sie Kontakt zu einer Person, die Ihrer Meinung nach über AIDS gut informiert ist, um ihm/ihr Fragen über AIDS zu stellen?

Wie oft haben Sie eine AIDS-Hilfe wegen Informationen kontaktiert?

Wie oft haben Sie Angebote einer AIDS-Hilfe in Anspruch genommen?

Wie oft besuchen Sie Veranstaltungen zum Thema AIDS (nicht von der AIDS-Hilfe organisiert)?

Wie oft reden Sie mit Freunden über AIDS?

Verleugnung als Coping-Strategie

- ① trifft überhaupt nicht zu
- ② trifft etwas zu
- ③ trifft zu

Wie sehr neigen Sie zu den folgenden Reaktionen?

Sie vereinbaren schnell einen Termin mit dem Arzt aufgrund von Sorgen hinsichtlich möglicher AIDS-Symptome.

Sie dulden es nicht, daß AIDS Ihr Leben stört.

Sie reden mit Ihren Freunden manchmal über AIDS.

Sie informieren sich über den aktuellen Wissensstand über AIDS.

Sie haben Angst, andere Menschen mit AIDS anzustecken.

Sie glauben, daß AIDS Ihre Gesundheit nicht beeinflussen kann.

Sie glauben, daß Sie, weil Sie bis jetzt AIDS nicht bekommen haben, die Krankheit wahrscheinlich nie bekommen.

Sie glauben, daß Sie, weil Sie jetzt gesund sind, wahrscheinlich vor AIDS geschützt sind.

Sie glauben, wenn Sie Streß vermeiden, nicht AIDS zu bekommen.

Sie glauben, daß Sie sich schon mit HIV angesteckt haben und sich erfolgreich gegen den Ausbruch der Krankheit gewehrt haben.

Entmutigung

Wie oft haben Sie in den vergangenen 12 Monaten folgende Empfindungen gehabt?

- ① nie
- ① fast nie
- ② manchmal
- ③ ziemlich oft
- ④ sehr oft

traurige Gefühle

Verwirrung; Schwierigkeiten beim Denken

Einsamkeit

Konzentrationsstörungen

Kopfschmerzen

Rastlosigkeit, Unruhe

Angst davor, verlassen zu werden oder allein gelassen zu werden

Nervosität, Aufgeregtheit

Angst vor einem Nervenzusammenbruch

Angst- oder Panikanfälle

Angst davor, daß Ihnen etwas Schlimmes passieren wird

allgemeine Angst

Selbstsicherheit

Gefühl, zu nichts nutze zu sein

mehrfache körperliche Beschwerden

Sinnlosigkeit

Gefühl, daß alles schief geht

Hilflosigkeit

Hoffnungslosigkeit

schlechter Appetit

Schwitzen vor Angst

Ärger mit merkbaren unangenehmen körperlichen Folgen wie Kopfschmerzen, Magenschmerzen oder Schwitzen

- 0 trifft gar nicht zu
- 1 trifft eher nicht zu
- 2 schwer zu beantworten
- 3 trifft etwas zu
- 4 trifft völlig zu

Halten Sie sich im allgemeinen für einen Versager im Leben?

- 3 trifft gar nicht zu
- 2 trifft eher nicht zu
- 4 schwer zu beantworten
- 1 trifft etwas zu
- 0 trifft völlig zu

Glauben Sie, daß es Vieles gibt, worauf Sie stolz sein können?

- 0 trifft gar nicht zu
- 1 trifft eher nicht zu
- 2 schwer zu beantworten
- 3 trifft etwas zu
- 4 trifft völlig zu

Sind Sie Pessimist, Schwarzseher?

Sexualstörungen

- 0 nie
- 1 fast nie
- 2 manchmal
- 3 ziemlich oft
- 4 sehr oft

Wie oft haben Sie in den vergangenen 12 Monaten Folgendes erlebt?

kein Interesse am Sex

keine Freude am Sex

Probleme, zum Orgasmus zu kommen

Impotenz

- 4 viel schlechter als der Durchschnitt
- 3 schlechter als der Durchschnitt
- 2 durchschnittlich
- 1 gut
- 0 ausgezeichnet

Wenn Sie sich mit dem Durchschnittsmann Ihres Alters vergleichen, wie würden Sie Ihr Leben während der letzten zwölf Monate einschätzen?

- 3 sehr unzufrieden
- 2 etwas unzufrieden
- 4 weder zufrieden noch unzufrieden
- 1 etwas zufrieden
- 0 sehr zufrieden

Waren Sie im allgemeinen zufrieden mit sich selbst in den letzten zwölf Monaten?

Locus of Control

Ja, das ist in der Regel wahr
Ja, das ist zum Teil wahr
Das ist nur manchmal der Fall
Das ist eher falsch
Das ist meistens falsch
Das ist ganz falsch

Wenn ich krank werde, bestimmt mein eigenes Verhalten, wie schnell ich mich erhole.

Es ist egal, was ich tue, weil ich sowieso erkranken werde.

Regelmäßige Arztbesuche sind die beste Vorsorge gegen Krankheit.

Die meisten Faktoren, die auf meine Gesundheit wirken, sind das Produkt reinen Zufalls.

Wenn ich mich krank fühle, sollte ich mich von einem Arzt beraten lassen.

Ich habe die Kontrolle über meine Gesundheit.

Meine Familie hat viel damit zu tun, ob ich krank werde oder gesund bleibe.

Wenn ich krank bin, bin ich selber schuld daran.

Glück spielt eine große Rolle dabei, ob man sich erholt oder nicht.

Ärzte und Krankenpfleger bestimmen meine Gesundheit.

Meine Gesundheit ist Glücksache.

Meine Gesundheit hängt nur von dem ab, was ich für mich tue.

Wenn ich mich um mich selber kümmere, kann ich es vermeiden, krank zu werden.

Wenn ich mich von einer Erkrankung erhole, ist es normalerweise hauptsächlich deshalb, weil andere mich so gut gepflegt haben (z.B. Ärzte, Krankenpfleger, Familienmitglieder, Freunde).

Es ist egal, was ich tue, ich werde irgendwann krank werden.

Wenn es so bestimmt ist, dann werde ich gesund bleiben.

Krankheit ist für mich ein Schicksalsschlag.

Was meine Gesundheit betrifft, kann ich nur tun, was mein Arzt empfiehlt.

DER AUTOR

Michael T. Wright, geb. 1962, LICSW (Licensed Independent Clinical Social Worker, Massachusetts, USA), ist seit zwölf Jahren im AIDS-Bereich tätig, sowohl an der Ost- wie an der Westküste der USA und seit 1994 in Deutschland. Er arbeitete als Psychotherapeut und als Supervisor, war Begründer und Leiter eines AIDS-Projekts in der Nähe von Boston. Seit 1995 ist er Referent für „Internationale Beziehungen“ in der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. in Berlin.

AIDS-FORUM DAH

BAND XXII

UND WIR ÜBERLEBEN

Gibt es ein AIDS-Survivor-Syndrom
unter schwulen Männern in Deutschland?

Viele schwule Männer sind bereits mehrmals mit dem Sterben und dem Tod von Freunden und Bekannten konfrontiert worden und kümmern sich nach wie vor um Männer, die mit der Krankheit leben. Viele dieser Helfer sind zudem selbst infiziert. Und alle Schwulen leben mit der Tatsache, daß die intimste Begegnung mit einem anderen Mann HIV zur Folge haben kann. Und diese Belastungen sind in einer Gesellschaft zu bewältigen, in der die Menschenrechte von Schwulen immer noch bedroht sind.

Wie wirken sich diese Lebensumstände langfristig auf die schwulen Männer aus? Ändern sich die Schwulenszenen in den Zeiten von AIDS, und wenn ja: wie und mit welchen Folgen? Zeigen sich diese Folgen an den Individuen und an den Kollektiven? Inwieweit beeinflussen sich die individuellen und kollektiven Erfahrungsebenen gegenseitig? Mit diesen Fragen beschäftigt sich die vorliegende Studie.

Michael T. Wright

ISSN 0937-1931

ISBN 3-930425-16-5