

Hertha Richter-Appelt
Lisa Brinkmann
Karsten Schützmann

Elterliche Bindung in der Kindheit und psychische Symptombelastung in einer Stichprobe von Erwachsenen mit Intersexualität

Parental Bonding in Childhood and Psychological Symptoms in a Sample of Adults with Intersexuality

Zusammenfassung

An einer Stichprobe von 37 Erwachsenen mit Intersexualität werden das erinnerte elterliche Bindungsverhalten und dessen Zusammenhang mit der psychischen Symptombelastung im Erwachsenenalter untersucht. Das Bindungsverhalten wird mit dem Fragebogen zu Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken – FEPS (eine erweiterte Version des häufig verwendeten *Parental Bonding Instrument*) und die Symptombelastung mit dem *Brief Symptom Inventory – dt. Version – BSI* erfasst. Im Vergleich zu Frauen aus einer Vergleichspopulation erinnern die Personen mit Intersexualität im Durchschnitt ihre Eltern als weniger fürsorglich und emotional zugewandt und in einem stärkeren Ausmaß als bestrafend. Jedoch weichen lediglich die entsprechend *BSI*-Kriterien als psychisch auffällig eingestuft Personen mit Intersexualität hinsichtlich ihres erinnerten Erziehungsverhaltens der Eltern in der oben beschriebenen Weise von der unbelasteten Vergleichsstichprobe ab. Mittels logistischer Regression kann auf der Grundlage der Werte in den Fürsorge- und Bestrafungsskalen des FEPS für 71,4% der Probanden die Zugehörigkeit zu den Kategorien psychisch auffällig/unauffällig richtig vorhergesagt werden. Die Ergebnisse bestätigen die Annahme, dass die Elternbeziehung der Personen mit Intersexualität besonderen Belastungen ausgesetzt sein kann.

Abstract

In a sample of 37 persons with intersexuality the recalled parental bonding and its associations with symptomatic distress in adulthood were analysed. The Questionnaire on *Parental Attitudes and Rearing Practices (FEPS)*, an extended version of the widely used *Parental Bonding Instrument*, was used to retrospectively assess relevant aspects of perceived parental rearing behaviour. The *Brief Symptom Inventory* was used to assess actual symptomatic distress. Compared to a community based sample of women, the persons with intersexuality rated their parents as being less caring and showing less emotional warmth while being more punitive. Subsequently, the *BSI*-cut-off score was used to differentiate clinically disturbed from non-disturbed persons with intersexuality. Analyses revealed that the perceived parental bonding of the non-disturbed subgroup was comparable to the community based sample while only the disturbed subgroup differed as described. Using the *FEPS*-subscales *care* and *punishment behavior* as predictors in logistic regression correctly classified 71.4% of all subjects as either being clinically disturbed or non-disturbed.

Key words

Parent-child relationship · attachment · intersexuality · intersex · psychological symptoms

Institutsangaben

Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt · Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie · Zentrum für Psychosoziale Medizin Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf · Martinistraße 52 · 20246 Hamburg · E-mail: hrichter@uke.uni-hamburg.de

Eingegangen: 11. Dezember 2005 · Angenommen: 7. April 2006

Bibliografie

Psychother Psych Med 1 – 11 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2006-932667
ISSN 0937-2032

Einleitung

Menschen mit Intersexualität sind Personen, bei denen jeweils nicht alle geschlechtsdeterminierenden und geschlechtsdifferenzierenden Merkmale ihres Körpers einem Geschlecht entsprechen [1]. Der Verdacht dieser Diagnose wird dann geäußert, wenn bei einer Person geschlechtstypische Merkmale eines Geschlechts fehlen, zu stark oder zu schwach ausgeprägt sind, oder wenn bei einer Person gleichzeitig Merkmale sowohl des weiblichen als auch des männlichen Geschlechts beobachtet werden. Diesen sehr unterschiedlichen Phänomenen mit jeweils sehr spezieller Genese ist gemeinsam, dass sie auf untypische Entwicklungen bzw. Veranlagungen während der pränatalen Differenzierung des somatischen Geschlechts zurückzuführen sind, die sich entweder bereits unmittelbar nach der Geburt oder während der Pubertät bemerkbar machen.

Das chromosomale Geschlecht (üblicherweise Karyotyp 46, XX bei der Frau und 46, XY beim Mann) wird bei Befruchtung der Eizelle durch die Samenzelle festgelegt. Die sich über mehrere Schritte vollziehende Entwicklung der Keimdrüsen (Gonaden) führt in der Regel zu deren Differenzierung in die typisch weibliche und männliche Form. Die Differenzierung der äußeren Geschlechtsmerkmale in entweder männliche (Penis, Hodensack) und weibliche (Scheidenvorhof, Klitoris, innere und äußere Schamlippen) wird hormonell gesteuert. Bei jedem einzelnen Schritt der geschlechtlichen Differenzierung kann es zu Abweichungen vom typischen Verlauf kommen, in dessen Folge sich die inneren und äußeren Genitalien in unterschiedlicher Weise und Ausprägung atypisch entwickeln können. In einigen Fällen wird die Intersexualität erst im Laufe der Kindheit (z. B. bei einer Leistenbruchoperation) oder in der Pubertät bei Ausbleiben der Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale (z. B. Fehlen der Brustentwicklung bei Jugendlichen mit weiblichem Phänotyp) oder untypischer Entwicklung (z. B. starke Virilisierung bei Jugendlichen mit weiblichem Phänotyp) festgestellt.

In Tab. 1 werden diejenigen Formen von Intersexualität beschrieben, die bei den bisher in die Studie einbezogenen Personen vorgefunden wurden. Auf den wichtigen Aspekt der Geschlechtsidentität und des Geschlechtsrollenverhaltens bei Personen mit Intersexualität kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden (s. hierzu: [2–4]).

Intersexualität gilt allgemein als sehr seltenes Phänomen. Die Angaben zur Prävalenz schwanken in Abhängigkeit davon, wie der Begriff Intersexualität jeweils definiert wird und insbesondere davon, ob Chromosomenaberrationen (wie z. B. *Turner-Syndrom* und *Klinefelter-Syndrom*) einbezogen (Fausto-Sterling [5]: 1,7%) oder ausgeschlossen werden (Sax [6]: 0,018% bei Personen mit 46,XY-Karyotyp). In unserer Arbeit sprechen wir nur dann von Intersexualität, wenn eine Diskrepanz zwischen unauffälligem Chromosomensatz und äußerem Erscheinungsbild des Genitales nach Geburt oder in der Pubertät festgestellt wird.

Mit der Weiterentwicklung der Möglichkeiten der endokrinologischen und molekulargenetischen Diagnostik der verschiedenen Formen von Intersexualität und der medizinischen Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung (hormonelle und operative Maßnahmen) können heute differenziertere Empfehlungen zum

Umgang bzw. zur Behandlung von Personen mit Intersexualität gegeben werden. Während ab der Mitte des vorigen Jahrhunderts dafür plädiert wurde, dem Kind mit uneindeutigem Genitale das Geschlecht (und zwar meist das weibliche) frühzeitig zuzuweisen, möglichst in den ersten Lebensmonaten eine operative Angleichung an das zugewiesene Geschlecht vorzunehmen und die betroffenen Kinder hinsichtlich ihrer Diagnose und den erfolgten operativen Maßnahmen und Hormonbehandlungen nicht aufzuklären [7], ist heute eine breite Diskussion darüber im Gange, welche Behandlungsmaßnahmen zu welchem Zeitpunkt bei welchen Erscheinungen notwendig und angemessen erscheinen. Dabei beginnt sich immer mehr die Auffassung durchzusetzen, dass eine frühzeitige und angemessene Aufklärung der Betroffenen in jedem Fall anzustreben ist und vor Beginn der Behandlungsmaßnahmen eine auf Information beruhende Einvernehmlichkeit (informed consent) mit den Betroffenen bzw. deren Eltern angestrebt werden sollte. Neben medizinischen Maßnahmen werden Beratung und psychologische Unterstützung für Betroffene und Eltern empfohlen (z. B. [8], S. 85f.; [9]). Einen wichtigen Beitrag zur Diskussion über den Umgang mit dem Phänomen Intersexualität bringen heute die Menschen mit Intersexualität selbst ein. Dabei kritisieren die heute in Selbsthilfegruppen und -Verbänden organisierten Betroffenen sowohl die bisherige Behandlungspraxis, insbesondere frühe operative Behandlungen mit dem Ziel der Angleichung an das weibliche bzw. männliche Geschlecht, als auch den Umgang der Gesellschaft mit Intersexualität und Menschen mit Intersexualität bis hin zur grundsätzlichen Kritik am 2-Geschlechter-System [10,11].

Personen mit Intersexualität sind in der Regel besonderen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt, die in einem mehr oder weniger direkten Zusammenhang mit der Intersexualität stehen. Cohen-Kettenis u. Pfäfflin ([8], S. 91) fassen die möglichen Belastungen für Kinder und Adoleszenten wie folgt zusammen:

1. Need for (genital) surgery
2. Need for medication
3. Learning (language) problems
4. Social problems (due to subassertiveness, inappropriate social skills, or cross-gender role behaviour)
5. Precocious or delayed puberty
6. Extreme shortness or tallness
7. Absence of menses
8. Need for feminizing or virilizing hormones
9. Need for nonsurgical genital treatment (e. g., vaginal dilators)
10. Infertility
11. Need for technical aids when having sexual contact
12. Sex reassignment

Neben körperlich belastenden Folge- und Nebenerscheinungen der Intersexualität und der medizinischen Behandlungen wird eine erhöhte Prävalenz für psychische Störungen und emotionalen Belastungen unter den Betroffenen berichtet (z. B. Slijper et al. [12] zur erhöhten Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern mit Intersexualität; Migeon et al. [13] zur Unzufriedenheit Betroffener mit dem ihnen zugewiesenen Geschlecht; Bosinski [14], S. 52 in einer Übersichtsarbeit zu Problemen der psychosexuellen Entwicklung; Slijper et al. [15] zu emotionalen Reaktio-

Tab. 1 Formen von Intersexualität der in die Studie einbezogenen Personen

Form von IS (Genotyp)	Phänotyp bei Geburt	innere Genitale	Phänotyp während Kindheit	Pubertätsentwicklung	Therapie
<i>Adrenogenitales Syndrom (AGS)</i> (46,XX)	meist weibl. mit Virilisierungsercheinungen: Klitorishypertrophie, Verengung der Vagina, Mikropenis. Oft Salzverlust	weiblich (Ovarien, Uterus, Tuben etc.)	weitere Virilisierung möglich. Beschleunigtes Längenwachstum. Knochenalterakzeleration	vorzeitige Schambehaarung, männliche Körperbehaarung, Akne, verminderte Brustentwicklung, Menstruationsstörungen, Infertilität, vorzeitiger Epiphysenschluss	lebenslange Therapie mit Kortison. Ggf. zusätzlich weitere Hormontherapie. Operative Maßnahmen zur Angleichung des äußeren Genitale an Zuweisungsgeschlecht (umstritten)
<i>vollständige Androgenresistenz (cAIS)</i> (46,XY)	unauffällig weibliches Genitale	Wolffsche Gänge bilden sich nicht aus. Vollständige Regression der Müllerschen Gänge. Gonaden vorhanden. Vagina blind endend	meist unauffällig, weibliche Entwicklung	keine Menstruation. Fehlende Achsel- und Schambehaarung. Entwicklung der weiblichen sekundären Geschlechtsmerkmale unbeeinträchtigt	keine hormonelle Pubertätsinduktion nötig. Gonadektomie (umstritten; Gefahr der malignen Entartung unterschiedlich bewertet) und Substitution mit Östrogenen und Gestagenen
<i>partielle Androgenresistenz (pAIS)</i> (46,XY)	meist uneindeutiges o. auffälliges Genitale: Mikropenis, Hypospadie bzw. Klitorishypertrophie, Vaginalagenesien, Verlagerung der Urethralöffnung	partielle Stimulation der Wolffschen Gänge. vollständige Regression der Müllerschen Gänge	abhängig vom Phänotyp bei Geburt und Behandlungsmaßnahmen	mäßige Ausprägung männlicher sekundärer Geschlechtsmerkmale. Ausbleiben der Menstruation. Fehlende/schwache Schambehaarung. Oftmals Gynäkomastie	<i>weibl. Zuweisungsgeschlecht:</i> Gonadektomie (umstritten; Gefahr der malignen Entartung) u. lebenslang Substitution mit Östrogenen und Gestagenen. <i>männl. Zuweisungsgeschlecht:</i> Therapie mit Androgenen. Allgemein: Operative Maßnahmen zur Angleichung des äußeren Genitale an Zuweisungsgeschlecht
<i>Störungen der Androgenbiosynthese:</i> z. B. 5 α -RDM-2 u. 17 β -HSD (46,XY)	meist unauffällig weiblich, gelegentlich leichte Vermännlichung des äußeren Genitales (z. B. Klitorishypertrophie)	Differenzierung der Wolffschen Gänge u. Regredierung der Müllerschen Gänge ungestört. Vagina blind endend, keine Tuben u. Uterus. Testes, Nebenhoden, Samenleiter, Samenblasen vollständig entwickelt	wie bei Geburt	Virilisierungsercheinungen: Ausbleiben von Menstruation und Gynäkomastie, Klitorishypertrophie, männliche Körperbehaarung, Stimmbruch. Fehlende Prostata u. fehlende/beeinträchtigte Spermatogenese	<i>männl. Zuweisungsgeschlecht:</i> Frühzeitige Therapie mit Androgenen. <i>Weibl. Zuweisungsgeschlecht:</i> Gonadektomie (Gefahr der malignen Entartung) u. lebenslang Substitution mit Östrogenen und Gestagenen. <i>Allgemein:</i> Operative Maßnahmen zur Angleichung des äußeren Genitale an Zuweisungsgeschlecht
<i>Gonadendysgenesien (GD)</i> (46,XY oder 45,X/46,XY o. Ä.)	<i>gemischte GD:</i> weiblich, ambivalent o. männlich. <i>reine GD:</i> unauffällig weiblich	<i>gemischte GD:</i> Wolffsche u. Müllersche Gänge unterschiedlich stark differenziert bzw. regrediert. Differenzierungsstörung: Testes auf beiden Seiten o. seitendifferent. Häufig weibliche innere Genitale. <i>reine GD:</i> Inneres weibliches Genitale (Tuben, Uterus etc.). Gonaden als funktionslose rudimentäre Streaks	<i>gemischte GD:</i> weiblich, ambivalent o. männlich. <i>reine GD:</i> unauffällig weiblich	<i>gemischte GD:</i> weibliche Pubertätsentwicklung bleibt aus oder Virilisierung. <i>reine GD:</i> Ausbleiben der weiblichen Pubertätsentwicklung. Bei 46,XY häufig Klitorishypertrophie	<i>gemischte GD:</i> Bei weibl. Entwicklung: Gonadektomie (Gefahr der malignen Entartung) u. lebenslang Substitution mit Östrogenen und Gestagenen. Bei männl. Entwicklung ggf. Gonadektomie u. Substitution mit Androgenen. <i>reine GD:</i> Entfernung der Streaks u. lebenslang Substitution mit Östrogenen und Gestagenen. <i>Allgemein:</i> Operative Maßnahmen zur Angleichung des äußeren Genitale an Zuweisungsgeschlecht

nen von Erwachsenen mit Intersexualität auf die Mitteilung der Diagnose; Reinecke et al. [16] zu Einschränkungen der gesundheitlichen Lebensqualität und zur Bedeutung einer nicht den Erwartungen entsprechenden Entwicklung während der Pubertät).

In der Literatur wird immer wieder betont, dass auch die Eltern von Kindern mit Intersexualität besonderer Unterstützung bedürfen. Cohen-Kettenis u. Pfäfflin ([8], S. 85–86) fassen die Belastungen für die Eltern wie folgt zusammen: Die Eltern sind nach Entdecken der Diskrepanzen zwischen den Geschlechtsmerkmalen ihres Kindes oft tief geschockt. Emotionen wie Trauer, Scham, Angst und Schuld werden berichtet (dazu auch [15]). Sie sind in großer Sorge über die zukünftige Entwicklung ihres Kindes. Sie haben in der Regel ein starkes Bedürfnis, sich mitzuteilen, sich auszutauschen und sich zu informieren. Häufig fällt

es ihnen jedoch schwer, sich mit diesem Thema an Freunde und Bekannte zu wenden.

Reinecke et al. [16] befragen in Interviews drei Elternpaare von Säuglingen (3–7 Monate) und drei Mütter von Kindern mit Intersexsyndrom, und vergleichen diese mit den Schilderungen von drei erwachsenen Frauen (zwischen 30–60 Jahre) mit AIS zum Umgang ihrer Eltern mit dem Thema Intersexualität. Die heute befragten Eltern unterscheiden sich hinsichtlich ihres Umgangs mit Intersexualität von den Eltern in den Schilderungen der erwachsenen Frauen. Sie nehmen eine kritischere und aktivere Rolle gegenüber den ihr Kind betreffenden Entscheidungen ein. Sie sind offener für ihre emotionalen Reaktionen und zeigen aktivere Bewältigungsstrategien, die adaptiver, problemorientierter und strukturierender sind. Die eher palliativen Bewälti-

gungsstrategien der Eltern aus den Schilderungen der erwachsenen Frauen mit AIS sind eher vermeidend, verleugnend und gründen sich auf Wunschdenken oder (Selbst-)vorwürfen. Aus Sicht der Betroffenen ist der bedeutsamste Faktor in der Bewältigung der mit der Intersexualität verbundenen Belastungen die Traumatisierung durch Geheimhaltung und die damit erlebte soziale Ausgrenzung. Die psychosozialen Umweltbedingungen scheinen einen größeren Anteil an der Beeinträchtigung der Lebensqualität zu haben als die Intersexualität selbst. Die betroffenen Frauen schildern Erfahrungen, die deutlich zeigen, welche belastenden Folgen aus dem Vorenthalten von Informationen und aus dem unsensiblen Umgang mit ihrer Intimität durch Eltern und auch Mediziner resultieren. Das Ausmaß, in dem es den Eltern gelingt, sich an die besondere Situation ihrer Kinder anzupassen, offen mit den damit verbundenen eigenen Gefühlen umzugehen und adaptive, aktive Bewältigungsstrategien zu entwickeln, wird offenbar schon früh von den betroffenen Kindern wahrgenommen und beeinflusst die Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung, die wiederum bedeutsamste Basis für die Entwicklung der heranwachsenden Kinder ist. Eine Unterstützung der Eltern im Umgang mit ihren Kindern und ihrer Intersexualität stellt aus Sicht der von Reinecker et al. befragten Frauen mit AIS die beste Form einer nachhaltigen Unterstützung der betroffenen Familien dar.

In der medizinischen Literatur zu Diagnostik und Umgang mit Intersexualität wird der Zusammenhang von Bewältigung der Situation durch die Eltern und der Situation der betroffenen Kinder selbst immer wieder betont [17–21]. In Empfehlungen zur Behandlung von Kindern mit Intersexualität wird dieser Faktor berücksichtigt, indem konkrete Vorschläge gemacht werden, die Eltern umfassend über die Intersexualität ihres Kindes aufzuklären und zu informieren, sie in die Entscheidung über die Diagnostik und Behandlung ihres Kindes aktiv mit einzubeziehen und die Eltern auch emotional z. B. durch psychologische Beratung zu unterstützen ([1,8], S. 85f. u. 88ff.; [14,21–27]).

Als eine bedeutsame Perspektive zur Beschreibung und Erklärung von Erleben und Verhalten von Menschen in für ihn wichtigen Beziehungen gilt heute die vom britischen Arzt und Psychoanalytiker John Bowlby begründete und bis heute von mehreren Forschungsgruppen weiterentwickelte Bindungstheorie (zu den wichtigsten Aussagen der Bindungstheorie: siehe [28,29]). Die Bindungstheorie versucht affektive Bindungen, die Menschen charakteristischerweise untereinander eingehen, zu erklären, wobei Nähe suchendes und aufrechterhaltendes Verhalten (= Bindungsverhalten) im Zentrum steht. Dabei wird davon ausgegangen, dass frühkindliche Erfahrungen in Beziehungen zu primären Bezugspersonen einen prägenden Einfluss haben und in internen Arbeitsmodellen organisiert werden, die in Bindungsbeziehungen aktiviert werden und das Verhalten des Individuums beeinflussen. Je nachdem, in welchem Ausmaß die primären Bindungspersonen zum einen verfügbar sind und antworten, wenn und wann dies gewünscht wird (mit anderen Worten: fürsorglich sind), und zum anderen umsichtig eingreifen, wenn sich das Kind in Schwierigkeiten bringt (mit anderen Worten: das notwendige Maß an Kontrolle und Unterstützung gewährleisten), können sich mehr oder weniger sichere Bindungen entwickeln. Mary Ainsworth identifizierte bei Kindern drei übergreifende Bindungsmuster (oder Bindungsstile): ein *sicheres*

und zwei *unsichere* Bindungsmuster (*unsicher vermeidend* und *unsicher ambivalent*), die jeweils mit typischen Interaktionsmustern zwischen Kind und früher Bindungsperson im Zusammenhang stehen [30]. Bis heute wurden durch die Bindungsforschung eine Reihe von Erhebungsinstrumenten entwickelt, mit denen Bindungsmuster und Bindungsverhalten bei Jugendlichen und Erwachsenen auf der Basis von Interview- oder Fragebogendaten identifiziert bzw. quantifiziert werden sollen (zu Interviewverfahren zusammenfassend: [31]; zu Fragebogenverfahren: [32]).

Die Ergebnisse der auf Fragebogen basierenden Bindungsforschung verweisen auf zwei Dimensionen, nach denen sich Erwachsene in der Selbstbeurteilung ihres Erlebens und Verhaltens in aktuellen Bindungsbeziehungen unterscheiden (vgl. Ergebnisse von Brennan et al. [33]): *Angst* (z. B. die Partnerin/den Partner oder die eigene Autonomie zu verlieren) und *Vermeidung* (z. B. von Nähe und Abhängigkeit). Die Ergebnisse von Fragebogenstudien, die retrospektiv per Selbstauskunft die Charakteristiken der Beziehung zu primären Bindungspersonen (Eltern) (also eigentlich Bedingungen für den Erwerb von Bindungsmustern) erfassen, führen zu der Annahme, dass Menschen sich hinsichtlich dieser Erfahrungen anhand der folgenden Dimensionen voneinander unterscheiden lassen [34]: *care* (dt. *Fürsorge* = das Ausmaß, in dem die Bindungsperson emotional zugewandt, fürsorglich, annehmend erinnert wird) und *overprotection* (dt. *Kontrolle* = das Ausmaß, in dem die Bindungsperson Autonomie fördernd oder Autonomie verhindernd erinnert wird). Parker et al. schließen über diese beiden Dimensionen auf vier Typen, denen das erinnerte elterliche Bindungsverhalten jeweils zugeordnet werden kann: *optimal bonding* (viel *care* und wenig *overprotection*); *affectionate constraint* (viel *care* bei gleichzeitig hoher *overprotection*); *affectionless control* (wenig *care* bei viel *overprotection*); *absent or weak bonding* (wenig *care* bei geringer *overprotection*).

Es gibt eine Reihe von Studien, die mit Fragebogen retrospektiv die elterliche Bindung erfassen und mit psychischen Problemen in Beziehung setzen. Häufig eingesetztes Instrument ist dabei das *Parental Bonding Inventar (PBI)* von Parker et al. [34]. Es sind vor allem die Skalen der erinnerten Elternbindung, die die emotionale Qualität der Beziehung zu den Eltern erfassen, die also der Dimension *care* zuzuordnen sind, die mit dem Auftreten und der Ausprägung psychischer Störungen im Zusammenhang stehen (z. B. nach sexuellem Missbrauch [35], für Essstörungen [36,37]).

Häufig werden in der Literatur auch Zusammenhänge zwischen erinnertem elterlichem Erziehungsverhalten, das durch ähnliche Dimensionen charakterisiert wird wie erinnertes Bindungsverhalten der Eltern, und klinisch relevanten psychischen Variablen beschrieben (z. B. [38–41]). Dabei wird auf die enge Beziehung zwischen Bindungsverhalten der Eltern und elterlichem Erziehungsverhalten eingegangen, allerdings auch betont, dass Erziehungsverhalten nur ein Teilaspekt von Bindungsverhalten abbildet und mit diesem nicht gleichgesetzt werden kann.

Für Personen mit Intersexualität liegen bisher keine Studien vor, die sich auf standardisierte Fragebogen stützen, in denen das elterliche Erziehungsverhalten bzw. die elterliche Bindung an ei-

ner größeren Stichprobe untersucht wurde. Die oben zitierte Literatur lässt vermuten, dass die Beziehung zu den Eltern zum einen eine wichtige Ressource sein kann, um die mit der Intersexualität im Zusammenhang stehenden möglichen psychischen Belastungen zu bewältigen, dass zum anderen aber diese Beziehung selbst nach der Diagnosestellung eine Belastungsprobe erfährt.

Fragestellung 1: In dieser Studie sollten Erwachsene mit unterschiedlichen Formen von Intersexualität hinsichtlich ihrer Repräsentanzen der Bindung zu ihren Eltern über das Erfassen des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens untersucht werden. In welchem Ausmaß wurden Mutter und Vater als fürsorglich erinnert? Wie stark wurden Mutter und Vater als jemand erlebt, die Autonomie unterstützen und fördern? In welchem Ausmaß wurden Praktiken der Belohnung und Bestrafung erinnert?

Fragestellung 2: In einer zweiten Fragestellung wurde untersucht, in welchem Ausmaß bei Menschen mit Intersexualität die berichtete Qualität elterlicher Bindung (erfasst über das erinnerte elterliche Erziehungsverhalten) mit dem Ausmaß zusammenhängt, in dem die Betroffenen über die Belastung durch psychische Symptome berichten. Dabei soll folgende Hypothese geprüft werden:

Hypothese: Menschen mit Intersexualität, die im klinisch bedeutsamen Ausmaß an psychischen Symptomen leiden, berichten im Mittel über eine schlechtere Qualität elterlicher Bindung (erfasst über das erinnerte Erziehungsverhalten der Eltern) als Menschen mit Intersexualität ohne klinisch relevante psychische Symptombelastung.

Methoden

Im Rahmen einer Studie zu Lebensqualität und Behandlungserfahrungen von Menschen mit Intersexualität wurden in einer Stichprobe von Personen mit verschiedenen Formen von Intersexualität mittels standardisierter Fragebogen das erinnerte Erziehungsverhalten der Eltern und die aktuelle Symptombelastung erhoben.

Stichprobe

Die Gewinnung der Probanden für die Studie erfolgte zum einen in Kooperation mit medizinischen Einrichtungen und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, die Personen mit Intersexualität behandeln. Zum anderen wurden durch das Bekanntmachen der Studie in der Öffentlichkeit über Medien, Internet und die Kooperation mit Selbsthilfegruppen Menschen mit Intersexualität auf die Studie aufmerksam.

Für den Vergleich des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens der Menschen mit Intersexualität wurden die Daten einer Stichprobe von Frauen ($n=451$); überwiegend Studierende; Durchschnittsalter 24,3 J.) aus der Untersuchung von Richter-Appelt u. Tiefensee [42,43] zum Einfluss der Eltern-Kind-Beziehung auf die Entwicklung von Störungen nach sexuellem Missbrauch und/oder körperlicher Misshandlung herangezogen. Die Daten aus dieser Studie ermöglichten den Vergleich der Stichprobe Intersexualität mit Frauen ohne sexuellen Missbrauch

oder körperlicher Misshandlung in der Vorgeschichte ($n=209$), Frauen mit sexuellem Missbrauch ohne körperliche Misshandlung ($n=71$), Frauen mit körperlicher Misshandlung ohne sexuellen Missbrauch ($n=98$) und Frauen mit sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung ($n=73$) in ihrer Vorgeschichte (Daten und Vergleichswerte zu den Stichproben [44]). Ein Vergleich mit diesen Stichproben erschien u.E. deshalb sinnvoll, da viele Personen mit Intersexualität berichten, im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen gegen ihren Willen im Genitalbereich berührt bzw. von fremden Personen untersucht und betrachtet worden zu sein.

Erhebungsinstrumente

Psychische Symptombelastung: Eingesetzt wurde das *Brief Symptom Inventory – deutsche Version (BSI)* [45]. Dieses Instrument ist die deutsche Fassung des *Brief Symptom Inventory* [46], eine Kurzfassung der in der klinischen Arbeit und klinischen Forschung häufig eingesetzten Symptom-Checkliste (SCL-90) [47]. Der Fragebogen umfasst 53 Items, mit denen nach psychischen Beschwerden gefragt wird, die aktuell (Zeitraum: die letzte Woche vor dem Untersuchungszeitpunkt) aufgetreten sind. Die Probanden schätzen auf einer vierstufigen Skala (Antwortmodi: überhaupt nicht – sehr stark) ein, wie häufig das beschriebene Symptom auftrat. 49 Items sind neun verschiedenen Skalen zugeordnet: 1. *Somatisierung*, 2. *Zwanghaftigkeit*, 3. *Unsicherheit im Sozialkontakt*, 4. *Depressivität*, 5. *Ängstlichkeit*, 6. *Aggressivität/Feindseligkeit*, 7. *Phobische Angst*, 8. *Paranoides Denken*, 9. *Psychotizismus*. Zusätzlich werden drei globale Werte berechnet: I. *GSI – Grundsätzliche psychische Belastung*, II. *PSDI – Intensität der Antworten*, III. *PST – Anzahl der Symptome*, bei denen eine Belastung vorliegt. Die Gütekriterien wurden an verschiedenen Stichproben geprüft. Die internen Konsistenzen der Skalen werden mit Werten zwischen 0,39 und 0,72 angegeben (Normalpopulation), die Retestreliabilitäten liegen deutlich höher (0,73 – 0,93). Für die Validität der Items wird die Augenscheinvalidität als gegeben angenommen. Korrelative Untersuchungen und Faktorenanalysen bestätigen die Konstruktvalidität des Fragebogens. Wichtig für diese Studie war die Definition, wann ein Proband als psychisch auffällig belastet gilt. Wir folgten dabei dem Vorschlag von Derogatis et al. [46], der von Franke ([45], S. 20) für die deutschsprachige Version des *BSI* übernommen wurde: Ein Proband gilt demnach als psychisch auffällig, wenn sein (in einen *T*-Wert transformierter) *BSI-Gesamtwert (GSI)* ≥ 63 beträgt oder wenn in zwei der Symptomskalen der Wert 63 (*T*-Werte) erreicht oder überschritten wird.

Aspekte elterlicher Bindung: Eingesetzt wurde der *Fragebogen zu Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken (FEPS)* [35]. Beim *FEPS* handelt es sich um eine deutschsprachige Version des *Parental Bonding Instrument (PBI)* [34], das um zwei Skalen zum elterlichen Belohnungs- und Bestrafungsverhalten ergänzt wurde. Der Fragebogen besteht aus insgesamt 59 Items, die auf einer vierstufigen Zustimmungsskala (Antwortmodi: stimmt genau – nein, überhaupt nicht) beantwortet werden. Die Items bilden insgesamt vier Skalen: Die bereits von Parker et al. [34] konstruierten Skalen für die Dimensionen elterlicher Bindung: *Fürsorge (care)* und *Kontrolle (overprotection)*; und die beiden Skalen zu konkreten Erziehungspraktiken: die *Skala zum Belohnungsverhalten* und die *Skala zum Bestrafungsverhalten*. Die Items werden jeweils getrennt für die erinnerte Beziehung zur

Mutter und die Beziehung zum Vater beantwortet. Dabei sind alle Skalen einheitlich positiv gepolt, d.h. ein hoher Wert ist gleichzusetzen mit einem positiven entwicklungsfördernden Erziehungsstil (ein hohes Ausmaß an Fürsorge und Autonomieförderung; wenig materielle Belohnungen und wenig Bestrafungen). Die Skalenbildung erfolgte in getrennten Faktorenanalysen der Antworten für Mutter und Vater. Für die Reliabilität liegen Werte für die internen Konsistenzen der Skalen vor: zwischen 0,67 und 0,94. Varianzanalysen ergaben signifikante Unterschiede zwischen Gruppen von Frauen, die über sexuellen Missbrauch in der Kindheit berichten (drei Gruppen), und Frauen ohne Missbrauch.

Auswertung

Die Befragten wurden hinsichtlich ihrer Ausprägung in den Dimensionen elterlichen Erziehungsverhaltens und in den verschiedenen Symptombereichen mit den Werten mehrerer Gruppen von Frauen mittels Einfaktorieller Varianzanalyse (ANOVA) verglichen. Post hoc Einzelvergleiche erfolgten mittels Scheffé-Statistik ($p < 0,05$). Bei Heterogenität der Varianzen zwischen den Gruppen wurde mittels nonparametrischer Verfahren (Kruskal-Wallis-Test) überprüft, inwieweit die Ergebnisse interpretierbar sind.

Entsprechend ihrer Ausprägung in den Symptomskalen (BSI) wurden die Probanden jeweils zwei Gruppen zugeordnet: Probanden mit klinisch relevanter Symptombelastung (psychisch auffällig) und Probanden ohne klinisch relevante Symptombelastung (psychisch unauffällig). Anschließend wurden diese Gruppen hinsichtlich ihrer durchschnittlichen Ausprägung in den Skalen zum erinnerten Erziehungsverhalten verglichen. Weitere Mittelwertvergleiche wurden mittels t -Test für unabhängige Stichproben vorgenommen ($p < 0,05$).

Für die Mittelwertvergleiche wurden Effektstärken (d) wie folgt berechnet: Differenz der Mittelwerte der verglichenen Gruppen im Verhältnis zur Standardabweichung der Gesamtgruppe. Bei der Berechnung der Effektstärken folgten wir der Empfehlung von Bortz u. Döring ([48], S. 604–606).

Mit den Variablen des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens, die bivariat mit der Symptombelastung der Probanden im Zusammenhang stehen, wurde in einer multivariaten Analyse (logistische Regression) überprüft, inwieweit sich auf ihrer Grundlage Vorhersagen über eine klinisch relevante Symptombelastung machen lassen.

Ergebnisse

Stichprobenbeschreibung

Der hier vorgestellte Stand der Auswertung bezieht sich insgesamt auf $n = 37$, die sich wie folgt auf die einzelnen Formen von Intersexualität verteilen:

- Personen mit Störungen der Androgenbiosynthese: $n = 5$ (3 Personen mit 5α RDM-2; 2 Personen mit 17β -HSD);
- Personen mit Androgenresistenz (AIS): $n = 11$ (6 Personen mit partieller Androgenresistenz [pAIS], davon 3 Personen in weiblicher und 3 Personen in männlicher Geschlechtsrolle lebend; 5 Personen mit vollständiger Androgenresistenz [cAIS])

Tab. 2 Mittelwert, Standardabweichungen, Range und Interquartiltbereich der Stichprobe Menschen mit Intersexualität ($N = 37$) in den Skalen des *Brief Symptom Inventory* (T-Werte)^a

BSI-Skala	M_T	SD_T	Range	Interquartilbereich
Somatisierung	51,22	9,58	40–75	40–57
Zwanghaftigkeit	54,41	11,54	35–75	48–63
Unsicherheit im Sozialkontakt	59,24	13,52	40–80	48–72
Depressivität	58,05	12,55	41–76	45,5–71,5
Ängstlichkeit	54,54	10,68	38–78	48–63
Aggressivität/Feindseligkeit	56,57	9,6	38–78	48–63
phobische Angst	54,32	8,49	45–74	45–61
Paranoides Denken	57,81	11,06	41–80	54–66,5
Psychotizismus	57,11	10,87	44–80	44–63
Gesamtscore (GSI)	57,92	12,98	24–80	51–69
Anzahl belastender Symptome (PST)	55,57	12,44	20–80	49–64,5
Intensität der Antworten (PSDI)	60,61	8,28	41–75	54,25–67

^aDie T-Werte der Probanden wurden anhand der Normwerte nach [45] (S. 93–103) für Erwachsene (Gesamtstichprobe) bestimmt

- Personen mit Gonadendysgenesien (GD): $n = 10$
- Personen mit Adrenogenitalem Syndrom (AGS): $n = 11$ (alle in weiblicher Geschlechtsrolle lebend; davon 8 Personen mit AGS mit Salzverlust).

Das durchschnittliche Alter der Probanden betrug 30,2 Jahre ($SD = 10,3$; Range: 16–60). Sechs Probanden (16,2%) hatten einen Haupt- oder Volksschulabschluss, zehn Probanden (27%) einen Realschulabschluss und 19 (51,4%) Abitur (fehlende Angaben: zwei). Zwei Probanden (5,4%) hatten keine Berufsausbildung, fünf (13,5%) waren noch in Ausbildung, acht (21,6%) hatten eine Berufs- bzw. Handelsschule abgeschlossen, zwei (5,4%) eine Fachschule, zwölf (32,4%) ein Studium an einer Fachhochschule, Hochschule oder Universität (fehlende Angaben: acht). Acht Personen der Stichprobe (21,6%) waren zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht erwerbstätig, sechs (16,2%) arbeiteten in Teilzeit und 15 (40,5%) in Vollzeit (fehlende Angaben: acht).

Symptombelastung

Tab. 2 gibt eine Übersicht über die Parameter der Verteilungen der Skalen des *Brief Symptom Inventory* (BSI) der Stichprobe von Personen mit Intersexualität. Um den Vergleich mit der Normstichprobe (Erwachsene; [45]) zu ermöglichen, wurden die Rohwerte der Probanden anhand der vorgegebenen Normwerte zunächst in T-Werte transformiert ($M = 50$; $SD = 10$). Außer in der Skala *Somatisierung* liegen in allen Skalen des BSI erhöhte Durchschnittswerte vor. Am höchsten sind die Werte in den Skalen *Unsicherheit im Sozialkontakt* und *Depressivität* (fast eine Standardabweichung über dem Mittelwert der Normstichprobe). Gleiches gilt für die globalen Kennwerte des BSI: *Gesamtwert* (58), *Anzahl der belastenden Symptome* (56) und (deutlich erhöht) *Intensität der Antworten* (61). Das Alter der untersuchten Personen hat keinen signifikanten Einfluss auf das Ausmaß der berichteten Symptombelastung.

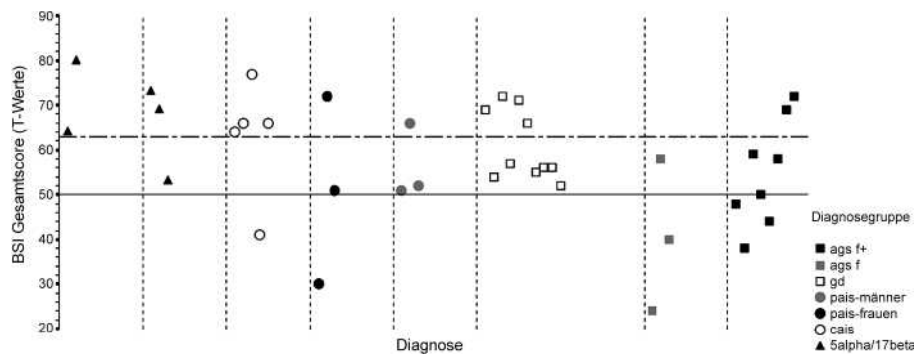


Abb. 1 Einzelwerte der nach der diagnostizierten Form der Intersexualität gruppierten Probanden (n = 37) in der BSI-Gesamtskala (T-Werte).

Tab. 3 Klinisch relevante Symptombelastung in der Stichprobe von Personen mit Intersexualität

Diagnosegruppe ^b	n	psychisch auffällig ^a n (%)
AGS +	8	5 (62,5%)
AGS	3	1 (33,3%)
GD	10	4 (40%)
pAIS (m)	3	2 (66,7%)
pAIS (f)	3	2 (66,7%)
cAIS	5	4 (80%)
5αRDM-2	3	2 (66,7%)
17β-HSD	2	2 (100%)
gesamt	37	23 (62,2%)

^aNach den Kriterien des BSI [45]; ^bAGS = Adrenogenitales Syndrom (+ = mit Salzverlust); GD = Gonadendysgenesien; pAIS = partielle Androgenresistenz; (m – in männlicher/f – in weiblicher Geschlechtsrolle lebend); cAIS = vollständige Androgenresistenz; 5αRDM-2 = 5αReduktasemangel; 17β-HSD = 17βHydroxysteroidhydrogenasemangel.

Aufgrund der kleinen Stichprobe wird bei der Beschreibung der Stichprobe hinsichtlich ihrer Belastung durch psychische Symptome auf Vergleiche zwischen den einzelnen Diagnosegruppen verzichtet und an deren Stelle mit der Abb. 1 ein Überblick über die BSI-Gesamtwerte (T-Werte) der einzelnen, nach Diagnosegruppen angeordneten Probanden der Stichprobe gegeben. Der in der Abbildung gekennzeichnete T-Wert von 63 gilt als Grenzwert, ab dessen Erreichen eine Auffälligkeit im entsprechenden Symptombereich als wahrscheinlich angenommen werden kann.

Entsprechend der Kriterien von Franke [45] wurden die Probanden der Stichprobe zwei Gruppen zugeordnet: 1. psychisch nicht auffällig; 2. psychisch auffällig.

23 Personen unserer Stichprobe (62,2%) wurden demnach der Gruppe *psychisch auffällig* zugeordnet; 14 Personen (38,8%) galten als *psychisch unauffällig*. Tab. 3 zeigt die Verteilung der Gruppenzugehörigkeit über die Diagnosegruppen.

Elterliches Erziehungsverhalten und der Zusammenhang mit psychischer Belastung

Tab. 4 zeigt Mittelwerte und Standardabweichungen der Stichprobe der Personen mit Intersexualität und der Frauen aus der Vergleichsstichprobe, die je nach Vorgeschichte gruppiert wurden. Bezogen auf die unbelastete Kontrollstichprobe zeigten sich bei den Probanden mit Intersexualität im Mittel deutliche

Abweichungen in den *Fürsorge-* und *Bestrafungsskalen* (Mutter und Vater) (weniger Fürsorge und ein höheres Ausmaß an Bestrafung).

Auch hier wurde in der Stichprobe von Personen mit Intersexualität der Einfluss des Alters auf die FEPS-Skalenwerte geprüft: Der Einfluss ist nicht signifikant.

Die Dimensionen des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens, die die emotionalen Komponenten der Wahrnehmung der Eltern repräsentieren, *Fürsorge* und *Bestrafung* (Mutter und Vater), sind auch die Dimensionen, in denen sich die Gruppe der als *psychisch auffällig* eingestuften Probanden mit Intersexualität von den Probanden ohne psychische Auffälligkeit deutlich unterschieden (vgl. Tab. 5). Die Effektstärken der Mittelwertsunterschiede liegen hier im oberen und mittleren Bereich.

Abb. 2 u. 3 veranschaulichen die in Tab. 5 dargestellten Mittelwertsunterschiede durch Positionierung der einzelnen Probanden der beiden Gruppen in dem von Parker et al. [34] beschriebenen Raum elterlicher Bindung (s. o.).

Sichtbar werden hier zwei Besonderheiten: 1. Die Probanden der psychisch auffälligen Gruppe variieren stärker in ihren Einschätzungen der Bindung zu ihren Eltern als die der psychisch unauffälligen Gruppe (das gilt insbesondere für die Dimension *Fürsorge*). 2. Insbesondere in der *Fürsorgedimension* liegen alle Probanden aus der psychisch unauffälligen Gruppe verglichen mit der Normstichprobe im normalen und positiven Bereich. Demgegenüber liegt ein Großteil der Probanden aus der psychisch auffälligen Gruppe im weit unterdurchschnittlichen Bereich elterlicher *Fürsorge*.

Die Gruppe der psychisch unauffälligen Probanden unterscheidet sich hinsichtlich ihrer Durchschnittswerte in den Skalen des FEPS nicht von der Gruppe unbelasteter Frauen aus der Untersuchung von Richter-Appelt u. Tiefensee [42–44]. Dagegen sind die FEPS-Mittelwertsunterschiede zwischen der Gruppe der unbelasteten Frauen und der Menschen mit Intersexualität, die der psychisch auffälligen Gruppe zugeteilt wurden, bis auf zwei Skalen (*Autonomie* Mutter und *geringe materielle Belohnung* Vater) signifikant.

Mittels logistischer Regression wurde die Vorhersagbarkeit der psychischen Auffälligkeit mittels der FEPS-Skalen, die bivariat im Zusammenhang mit dem Vorliegen psychischer Auffälligkeit im Zusammenhang stehen, überprüft: Die vier Dimensionen *Für-*

Tab. 4 Mittelwert und Standardabweichungen in der Gesamtstichprobe in den Skalen des FEPS im Vergleich zu den Werten von Frauen mit und ohne sexuellen Missbrauch/körperliche Misshandlung

FEPS-Skalen	Intersex M (SD)	Vergleichsgruppen				ANOVA		
		KG ^a M (SD)	sMb ^a M (SD)	kMh ^a M (SD)	sMb + kMh ^a M (SD)	F (df) ^b	p	d ^c
Mutter								
Fürsorge	50,43 (14,85)	58,76* (10,03)	57,03 (10,96)	51,58 (14,21)	43,00 (15,91)	22,321 (4/431)	0,000	0,61
Autonomie	30,65 (7,55)	31,37 (6,14)	28,81 (7,61)	27,66 (7,14)	24,25* (9,42)	13,509 (4/455)	0,000	0,10
geringe Bestrafung	31,46 (8,02)	36,26* (3,85)	35,44* (4,29)	31,74 (6,23)	27,08* (8,83)	37,520 (4/456)	0,000	0,73
geringe materielle Belohnung	9,19 (4,00)	11,02* (3,05)	10,80 (3,06)	11,46* (3,33)	12,19* (2,95)	5,823 (4/449)	0,000	0,56
Vater								
Fürsorge	45,80 (15,28)	54,10* (12,66)	51,03 (13,19)	45,99 (14,63)	36,65 (15,50)	18,995 (4/402)	0,000	0,62
Autonomie	30,94 (6,76)	32,91 (5,44)	30,61 (7,42)	28,84 (6,88)	25,23* (8,10)	17,164 (4/425)	0,000	0,28
geringe Bestrafung	32,08 (6,19)	36,87* (3,71)	35,52* (4,44)	31,56 (6,17)	29,16 (8,11)	33,787 (4/438)	0,000	0,79
geringe materielle Belohnung	10,08 (3,35)	11,34 (3,16)	11,45 (3,19)	11,72 (3,42)	12,63* (3,63)	3,690 (4/434)	0,006	0,38

^a Vergleichsgruppen aus der Untersuchung von Richter-Appelt u. Tiefensee [42–44] KG = Frauen ohne sexuellen Missbrauch/körperliche Misshandlung in der Vorgeschichte; sMb = Frauen mit sexuellem Missbrauch (keine körperliche Misshandlung) in der Vorgeschichte; kMh = Frauen mit körperlicher Misshandlung (kein sexueller Missbrauch) in der Vorgeschichte; sMb + kMh = Frauen mit sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung in der Vorgeschichte; ^b Einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA); ^c Effektstärke (d) für die Mittelwertsunterschiede zwischen Intersex und KG; * Von den mit * gekennzeichneten Gruppen der Vergleichs-stichprobe unterscheidet sich die Stichprobe Intersex signifikant hinsichtlich des jeweiligen Skalenmittelwertes (Post-hoc-Test: Scheffé; $p < 0,05$)

Tab. 5 Mittelwert und Standardabweichungen in den nach psychischer Auffälligkeit^b gruppierten Probanden ($n = 37$) in den Skalen des FEPS

FEPS-Skalen	psychisch unauffällig ($n = 14$)		psychisch auffällig ($n = 23$)		t (df) ^a	p	d
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)			
Mutter							
Fürsorge	58,50 (8,87)	45,52 (15,73)	2,817 (35)	0,008	0,87		
Autonomie	32,07 (6,30)	29,78 (8,24)	0,891 (35)	n.s.	0,30		
geringe Bestrafung	35,36 (5,00)	29,09 (8,65)	2,465 (35)	0,019	0,78		
geringe materielle Belohnung	9,57 (3,59)	8,96 (4,29)	0,449 (35)	n.s.	0,15		
Vater							
Fürsorge	55,21 (9,65)	39,52 (15,27)	3,409 (33)	0,002	1,03		
Autonomie	32,14 (6,95)	30,14 (6,68)	0,854 (33)	n.s.	0,30		
geringe Bestrafung	34,57 (4,72)	30,50 (6,59)	2,004 (34)	0,053	0,66		
geringe materielle Belohnung	10,07 (2,62)	10,09 (3,80)	-0,017 (34)	n.s.	0,01		

^a T-Test für unabhängige Stichproben; ^b nach BSI-Kriterium [45]

sorge und geringe Bestrafung, jeweils separat für Mutter und Vater, erklärten zusammen 41,1% (korrigiertes R^2) der Gesamtvarianz der abhängigen Variable (psychische Auffälligkeit nein/ja), $\chi^2(4) = 12,67$; $p = 0,013$. Insgesamt konnten 71,4% der Probanden anhand ihrer Werte in den vier Dimensionen korrekt klassifiziert werden. Keine der vier Variablen leistet allein einen signifikanten prädiktiven Beitrag im multivariaten Gesamtmodell.

Diskussion

Ziel dieser Studie war es, erstmals Informationen über Aspekte elterlicher Bindung, die sich im erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten widerspiegeln, bei Menschen mit Intersexualität zu erfassen, und zu prüfen, inwieweit diese Aspekte mit dem

Auftreten einer klinisch relevanten Belastung durch psychische Symptome im Zusammenhang stehen.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Menschen mit Intersexualität hinsichtlich ihrer Repräsentanzen bestimmter Aspekte elterlicher Bindung Besonderheiten aufweisen, insbesondere in den Dimensionen, die das Ausmaß emotionaler Zuwendung und Fürsorge der Eltern beschreiben. Befragt nach erinnerten Erziehungsverhalten von Mutter und Vater berichten sie im Vergleich zu Frauen aus der Normalpopulation über ein geringeres Ausmaß an elterlicher Fürsorge. Sowohl Vater als auch Mutter werden von Menschen mit Intersexualität im stärkeren Ausmaß als strafend erlebt als von Frauen ohne Intersexualität. Im Vergleich zu Gruppen von Frauen, die über belastende/traumatisierende Erfahrungen in der Kindheit berichten (sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung), sind die Menschen mit Intersexualität hinsichtlich beider Aspekte (Fürsorge und Bestrafung) tendenziell am ehesten mit der Gruppe der körperlich misshandelten Frauen vergleichbar.

Der vermutete Zusammenhang zwischen der erinnerten elterlichen Bindung und der Symptombelastung wird durch die Ergebnisse dieser Studie bestätigt. Personen mit Intersexualität, die eine klinisch relevante psychische Symptombelastung berichten, unterscheiden sich im erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten deutlich von solchen ohne Belastung. Auch hier sind es die emotionalen Aspekte elterlicher Bindung, in denen Unterschiede deutlich werden. Die Personen mit Intersexualität, die als psychisch auffällig eingestuft wurden, erinnern sowohl Mutter als auch Vater in deutlich geringerem Ausmaß als fürsorglich und in höherem Ausmaß als bestrafend als intersexuelle Menschen, die als psychisch unauffällig eingestuft wurden. In der Gruppe der als psychisch auffällig eingestuften finden wir eine deutlich höhere Varianz insbesondere in der Fürsorgedimension elterlicher Bindung. Während ein Teil der Gruppe hinsichtlich ihrer erinnerten elterlichen Bindung mit der Gruppe der psychisch Un-

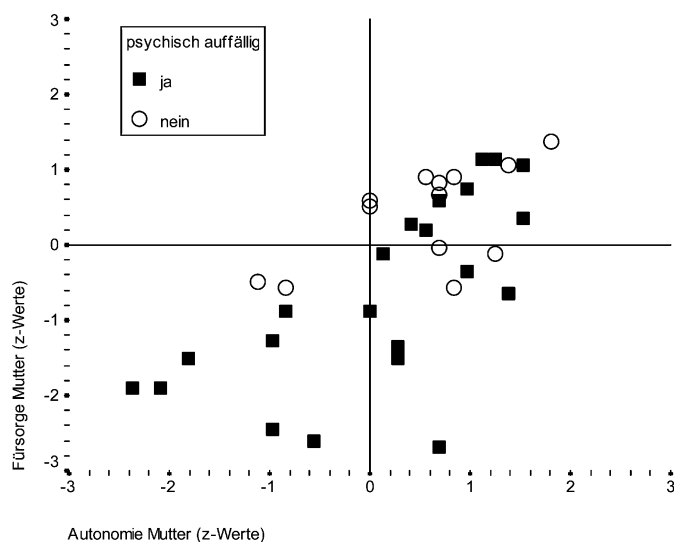


Abb. 2 Die Verteilung der Probanden mit und ohne psychische Auffälligkeit entsprechend ihrer Werte (z-Werte) in den FEPS-Skalen *Fürsorge* und *Autonomie* (Mutter).

auffälligen durchaus vergleichbar ist, finden wir einen weiteren Teil, der sich deutlich von der unauffälligen Gruppe abhebt. Verorten wir die Gruppen in dem von Parker et al. [34] beschriebenen Raum elterlicher Bindung, so finden wir einen Großteil der psychisch auffälligen Gruppe in dem Bereich, der von den Autoren mit *affectionless control* charakterisiert wird (ein geringes Ausmaß an *Fürsorge* bei einem hohen Ausmaß an *Kontrolle*). Die psychisch unauffällige Gruppe finden wir anteilig am häufigsten im Bereich *optimal bonding* (erinnertes Verhalten der Mutter) bzw. in den Bereichen *affectionate constraint* und *optimal bonding* (erinnertes Verhalten des Vaters).

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss beachtet werden, dass es sich bei dieser Studie um eine Querschnittsuntersuchung handelt, bei der zu einem festen Zeitpunkt bei einer Reihe von Personen die aktuell erfasste Symptombelastung und die retrospektiv erfragte Wahrnehmung des Bindungsverhaltens der Eltern miteinander in Beziehung gesetzt werden (zur methodischen Problematik und kritischen Diskussion der Interpretationen solcher Zusammenhänge und der Validität retrospektiver Datenerhebungen zum Elternverhalten siehe z. B. [49–52]). Hinzu kommt, dass mit dem eingesetzten Bindungsfragebogen (FEPS) lediglich ein bestimmter Aspekt der Bindung zu den Eltern erfasst werden konnte: Teile des durch die Befragten erinnerten Bindungsverhaltens der Eltern. Im engeren Sinne wurden also Bedingungen erfasst, die die Ausbildung bestimmter Arbeitsmodelle für Bindung nach Bowlby [29] bzw. Ainsworth et al. [30] begünstigen. Aussagen hinsichtlich des Bindungstyps der Befragten konnten so nicht getroffen werden. (Zur Kritik an der Validität von Bindungsfragebogen [53].) Grundlage der Klassifizierung unserer Probanden als psychisch auffällig/unauffällig war ein Screeninginstrument (BSI), das per Selbstauskunft das Auftreten und die Ausprägung psychischer Symptome erfasst. Eine genaue Prüfung der Auffälligkeit im klinischen Interview war im Rahmen der Studie nicht möglich. Die Kriterien für psychische Auffälligkeit von Derogatis et al. [46] und Franke [45] können infrage gestellt werden. Die Unterschiede zwischen den Probanden der beiden Gruppen sind teilweise nur graduelle.

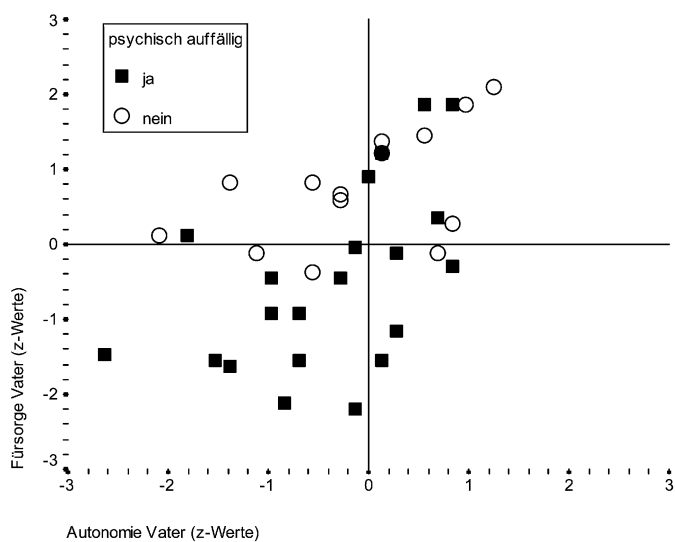


Abb. 3 Die Verteilung der Probanden mit und ohne psychische Auffälligkeit entsprechend ihrer Werte (z-Werte) in den FEPS-Skalen *Fürsorge* und *Autonomie* (Vater).

Aufgrund der geringen Stichprobengröße konnte der Zusammenhang zwischen elterlicher Bindung und psychischer Symptombelastung nicht unter Einbeziehung weiterer Variablen untersucht werden, für die ebenfalls ein Einfluss auf die Symptombelastung vermutet werden kann (Form der Intersexualität; Zeitpunkt der Diagnosestellung und -mitteilung; Art, Zeitpunkt und Verlauf der eingeleiteten Behandlungsmaßnahmen; Traumatisierungen in Behandlungen).

Die Repräsentativität der Stichprobe ist insbesondere durch die geringe Zahl an Teilnehmenden eingeschränkt. Einzelne Formen von Intersexualität sind zahlenmäßig zum Teil so schwach vertreten, dass Intergruppenvergleiche nicht sinnvoll erschienen.

Trotz dieser Einschränkungen belegen die Ergebnisse dieser Untersuchung zum einen die in der Literatur aus der klinischen Erfahrung heraus immer wieder im Zusammenhang mit Intersexualität beschriebenen emotionalen Belastungen der Betroffenen und der Eltern und darüber auch der Beziehung der Betroffenen zu ihren Eltern (vgl. z. B. [8], S. 85; [15,16]).

Zum anderen belegen die Ergebnisse, dass die Repräsentanz elterlichen Bindungsverhaltens ein vermittelnder Faktor zwischen möglichen negativen Auswirkungen der Intersexualität und der Ausbildung klinisch relevanter psychischer Symptome sein kann. Dieser Befund lässt mehrere Interpretationen zu: Der Zusammenhang zwischen unsicherer elterlicher Bindung und psychischen Belastungen gilt (wie oben dargestellt) allgemein als belegt. Vorausgesetzt, dass die Erinnerungen der Befragten mit dem tatsächlichen Bindungsverhalten der Eltern hoch korrelieren, kann auch und gerade unter Intersexbedingungen davon ausgegangen werden, dass Bedingungen, die die Ausbildung unsicherer Bindungsmuster begünstigen, die Betroffenen bei Belastungen psychisch verletzlicher machen. Umgekehrt kann eine sichere Bindung zu den Eltern, die sich in der Wahrnehmung der Eltern als fürsorglich, emotional zugewandt und wenig kontrollierend widerspiegeln kann, auch ein protektiver Faktor gegen mögliche negative Folgen des Aufwachsens und Lebens unter In-

tersexbedingungen sein. Denkbar ist allerdings auch, dass sich bei einem Teil der Menschen mit Intersexualität, die unabhängig von den realen Beziehungserfahrungen zu den Eltern (möglicherweise auch während der medizinischen Behandlung der körperlichen Auswirkungen der Intersexualität) traumatisierende Erfahrungen gemacht haben, als deren Folge psychische Symptome entwickelt haben, und dass die Belastungen aus diesen psychischen Symptomen rückwirkend auch die Einschätzung der elterlichen Bindung durch die Betroffenen negativ beeinflussen.

Fazit für die Praxis

Ein relativ großer Teil der Personen mit unterschiedlichen Formen des eher seltenen Phänomens Intersexualität berichtet in klinisch relevantem Ausmaß über Belastungen aus psychischen Symptomen, die mit einem erinnerten elterlichen Bindungsverhalten einhergehen, das durch ein geringeres Ausmaß an Fürsorge und ein höheres Ausmaß an Bestrafung und Kontrolle gekennzeichnet ist. Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass Personen mit Intersexualität in den Beratungs- und psychotherapeutischen Einrichtungen und Praxen relativ häufig vorstellig werden, und dass die Belastungen der Eltern-Kind-Beziehung, die sich aus den besonderen Bedingungen der Intersexualität ergeben, in den Behandlungen einen besonderen Stellenwert einnehmen werden.

Anmerkung

Das Projekt wurde gefördert durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft als Teilprojekt der Klinische Forschergruppe 111 „Intersexualität: vom Gen zur Geschlechtsidentität“ und durch den Forschungsförderfond der Medizinischen Fakultät des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Wir danken allen Personen, die an der Studie teilgenommen haben. Prof. Dr. med. Olaf Hiort, Pädiatrischer Endokrinologe an der Universitätsklinik Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, danken wir für die wissenschaftliche Kooperation.

Literatur

- 1 Richter-Appelt H. Intersexualität und Medizin: Erste Ergebnisse eines Forschungsprojekts. *Z Sexualforschung* 2004; 17: 239–257
- 2 Dessens A, Slijper F, Drop S. Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with Congenital Adrenal Hyperplasia. *Arch Sex Behav* 2005; 34: 389–397
- 3 Mazur T. Gender dysphoria and gender change in Androgen Insensitivity or Micropenis. *Arch Sex Behav* 2005; 34: 411–421
- 4 Cohen-Kettenis P. Gender change in 46,XY persons with 5 α -Reductase-2 Deficiency and 17 β -Hydroxysteroid Dehydrogenase-3 Deficiency. *Arch Sex Behav* 2005; 34: 399–410
- 5 Fausto-Sterling A. The five sexes: why male and female are not enough. *Sciences* 1993; 33: 20–25
- 6 Sax L. How common is intersex? A response to Anne Fausto-Sterling. *J Sex Res* 2002; 39: 174–178
- 7 Money J, Hampson JG, Hampson JL. Hermaphroditism: recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychological management. *Bull Johns Hopkins Hosp* 1955; 97: 284–300
- 8 Cohen-Kettenis PT, Pfäfflin F. *Transgenderism and Intersexuality in Childhood and Adolescence*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2003
- 9 Consortium on the Management of Disorders of Sex Differentiation. *Clinical Guidelines for the Management of Disorders of Sex Differentiation in Childhood*. 2005
- 10 Thomas BJ. Intersex Interventionen. In: NGBK (Hrsg): 1-O-1 [one 'o one] intersex. Das Zwei-Geschlechter-System als Menschenrechtsverletzung. Berlin: NGBK, 2005: 20–26
- 11 Klöppel U. XXOXY ungelöst: Störungsszenarien in der Dramaturgie der zweigeschlechtlichen Ordnung. In: polymorph (Hrsg): (K)ein Geschlecht oder viele? Transgender in politischer Perspektive. Berlin: Querverlag, 2002: 153–180
- 12 Slijper FME, Drop SLS, Molenaar JC, Muinck Keizer Schrama SMPF de. Long-term psychological evaluation of intersex children. *Arch Sex Behav* 1998; 27: 125–144
- 13 Migeon CJ, Wisniewski AB, Gearhart JP et al. Ambiguous genitalia with perineoscrotal hypospadias in 46,XY individuals: long-term medical, surgical, and psychosexual outcome. *Pediatrics* 2002; 110: 3–33
- 14 Bosinski HAG. Psychosexuelle Probleme bei Intersexsyndromen. *Sexuologie* 2005; 12: 31–59
- 15 Slijper FME, Frets PG, Boehmer AL et al. Androgen Insensitivity Syndrome (AIS): Emotional reactions of parents and adult patients to the clinical diagnosis of AIS and its confirmation by androgen receptor gene mutation analysis. *Horm Res* 2000; 53: 9–15
- 16 Reinecke S, Hampel E, Richter-Appelt H et al. Erfahrungen mit Intersexualität: Ergebnisse einer Interviewstudie mit Eltern und Betroffenen. *Psychother Soz* 2004; 6: 263–295
- 17 Meyers Seifer CH, Charest NJ. Diagnosis and management of patients with ambiguous genitalia. *Semin Perinatol* 1992; 16: 332–339
- 18 McGillivray BC. The newborn with ambiguous genitalia. *Semin Perinatol* 1992; 16: 365–368
- 19 Lee PA, Houk CP. Impact of environment upon gender identity and sexual orientation: A lesson for parents of children with intersex or gender confusion. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2005; 18: 625–630
- 20 Houk CP, Dayner J, Lee PA. Genital ambiguity with a Y chromosome: Does gender assignment matter? *J Pediatr Endocrinol Metab* 2004; 17: 825–839
- 21 Hiort O, Reinecke S, Richter-Appelt H et al. Diagnostik und Betreuungsansätze bei Intersexualität. *Pädiat Prax* 2001/2002; 60: 617–628
- 22 Berenbaum SA. Management of children with intersex conditions: psychological and methodological perspectives. *Growth, Genetics & Hormones* 2003; 19: 1–6
- 23 Lee PA. Should we change our approach to ambiguous genitalia? *Endocrinologist* 2001; 11: 118–123
- 24 Lee PA. A perspective on the approach to the intersex child born with genital ambiguity. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2004; 17: 133–140
- 25 Minto CL, Liao LM, Woodhouse CRJ et al. The effect of clitoral surgery on sexual outcome in individuals who have intersex conditions with ambiguous genitalia: a cross-sectional study. *Lancet* 2003; 361: 1252–1257
- 26 Myers C, Lee PA. Communicating with parents with full disclosure: A case of cloacal extrophy with genital ambiguity. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2004; 17: 273–280
- 27 Consortium on the Management of Disorders of Sex Differentiation. *Parent's Handbook*. 2005
- 28 Bowlby J. Bindung. In: Grossmann KE, Grossmann K (Hrsg): Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta, 2003: 22–26
- 29 Bowlby J. Ethologisches Licht auf psychoanalytische Probleme. In: Grossmann KE, Grossmann K (Hrsg): Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta, 2003: 55–69
- 30 Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New York: Erlbaum, 1978
- 31 Buchheim A, Strauss B. Interviewmethoden der klinischen Bindungsforschung. In: Strauss B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg): Klinische Bindungsforschung. Stuttgart: Schattauer, 2002: 27–53
- 32 Höger D. Fragebogen zur Erfassung von Bindungsstilen. In: Strauss B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg): Klinische Bindungsforschung. Stuttgart: Schattauer, 2002: 94–118
- 33 Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In: Simpson JA, Rholes WS (eds):

- Attachment Theory and Close Relationships. New York: Guilford Press, 1998: 46 – 76
- ³⁴ Parker G, Tupling H, Brown L. A parental bonding instrument. *Br J Med Psychol* 1979; 52: 1 – 10
- ³⁵ Richter-Appelt H, Schimmelmann BG, Tiefensee J. Fragebogen zu Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken (FEPS). *Psychother Psych Med* 2004; 54: 23 – 33
- ³⁶ O’Kearney R. Attachment disruption in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of theory and empirical research. *Int J Eat Disord* 1996; 20: 115 – 127
- ³⁷ Ward A, Ramsay R, Treasure J. Attachment research in eating disorders. *Br J Med Psychol* 2000; 73: 35 – 51
- ³⁸ Perris C, Jacobsen L, Lindström H et al. Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *A Psychiatr Scand* 1980; 61: 265 – 274
- ³⁹ Schumacher J, Eisemann M, Brähler E. Rückblick auf die Eltern: Der Fragebogen zum elterlichen Erziehungsverhalten (FEE). *Diagnostica* 1999; 45: 194 – 204
- ⁴⁰ Schumacher J, Stöbel-Richter Y, Brähler E. Erinnertes Erziehungsverhalten der Eltern und eigener Kinderwunsch – Gibt es Zusammenhänge? *Psychother Psych Med* 2002; 52: 314 – 322
- ⁴¹ Schumacher J, Stöbel-Richter Y, Strauß B, Brähler E. Perzipiertes elterliches Erziehungsverhalten und partnerbezogene Bindungsmuster im Erwachsenenalter. *Psychother Psych Med* 2004; 54: 148 – 154
- ⁴² Richter-Appelt H, Tiefensee J. Soziale und familiäre Gegebenheiten bei körperlichen Misshandlungen und sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit aus der Sicht junger Erwachsener. Ausgewählte Ergebnisse der Hamburger Studie (Teil I). *Psychother Psych Med* 1996; 46: 367 – 378
- ⁴³ Richter-Appelt H, Tiefensee J. Die Partnerbeziehung der Eltern und die Eltern-Kind-Beziehung bei körperlichen Misshandlungen und sexuellen Mißbrauchserfahrungen in der Kindheit aus der Sicht junger Erwachsener. Weitere Ergebnisse der Hamburger Studie (Teil II). *Psychother Psych Med* 1996; 46: 405 – 418
- ⁴⁴ Tiefensee J. Der Einfluss der Eltern-Kind-Beziehung auf die Entwicklung von Störungen nach sexuellem Missbrauch. Aachen: Shaker Verlag, 1997
- ⁴⁵ Franke GH. BSI – Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) – Deutsche Version – Manual. Göttingen: Beltz Test GmbH, 2000
- ⁴⁶ Derogatis LR. Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychol Med* 1983; 13: 595 – 605
- ⁴⁷ Derogatis LR. SCL-90-R administration, scoring, and procedures manual-II for the R(evised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scales Series. Townson: Clinical Psychometric Research, 1992
- ⁴⁸ Bortz J, Döring N. Forschungsmethoden und Evaluation. Berlin: Springer-Verlag, 2002
- ⁴⁹ Hess R. Approaches to the measurement and interpretation of parent-child interaction. In: Henderson RW (ed): Parent-Child Interaction. Theory, Research and Prospects. New York: Academic Press, 1981
- ⁵⁰ Gerlsma C, Kramer JJ, Scholing A, Emmelkamp PM. The influence of mood on memories of parental rearing practices. *Br J Clin Psychol* 1994; 33: 159 – 172
- ⁵¹ Richter J, Eisemann M. Stability of memories of parental rearing among psychiatric inpatients: a replication based on EMBU subscales. *Psychopathology* 2001; 34: 318 – 325
- ⁵² Schumacher J, Hinz A, Brähler E. Zur Validität retrospektiver Datenerhebungen. Das elterliche Erziehungsverhalten in der Erinnerung junger Erwachsener und ihrer Eltern im Vergleich. *Z Diff und Diagn Psychol* 2002; 23: 459 – 474
- ⁵³ Sydow K v. Bindung und gestörte Paarbeziehung. In: Strauss B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg): Klinische Bindungsforschung. Stuttgart: Schattauer, 2002: 231 – 241