

Thomas Wolfgang Allgäuer
Dr. med.

Bewältigungsstrategien bei der HIV(Human Immunodeficiency Virus)- beziehungsweise AIDS(Acquired Immune Deficiency Syndrome)-Erkrankung in Abhängigkeit der Krankheitsstadien

Geboren am 10.11.1961 in Villingen im Schwarzwald
Reifeprüfung am 14.06.1982 in Überlingen am Bodensee
Studiengang der Fachrichtung Medizin vom SS/WS 1985 bis SS/WS 1996
Physikum am 15.03.1991 an der Universität Heidelberg
Klinisches Studium in Mannheim/Heidelberg
Praktisches Jahr in Mannheim
Staatsexamen am 05.11.1996 an der Universität Heidelberg/Mannheim

Promotionsfach: Psychosomatik
Doktorvater: Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Ulrich Clement

Bei schwer traumatisierenden Krankheiten wie zum Beispiel der HIV-Infektion beziehungsweise der AIDS-Erkrankung spielt die Frage, wie die Patienten mit dieser extremen Belastung umgehen, welche Copingstrategien und Abwehrmechanismen sie gegenüber den behandelnden Teams wie Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und auch gegenüber den Angehörigen zeigen, eine überaus wichtige Rolle. Durch antiretrovirale Therapien erhöhte sich in den letzten Jahren der Anteil der Langzeitüberlebenden. Um das Ausmaß der psychischen Belastung und des sexuellen Risikoverhaltens der Betroffenen in dieser Zeit besser zu verstehen, wurde diese Studie durchgeführt.

Nach einer allgemeinen Aufarbeitung der Theorien zu Abwehr- und Copingmechanismen wurden spezielle Hypothesen formuliert. Im Mittelpunkt standen dabei Fragen über die Zusammenhänge zwischen dem allgemeinen Bewältigungsverhalten der Infizierten und den Stadien der AIDS-Erkrankung. Weiter interessierten Zusammenhänge der Copingmechanismen untereinander und Zusammenhänge zwischen dem sexuellen Risikoverhalten und den Krankheitsstadien beziehungsweise den Copingmechanismen.

Die vorliegende Studie stellt eine Querschnittsuntersuchung dar. Mit Hilfe von drei Instrumenten, des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (FKV, *Muthny*, 1990), des HIV-Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (HKV, *Clement*, 1992) und eines extra

Datenblattes über somatische Variablen wurden die dazu notwendigen Informationen erworben. Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer waren HIV-Infizierte, die von ihren behandelnden Ärzten, den *Dres. med. Brust und Schuster* in Mannheim, von *Dr. med. Ulmer* in Stuttgart, *Dr. med. Mostaf* in Karlsruhe und von Herrn *Oberarzt Dr. med. Hartmann* der Dermatologischen Universitätsklinik in Heidelberg betreut und angesprochen wurden. Sie nahmen anonym und freiwillig an der Studie teil.

Insgesamt wurden von 300 ausgegebenen Fragebögen 140 zurückgeschickt, wovon 135 nach Prüfung in die Studie gingen. Von diesen 135 Personen waren **108 männlich** (83 homosexuell, 7 bisexuell, 18 heterosexuell) und **26 weiblich** (1 homosexuell, 1 bisexuell, 24 heterosexuell). Das Alter der Patienten erstreckt sich von 20 bis 58 Jahren, der Mittelwert liegt bei **34 Jahren**. Die Patienten ließen sich in folgende Krankheitsstadien einteilen: **A = 50, B = 41, C = 44**. 40 % der Patienten unterzogen sich einer antiretroviralen Behandlung. Die Kenntnisdauer der HIV-Diagnose bei den Infizierten lag bei 28 % unter einem Jahr, bei 24 % zwischen einem und drei Jahren, bei 24 % zwischen drei und sechs Jahren und schließlich bei ebenfalls 24 % länger als sechs Jahre. 78,9 % der Teilnehmer hatten sich über den Geschlechtsverkehr infiziert. Bei der Einteilung der Risikobereitschaft fanden sich in der **infektionsriskierenden Gruppe** 26,4 % und in der **nicht-infektionsriskierenden Gruppe** 73,6 %. Nach Einteilung der Lebenszufriedenheit fanden sich in der **zufriedenen Gruppe** 63,7 % und in der **unzufriedenen Gruppe** 36,3 % Personen.

Nach einer Mittelwertsdarstellung der Copingmechanismen über die Gesamtstichprobe zeigte sich beim FKV und HKV eine überaus aktive Bewältigungsqualität. Mit Hilfe der approach/avoidance-Faktoren (*Clement, 1992*) wurden die Copingmechanismen des FKV zusätzlich in Gruppen eingeteilt. 51 % der Teilnehmer und Teilnehmerinnen ließen sich überwiegend der Gruppe "approach", also der Gruppe der "aktiven Bewältiger" zuordnen.

Im **ersten Hypothesenkomplex** bezüglich Coping und somatischen Variablen zeigte sich, abhängig von den **Krankheitsstadien**, daß im Bereich der **Gesundheitskontrollüberzeugungen** Patienten in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium eher medizinischen Rat einholen, nicht mehr ruhig abwarten und eher fatalistisch denken. Die Analyse der **Diagnosekenntnisdauer** vs. den Copingmechanismen zeigt: Je länger Patienten von ihrer Diagnose wissen, desto geringer ist das passive Abwarten. Die Auswertung der **T4-Helferzellzahl** erbrachte geringere körpereigene Abwehrmechanismen, je höher die T4-Zellzahl ausgeprägt war. Patienten, die sich einer **antiretroviralen Behandlung** unterzogen hatten, besaßen eine positivere Körperbesetzung und holten sich ebenfalls eher medizinischen Rat ein. Vermutete Zusammenhänge zwischen der **Lebenszufriedenheit** und den Krankheitsstadien konnten nicht bestätigt werden.

Im **zweiten Hypothesenkomplex** ging es um Fragen der Beziehung von **Copingstrategien untereinander**. Im Bereich der **subjektiven Infektionstheorien** fiel auf, daß Patienten, die die Schuld der HIV-Infektion eher bei sich suchen, denken, besser dran zu sein als andere Infizierte. **Vermeidende Copingformen** standen in enger Verbindung mit der Angst vor Diskriminierung, mit dem Nicht-Akzeptieren der HIV-Infektion und dem Denken, eher besser dran zu sein als andere Infizierte. Patienten, die bei den **Gesundheitskontrollüberzeugungen** eine positive Körper selbstwahrnehmung besaßen, flüchten in den Glauben und Lebensgenuß, suchten professionelle externe Hilfe und verwenden aktive Copingformen. Das ruhige Abwarten bei den Gesundheitskontrollüberzeugungen steht in engem Zusammenhang mit Selbstaufwertung, Selbstermutigung und schließlich Relativierung der Situation, HIV-positiv zu sein. Im Bereich der **Copingergebnisse** stand das Überwältigtsein von der Infektion in enger Verbindung mit vermeidenden Copingstrategien. Auffallend war, daß diese Patienten jedoch insgesamt lebenszufriedener sind. Die Kontrolle des Überwältigtseins korrelierte mit aktiven Copingstrategien, mit Selbstaufwertung und Relativierung. Patienten mit starken depressiven Gefühlen zogen sich stärker zurück, suchten nach sozialer Unterstützung und verwendeten eher vermeidende Copingmechanismen.

Im **dritten Hypothesenkomplex** bezüglich des sexuellen Verhaltens vs. den HIV-Stadien und der Risikobereitschaft konnten vermutete Zusammenhänge zwischen der **Risikobereitschaft** und den Krankheitsstadien beziehungsweise der Dauer der Diagnosekenntnis nicht bestätigt werden. Auffallend war jedoch, daß Patienten der nicht-infektionsriskierenden Gruppe, also HIV-Infizierte mit geschütztem vaginalen und analen Geschlechtsverkehr, weniger soziale Unterstützung suchten, hingegen stärker external professionelle medizinische Hilfe in Anspruch nahmen. Bei der Untersuchung der **sexuellen Einstellungen** der betroffenen Infizierten korrelierte das sexuelle Festgelegtsein mit ausgeprägter Safer-Sex-Moral-Vorstellung und akzeptierendem Copingverhalten. Die Safer-Sex-Moral hingegen war eng verknüpft mit vermeidenden, zurückhaltenden, depressiven Copingstrategien. Die positive Umdeutung des sexuellen Verhaltens korrelierte mit der religiösen Sinnsuche, der Selbstermutigung und Selbstaufwertung.

Fazit der Studie

HIV-Infizierte in höheren Krankheitsstadien werden aktiver. Die Vermutung, daß Kränkere passivere Bewältigungsformen zeigen, bestätigte sich nicht. Der Grund für das Aktivwerden bleibt jedoch unklar und bedarf weiterer Untersuchung eventuell auch im Vergleich mit dem Bewältigungsverhalten von heterosexuellen Infizierten. Wer sich einer antiretroviralen Behandlung unterzieht, nimmt seinen Körper positiver wahr und besitzt eine höhere

Compliance. Die Lebenszufriedenheit scheint unabhängig von den Krankheitsstadien zu sein. In unserer Untersuchung korreliert die unzufriedenere Gruppe eher mit vermeidenden Copingmechanismen.

Vermeidende Copingmechanismen hingegen gehen einher mit Angst vor Diskriminierung und dem Nicht-Akzeptieren der Situation, infiziert zu sein, aktive Mechanismen eher mit Akzeptanz homosexuell beziehungsweise HIV-infiziert zu sein. Die Gesundheitskontrollüberzeugungen spielen bei der HIV-Infektion eine wichtige Rolle: Positive Körperselbstwahrnehmung steht in enger Verbindung mit aktiven Copingformen, mit Lebensgenuß und Glauben, mit der Suche nach professioneller Hilfe. Abwartendes Verhalten steht in Zusammenhang mit Selbstunterstützung. Ein positives Copingergebnis im Sinne einer Kontrolle der intrusiveness und geringer Depressivität wird wesentlich von aktiven Bewältigungsmechanismen gefördert.

Die sexuelle Risikobereitschaft ist unabhängig vom Krankheitsstadium. Die nicht-infektionsriskierende Gruppe der Infizierten sucht eher external professionelle Hilfe. Aufklärung und professionelle Unterstützung scheinen ein wichtiges Kriterium zur sexuellen Risikominimierung zu sein. Ausgeprägte Safer-Sex-Moral-Vorstellungen stehen in enger Verbindung mit vermeidenden Copingstrukturen.