

Die Verhaltensempfehlungen zur HIV-Prävention sind einfach – ihre Realisierung ist oft komplizierter. Sexualität läßt sich nicht ohne weiteres durch Regeln lenken, der regelmäßige Kondomgebrauch läßt sich nicht ungebrochen als neue Sexualkonvention durchsetzen. Dieses Problem stellt sich für HIV-Positive ebenso wie für Ungetestete und HIV-Negative. Gerade wenn man auf Aufklärung als Prävention statt auf staatsdirigistische Maßnahmen setzt, muß man diese Schwierigkeiten ernst nehmen. Eine widerspruchsfreie Prävention gibt es nicht.

HIV-Infektion und Sexualität

Sophinette Becker und Ulrich Clement

Die öffentliche AIDS-Diskussion ist in eine neue Phase getreten, in der sie Einfluß auf die Sexualität von allen gewinnt. Real ist die Zahl der Infizierten, die keiner sogenannten Risikogruppe angehören, noch sehr gering, aber das Bewußtsein, daß sich jeder infizieren könnte, ist gewachsen. Dies hat nicht nur die Diskussion über AIDS in den Medien entscheidend verändert, sondern auch die Zielrichtung der präventiven Aufklärung, die sich nicht mehr auf die sogenannten Risikogruppen beschränken kann.

Dies gilt insbesondere für drei Gruppen: für Personen, die eine neue sexuelle Beziehung eingehen, für Personen, die sexuell freizügig leben, und für Jugendliche, die ihre ersten sexuellen Erfahrungen machen.

Für sie alle stellt sich die Frage, ob sie ihr sexuelles Verhalten wegen der Infektionsmöglichkeit verändern müssen. Dies wirft erhebliche Probleme auf, für die es nur komplizier-

te Lösungen gibt – eine rational lenkbare Sexualität gibt es letztlich nicht. Eine absolute Sicherheit kann auch die beste Prävention nicht versprechen – das bei anderen Gefahren so gern in Kauf genommene „Restrisiko“ wird natürlich auch bei AIDS bestehen bleiben. AIDS wird tiefgreifende Veränderungen unseres sexuellen Verhaltens und Erlebens, unserer Auffassung von Liebe, Partnerschaft und Beziehung zur Folge haben. Deshalb wollen wir im folgenden fünf Fragen nachgehen:

1. Welche sexuellen Verhaltensänderungen sind präventiv wirksam?

Drei Ebenen sind genau zu unterscheiden, die häufig in Empfehlungen miteinander vermengt werden: Die sexuellen Praktiken, die

Anzahl der Partner, die konkreten Schutzmaßnahmen, das heißt das Kondom. Zum Beispiel kann jemand, der immer konsequent ein Kondom benutzt, oder einer, der immer nur gegenseitige Masturbation betreibt, gefahrlos zahlreiche Partner haben. Umgekehrt kann sich zum Beispiel jemand bei einem einzigen ungeschützten sexuellen Verkehr infizieren. Deshalb sind Ratschläge wie etwa „halten Sie die Zahl Ihrer Partner gering“ aus präventiver Sicht unsinnig.

2. Lassen sich diese Veränderungen langfristig realisieren?

Die präventiven Empfehlungen klingen klar und einfach. Stimmt das? Sind die sexuellen Verhaltensempfehlungen leicht in die Tat – oder: den Verzicht auf die Tat – umzusetzen?

Auf den ersten Blick sieht das so aus. Wenn man sich die bisher vorliegenden Studien zur veränderten

Aus der Psychosomatischen Klinik
(Direktor: Professor Dr. med. Walter
Bräutigam) der Universität Heidelberg

Sexualität von homosexuellen Männern durchsieht (1, 2, 3, 5, 6), so kommen diese zu folgenden Ergebnissen:

■ Die Verbreitung infektionsriskanten Verhaltens nimmt ab. Das gilt für relativ häufig verbreitete Praktiken (wie Analverkehr und Oralverkehr) ebenso wie für relativ seltene.

■ Mit der Abnahme infektionsriskanten Verhaltens geht nicht gleichzeitig eine Zunahme infektionssicherer Praktiken einher. Die Strategie, Sexualität umzukanalisieren und prägenitale (nichtinsertive) Praktiken aufzuwerten, „Hot and Healthy Sex“ zu propagieren, scheint sich nicht durchzusetzen.

■ Die Partnerfrequenz nimmt insgesamt ab.

■ Veränderungen betreffen fast nur nicht monogam lebende Homosexuelle. Die in sexuell treuen Partnerschaften Lebenden ändern ihre sexuellen Praktiken kaum.

■ Trotz dieser großen Veränderungen bleibt ein „Rest“ von sexuellem Verhalten, das – obwohl infektionsriskant – nicht verändert wird.

Nun lassen sich diese Ergebnisse, die für homosexuelle Männer gelten, nicht einfach auf Heterosexuelle übertragen, weil die homosexuelle Subkultur sich von der heterosexuellen Mehrheitskultur grundsätzlich unterscheidet. Vergleichbare Untersuchungen bei Heterosexuellen gibt es bisher noch nicht. Aber zweierlei können wir daraus schon ablesen: 1. Sexualität ist nur begrenzt steuerbar und pädagogisch zu beeinflussen. 2. Die sexuellen Veränderungen sind abhängig von den Beziehungen, in denen sie stattfinden. Beide Erkenntnisse sind keineswegs überraschend. Sie zeigen aber die Einseitigkeit einer Diskussion auf, die sich bloß um den Aspekt des Verhaltens, also die sexuellen Einzelpraktiken oder die Kondomfrage (ja/nein) kümmert.

Es geht um mehr als „Praktiken“

Wir müssen bei der AIDS-Diskussion und beim Umgang mit Patienten etwas in Erinnerung rufen, was eigentlich eine Trivialität ist, nämlich daß Sexualität etwas mit Trieb und Leidenschaft, mit Hingabe und Phantasie zu tun hat, also mit sehr irrationalen Dingen, mit Gefühlen, um deren Erleben und Befriedigung es ja geht. Wenn wir das in der Diskussion und dem Umgang mit Patienten abspalten und wir uns auf eine verhaltensorientierte Einäugigkeit begrenzen, wird die Überraschung groß sein, daß Sexualität nicht so einfach durch Verhaltensempfehlungen zu lenken ist, auch dann nicht, wenn diese Empfehlungen vernünftig sind. Denn wäre das so, gäbe es keine sexuellen Störungen, keine ungewollten Schwangerschaften, keine sexuelle Gewalt – aber eben auch kein sexuelles Begehren, keine Lust. Es ist eine Forschungsfrage in unserem HIV-Projekt an der Psychosomatischen Klinik in Heidelberg, welche psychischen Faktoren eigentlich bei Test-Positiven es erleichtern, welche es schwermachen, das Sexualeben zu verändern. Am Anfang der Verlaufsstudie zeichnet es sich schon ab, daß es am guten Willen meist nicht mangelt, sondern daß sich dieser eben nicht so einfach durchhalten läßt.

Die Kondomfrage

Wenn sich durch AIDS die Sexualität verändert, so tut sie das in Beziehungen, betrifft also Veränderungen von je zwei Menschen. Nun konvergiert die Diskussion der Präventivempfehlungen ja doch sehr auf die Kondomfrage. Diese hat einen sehr unterschiedlichen Stellenwert, je nach Art der Beziehung. Deshalb muß man die Aussage „Kondome schützen“ genauer befragen: Heißt das nun, „Kondome für alle, in jeder Situation und lebenslanglich“? Das ist mit Sicher-

heit weder notwendig noch realisierbar. Für wen also, wann und wie lange? Eindeutig erscheint die Situation für Testpositive, die sich und ihre Sexualpartner schützen müssen.

Unter den Ungetesteten oder Testnegativen wird sich die Kondomfrage im wesentlichen für zwei Gruppen stellen: Für sexuell freizügig Lebende, die sich nicht auf einen Partner beschränken wollen, und für diejenigen, die eine neue Partnerschaft beginnen, wozu auch die Jugendlichen vor ihrer ersten sexuellen Erfahrung gehören. Es ist durchaus denkbar, daß bei den sexuell freizügig Lebenden sich mit der Zeit ein neuer Konsens einstellt, demzufolge der Gebrauch des Präservativs sich als Selbstverständlichkeit einpendelt, die nicht weiter diskutiert zu werden braucht. Bei Beginn neuer Beziehungen läßt sich – jedenfalls auf der Verhaltensebene – zwar eine Absprache vorstellen, daß in der Kennenlernphase nur Geschlechtsverkehr mit Kondom praktiziert wird, nach etwa drei Monaten der Test gemacht wird und bei beidseitig negativem Ausgang auf Präservative verzichtet werden kann. Allerdings setzt dies den Test voraus, auf dessen problematische Indikation wir noch zu sprechen kommen.

Nötigungs-Potential

Außerdem sind das rationale Überlegungen, Gedanken zu einem Sexual- und Beziehungskalkül, die an der emotionalen Realität von Beziehungen vorbeigehen. Natürlich stiftet der Vorschlag, beim ersten Geschlechtsverkehr mit einem neuen Partner ein Kondom zu benutzen, Mißtrauen und regt ängstliche und eifersüchtige Phantasien über das bisherige oder gegenwärtige Sexualeben des neuen Partners an, die einen noch unsicheren Anfang belasten können. Und ebenso schafft die sicherheitsorientierte Reaktionsbildung auf solche Ängste, nämlich vom neuen Partner ein negatives Testergebnis zu verlangen (wie es in den U.S.A. für Eheschließungen in der Diskussion ist), ein ganz massives Potential von zwischenmenschlicher Nötigung.

3. Welche Probleme schafft und welche löst der Test?

Mit dieser Frage, ob die Prävention wirklich so einfach ist, wie es die politische Gesundheitskampagne will, sind wir bereits zu einem weiteren kritischen Punkt gekommen, dem Test. Es ist auffällig, wie häufig gerade von Medizinern zum Test geraten wird, ohne daß auch nur im Ansatz bedacht wird, was das Testergebnis für Implikationen haben kann. Es ist hoch problematisch, den Test generell für jeden zu empfehlen, und deshalb plädieren wir nachdrücklich für eine individuelle Indikation, bei der im Gespräch Vor- und Nachteile gegenseitig abgewogen werden müssen.

Dabei ist zu bedenken, daß gegenwärtig die Erkrankungswahrscheinlichkeit und damit auch die Todeswahrscheinlichkeit als relativ hoch eingeschätzt wird. Bei der häufig genannten und noch keineswegs verifizierten Quote von 90 Prozent bedeutet das positive Testergebnis praktisch ein Todesurteil. Dieses Wissen ist psychisch sehr belastend und führt in vielen Fällen – bei vor dem Test symptomfreien Personen – zu erheblichen Ängsten, Depressionen und psychosomatischen Symptomen. Rosenbrock (4) ist zuzustimmen, daß in den meisten Fällen diese psychischen Leiden und Schäden hätten vermieden werden können, weil der Test medizinisch nicht indiziert, therapeutisch und für die Prävention konsequenzlos bis schädlich war.

Dies muß noch einmal betont werden, weil sich – gerade unter Ärzten – die Auffassung hartnäckig hält, die durch das positive Testergebnis verursachten psychischen Schädigungen seien in Kauf zu nehmen, weil einer, der weiß, daß er positiv ist, sich doch anders, vernünftiger verhalten würde. Dies stimmt unserer Erfahrung nach nur für kurze Zeit – schließlich geht es um sehr lange Zeiträume bei in der Regel jungen Menschen. Auch stärken psychische Störungen nicht gerade vernunftgeleitetes Handeln. Ein nicht getesteter Infizierter hat also in der

Regel psychisch weitaus günstigere Bedingungen als ein getesteter Positiver, er muß nicht mit der psychischen Belastung der „Zeitbombe“ und der in den Medien täglich düsterer gezeichneten Zukunft leben.

Die Testindikation

Für diejenigen, die sexuell freizügig leben wollen, hat ein positives wie ein negatives Testergebnis ohnehin die gleichen Folgen, nämlich die Notwendigkeit eines Infektionsschutzes. Der Test ist damit also kaum eine Entscheidungshilfe, es sei denn, man verwendet ihn im Zusammenhang mit dem oben angeführten Kalkül für den Beginn einer neuen Partnerschaft. Ein leicht unterschätztes Risiko liegt auch in der Konsequenz eines negativen Testergebnisses. Selbst wenn der Arzt, der das Testergebnis mitteilt, gut und ausführlich berät – was leider nicht selbstverständlich ist –, wird ein negatives Testergebnis von vielen als Entlastung und als Freifahrtschein empfunden, was eher Unvorsichtigkeit nach sich zieht. Die Leitfrage für eine Testindikation muß also sein, ob das Testergebnis überhaupt eine positive Funktion haben kann.

4. Wie ist die sexuelle Situation der getesteten HIV-Positiven?

Wir sprechen absichtlich von getesteten HIV-Positiven, weil sich deren psychische und sexuelle Situation von der ungetesteter HIV-Positiver wesentlich unterscheidet. Ihnen wird in der Regel geraten, ihr Immunsystem nicht weiter zu belasten und ihr sexuelles Verhalten zu verändern. Aber nicht nur eine weitere Infektion oder Drogen können das Immunsystem belasten, sondern auch chronische Angst, Depressivität und sexuelle Frustration. In diesem Zusammenhang kommt oft der Einwand: Wie können Sie von sexueller Frustration eines Positiven sprechen, die ist doch gar nicht so bedeutsam angesichts der tödlichen Gefahr, ein Positiver muß sich doch

vor allem gegenüber anderen verantwortlich verhalten! Dem ist entgegenzuhalten: Die Verantwortung für sich selbst (Schutz vor Mehrfachinfektion) und für den anderen ist hier gar nicht zu trennen. Und der Schutz (für sich selbst und andere) läßt sich am besten auf der Basis eines lebenswerten Lebens und weiterer Hoffnung darauf realisieren – und dazu gehört auch Sexualität.

Psychische Testkonsequenzen

In einer besonders belastenden Situation befinden sich Positive, was ihre sexuelle Identität und ihr sexuelles Erleben betrifft. Dies gilt besonders für die immer noch größte Gruppe unter den Positiven, die Homosexuellen. Bei ihnen verbindet sich häufig die Angst vor einer möglichen Erkrankung mit starker Selbstverurteilung und damit einer Verunsicherung ihrer homosexuellen Identität. Diese Selbstverurteilung wird oft noch verstärkt durch die Diskriminierung in der Öffentlichkeit, durch Partnerschaftskonflikte und Beziehungsabbrüche aufgrund des Testergebnisses. Das geforderte „neue Sexualleben“ wird von vielen homosexuellen Positiven als Notwendigkeit der Verurteilung ihres bisherigen Sexuallebens verarbeitet. Die ganzen Brüche im „coming out“ können wieder, zum Teil dramatisch, reaktiviert werden. Viele stellen in einem ersten Schock und einer folgenden depressiven Phase vorübergehend ihre sexuelle Aktivität ganz ein, obwohl ihre Libido erhalten ist.

Um sowohl einen dauerhaften depressiven Rückzug als auch eine resignative Verleugnung der Gefahr zu vermeiden, kommt es darauf an, daß der homosexuelle Positive sich in seiner homosexuellen Identität wieder stabilisiert, daß er weiß und fühlt, daß er sich an einem Virus und nicht an einer „schlechten Sexualität“ infiziert hat. Gerade darin brauchen viele eine psychosoziale beziehungsweise psychotherapeutische Hilfe, und ebenso bei den Schwierigkeiten mit den Verände-

rungen des Sexuallebens. Deshalb dürfen die Selbsthilfegruppen und die AIDS-Hilfe bei der Beratung und Betreuung von Positiven nicht allein gelassen werden.

5. Welche Art von Aufklärung ist am besten geeignet?

Die Aufklärungskampagnen beschränken sich zum Glück mittlerweile auf überschaubare Verhaltensänderungen. Sie müssen sich auch weiter auf einfache Empfehlungen konzentrieren, obwohl die zu verändernde Realität kompliziert ist und es auch individuell nur komplizierte Lösungen geben kann.

Grundsätzlich sei vorangestellt, daß Moral nur Schuldgefühle macht, keine Infektion verhindert, also kontraproduktiv wirkt. Eine wirksame Aufklärung ist die, die weder die Gefahr verleugnet noch Hysterie erzeugt. Angst sei kein guter Ratgeber, sagen die Politiker gerne in bezug auf die Gefahren der Atomenergie und der Umweltverschmutzung. Angst macht uns wachsam gegenüber Gefahren, sagen die Kernkraftgegner. Und bei AIDS?

Vermutlich ist die Antwort folgende: Etwas Angst ist notwendig, um überhaupt die Notwendigkeit von Schutzmaßnahmen einzusehen. Aber sie muß verbunden sein mit einer Handlungsmöglichkeit, das heißt mit Hoffnung. Deshalb: Aufklärung, die vorwiegend die große Angst erzeugt, wirkt lähmend. Das wissen wir aus der Krebsvorsorge: Die Aufklärung, die ausschließlich Angst macht, führt zu resignativer Angstabwehr bis zur Verleugnung der Gefahr, oder nur zu sehr kurzfristigen Veränderungen. Und bei AIDS geht es um sehr langfristige Verhaltensveränderungen.

Für alle Aufklärungsmaßnahmen gilt, daß die Schwierigkeiten bei der Realisierung der sexuellen Verhaltensänderung nicht verharmlost oder verleugnet werden dürfen, sonst resignieren zum Beispiel alle diejenigen, die Kondome einschränkend finden. Eine alternative Aufklärung könnte etwa so aussehen: Die Verhaltensänderung ist traurig

und schwierig, aber sie ist auf die Dauer machbar und sie bietet Schutz! Die Erotisierung der Einschränkung („Safer-sex ist schöner“ oder ähnliches) ist zum einen irreführend und zum anderen wirkungslos. Stattdessen sind vielfältige Beratungsangebote für die Schwierigkeiten bei der Realisierung notwendig. Eine häufige Erfahrung von uns mit positiven Patienten ist die, daß unter Schock zunächst eine radikale sexuelle Einschränkung erfolgt, dann Safer-sex praktiziert wird, dann Probleme damit auftauchen, dann Resignation entsteht, dann ein Wechsel zwischen Schutz und Nichtschutz erfolgt, begleitet mit erheblichen Schuldgefühlen und anderem. Besonders wichtig ist es, daß auch die negativen Affekte zugelassen werden. Das erweist sich auch im Bezug auf den Infektionsschutz als effektiver. Der Schutz ist eine bittere Notwendigkeit, die als konflikthaft benannt und auch als solche „betrauert“ werden muß. Dazu gehört auch, daß die in der Vergangenheit praktizierte Sexualität nicht entwertet wird. Eine besondere Gefahr der nur positiven und bagatellisierenden Darstellungen der Veränderungen ist folgende: Nach außen hin findet eine Affirmation oder Unterwerfung statt, aber praktisch werden weiterhin riskante Sexualpraktiken realisiert, nur daß sie zusätzlich mit Selbstvorwürfen beladen sind.

Gerade weil wir auf die sexuelle Selbstverantwortung setzen und gegen jedes staatsdirigistische Vorgehen (wie Meldepflicht oder Zwangstests) sind, haben wir die Schwierigkeiten bei Veränderungen im Sexualleben benannt. Diese Schwierigkeiten differenziert zu sehen ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, die Selbstverantwortung beim einzelnen zu stützen.

Literaturverzeichnis beim Sonderdruck, zu beziehen über die Verfasser.

Anschrift der Verfasser:

Dipl.-Psych. Sophinette Becker und
Dipl.-Psych. Dr. Ulrich Clement
Psychosomatische Klinik
der Universität Heidelberg
Thibautstraße 2
6900 Heidelberg

Bindung von Gallensalzen und Lysolecithin an Antazida

Neben den Faktoren Säure und Pepsin werden auch Gallensäuren und Lysolecithin als aggressive Faktoren bei der Ulkushatogenese angeschuldigt. Ein gesteigerter duodenogastraler Reflux infolge Pylorusinsuffizienz sowie Motilitätsstörungen in Magen und Duodenum werden insbesondere beim Magengeschwür diskutiert. Aluminiumhydroxidhaltige Antazida spielen derzeit in der Therapie peptischer Läsionen der Magenschleimhaut eine große Rolle.

Die Autoren untersuchten deshalb die Bindungskapazität verschiedener Antazida in vitro in drei verschiedenen Testmedien, nämlich 0.1 n HCl, in natürlichem und in proteinangereichertem Magensaft. In allen drei Testmedien binden Antazida mit höherem Aluminiumanteil (Andursil®) die konjugierten Gallensäuren besser als Antazida mit einem geringeren Aluminiumanteil (Riopan®). Für die Bindung nichtkonjugierter Gallensalze konnte kein unterschiedliches Verhalten nachgewiesen werden. Proteinzusatz und unterschiedliches Magen-pH beeinflussen die Gallensäurebildung der Antazida kaum.

Lysolecithin wurde von allen getesteten Antazida fast vollständig absorbiert. Da bei duodenogastralem Reflux vor allem konjugierte Gallensäuren in den Magen gelangen, dürften hier Antazida mit einem höheren Aluminiumanteil besser geeignet sein. -W-

Guthäuser, U. J.; W. H. Häcki: Bindung von Gallensalzen und Lysolecithin in physiologischen Medien durch verschiedene Antazida. Schweiz. med. Wschr. 117: 322-327, 1987

Gastroenterologie, Medizinische Klinik, Kantonsspital, CH-8091 Zürich