

U. Clement

Psychische Folgen der HIV-Infektion* **

Aus der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg
(Ärztl. Direktor: Prof. Dr. G. Rudolf)

Das Trauma »HIV positiv«

Die Diagnose einer HIV-Infektion ist für die betroffenen Patienten ein einschneidendes traumatisches Lebensereignis. Sie bedeutet eine Bedrohung in mindestens dreifacher Hinsicht:

– eine Bedrohung der körperlichen Existenz

durch die Ungewißheit über Verlauf und Lebensperspektive, durch die Angst vor dem Verlust lebenswichtiger Funktionen und dem Tod. Im subjektiven Erleben von HIV-Positiven kann die Angst vor dem Tod unterschiedliche Gestalt annehmen. Abhängig von der psychischen Struktur kann die Angst vor Zerfall und Siechtum im Vordergrund stehen, also die narzißtische Katastrophe, oder die Angst, auf andere angewiesen zu sein, also der Autonomieverlust, oder die Angst vor dem »sozialen Tod«, der Ausstoßung durch das soziale Umfeld

– eine Bedrohung der sozialen Existenz

Eine Besonderheit gegenüber anderen schweren Krankheiten liegt darin, daß viele HIV-Infizierte durch die Erwartung feindseliger Reaktionen der näheren Umwelt ihren Immunstatus verbergen und dabei in der Angst leben, genau die Unterstützung zu verlieren, die sie in ihrer belasteten Lage besonders brauchen

* Überarbeitete Fassung eines Vortrages auf dem 3. Deutschen AIDS-Kongreß, 24. bis 27. 11. 1990 in Hamburg

** Das Projekt »Die psychische Verarbeitung der HIV-positiv-Diagnose im zeitlichen Verlauf« wurde vom Ministerium für Wissenschaft und Kunst des Landes Baden-Württemberg gefördert.

Schlüsselwörter:

HIV-Infektion, psychische Folgen, Bewältigung

Zusammenfassung:

Das traumatische Lebensereignis einer HIV-Diagnose muß psychisch verarbeitet werden. Diese Verarbeitung durchläuft einen Prozeß, in dem sich vier Phasen unterscheiden lassen: 1) Traumatisierung, 2) Dekompensation, 3) Bewältigung, 4) Relativierung. Empirische Daten von 58 HIV-infizierten Männern zeigen, daß subjektive Infektionstheorien und Coping-Stile von großer Bedeutung für die psychische Stabilität HIV-Infizierter sind.

Key words:

HIV-infection, psychological adjustment, coping

Summary:

The study investigates the process of coping with an HIV-diagnosis. Four stages of coping are differentiated: 1) trauma, 2) decompensation, 3) coping, 4) restabilization. Data of 58 male HIV-carriers show the negative influence of an internal subjective infection theory and an avoidant coping-style, and the positive influence of an active-cognitive coping-style on psychological stability.

– eine Bedrohung der psychosexuellen Existenz

durch die Möglichkeit, andere zu infizieren. Konnte sich jemand bis zur Infektion noch als selbst gefährdet und als mögliches Infektionsopfer sehen, ist er/sie durch die Diagnose plötzlich in der Rolle des potentiellen Infektionstäters und hat damit nicht nur die große Verantwortung auf sich, sondern ist auch der Angst vor Kontrolle und Verfolgung ausgesetzt, was ja keine unrealistische Angst ist.

Diese dreifache Bedrohung bündelt sich zu einer extremen psychischen Belastung, der nicht alle standhalten können. Das läßt sich anhand der nüchternen Zahlen zeigen, die Marzuk et al. (1988) in New York erhalten haben. Sie verglichen die Suizide AIDS-Kranker mit denen der allgemeinen Bevölkerung und fanden eine 36fache Erhöhung der Suizidhäufigkeit bei den AIDS-Kranken. Das ist die eine Seite.

Auf der anderen Seite wissen wir, daß viele HIV-Infizierte und AIDS-Kranke ihre Situation mit einer erstaunlichen psychischen Stärke ertragen können und gelernt haben, mit ihr umzugehen. Das psychische System entwickelt also nach einer HIV-positiv-Diagnose Möglichkeiten der Kompensation durch bestimmte Bewältigungs- und Abwehrprozesse.

Phasen der psychischen Verarbeitung

Nach unseren Erfahrungen lassen sich dabei vier charakteristische Phasen der psychischen Verarbeitung unterscheiden.

In der ersten Phase kommt es zu der **psychischen Traumatisierung** durch die Mitteilung der Diagnose. Die Information ist so überwältigend, daß zunächst gar nicht reagiert werden

kann. Auffällig ist die von vielen berichtete fehlende emotionale Reaktion, ein Gefühl der dumpfen Benommenheit, der Lähmung. Oft wird das so beschrieben, daß die Mitteilung zwar rational verstanden, aber emotional gar nicht erfaßt wurde. Wegen dieser Affektisolierung kann bei dem Arzt der Eindruck entstehen, daß der Patient die Diagnose »gefaßt« aufgenommen habe. Tatsächlich handelt es sich aber um das Ergebnis einer psychischen Schockreaktion. Deshalb ist es immer sinnvoll, nach der Diagnosemitteilung ein weiteres Gespräch zu verabreden, bei dem dann die Konsequenzen für den Patienten besprochen werden können.

Erst in der zweiten Phase folgt der **depressive Einbruch**, die emotionale Reaktion auf die Mitteilung. Jetzt dominieren Gefühle des Zum-Tode-urteilt-Seins, die Angst, daß die Erkrankung sehr schnell kommt und daß sie einer unbeeinflussbaren Determiniertheit (deterministische subjektive Verlaufstheorie) unterliegt. Am ehesten in dieser Phase ist die Gefahr des Abwehrzusammenbruchs gegeben; entsprechend häufig sind Suizidgedanken.

Für die psychische Verarbeitung entscheidend ist die dritte Phase (wenige Wochen später), die emotional von einem teilweise sehr heftigen **Schwanken zwischen depressiven, gelassenen und optimistischen Gefühlen** gekennzeichnet ist.

Auf der kognitiven Ebene wechseln rückwärtsgewandte Fragen nach Infektionsursachen und Schuld und vorwärtsgewandte Fragen der Beeinflussbarkeit des Verlaufs. Jetzt entscheidet es sich, ob es bei der deterministischen Verlaufstheorie bleibt oder ob sich eine Kofaktorentheorie entwickelt, also die Überzeugung, daß der Verlauf beeinflussbar ist (durch eigenes Verhalten: Ernährung, Sport etc., oder medizinische Behandlung). In dieser Phase kann die Trauerarbeit um die verlorenen Zukunftsperspektiven geleistet werden; die psychische Abwehr kann sich stabilisieren, und es werden individuelle Bewältigungsstrategien entwickelt.

Dieser Bewältigungsphase folgt eine **Relativierung** (vierte Phase). Abhängig von der Entwicklung von

Tab. 1: Phasen der psychischen Verarbeitung einer HIV-positiv-Diagnose

Erste Phase
Psychische Traumatisierung durch Diagnosemitteilung
emotionale Reaktion Benommenheit, Taubheit, dumpfes Gefühl
kognitiver Inhalt -
Verhalten Unfähigkeit, zielgerichtet zu handeln
Psychodynamik Traumatisierung; Abwehr durch Affektisolierung

Tab. 2: Phasen der psychischen Verarbeitung einer HIV-positiv-Diagnose

Zweite Phase
Dekompensationsphase
emotionale Reaktion depressive Dekompensation; Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken
kognitiver Inhalt HIV-positiv bedeutet AIDS, also Todesurteil; deterministische subjektive Verlaufstheorie
Verhalten Passivität, Rückzug, gelegentlich überkompensierte Aktivität;
Psychodynamik Abwehrzusammenbruch

Tab. 3: Phasen der psychischen Verarbeitung einer HIV-positiv-Diagnose

Dritte Phase
Bewältigungsphase
emotionale Reaktion Wechsel von depressiven, gelassenen und optimistischen Gefühlen
kognitiver Inhalt Oszillieren zwischen rückwärtsgewandten Ursachenfragen und Schuldüberlegungen vs. vorwärtsgewandten Fragen der Beeinflussbarkeit; Entwicklung subjektiver Verlaufstheorien: deterministische vs. Kofaktorentheorie
Verhalten abhängig von Coping-Strategie und Kontrollüberzeugung (z. B. Aktivitäten wie Sport, bewußte Ernährung (»gutes zuführen«), Beziehungsaktivität etc.)
Psychodynamik Trauerarbeit; Diversifizierung von Abwehr; Entwicklung von Copingstrategien

Bewältigungs-Strategien tritt das Positiv-Sein in den Hintergrund.

Wenn sich eine gute Bewältigung entwickeln konnte, bleibt das Infiziertsein zwar bewußt, nimmt aber nur noch begrenzten »Raum« im psychischen Erleben ein. Diese Relativierung wird möglich durch eine Form der Verleugnung, die man als funktional (im Sinne der psychischen Stabilisierung) bezeichnen kann: Das Infiziertsein wird nicht völlig verleugnet, ist aber nicht dauernd präsent.

Diese Phasen sind nicht als linearer Ablauf zu sehen. Es bleibt bei der Relativierung nur dann, wenn nicht neue körperliche Symptome oder die Mitteilung schlechterer Laborwerte die Verleugnung durchbrechen. Die psychische Verarbeitung muß sich auf die neuen Bedingungen einstellen, evtl. werden die einzelnen Phasen dann erneut durchlaufen.

Psychische Belastungen in unterschiedlichen Stadien der Infektion

Wenn bisher von Phasen gesprochen wurde, ist folgendes zu betonen: Diese Phasen beschreiben die psychische Verarbeitung vor allem in den frühen Stadien des Infektionsverlaufes, also im asymptomatischen und LAS (Lymphadenopathie-Syndrom)-Stadium. Je dominanter die körperliche Erkrankung wird, desto schwieriger wird eine Relativierung. Dennoch können wir nicht von einer einfachen Parallelität zwischen körperlichem Zustand und psychischer Belastung ausgehen. So haben verschiedene Untersuchungen gezeigt, daß die Patienten im ARC (AIDS-Related Complex)-Stadium deutlich belasteter waren als AIDS-Erkrankte (Tross und Hirsch 1988, Goldmeier 1987).^{*} Chuang et al. (1989) haben die Belastungen in drei Stadien der HIV-Infektion verglichen: im asymptomati-

^{*} Selwyn (1986) fand bei homosexuellen Männern, daß 56% der AIDS-Kranken, 78% der ARC-Patienten und 39% der asymptomatisch HIV-positiven Symptome von Angst und/oder Depression (nach DSM-III-Kriterien) hatten.

schen, ARC- und AIDS-Stadium. Die asymptomatischen und ARC-Patienten (die sich in der psychischen Symptomatik kaum unterschieden) hatten deutlich mehr depressive Symptome, Stimmungsschwankungen und Angst als die AIDS-Patienten. Mit anderen Worten: Die Kränkeren waren nicht die psychisch belasteteren, sondern umgekehrt. Offenbar geht es in den frühen Stadien der Infektion um qualitativ andere Belastungen als im Stadium der »Vollbild«-Erkrankung. Die aufreibende konflikthafte Verarbeitung einer objektiven Ungewißheit ist danach belastender als das Bewußtsein des nahenden Todes.

Faktoren der psychischen Verarbeitung

Diese psychische Verarbeitung ist ein individuell sehr unterschiedlich verlaufender Prozeß. Wir haben bei verschiedenen HIV-positiven Teilnehmern unserer Studie gesehen, daß sie aus der Dekompensationsphase gar nicht herausgekommen sind und in einem dauerhaft bedrückten, teilweise auch ängstlichen Zustand geblieben sind, selbst dann, wenn keine Verschlechterung des körperlichen Zustandes auftrat, während andere sich nach einer Phase der Trauer um die verlorenen Zukunftsperspektiven psychisch stabilisieren.

Was sind die Bedingungen für diese unterschiedlichen psychischen Reaktionen?

Wir sind dieser Frage bei einer Stichprobe von 58 homosexuellen Männern, die sich auf sexuellem Weg infiziert haben, nachgegangen. Von den komplexen Zusammenhängen sollen zwei näher untersucht werden, die subjektive Infektionstheorie und die Coping-Stile.

Subjektive Infektionstheorie

Wir wissen aus der medizinpsychologischen Forschung, insbesondere bei Krebserkrankungen, daß Patienten subjektive Krankheitstheorien haben, sich also mehr oder weniger irrationale Vorstellungen über die Ursachen

Tab. 4: Phasen der psychischen Verarbeitung einer HIV-positiv-Diagnose

Vierte Phase
Relativierungsphase
emotionale Reaktion
Stabilisierung; gelegentliche Depression, Angst, Trauer
kognitiver Inhalt
Infiziertsein tritt in den Hintergrund des Bewußtseins
Verhalten
»Renormalisierung« des Alltagsverhaltens
Psychodynamik
»middle knowledge«: funktionale Verleugnung

ihrer Krankheit machen. (Bei diesen subjektiven Theorien spielen z. B. religiös-magische Vorstellungen, Fragen persönlicher Schuld eine Rolle.) Sie sind wichtige Voraussetzungen für die psychische Verarbeitung der Krankheit.

Wir haben gefragt, welche subjektiven Infektionstheorien bei HIV-Positiven von Bedeutung sind und wie diese sich auf ihre psychische Stabilität auswirken. Anders als beim Krebs ist bei einer HIV-Infektion die tatsächliche Ursache, d. h. der Infektionsweg, in der Regel bekannt. Unter subjektiven Infektionstheorien sind also nicht objektiv falsche Vorstellungen gemeint, sondern eher subjektive Bewertungen und Attributionen. Da-

bei ergeben sich vier relevante Theorien:

- interne Ursachenattributionen
Eine innere Bereitschaft wird verantwortlich gemacht, z. B. eine psychische Disposition, z. T. verbunden mit persönlichen Schuldgefühlen
- externe Ursachenattributionen
kreisen um die Frage, wer die infizierende Person war, der z. T. auch die Schuld gegeben wird
- Zufallsattributionen
verstehen die Infektion als zufällig in dem Sinne, daß sie »jeden anderen auch hätte treffen können«
- fatalistische Attributionen
sehen in der Infektion einen religiösen Sinn oder eine »höhere Gerechtigkeit«
Insbesondere die interne Attribution hängt eng mit der psychischen und psychosomatischen Stabilität zusammen.

Die Daten beziehen sich auf 58 homosexuelle HIV-Patienten (asymptomatisch oder im LAS-Stadium), die zum Zeitpunkt der Befragung keine schweren körperlichen Beeinträchtigungen hatten, und bei denen wir keine Anhaltspunkte für hirnrorganische Beeinträchtigungen hatten.

Aus Tabelle 5 wird deutlich, daß die subjektive Infektionstheorie »interne Attribution« sowohl mit Parametern der psychischen Stabilität (de-

Tab. 5: Korrelationen der »subjektiven Infektionstheorien« mit psychischen und psychosomatischen Kriteriumsvariablen (Selbstbeschreibung) bei HIV-positiven Männern (N = 58)*

	internal	external	fatalistisch	»Zufall«
Depressive Zustände	.60	.43		
Allgemeine Lebenszufriedenheit	-.46			
GBB 1 Erschöpfung	.39			
GBB 2 nervöse Magenbeschwerden	.33			
GBB 3 Gliederschmerzen	.34			
GBB 4 Herz-Kreislaufsympt.				
GBB Summenscore: allg. psychosomat. Stabilität	.34			

* nur signifikante Korrelationen (p < .05)

pressive Zustände*, allgemeine Lebenszufriedenheit) korreliert als auch mit der Selbstbeschreibung körperlicher Symptome nach dem Gießener Beschwerdebogen (GBB). Das heißt: die Vorstellung, eine innere Bereitschaft für die Infektion gehabt zu haben, die Neigung, sich selbst die Schuld für das Infiziertsein anzulasten, führt tendenziell zu einer Labilisierung sowohl des psychischen wie des Körperbefindens. Oft beziehen sich die Schuldgefühle auf die eigene Homosexualität, die bei einigen lange schon ein konflikthafter Teil ihrer Persönlichkeit war. In diesen Fällen gibt die HIV-Infektion diesem alten Konflikt neue Nahrung.

Coping-Stile

HIV-Infizierte entwickeln unterschiedliche psychische Verarbeitungs-

Tab. 6: Korrelationen der Coping-Stile mit psychischen und psychosomatischen Kriteriumsvariablen (Selbstbeschreibungen) bei HIV-positiven Männern (N = 58)*

	selbstaufwertende Auseinandersetzung	Vermeidung	soziale Unterstützungssuche
Depressive Zustände Allgemeine Lebenszufriedenheit	.47	.77 -.42	.42
GBB 1 Erschöpfung		.36	.30
GBB 2 nervöse Magenbeschwerden	.27	.33	.37
GBB 3 Verkrampfungserscheinungen		.38	.45
GBB 4 Herz-Kreislaufsympt.		.31	.35
GBB Summenscore: allg. psychosomat. Stabilität		.39	.41

* nur signifikante Korrelationen ($p < .05$)

* Depressive Symptome bzw. depressive Zustände werden hier im Zusammenhang mit der psychischen Verarbeitung untersucht. In letzter Zeit ist von verschiedenen Autoren (Wolcott et al. 1985, Perry & Jacobson 1986, Rundell et al. 1986, Perry & Marotta 1987, Fernandez et al. 1989) die Befürchtung geäußert worden, daß trotz hirnganischer Ursachen eine psychoreaktive Depression diagnostiziert werden könnte.

Diese Diskussion »hirnganisch vs. psychoreaktiv« ist besonders in der neurologischen Diagnostik von großer Bedeutung. In dieser Gegenüberstellung liegt die große Gefahr, den einen Fehler durch den anderen zu ersetzen. Eine Psychologisierung, d. h. eine auf psychodynamische Zusammenhänge begrenzte Sicht in Fällen, wo die hirnganische Symptomatik dominiert, ist ebenso falsch wie eine Neurologisierung, d. h. eine diagnostische Begrenzung auf neurologische Parameter, wo eine Konfliktdynamik offensichtlich ist. Im übrigen schließt das eine das andere nicht aus, Patienten können einen ZNS-Befall mit eindeutig neuropsychologischen Ausfällen haben und zusätzlich depressive Symptome, die klar auf eine psychische Konfliktlage beziehbar sind. Diese diagnostisch falsche Gegenüberstellung sollte aufgegeben werden. Statt dessen wäre eine systematische Analyse der relativen Anteile und des Zusammenwirkens neurologischer und psychologischer Prozesse dringend notwendig. Zum heutigen Stand, der freilich unbefriedigend ist, lassen sich innerhalb des Spektrums depressiver Symptome Differenzierungen machen. So weist eine generelle Apathie und geistig-intellektuelle Verlangsamung eher auf eine hirnganische Beteiligung hin, während Schuldgefühle, Selbstwertzweifel eher psychodynamische Ursachen wahrscheinlich machen.

weisen, wie sie mit dem Infiziertsein umgehen. Dabei lassen sich **drei unterscheidbare Coping-Stile** identifizieren**.

Selbstaufwertende Auseinandersetzung. Eine selbstaufwertende und selbstermutigende Haltung, die durch einen Bezug auf innere Ressourcen gekennzeichnet ist (»ich habe schon andere Probleme gemeistert«). Sie ist verbunden mit einer eher »rationalen« selbstkonfrontativen und auseinandersetzungsbereiten Einstellung zu dem Infiziertsein.

Vermeidung. Diese Coping-Variante hat zwei Komponenten. Auf der kognitiven Ebene dominiert die Verleugnung (i. S. von Wunschdenken, sich ablenken), auf der sozialen Ebene der Rückzug von nahestehenden Personen, ein Vermeiden von sozialem Austausch.

Soziale Unterstützungssuche. Im Vordergrund steht die Suche nach intensivem emotionalem Austausch mit anderen, teilweise in einem sehr abhängigkeitsuchenden Sinn.

Diese psychischen Verarbeitungsweisen sind unterschiedlich geeignet,

** Die Coping-Stile sind Faktoren zweiter Ordnung, die sich aus einer Faktorenanalyse von 9 Coping-Skalen des FKV (80-Item-Version, s. Muthny 1986) ergeben haben (näheres siehe Weimer et al. 1989).

depressive Krisen und Beeinträchtigungen des körperlichen Befindens zu kompensieren bzw. zu verschlechtern. Eine vermeidende Haltung und die soziale Unterstützungssuche stellen sich als ungünstige Einstellungen heraus. Das letztere ist nur auf den ersten Blick überraschend, da es sich hier um die **Suche** nach Unterstützung handelt, also um eine Einstellung derjenigen, die glauben, zuwenig davon zu haben.

Günstige und ungünstige Voraussetzungen der psychischen Verarbeitung

Aus der Literatur und den eigenen Ergebnissen lassen sich Voraussetzungen benennen, die sich als günstig bzw. ungünstig für die psychische Stabilität HIV-Infizierter herausgestellt haben:

Günstig sind:

- das Fehlen einer internalen Ursachenattribution (d. h.: ein relatives Desinteresse an der Frage nach der Infektionsursache)
- ein selbstermutigender Coping-Stil (d. h.: das Vertrauen auf innere Ressourcen und die Gewißheit, schon andere Probleme gemeistert zu haben)

- eine subjektive Kofaktorentheorie, verbunden mit einer hohen internalen Kontrollüberzeugung (d. h.: die Überzeugung, selbst den Infektionsverlauf günstig beeinflussen zu können)
- ein stabiles soziales Netz
- (bei homosexuellen Männern:) eine akzeptierende Einstellung zu der eigenen Homosexualität und der damit verbundenen Lebensform

Ungünstig sind:

- eine internale Ursachenattribution (d. h.: eine subjektive Infektionstheorie, derzufolge es eine innere Bereitschaft gab, sich zu infizieren)
- eine Bewältigungsform, die gleichzeitig soziale Unterstützung wünscht, sie real aber vermeidet
- eine deterministische subjektive Verlaufstheorie, verbunden mit einer fehlenden internalen Kontrollüberzeugung (d. h.: die subjektive Gewißheit, keinen Einfluß auf den Verlauf nehmen zu können)
- soziale Isolierung und fehlende soziale Unterstützung

- (bei homosexuellen Männern:) ein konflikthafte Verhältnis zur eigenen Homosexualität

Daß alle diese Faktoren Einfluß auf die psychische Stabilität HIV-Infizierter nehmen, kann als gesichert gelten. Ob die psychische Stabilität ihrerseits Einfluß auf die Stabilität des Immunsystems hat und damit auf den objektiven Infektionsverlauf, läßt sich heute noch nicht sagen. Diese Fragestellung gehört aber zu den entscheidenden der Kofaktoren-Forschung der HIV-Infektion, übrigens eine, die nur in Zusammenarbeit zwischen Medizin und Sozialwissenschaft angegangen werden kann.

LITERATUR

Chuang HT, Devins GM, Hunsley J, Gill MJ. Psychosocial distress and well-being among gay and bisexual men with human immunodeficiency virus infection. *American Journal of Psychiatry* 1989; 146: 876-80.

Fernandez F, Holmes VF, Levy JK et al. Consultation-liaison psychiatry and HIV-related disorders. *Hosp. Community Psychiatry* 1989; 40: 146-53.

Goldmeier D. Psychosocial aspects of AIDS. *British Journal of Hospital Medicine* 1987; 37: 232-40.

Marzuk PM, Tierney H, Tardiff K, Gross EM, Morgan EB, Hsu MA, Mann JJ. Increased risk of suicide in persons with AIDS. *Journal of the American Medical Association* 1988; 259: 1333-7.

Muthny, Perry SW, Jacobsen P. Neuropsychiatric manifestations of AIDS-spectrum disorders. *Hosp Community Psychiatry* 1986; 37: 135-42.

Perry SW, Jacobsen P. Neuropsychiatric manifestations of AIDS-spectrum disorders. *Hosp Community Psychiatry* 1986; 37: 135-42.

Perry S, Marotta R. AIDS dementia: A review of the literature. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1987; 1: 221-35.

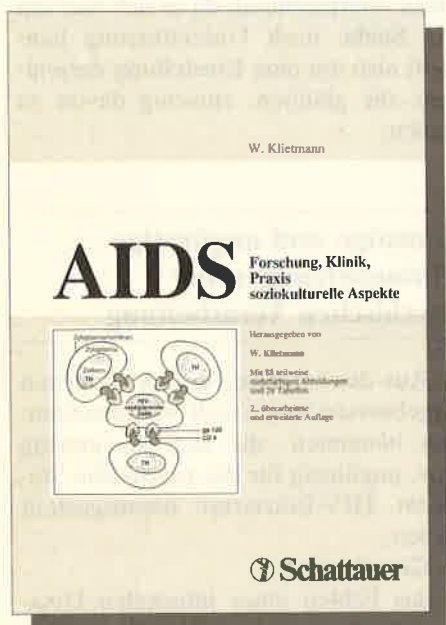
Selwyn PA. AIDS: what is now known? IV: Psychological aspects, treatments prospects. *Hosp Practic Off* 1986; 21: 125-38.

Tross S, Hirsch DA. Psychological distress and neuropsychological complications of HIV infection and AIDS. *American Journal of Psychology* 1988; 43: 929-34.

Weimer E, Nilsson-Schönnesson L, Clement U. HIV-Infektion: Trauma und Traumaverarbeitung. *Psyche* 1989; 43: 720-35.

Wolcott DL, Fawzy FI, Pasnau RO. Acquired immune deficiency syndrome (AIDS) and consultation-liaison psychiatry. *General Hospital Psychiatry* 1985; 7: 280-93.

(Anschritt des Verf.: Dr. Ulrich Clement, Psychosomatische Klinik der Univ. Heidelberg, Thibautstraße 2, W-6900 Heidelberg, FRG)



2., völlig neubearbeitete und erweiterte Auflage 1990. XVI, 240 Seiten, 88 Abbildungen, 26 Tabellen, kart. DM 59,- ISBN 3-7945-1234-0-1

Ein umfassender Überblick der wichtigsten Problemkreise im Zusammenhang mit AIDS

AIDS

In den rund acht Jahren, seit ihr Name erstmals in das Bewußtsein der Öffentlichkeit drang, hat die Immunschwäche-Erkrankung AIDS eine traurige Popularität erlangt. Kein anderes medizinisches Thema bewegt die Gemüter so sehr, auf kaum einem anderen Gebiet wird so intensiv geforscht. Und obwohl eine Lösung des Problems noch aussteht, mehren sich die Erkenntnisse über Ursachen und Zusammenhänge der Erkrankung fast täglich.

Aus diesem Grund erscheint bereits drei Jahre nach der erfolgreichen Erstauflage die 2. Auflage des von Wolfgang Klietmann herausgegebenen Bandes "AIDS. Forschung, Klinik, Praxis, soziokulturelle Aspekte". Die zwölf Beiträge behandeln in erster Linie medizinisch-naturwissenschaftliche Aspekte der Immunschwäche-Erkrankung, setzen sich aber auch kritisch mit rechtlichen und soziokulturellen Fragen auseinander. Für die 2. Auflage wurde

das jetzt 280 Seiten starke Buch grundlegend überarbeitet und dem aktuellen Kenntnisstand angepaßt. Außerdem wurde es um fünf Beiträge erweitert: Neu aufgenommen wurden drei Aufsätze über Veränderungen im Immunsystem und dermatologische Erkrankungen im Zusammenhang mit AIDS sowie zu theologisch-ethischen Fragestellungen. Ein weiterer Beitrag beschäftigt sich mit den psychosozialen und sexologischen Konsequenzen der Erkrankung. Ergänzt wird das Buch durch die künstlerische Auseinandersetzung mit dem Thema AIDS in Form von vier eigenwilligen Arbeiten der französischen Künstlerin Niki de Saint-Phalle.

