



# Psychotherapie · Psychosomatik Medizinische Psychologie

Organ der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie · des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin · der Deutschen Balint-Gesellschaft sowie der Gesellschaft für Medizinische Psychologie

---

**Herausgeber und  
Redaktion**

E. Heim, Bern  
H. Kächele, Ulm  
M. v. Kerekjarto, Hamburg  
U. Koch, Freiburg i.Br.  
**M. v. Rad, München**  
H. Speidel, Kiel

**Beirat**

D. Beckmann, Gießen  
W. Bräutigam, Heidelberg  
P. Christian, Heidelberg  
M. Geyer, Leipzig  
O.F. Kernberg, New York  
Chr. Müller, Lausanne  
H.E. Richter, Gießen  
H. Strotzka, Wien  
H. H. Strupp, Nashville  
W. Stucke, Hannover  
H. Weiner, Los Angeles  
J. Willi, Zürich

**Sonderdruck**

© Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York  
*Nachdruck nur mit Genehmigung des Verlags*

# Depressive Reaktionen und psychische Verarbeitung bei HIV-positiven homosexuellen Männern\*

Ernst Weimer, Ulrich Clement, Lena Nilsson-Schönnesson

Psychosomatische Klinik der Universität Heidelberg (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. G. Rudolf)

## Depressive reactions and mental coping in HIV-positive homosexual males

Interviews and psychotherapeutic treatments performed with HIV-positive males reveal frequent depressive crises in some of the men, whereas others are mentally relatively stable after having gone through a period of mourning over the loss of long-term life perspectives and prospects. The present study examined in 54 HIV-positive male homosexuals not suffering from AIDS, the causes of the depressive management by comparing a depressive and a non-depressive group.

The results show: 1. that three well-defined styles of coping can be discerned, namely, "self-confrontation", "avoidance", and "seeking social support"; 2. that the "avoidance" style of coping is particularly pronounced in the depressive group; 3. that in 86% of the depressive but only in 26% of the non-depressives there is a noticeable conflict between socioemotional retreat and seeking social support; 4. that the depressives estimate the changes of any subjective influence on the course, as being very low, whereas the subjective probability of falling ill is correspondingly high, the self-confronting coping style correlating negatively with the subjective disease probability; 5. that in the depressive group the reasons for the infection are seen rather in one's own person, a mental predisposition being held co-responsible. In this context, the lower self-acceptance of one's own homosexuality plays a decisive role in the "subjective infection theory".

## Key words

HIV-Infektion – coping – depressive Reaktion – Homosexualität

## Zusammenfassung

Aus Interviews und Psychotherapien mit HIV-positiven Männern ergibt sich, daß einige von ihnen häufig depressive Krisen erleben, während andere nach einer Phase der Trauer um den Verlust langfristiger Lebensperspektiven psychisch relativ stabil sind. Die Studie untersucht an 54 HIV-positiven, nicht AIDS-erkrankten homosexuellen Männern die Ursache der depressiven Verarbeitung durch den Vergleich zweier Gruppen, einer depressiven und einer nicht-depressiven.

Die Ergebnisse zeigen: 1. daß sich drei gut abgrenzbare Copingstile identifizieren lassen, nämlich „selbstaufwertende Auseinandersetzung“, „Vermeidung“ und „soziale Unterstützung“; 2. daß der vermeidende Copingstil in der Depressiven-Gruppe besonders ausgeprägt ist; 3. daß bei 86% der Depressivengruppe, aber nur bei 26% der Nicht-depressiven-Gruppe, ein Konflikt zwischen sozioemotionalem Rückzug und der Suche nach sozialer Unterstützung erkennbar ist; 4. daß in der Depressiven-Gruppe die subjektiven Einflußmöglichkeiten auf den Verlauf besonders gering eingeschätzt werden und entsprechend die subjektive Erkrankungswahrscheinlichkeit besonders hoch ist. Dabei korreliert der selbstaufwertende Copingstil negativ mit der subjektiven Erkrankungswahrscheinlichkeit; 5. daß in der Depressiven-Gruppe die Ursachen der Infektion stärker in der eigenen Person gesehen werden und eine psychische Disposition mitverantwortlich gemacht wird. Dabei spielt die ebenfalls geringe Akzeptanz der eigenen Homosexualität eine entscheidende Rolle für die „subjektive Infektionstheorie“.

\* Die Untersuchung wurde ermöglicht durch die finanzielle Unterstützung des Ministeriums für Wissenschaft und Kunst des Landes Baden Württemberg.

## 1 Einleitung

Nach Mitteilung einer HIV-positiv Diagnose sind Testpositive vielfältigen Belastungen ausgesetzt. Diese treten nicht erst bei Beginn körperlicher Symptome auf, sondern sind bereits im symptomlosen Stadium zu beobachten. Aus der Vielfalt dieser Belastungen sind Erkrankungs- und Ausgrenzungängste besonders hervorzuheben, die bei allen Testpositiven zumindest latent vorhanden sind.

Die *Angst vor Erkrankung und Tod*, Phantasien von körperlichem Zerfall, Siechtum und Sterben werden besonders in den Tagen nach der Diagnosemitteilung, in Zeiten von Erkrankungen, aber auch bereits bei minimalen Veränderungen des körperlichen Befindens (z. B. Hautveränderungen, Durchfall, Nachtschweiß etc.) manifest. Diese Erkrankungs- und Todesangst ist gekennzeichnet durch das Gefühl, einerseits gesund, andererseits aber potentiell todkrank zu sein. Der objektiv vorhandenen Unsicherheit bzw. schwierigen Vorhersagbarkeit des Infektionsverlaufes korrespondiert ein inneres Erleben von Hilflosigkeit und Ohnmacht, das besonders dann stark ausgeprägt ist, wenn der eigene Einfluß auf den Infektionsverlauf als gering eingeschätzt wird. Das „Danklesschwert“ der HIV-Infektion, d. h. die Unsicherheit über den Ausbruch einer Erkrankung und der Mangel an Beeinflussungsmöglichkeiten, sind entscheidend für das Erleben von Bedrohung (Prystav 1981).

Die *Angst vor Stigmatisierung und Ausgrenzung* wird unter anderem als generalisierte Erwartungshaltung in sozialen Beziehungen deutlich: Viele Testpositive verschweigen ihre Diagnose vor Freunden und Bekannten in der Befürchtung, daß diese die Beziehung abbrechen oder intime emotionale Kontakte vermeiden könnten. In Interviews und Therapien mit Testpositiven haben wir häufig die Befürchtung gehört, daß das Vertrauen mißbraucht werden könnte, der andere (Arzt, Therapeut, Freund etc.) könne das anvertraute Geheimnis der Infektion verraten und im sozialen Umfeld verbreiten. Diese Ausgrenzungs-/Stigmatisierungsangst wird am Fall eines 22jährigen Mannes deutlich, der in den späten Abendstunden einen Termin an unserer Klinik vereinbarte. Er verschwiegen seinen Namen aus der Befürchtung heraus, daß der Untersucher „schwarze Listen“ anfertigen könnte, die im Falle eines politischen Umschwunges zu erkennungsdienstlichen Zwecken und zur Inhaftierung von Testpositiven benutzt werden. Stigmatisierungs- und Ausgrenzungsangst manifestieren sich auch in Träumen oder Phantasien, in denen der Testpositive von anderen abgewiesen, abgeurteilt oder vernichtet wird. Im geschilderten Fallbeispiel hatte der Patient die Phantasie, daß er von seiner Familie ausgestoßen und einsam in seinem Zimmer verhungern werde, wenn seine Familie von der Diagnose erfährt. Diese Angstgehalte und Befürchtungen in sozialen Beziehungen resultieren unter anderem aus Erfahrungen ängstlicher Vermeidungshaltungen, Kontaktabbruch, Mangel an Empathie (vgl. Stevens u. Muskin 1987) bis hin zu offener Diskriminierung. Testpositive wissen um die bewertenden Urteile in der Bevölkerung, in denen Verantwortung und Schuld an der Existenz des HI-Virus ihnen, den sogenannten „Risikogruppen“ zugeschrieben wird, der Homosexualität und dem sexuellen Lebensstil des Infizierten angelastet werden (Kelly u. St. Lawrence 1988).

Die Diagnose und deren weitreichende Implikationen bedürfen einer kognitiven und emotionalen *Verarbeitung* (z. B. Beutel 1988, Steffens u. Kächele 1988).

## 2 Problemstellung

Die Verarbeitung der Diagnose HIV-positiv ist Gegenstand eines Forschungsprojektes, in dem wir Verlaufsinterviews und z. T. auch Psychotherapien mit Testpositiven durchführen. Hier haben wir beobachtet, daß ein Teil der Befragten relativ häufig depressive Krisen erlebt, während andere nach einer Phase der Trauer um den Verlust langfristiger Lebensperspektiven weitgehend stabil sind. Uns interessiert die Analyse dieser depressiven Zustände. Unter dieser Perspektive fragen wir, durch welche psychischen Verarbeitungsmodalitäten depressive Zustände begünstigt oder verhindert werden. Diese depressiven Zustände sind hier nicht im Sinne einer psychiatrischen Erkrankung, insbesondere nicht als Resultat eines ZNS-Befalls durch das HIV, zu verstehen, sondern vielmehr als Reaktion auf die Extrembelastung des Traumas der HIV-Diagnose, d. h. als Resultat psychodynamischer Mechanismen und Verarbeitungsmodalitäten.

Für die Verarbeitung schwerwiegender Diagnosen und die Stabilität einer Anpassung im Sinne des Schutzes vor depressiven Einbrüchen sind nach Ergebnissen aus der Krebsforschung und klinischen Erfahrungen mit HIV-Positiven bestimmte *Copingstrategien* (Heim 1988), *Kontrollüberzeugungen* (Taylor et al. 1984, Taylor 1983), *subjektive Infektionstheorien bzw. Attributionsstile* (Riehl-Emde et al. 1989) bedeutsam.

Heim (1988) hat 15 kontrollierte Karzinomstudien zu geeignetem und ungeeignetem Coping analysiert und kommt zu dem Ergebnis, daß zupackendes Verhalten (Problemanalyse und -lösung) adaptiver ist als eine passive Grundhaltung, Unterdrückung von Gefühlen und sozialer Rückzug.

Taylor u. a. (1984) fanden bei Krebspatienten, daß jene Patienten, die der Überzeugung waren, Krebs durch eigenes oder ärztliches Handeln kontrollieren zu können, weniger zu Angst und Depression neigten als jene, deren Kontrollüberzeugungen gering waren.

Riehl-Emde u. a. (1989) konnten in einer Studie mit Karzinompatientinnen Zusammenhänge zwischen Attributionen und Adaptivität nachweisen. Jene Patientinnen, die eigene seelische Probleme nicht als bedeutsame ätiologische Faktoren für die Krebserkrankung sahen, waren optimistischer hinsichtlich des weiteren Krankheitsverlaufes als diejenigen, die eigene seelische Probleme verantwortlich machten. Außerdem konnten sie zeigen, daß eine depressiv getönte Verarbeitungsweise dann auftritt, wenn die Erkrankung subjektiv durch seelische Probleme erklärt wird.

Im Vergleich zur Verarbeitung einer Krebserkrankung ist bei einer HIV-Infektion die Dimension Sexualität besonders zu berücksichtigen: Etwa 70% aller AIDS-Erkrankten sind homosexuell, und auch im öffentlichen Bewußtsein werden HIV und AIDS mit Homosexualität und einem promiskuen Sexualverhalten in Verbindung gebracht. Klinische Erfahrungen mit HIV-positiven Homosexuellen deuten darauf hin, daß eine konflikthafte Homosexualität mit

schuldhafte Verarbeitung, mit Selbstentwertung und damit auch mit einer depressiven Stimmung assoziiert ist. Homosexuell zu werden ist immer eine krisenhafte Entwicklung, ein schrittweises Akzeptieren der eigenen sexuellen Neigung, was durch gesellschaftliche Diskriminierung erschwert wird und manchen nie ganz gelingt. Die krisenhafte Phase kann nun durch eine HIV-positiv-Diagnose gerade bei solchen Homosexuellen reaktiviert werden, für die ihre Homosexualität konfliktvoll geblieben ist. Ihnen gibt die Diagnose HIV-positiv einen neuen Anlaß zur Selbstverurteilung und zur Belastung der eigenen Identität mit Verantwortung und Schuld an der Infektion. Ein Teilnehmer unserer Studie formulierte in aller Deutlichkeit: „Wir Homosexuellen sind der Abschaum der Menschheit; kein Wunder, daß es gerade uns erwischt hat.“

Aufgrund der klinischen Evidenz *erwarten* wir, daß besonders jene die Diagnose schuldhaft verarbeiten und zu depressiven Reaktionen neigen, deren homosexuelle Selbstakzeptanz gering ist (1. Hypothese). Wolcott et al. (1986) konnten diese Hypothese in einer Studie bei AIDS-Patienten allerdings nicht bestätigen. Vermutlich drängt die Dramatik des Krankheitsgeschehens beim Vollbild AIDS Konflikte mit der sexuellen Selbstakzeptanz eher in den Hintergrund.

Nach den referierten Befunden und Erfahrungen dürften depressive Zustände (Angst, Verzweiflung, Neigung zu Selbstbeschuldigung etc.) besonders dann auftreten, (1) wenn die Ursachen der Infektion in der eigenen Person gesucht wurden (internale Attributionen), (2) wenn keine Möglichkeiten wahrgenommen werden, den Verlauf der Infektion beeinflussen zu können (geringe internale Kontrolle), (3) wenn eine passive Grundhaltung, verbunden mit sozialem Rückzug dominiert und (4) wenn eine geringe Akzeptanz der Homosexualität zu beobachten ist. Diese Hypothesen untersuchen wir im Rahmen eines Projektes zur Verarbeitung der HIV-positiv-Diagnose, das wir an der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg in Kooperation mit dem Stockholmer HIV-Center for Gay and Bisexual Men durchführen.

## 3 Methoden

### 3.1 Stichprobe

Die Stichprobe umfaßt 54 HIV-positive homosexuelle Männer, 27 aus dem Raum Heidelberg/Mannheim und Frankfurt, 27 aus Stockholm. Der Altersbereich der Untersuchten reicht von 20 bis 67 Jahren. 39% sind zwischen 20 und 30 Jahre alt, 41% 31 bis 40 Jahre und 20% sind älter als 40 Jahre. Der Zeitraum zwischen Diagnosemitteilung und Erstuntersuchung reicht bei 24% der Untersuchten bis zu zwei Jahren, bei 48% liegt er zwischen zwei und vier Jahren, und 28% kennen die Diagnose länger als drei Jahre.

Die Stichprobe ist unter medizinischen Gesichtspunkten nicht repräsentativ für HIV-Positive. Patienten mit schweren körperlichen Symptomen sind unterrepräsentiert. Aus ethischen Gründen hatten wir am ‚Vollbild‘ AIDS Erkrankte nicht einbezogen, da wir ihnen die aufwendigen Fragebogen und Interviews nicht zumuten wollten. Auch wurden Patienten, die zum Befragungszeitpunkt erkennbare neurologische Symptome hatten (kognitive Ausfälle oder lethargische Zustände, die nicht vorwiegend konfliktreaktiv verstehbar waren), nicht in die Stichprobe aufgenommen. Außer zwei Patienten mit ARC-Stadium sind die Befragten ohne Symptome oder hatten ein Lymphadenopathiesyndrom. Die Stock-

holmer Stichprobe setzt sich vorwiegend aus Klientel der städtischen Beratungsstelle „Psykhälsan“ für homo- und bisexuelle Männer zusammen. Die Beratungsstelle hat einen relativ nahen Kontakt zur „gay community“ und ist dort gut angesehen. Die Heidelberger Stichprobe umfaßt Patienten, die meist mit einem Beratungs- und Psychotherapeuten vorwiegend aus der Hautklinik der Universität Heidelberg oder dem städtischen Klinikum Mannheim überwiesen wurden. Ein Teil waren freiwillige Teilnehmer, die von der Untersuchung gehört hatten. Insgesamt ermöglicht die Gesamtstichprobe Aussagen über die psychische Verarbeitung der Diagnose bei solchen HIV-Positiven, deren Lebenssituation noch nicht von schweren körperlichen Symptomen beeinträchtigt ist.

### 3.2 Meßinstrumente

Bei der Erstuntersuchung wurden halbstrukturierte Interviews durchgeführt und verschiedene Fragebogen zur Erfassung der genannten Konstrukte vorgegeben.

*Depressive Zustände* wurden anhand der Skalen „Grundstimmung“ aus dem Gießen-Test (Beckmann et al. 1983) und „depressive Verarbeitung“ aus dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (Muthny 1986) gemessen. Diese Skalen beschrieben Gefühlszustände wie Angst, Hilflosigkeit, Trauer, Niedergeschlagenheit und Resignation. Die Skala „Grundstimmung“ beschreibt zusätzlich die Innenwendung der Aggression, sowie Selbstunsicherheit auf dem depressiven Pol.

Die *Bewältigung* der Diagnose durch Copingstrategien wurde durch eine modifizierte Form des FKV von Muthny (1986)\* erfaßt, ein Fragebogen, der aus 80 Items besteht, die 11 faktorenanalytisch und rational konstruierte Skalen zuzuordnen sind. Zur Bestimmung übergreifender Copingstile wurden neun Skalen des FKV einer Faktorenanalyse zweiter Ordnung unterzogen, die nach dem Eigenwertkriterium zu einer dreifaktoriellen Struktur führte (Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation). Die Skalen „depressive Verarbeitung“ und „Akzeptanz“ gingen nicht in die Faktorenanalyse ein, da diese unseres Erachtens das Ergebnis der Bewältigungsbemühungen beschreiben. Tab. 1 beschreibt die neun FKV-Skalen auf den drei Faktoren.

Tab. 1 Ladungen der FKV-Skalen auf den Faktoren

Skalen	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	
F1A	.00	.83	.21	Vermeidung und Wunschenken
F2	.69	-.02	.32	rationale Problemlösung
F3	.76	.33	.07	Religiosität und Sinnsuche
F4	.22	-.21	.85	Carpe diem und Lebensgenuß
F5	.00	.88	-.15	sozialer Rückzug
R1	.74	-.41	.37	Selbstermutigung
R2	.16	.32	.81	soziale Unterstützung
R3	.87	.01	.12	Selbstentwertung
R4	.81	-.09	.04	Relativierung durch Vergleich

\* Hier wurde eine frühere Version des FKV von 1986 verwendet.

Der erste Faktor, den wir als *selbstaufwertende Auseinandersetzung* interpretieren, umfaßt die Skalen „Relativierung durch Vergleich“, „Selbstaufwertung“, „rationale Problemlösung“, „Selbstermutigung“ und „Religiosität und Sinnsuche“. Das Gemeinsame dieses Copingstils ist ein starker Bezug auf innere Ressourcen, die Überzeugung, schon andere Probleme bewältigt zu haben und die Gewißheit, mit dem Problem besser als andere fertig zu werden. Der zweite Faktor, den man als *Vermeidung* bezeichnen kann, enthält die Skalen „Vermeidung und Wunschdenken“ und „sozialer Rückzug“. Inhaltlich beschreibt dieser Copingstil eine verleugnende Haltung gegenüber der Infektion, verbunden mit der Tendenz, die Infektion und deren Implikationen nicht glauben zu wollen, das Hoffen auf ein Wunder etc. Damit verbunden ist ein Rückzug von Freunden und Bekannten, das Zurückhalten der Gefühle und die Tendenz, niemanden wissen zu lassen, wie schlecht die eigene Situation empfunden wird\*.

Auf eine Interpretation des dritten Faktors haben wir wegen seiner Heterogenität verzichtet. Statt dessen wurde die Skala „Suche nach sozialer Unterstützung“ als eigenständiges Verarbeitungsmuster in die Analyse aufgenommen. „Suche nach sozialer Unterstützung“ beschreibt ein *abhängigkeitssuchendes Verhalten* und enthält Items wie „sich verwöhnen lassen“, „sich bei jemand ausweinen“, „jemand um Rat fragen“ etc.

*Subjektive Infektionstheorien* beziehen sich auf Erklärungen über die Ursachen der Infektion. Diese wurden durch einen eigens konstruierten Fragebogen mit 15 Items erhoben und auf einer dreistufigen Antwortskala beurteilt. Die Items wurden vier rational konstruierten Skalen zugeordnet (Tab. 2). *Internale Attributionen* sind einmal als moralische Argumente von Schuld und Gerechtigkeit/Strafe erfaßt und in einer zweiten Skala als relativ wertneutrale Erklärungen, in denen auf psychische Dispositionen und den eigenen Lebensstil Bezug genommen wird. *Externale Attributionen* belasten andere Personen mit Schuld und Verantwortung für die Infektion. Eine letzte Skala beschreibt den *Verzicht auf Attributionen*.

Als Indikator für die *homosexuelle Selbstakzeptanz* wurde die Frage verwendet, wie häufig in letzter Zeit der Wunsch vorhanden war, nicht homosexuell zu sein (1: „nie“ bis 4: „sehr oft“).

*Subjektive Kontrollüberzeugungen* wurden durch die Frage nach der subjektiven Erkrankungswahrscheinlichkeit und der subjektiven Einflußmöglichkeit auf den Verlauf der Erkrankung erfaßt (5stufige Items).

#### 4 Ergebnisse

##### 4.1 Depression und Copingstile

Da für die Skala Grundstimmung des Gießen-Tests Normwerte aus einer repräsentativen Stichprobe der Gesamtbevölkerung vorliegen, wurden als Trennkriterien für den hypomanischen und depressiven Bereich Mittelwerte und Standardabweichungen verwendet. Gemessen an den Normwerten liegen 53% der Untersuchten im Normbereich, 5% im hypomanischen und 42% im depressiven Bereich. Auf der Depressionsskala des FKV sind 22% (n = 11) als hoch depressiv (Ausprägungen „ziemlich“ bis „sehr stark“), 45% als wenig depressiv einzuschätzen. 33% ordnen sich auf dem mittleren

**Tab. 2** Skalen und Items zur Erfassung subjektiver Infektionstheorien

Subjektive Infektionstheorien (Attributionen)	
I. Internale Attributionen (Selbstbeschuldigungen)	
1. Attribution von Schuld auf das Selbst	
– ich bin selbst schuld, infiziert zu sein	
– daß ich die Infektion bekommen habe, ist so etwas wie eine höhere Gerechtigkeit	
2. Erklärung durch Berufung auf psychische Dispositionen und den Lebensstil	
– ich glaube, daß ich körperlich wenig Widerstandskraft hatte, da ich ungesund gelebt habe	
– bei meiner Infektion haben auch psychische Gründe eine Rolle gespielt	
– es gab bei mir eine innere Bereitschaft, die Infektion zu bekommen	
II. Externale Attributionen	
3. Fremdbeschuldigung	
– es ist die Schuld von anderen, daß ich infiziert bin	
– ich bin infiziert, weil ich von Ärzten falsch behandelt worden bin	
III. Verzicht auf Attributionen	
– mir ist es völlig egal, wodurch ich die Infektion habe	
– daß ich die Infektion habe, wird schon einen Sinn haben, auch wenn ich ihn im Moment nicht verstehe	

**Tab. 3** Verteilung (Häufigkeiten und Prozentangaben) von Bewältigungsmodalitäten in der Gesamtstichprobe

	selbstaufwertende Auseinandersetzung	Vermeidung	Abhängigkeitssuche
gering	14 27%	26 51%	14 27%
mittel	24 47%	20 39%	27 53%
hoch	13 26%	5 10%	10 20%

Skalenbereich ein. Beide Depressionsskalen korrelieren hochsignifikant ( $r = .66, p < .001$ ). Zwischen Zeitdauer von Diagnosemitteilung bis Erstuntersuchung und den Depressionswerten besteht kein nennenswerter Zusammenhang\*\*.

Tab. 3 beschreibt die Verteilung der Gesamtstichprobe über die Ausprägungen der Copingstile (gering: „gar nicht“ bis „wenig“; mittel: „mittelmäßig“; hoch: „ziemlich“ bis „sehr stark“).

\* Wir hatten die beiden Faktoren ursprünglich als „kämpferische Haltung“ und „passiver Rückzug“ interpretiert (Weimer, Nilsson-Schönnesson, Clement 1989). Die Kennzeichnung erscheint uns aus heutiger Sicht zu eng. Im Begriff der „kämpferischen Haltung“ ist der Aspekt der Selbstwertregulation nicht enthalten. Der Begriff „passiver Rückzug“ beschreibt nur ein Verhalten und umfaßt nicht den kognitiven Prozeß von Vermeidung und Wunschdenken.

\*\*Beide Depressionsskalen wurden für die Differenzierung nichtdepressiver und depressiver Testpositiver verwendet. Das Trennkriterium für den depressiven Bereich der Skala Grundstimmung ist oben beschrieben. Als Trennkriterium des depressiven Pols der Depressionsskala des FKV wurde das arithmetische Mittel verwendet. Jene Untersuchten, deren Werte auf der Gießen-Testskala und/oder der FKV-Skala im depressiven Bereich lagen, wurden der depressiven Gruppe zugeordnet.

**Tab. 4** Korrelationen zwischen Depressionsskalen und Copingstilen

Copingstile	Depression	
	FKV	Gießen-Test
selbstaufwertende Auseinandersetzung	-.01 n. s.	-.05 n. s.
Vermeidung	.79***	.59***
Abhängigkeitssuche	.47***	.41**

\*\*\* =  $p < .001$ ; \*\* =  $p < .01$ ; \* =  $p < .05$

Daraus ist ersichtlich, daß selbstaufwertende Auseinandersetzung und Abhängigkeitssuche als Copingstile relativ bedeutsam sind. Eine ausgesprochen vermeidende Haltung (hohe Ausprägungen auf der Skala) ist bei nur 10%, eine mittlere bei 39% zu beobachten. Zur Prüfung der Hypothese, wonach Depression bzw. das Fehlen von depressiven Reaktionen in Abhängigkeit von den Copingstilen variiert, wurden die Produkt-Moment-Korrelationen zwischen den Depressions- und Copingskalen bestimmt. Tab. 4 zeigt, daß die selbstaufwertende Auseinandersetzung mit keiner der beiden Depressionsskalen nennenswert korreliert. Vermeidung und Abhängigkeitssuche hingegen lassen bedeutsame Zusammenhänge zu beiden Depressionsskalen erkennen: Je stärker Vermeidung und abhängigkeitssuchendes Verhalten, um so ausgeprägter die Depression.

Untersucht man die Verteilung von Vermeidung bei depressiven und nichtdepressiven Testpositiven, so wird deutlich, daß die Mehrzahl der Nichtdepressiven (82%) „wenig“ oder „gar nicht“ zu Vermeidung neigt, während die meisten der depressiven Gruppe (hohe Werte auf FKV- oder Gießen-Testskala) mittlere (59%) bis hohe (19%) Vermeidungswerte aufweisen.

Eine ähnliche Verteilung ist auch bei dem Copingstil Abhängigkeitssuche zu erkennen: Bei den Nichtdepressiven zeigen 30% mittleres bis ausgeprägtes abhängigkeitssuchendes Verhalten, bei den Depressiven hingegen sind es 61%.

Die Tatsache, daß Depressive sowohl häufiger zu Vermeidung („Vermeidung und Wunschdenken“, „sozialer Rückzug“) als auch zu Abhängigkeitssuche neigen, erscheint auf den ersten Blick widersprüchlich, da sozialer Rückzug und Abhängigkeitssuche gegenläufige Verhaltensimpulse oder Wünsche darstellen. Es stellt sich hier die Frage, ob diese gegenläufigen Verhaltensimpulse und Wünsche im Erleben der depressiven Testpositiven präsent sind, also einen intrapsychischen Annäherungs-Vermeidungskonflikt bilden. Eine alternative Erklärung wäre die, daß es sich bei den gegenläufigen Verhaltensimpulsen nicht um einen intrapsychischen Konflikt handelt, sondern um ein Ergebnis der *Aggregation*: Eine Teilgruppe der Depressiven zieht sich sozioemotional zurück, während der andere Teil die Infektion durch abhängigkeitssuchendes Verhalten bewältigt.

Tab. 5 beschreibt die Verteilung von Abhängigkeitssuche und sozialem Rückzug bei Depressiven und Nichtdepressiven. In der Gruppe der Depressiven zeigen 86% sowohl hohes Rückzugsverhalten als auch hohe Abhängigkeitssuche. Nur 3,6% (n = 1) haben hohe Ausprägung auf der

**Tab. 5** Verteilung von Abhängigkeitssuche und sozialem Rückzug bei depressiven und nichtdepressiven Testpositiven

Abhängigkeitssuche	Depressive (n = 28)		Nichtdepressive (n = 23)	
	sozialer Rückzug gering	sozialer Rückzug hoch	sozialer Rückzug gering	sozialer Rückzug hoch
gering	0 0%	1 3,6%	1 4,3%	2 8,7%
hoch	3 10,7%	24 85,7%	11 47,8%	6 26,1%
N	3	25	28	23

Rückzugsdimension und geringe auf der Dimension Abhängigkeitssuche.

Das umgekehrte Bewältigungsmuster ist ebenfalls nur bei 10,7% (n = 3) zu beobachten. Diese Verteilung spricht deutlich dafür, daß sozialer Rückzug und Abhängigkeitssuche als *intrapsychischer Konflikt* bei den depressiven Testpositiven existiert, es sich also nicht um eine Aggregation zweier Teilgruppen handelt. In der Gruppe der Nichtdepressiven ist der genannte Konflikt bei nur 2,1% zu finden; die Mehrheit in dieser Gruppe (47,8%) versucht, die Diagnose durch Abhängigkeitssuche zu bewältigen.

*Zusammenfassung:* Die Ergebnisse zeigen, daß der Anteil der Depressiven mit 42% gegenüber der Normstichprobe mit 16% (vgl. Beckmann et al. 1983, S. 133) deutlich erhöht ist. In der Gesamtstichprobe der Testpositiven sind selbstaufwertende Auseinandersetzung und Abhängigkeitssuche bedeutsame Copingstile. Der Vergleich zwischen Depressiven und Nichtdepressiven ergibt, daß erstere stärker zu Vermeidung und Wunschdenken, also zu Verleugnung der Implikationen der Diagnose, zu sozialem Rückzug und zu Abhängigkeitssuche neigen. Darüber hinaus zeigen die Befunde, daß bei 86% der Depressiven und bei nur 26% der Nichtdepressiven ein Konflikt zwischen sozialem, emotionalem Rückzug und dem Wunsch nach Unterstützung existiert.

##### 4.2 Depression, Kontrollüberzeugungen und Copingstile

Internale Kontrollüberzeugungen werden in der Literatur als günstig für die Anpassung an schwerwiegende Diagnosen und ihre Verarbeitung bewertet (vgl. Taylor 1983). Wenn dies auch für die HIV-Diagnose zutrifft, dann müßte die Überzeugung, den Ausbruch einer AIDS-Erkrankung (z. B. durch Stabilisierung des Immunsystems mit Hilfe von Sport, Vitaminkuren, homöopathische Präparate etc.) beeinflussen zu können, Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit, Angst und Depression verhindern. Die internale, globale Kontrollüberzeugung wurde durch die Frage erfaßt, wie die eigenen Einflußmöglichkeiten eingeschätzt werden, eine Erkrankung an AIDS zu verhindern. Weiterhin sollten die Teilnehmer einschätzen, wie hoch sie die Erkrankungsgefahr sehen (unabhängig von den Einflußmöglichkeiten). Tab. 6 zeigt, daß die Einflußmöglichkeit um so geringer eingeschätzt wird, je höher die Depressionswerte auf der FKV-Skala sind.

Von den Testpositiven, die ihren Einfluß als gering bis sehr gering einschätzen, sind 83% in der Gruppe der

Tab. 6 Produkt-Moment-Korrelationen zwischen Einflußmöglichkeit, Erkrankungsrisiko, Depression und Copingstilen

	Depression		Copingstile		Abhängigkeitssuche
	FKV	Gießen-Test	selbstaufw. Auseinandersetzung	Vermeidung	
Einflußmöglichkeit	-.38**	-.22 n. s.	.26 n. s.	-.37*	-.05 n. s.
subjektive Risiko einer Erkrankung	.46**	.37*	-.36*	.19 n. s.	.07 n. s.

Depressiven. Da die Einflußmöglichkeit signifikant negativ mit der subjektiven Erkrankungswahrscheinlichkeit korreliert ( $r = -.61, p < .001$ ), schätzen Depressive die Gefahr einer AIDS-Erkrankung auch als relativ hoch ein: Von den 20 Testpositiven, die das Risiko einer Erkrankung als hoch bewerten, sind 17 auch depressiv. Das Erkrankungsrisiko wird um so geringer eingeschätzt, je stärker die selbstaufwertende Auseinandersetzung mit der Diagnose und deren Implikationen ist. Das heißt, daß jene, die sich mit der Diagnose auseinandersetzen, auf eigene Ressourcen setzen, die Gefahr einer AIDS-Erkrankung als relativ gering sehen, obwohl sie ihre Einflußmöglichkeiten gar nicht so hoch sehen. Weiter ist zu erkennen, daß bei einer vermeidenden Haltung die Einflußmöglichkeiten als gering bewertet werden (Tab. 6).

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, daß depressive Testpositive ihren Einfluß auf den Infektionsverlauf als gering einschätzen und daher auch die Gefahr, an AIDS zu erkranken als relativ hoch bewerten. Eine geringe interne Kontrollüberzeugung (geringer subjektiver Einfluß) wird nach den vorliegenden Ergebnissen durch eine vermeidende Haltung (Vermeidung und Wunschenken, sozialer Rückzug) begünstigt. Die selbstaufwertende Auseinandersetzung scheint die subjektiv wahrgenommene Bedrohung, an AIDS zu erkranken, zu reduzieren. Der abhängigkeitssuchende Copingstil hat keinen erkennbaren Zusammenhang mit der Erkrankungsangst oder den subjektiven Einflußmöglichkeiten.

### 4.3 Subjektive Infektionstheorien und homosexuelle Selbstakzeptanz

Eine unserer Hypothesen besagt, daß das Vorhandensein bzw. Fehlen depressiver Zustände in Abhängigkeit von subjektiven Infektionstheorien variiert. Dabei ist aufgrund empirischer Befunde aus der Attributionsforschung (vgl. Janoff-Bulman 1979) zu erwarten, daß Depression gemeinsam mit Selbstbeschuldigung auftritt. Entgegen unseren Erwartungen gaben fast alle Testpositiven eine geringe Selbst- und Fremdbeschuldigung an. Dies bedeutet, daß Schuldzuweisungen zumindest auf der manifesten Ebene des psychischen Geschehens bei homosexuellen Testpositiven kaum eine Rolle zu spielen scheinen. Die geringe Fremdbeschuldigung läßt sich zum einen dadurch erklären, daß viele homosexuelle Testpositive den oder die infizierenden Sexualpartner nicht kennen. Damit ist auch das potentielle Objekt eines Vorwurfes psychisch nicht präsent. Andererseits wurde in der AIDS-Politik sehr früh die Eigenverantwortung an einer Infektion betont und die Schuldfrage als homosexuellenfeindliche Einstellung entlarvt. Während die Schuldattributionsfrage mit moralischen und werthaftern Begriffen arbeitet, nur geringe Bedeutung hat, wird von etwa 30% der Testpositiven die partielle Eigenverantwortung an der Infektion akzeptiert: 30% erklären die Infektion durch Rekurs auf psychische Dis-

positionen („innere Bereitschaft, die Infektion zu bekommen“; „bei meiner Infektion haben auch psychische Gründe eine Rolle gespielt“) und den Lebensstil („ungesund gelebt, daher wenig Widerstandskraft“). Korrelationsstatistiken zeigen, daß jene, die die Psyche und den Lebensstil mit Verantwortung belasten, auch stärker zu Depression ( $r = .51, p < .001$  bzw.  $r = .44, p < .01$ ) und zu Vermeidung ( $r = .48, p < .001$ ) neigen. Die innengeleitete Suche nach Infektionsursachen ist bei den Depressiven häufiger zu beobachten als bei den Nichtdepressiven. Nur 8% der Nichtdepressiven suchen die Verantwortung an der Infektion in der eigenen Person oder im Verhalten, während etwa 48% der Depressiven die eigene Person belasten.

Hier liegt die Vermutung nahe, daß es insbesondere die Homosexualität, der sexuelle Lebensstil ist, dem die Verantwortung angelastet wird und daß depressive Testpositive häufiger ihre Homosexualität ablehnen als nichtdepressive Testpositive. Ein Indikator für die homosexuelle Selbstakzeptanz ist der Wunsch, nicht homosexuell zu sein. Jene die „oft“ oder „gelegentlich“ diesen Wunsch angeben, wurden der Gruppe mit geringer Selbstakzeptanz zugeordnet. Personen, die den Wunsch „selten“ oder „nie“ haben, der Gruppe mit hoher Akzeptanz.

Der Anteil der Befragten mit geringer Selbstakzeptanz beträgt 23,5%. All diese sind auch in der depressiven Gruppe.

Zusammenfassung: Für testpositive Homosexuelle ist die Zuweisung von ausgesprochener Schuld an der Infektion auf die eigene Person oder andere auf der manifesten Ebene des psychischen Geschehens wenig bedeutsam. Als einzig bedeutsame Infektionstheorie ist die psychische Disposition zu nennen, also eine nicht unbedingt schuldhaft zugeschriebene Infektionsursache auf die eigene Person. Die empirischen Befunde zeigen sehr deutlich, daß Depressive im Vergleich zu Nichtdepressiven häufiger die Ursachen der Infektion in der eigenen Person suchen, den Lebensstil und psychische Dispositionen mit Verantwortung belasten, sowie ihre Homosexualität weniger akzeptieren.

### 5 Zusammenfassung und Diskussion

42% der testpositiven Homosexuellen zeigen depressive Symptome, klagen über Gefühle von Angst, Hilflosigkeit, Trauer, Niedergeschlagenheit, Selbstunsicherheit und Resignation. Der Anteil der Depressiven ist, wie erwartet, im Vergleich zur Normstichprobe (vgl. Beckmann et al. 1983, S. 133) um etwa 26% erhöht.

Bei einem Teil der Testpositiven lassen sich die genannten Symptome als Ausdruck einer Trauerreaktion oder einer vorübergehenden Dekompensation, etwa infolge der

Verschlechterung des Gesundheitszustandes, der Kenntnis der Laborwerte oder auch infolge belastender äußerer Ergebnisse (Trennungserlebnisse, Ausgrenzung aufgrund der HIV-Infektion etc.) verstehen. Da etwa 78% der Untersuchten den HIV-Befund zwei Jahre und länger kennen, und in diesem Zeitraum die Verarbeitung des „Fremdkörpers HIV“ zumindest partiell erfolgt sein könnte, sind die depressiven Symptome auch ein Ausdruck spezifischer Verarbeitungsmodalitäten, die wenig geeignet sind, die Bedrohung einer AIDS-Erkrankung, einschließlich der Phantasien des körperlichen Siechtums und Sterbens, in der Latenz zu halten.

Für depressive Testpositive scheint die Bedrohung einer Erkrankung thematisch und emotional relevanter als für nichtdepressive Testpositive, da sie das Risiko einer Erkrankung als höher einschätzen und zugleich keine Möglichkeit sehen, den Verlauf der Infektion durch eigenes Handeln zu beeinflussen. Sie fühlen sich sehr viel mehr durch die Infektion bedroht und häufiger den Phantasien einer Erkrankung ausgesetzt. In ihrem Erleben äußert sich die Bedrohung, (bald) an AIDS zu erkranken, unter anderem in einer erhöhten Körperselbstbeobachtung.

Ein Schutz vor der Angst, an AIDS zu erkranken, ist die Überzeugung, durch eigenes Handeln den Infektionsverlauf beeinflussen zu können. Diese internalen Kontrollüberzeugungen kommen in der Überzeugung zum Ausdruck, mittels Sport, Diät, homöopathischen Präparaten das Immunsystem stabilisieren und damit eine „Abwehr“ gegen die zerstörerische Wirkung des HI-Virus aufbauen zu können. Nicht nur das aktive, zielgerichtete Handeln oder das Zuführen „guter Objekte“, auch die Reduzierung von Streß ist angst-reduzierend; der Reduzierung von Streß wird eine konservierende Wirkung auf das Immunsystem zugeschrieben, nach dem Motto „wenn ich Streß vermeide, dann schone ich mein Immunsystem und habe genügend Kraft bei der Abwehr des Virus“. Die in Interviews geäußerten subjektiven Theorien über die Kofaktoren einer AIDS-Erkrankung (Vermeidung von Alkohol, Drogen, Durchführung von Vitaminkuren etc.) basieren weitgehend auf Hypothesen und Theorien, die auch in der wissenschaftlichen Literatur diskutiert werden (vgl. z. B. Duesberg 1989). Andererseits lassen sich aber auch Überzeugungen beobachten, die das Ergebnis magischen Denkens sind. So äußerte z. B. ein Teilnehmer die Überzeugung, daß ihn ein philippinischer Geisterheiler von HIV kurieren könne. Ungeachtet der Gültigkeit der Erkrankungstheorien und der daraus abgeleiteten Maßnahmen zur Beeinflussung des Infektionsverlaufes haben diese eine psychisch stabilisierende Wirkung. Kontrollüberzeugungen bilden eine Gegenkraft zu Sterbephantasien und vermitteln die Hoffnung, das Virus „in Schach halten“ zu können. Die Ergebnisse zeigen, daß interne Kontrollüberzeugungen die wahrgenommene Bedrohung reduzieren und die Angst vor einer Erkrankung in den Hintergrund drängen.

Eine andere Facette des depressiven Syndroms ist die Bedrohungsbewältigung durch Vermeidung und Wunschenken, durch sozialen Rückzug und Abhängigkeitssuche. Namir et al. (1987) finden auch bei AIDS-Kranken eine hohe Korrelation zwischen vermeidender Einstellung und Depression. Vermeidung und Wunschenken entsprechen einer Verleugnung der Implikationen der Diagnose (unbewußter Prozeß) oder deren bewußter Verneinung (Wurmser 1987)

mittels Ausweichen in Tagträume oder anderer Aktivitäten. Einer unserer Interviewpartner mit einer extrem hohen Vermeidungstendenz verleugnet die Diagnose, indem er 14 Stunden täglich arbeitet, am Abend Alkohol zu sich nimmt und wie ohnmächtig in den Schlaf fällt, um so Phantasien und Träume von Tod und Sterben nicht bewußt werden zu lassen. Diese relativ häufig zu beobachtende Vermeidungshaltung bei depressiv reagierenden Testpositiven wird verstehbar, wenn man berücksichtigt, daß diese auch geringe Kontrollüberzeugungen haben, sich also hilflos und ohnmächtig gegenüber der Infektion und deren Implikationen erleben. Internale Kontrollüberzeugungen können nur entwickelt werden, wenn eine kognitive und emotionale Auseinandersetzung mit der Infektion und der neuen Realität stattfindet. Eine solche emotionale und kognitive Auseinandersetzung, eine „Aneignung“ der Diagnose kann nur erfolgen, wenn das Ich in der Lage ist, die Realangst zu verarbeiten und nicht fortlaufend auf automatisierte Abwehrprozesse, wie z. B. die Verleugnung der Diagnose zurückgreifen muß.

Weitere Bestandteile des Depressionssyndroms sind der soziale und emotionale Rückzug, sowie abhängigkeitssuchendes Verhalten. Der sozioemotionale Rückzug meint einerseits die soziale Isolation, den Rückzug von Freunden und Bekannten, aber auch das Verschweigen der Infektion und die Blockierung von Gefühlen. Abhängigkeitssuche beschreibt entgegengesetzte Verhaltensmuster und -impulse: mit jemand über eigene Gefühle reden, sich ausweinen, jemand um Rat fragen, der Wunsch, verwöhnt zu werden etc. Sozioemotionaler Rückzug und Abhängigkeitssuche beschreiben also widersprüchliche Verhaltenstendenzen und -impulse. Die Ergebnisse zeigen sehr deutlich, daß bei der Mehrheit der Depressiven (86%) ein Konflikt zwischen sozioemotionalem Rückzug, also einer Abgrenzung von anderen und dem Wunsch nach sozialer Unterstützung, nach Abhängigkeit existiert. Dieser Konflikt ist nur bei wenigen Nichtdepressiven (26%) zu beobachten.

Wie läßt sich dieser Konflikt zwischen Abgrenzung und Abhängigkeitssuche bei depressiven Testpositiven erklären? Sie suchen die Ursachen der Infektion in der eigenen Person, belasten ihre psychische Disposition und ihren Lebensstil sehr viel häufiger mit Verantwortung als Nichtdepressive. Hinzu kommt, daß sie auch häufiger ihre Homosexualität ablehnen. Diese Selbstentwertung, die Ablehnung der Homosexualität, die nur bei Depressiven zu beobachten ist, erzeugt den Konflikt zwischen Abgrenzung von und dem Wunsch nach Hinwendung zu anderen. Eine Auswertung unserer Interviews zeigt, daß ein großer Teil der Depressiven ihre primären Bezugspersonen als abwertende oder beschämende Objekte erlebt hat, wobei sich die Entwertung vor allem auf die Homosexualität bezieht. Die Verfolgung und Entwertung der Homosexualität durch wichtige Bezugspersonen, vor allem in der Phase des „coming out“, hat bei den Depressiven einen Konflikt zur Folge. Einerseits sind diese mit den Normen und Werten der heterosexuellen Majorität identifiziert, andererseits gibt es einen lustvollen sexuellen Lebensstil, der vor den „Augen der internalisierten, wertenden, verfolgenden Objekte“ nicht bestehen kann. Die Suche nach Infektionsursachen in der eigenen Person und die Selbstentwertung, ist ein Ausdruck der Identifikation mit den wertenden Urteilen signifikanter Bezugspersonen. Die Selbstentwertung führt, vermittelt über die Prozesse der attributiven und klassischen Projek-



tion zur Erwartung, auch aktuell entwertet und beschämt zu werden und hemmt so die Realisierung des Wunsches nach Selbstoffenbarung, Zuwendung und Ich-Stützung. Die Hemmung von Wünschen nach Ich-Stützung („jemand um Rat fragen“) und Ausdruck von Gefühlen wie Angst und Trauer etc. in einer intimen Beziehung ist Ausdruck der generalisierten Erwartungshaltung, von anderen wegen des sexuellen Lebensstils abgelehnt, beschämt zu werden.

Der skizzierte intrapsychische Konflikt und die Verarbeitungsmodi werden am Fall eines 65jährigen symptomlosen Testpositiven deutlich, der wegen einer depressiven Krise mit Suizidgedanken an uns überwiesen wurde. Sein Therapiewunsch war, von seiner Homosexualität geheilt zu werden, die er vor Bekannten und Ärzten verheimlicht. Im Interview wird die Entwertung des homosexuellen Lebensstils deutlich, als er über seine „homosexuellen Kollegen“ spricht: Er finde es abscheulich, wenn die anderen auch noch stolz über ihre Sexualität reden. Er sitzt oft allein zu Hause, nur um nicht in eine Verführungssituation zu geraten. Als Homosexueller gehöre er nicht mehr zur allgemeinen Menschheit, er sei ein Aussätziger, der überall auf Distanz gehalten werde. Wenn seine Homosexualität bei Bekannten und Nachbarn bekannt werde, dann könne er sich gleich einen Strick nehmen. Die Erwartung von Anderen beschämt und verurteilt zu werden, kommt auch in Erkrankungsphantasien zum Ausdruck, in denen er völlig isoliert im Krankenhaus liegt und „wie der letzte Dreck“ behandelt wird. Der sozioemotionale Rückzug (zu Hause bleiben, um in keine Verführungssituation zu geraten; das Verschweigen der Infektion vor Bekannten) ist die Folge der Selbstentwertung, der Entwertung anderer Homosexueller und die Projektion dieses Werturteils auf signifikante andere, die er als beschämend phantasiert. Seinen Wunsch von anderen anerkannt zu sein, kann er nur um den Preis einer Identitätsspaltung realisieren, indem er seine Homosexualität verleugnet und sich in den Augen der anderen als Heterosexueller präsentiert.

## Literatur

- Beckmann, D., Brähler, E., Richter, E. H. (1983): Der Gießen-Test. Ein Handbuch für Individual- und Gruppendiagnostik. Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien
- Beutel, M. (1988): Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. VCH, Weinheim
- Heim, E. (1988): Coping und Adaptivität: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping? Psychother. med. Psychol. 38, 8–18
- Janoff-Bulman, R. (1979): Characterological versus behavioral self-blame: Inquiries into depression and rape. J. Pers. Soc. Psychol. 37, 1798–1809
- Kelly, J. A., St. Lawrence, J. S. (1988): AIDS prevention and treatment: Psychology's role in the health crisis. Clinical Psychology Review, 255–284
- Muthny, F. A. (1986): Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung. Vorläufiges Manual. Version 6/86
- Namir, S., Wolcott, D. L., Fawzy, F. I., Ahembaugh, M. J. (1987): Coping with AIDS: Psychological and health implications. Journal of Applied Social Psychology 17, 310–328
- Prystav, G. (1981): Psychologische Copingforschung: Konzeptbildungen, Operationalisierungen und Meßinstrumente. Diagnostica 27, 189–214
- Riehl-Emde, A., Buddeberg, C., Muthny, F. A., Landolt-Ritter, C., Steiner, R., Richter, D. (1989): Ursachenattribution und Krankheitsbewältigung bei Patientinnen mit Mammakarzinom. Psychother. med. Psychol. 39, 232–238
- Steffens, W., Kächele, H. (1988): Abwehr und Bewältigung. Vorschläge zu einer integrativen Sichtweise. Psychother. med. Psychol. 38, 3–7
- Stevens, L. A., Muskin, P. R. (1987): Techniques for reversing the failure of empathy towards AIDS patients. Journ. Am. Acad. Psia. 15, 539–551
- Taylor, S. E., Lichtman, R. R., Wood, J. V. (1984): Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. J. Pers. Soc. Psychol. 46, 489–502
- Taylor, S. E. (1983): Adjustment to threatening events. A theory of cognitive adaption. American Psychologist, 1161–1173
- Weimer, E., Nilsson-Schönnesson, Clement, U. (1989): HIV-Infektion: Trauma und Traumaverarbeitung. Psyche 8, 720–735
- Wolcott, D. L., Namir, S., Fawzy, F. I., Gottlieb, M. S., Mitsuyasu, R. T. (1986): Illness concerns, attitudes towards homosexuality, and social support in gay men with AIDS. General Hospital Psychiatry 8, 395–403
- Wurmser, L. (1987): Flucht vor dem Gewissen. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg

Dr. Ernst Weimer

Psychosomatische Klinik der Universität Heidelberg  
Thibautstraße 2  
D-6900 Heidelberg