

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

■ **Zusammenfassung** ■
MENSCHEN MIT HIV/AIDS UND
IHRE SEXUALITÄT

*Giovanna Meystre-Agustoni, Ralph Thomas, Michael Häusermann,
Anne Chollet-Bornand, Françoise Dubois-Arber, Brenda Spencer*

■ August 1998

**Die Studie wurde finanziert
durch das:**

Bundesamt für Gesundheit, Bern
Vertrag Nr. 316.95.5755 A-B-C

Auszug aus dem Bericht:

Meystre-Agustoni G, Thomas R, Häusermann M, Chollet-Bornand A, Dubois-Arber F, Spencer B. La sexualité des personnes vivant avec le HIV/sida. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1998 (Raisons de santé, 17).

Der vollständige Bericht in
französischer Sprache kann bei
folgender Adresse bestellt werden:

Institut universitaire de médecine sociale et préventive
Unité d'évaluation de programmes de prévention
17, rue du Bugnon
1005 Lausanne

Telefon 021 314 72 92
Fax 021 314 72 44
E-Mail uepp@inst.hospvd.ch

ZUSAMMENFASSUNG

ZIELE

Die Studie wurde im Rahmen der Gesamtevaluation der Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz erstellt, mit der das Bundesamt für Gesundheit das Institut für Sozial- und Präventivmedizin in Lausanne betraut hat. Mit dieser Studie sollen folgende Evaluationsfragen beantwortet werden:

- Welche Probleme mit der Sexualität haben Menschen mit HIV?
- Wie äussern sich diese Probleme?
- Welchen Einfluss haben sie auf die Prävention der HIV-Übertragung?
- Wie lässt sich ein besser angepasstes Betreuungskonzept für Menschen mit HIV/Aids ausarbeiten, in dem diese sexuellen Erfahrungen berücksichtigt werden?

METHODE

Bereich	Methode	Untersuchungsperioden
1. Dokumentationsquellen	Analyse der Literatur und der audiovisuellen Träger	07/96 - 01/97
2. Betreuer und Betreuerinnen	19 Interviews Face-to-Face, halbstrukturiert (Dauer: ¾ bis 1½ Std.) Aufgezeichnet und niedergeschrieben	Interviews: 10/96 - 01/97
3. Menschen mit HIV	25 Interviews Face-to-Face, offen, gründlich (Dauer: 1 bis 3 Std.) Aufgezeichnet und niedergeschrieben	Interviews: 03/97 - 06/97 Analyse und Redaktion: 07/97 - 12/97

DIE WICHTIGSTEN FESTSTELLUNGEN

(auch auf den Panoramaseiten 6 + 7 zusammengefasst)

HIV/Aids verändert die Liebesbeziehungen der HIV-infizierten Menschen von Grund auf. Zwei Ereignissen kommt dabei eine besondere Bedeutung zu:

- a) die Mitteilung der Testergebnisse und
- b) das Auftauchen der ersten sichtbaren Anzeichen der Krankheit, die eine 'Krise' im Liebesleben auslösen. Die allmähliche Verbesserung des Gesundheitszustands nach der Verabreichung der Tritherapien kann in gewisser Hinsicht ebenfalls als bedeutendes Ereignis im Leben der infizierten Menschen angesehen werden. Dessen Einfluss ist jedoch weniger ausgeprägt als derjenige der beiden ersten Ereignisse, da sich der Zustand des Patienten nur allmählich bessert und erst nach und nach auf das Liebesleben auswirkt.

Die meisten Informanten heben besonders die Verschlechterung der Selbstachtung hervor, die mit der Serokonversion einhergeht (sich schmutzig und als Gefahr für andere fühlen), sowie die sich daraus ergebenden Verhaltensänderungen. Bei den meisten Betroffenen geht die Serokonversion mit einer mehr oder weniger dauerhaften Einschränkung des Liebeslebens einher. Einige Informanten erwähnen, dass ihr Sexualtrieb nachgelassen hat. Man hat jedoch überwiegend den Eindruck, dass der Wunsch nach einer Beziehung weiterhin besteht, aber unterdrückt wird.

Das Sexualleben der infizierten Personen leidet unter den Folgen der sichtbar werdenden Krankheitszeichen. Diese können depressive Zustände verursachen und das Gefühl erzeugen, nun noch ansteckender zu sein. Die mit dem Kaposi-Syndrom verbundenen Hautschäden oder die massiven Gewichtsverluste werden von den Homosexuellen und, wenn auch in geringerem Masse, von den Frauen als sehr belastend empfunden. Diese Symptome beeinträchtigen das Selbstwertgefühl zusätzlich und können die Betroffenen veranlassen, ganz auf ein Liebesleben zu verzichten. In festen Partnerschaften werden die sichtbaren Stigmas von HIV/Aids besser verkraftet.

Funktionsstörungen, Schwäche, Schmerzen und das Gefühl, unaufhaltsam auf das Endstadium der Krankheit zuzusteuern, sowie die Nebenwirkungen der Arzneimittel machen es den Betroffenen enorm schwierig, ihre Sexualität auszuleben. In dieser Phase tendiert die Beziehung zwischen den Partnern dazu, sich zu verändern und sich mehr auf die Zärtlichkeit zu verlagern. Obschon diese neue Qualität der Beziehung als positiv erlebt wird, so wird der weitgehende Verlust ihrer sexuellen Komponente doch als schmerzlich empfunden, besonders von den Homosexuellen, die darauf besonders grossen Wert legen.

Wenn sie neue Partner kennenlernen, stellt sich für Menschen mit HIV die Frage, ob sie ihren Serostatus bekanntgeben sollen. Dies ist für sie ein besonders schwieriger Moment. Viele glauben, dass diese Mitteilung persönliche Aspekte aufdeckt, die sie weniger attraktiv erscheinen lassen und damit die Zukunft der Beziehung von vornherein gefährden. Soll man es also sagen oder doch besser nicht? Die Mehrheit der HIV-infizierten Menschen scheint sich zunächst für den ersten Weg zu entscheiden. Später wird ihre Haltung meist differenzierter; sie klären nur noch jene Partner über ihre Situation auf, bei denen sie das Gefühl haben, die Beziehung könnte mehr als ein blosses Abenteuer sein. Ihre Haltung wird in grossem Masse durch die Angst vor Zurückweisung diktiert. Diese Befürchtung wächst sich mit jedem neuen Misserfolg, eine Erfahrung, die sie in ihrem Liebesleben allzu häufig machen. Einige verzichten gar auf Beziehungen mit HIV-negativen Menschen. Sie suchen lieber serokonkordante Partner und versuchen damit, die für sie belastenden Differenzen zu verringern. Zudem hoffen sie, auf mehr

Verständnis und, auf längere Sicht, auf mehr Akzeptanz für die Verschlechterung ihres Gesundheitszustands zu stossen.

Innerhalb von 'festen' Paarbeziehungen fällt das Geständnis der HIV-Infektion kaum leichter. Die meisten Menschen, die mit jemandem zusammenleben und dann feststellen, dass sie infiziert sind, beeilen sich, ihrem Partner diese belastende Diagnose anzuvertrauen. Es gibt jedoch auch Fälle, wo dies nicht geschieht.

Vom Zeitpunkt der Serokonversion an wird das Sexualleben von HIV-infizierten Menschen von der Gefahr der Virusübertragung überschattet. Abgesehen von einigen seltenen Fällen, die aus den ersten Jahren der Epidemie datieren, waren die HIV-infizierten Informanten sich stets der Gefahr bewusst, die sie für ihre Partner darstellen.

Der ausnahmslose Gebrauch des Präservativs wird häufig als frustrierende Fessel für die Spontaneität und Phantasie bei Sexualkontakten empfunden. Die Sexualität der Paare, die mit HIV/Aids leben, wird zudem ständig durch Kondomversager und durch das wenig bekannte Ansteckungspotential von anderen Sexualpraktiken als dem Vaginal- oder Analverkehr bedroht.

Die Mehrzahl der HIV-Infizierten sind der Ansicht, dass ihr Sexualleben an Qualität eingebüsst hat. Einige von ihnen tun sich schwer damit, ihren Partnern eine solche Belastung aufzubürden. Dies löst bei ihnen Schuldgefühle aus, und sie befürchten, dass die durch ihr Ansteckungspotential erzeugten Frustrationen zum Scheitern der Beziehung führen könnten.

Es ist praktisch unmöglich, stets ein rigoroses und konsequentes Schutzverhalten einzuhalten. Die meisten Betroffenen haben schon mal eine Situation erlebt, in der ein Risiko bestand. Diesbezüglich gibt es mehrere Erklärungen. Innerhalb von festen Paarbeziehungen kann das Verlangen nach totaler Intimität als Erklärung für den Verzicht auf den – grundsätzlich ausgemachten – Präservativgebrauch dienen. Ebenso kann die bereits im vorhergehenden Absatz angesprochene Befürchtung, dass die dem Partner aufgenötigten Frustrationen die Beziehung gefährden könnten, zum Verzicht auf jeglichen Schutz verleiten. Hinter dem Verzicht auf das Präservativ – also so zu tun, als ob man nicht infiziert wäre – kann zudem auch der Wunsch stehen, die eigene psychische Integrität nicht zu untergraben und sich somit die Kraft, gegen die Krankheit anzukämpfen, zu bewahren.

Bei flüchtigen Beziehungen lässt sich der Verzicht auf das Präservativ möglicherweise auf folgende Umstände zurückführen: auf die hartnäckige Weigerung des Partners, auf die Angst, als HIV-infizierter Mensch identifiziert zu werden, auf Begleitumstände oder Situationen, wo stillschweigend angenommen wird, dass jeder die volle Verantwortung für seinen persönlichen Schutz tragen muss, oder auch auf den Konsum von psychoaktiven Produkten (Alkohol, Arzneimittel, Rauschmittel).

KONSEQUENZEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

Aus den durch dieses Studie zusammengetragenen Informationen ergeben sich für das Gesundheitswesen zwei Probleme:

- das Ausmass und die Bedeutung der psychoaffektiven Probleme, mit denen die HIV-infizierten Menschen und ihre Partner konfrontiert werden
- das Fortbestehen von Risikoexpositionen.

Die HIV-Infektion verursacht erhebliche psychoaffektive Schwierigkeiten. Diese sind weitgehend darauf zurückzuführen, dass die Betroffenen sich nicht mehr auf die gewöhnlich mit dem Liebesleben verbundenen Werte und Modelle berufen können. Das Fehlen von Ersatzbezügen und die Tatsache, dass diese potentiell stigmatisierend sein könnten, wenn man sie aus dem Blickwinkel eines ungetrübten Liebeslebens betrachtet, kann Bestürzung hervorrufen.

→ Seite 9

Die vordringlichen Probleme von Menschen mit HIV

SCHLECHTERES SELBSTBILD

- sich schmutzig fühlen, sich als Gefahr empfinden
- markante Veränderung im Anschluss an die Serokonversion und erneut beim Auftreten von Symptomen

ANGST VOR ZURÜCKWEISUNG

- reflektiert die Verschlechterung des Selbstbilds
- wird verstärkt durch entsprechende Erfahrungen
- wirft die Frage auf, ob man seine HIV-Infektion mitteilen oder verschweigen soll

BÜRDE DER VERANTWORTUNG

- bezieht sich auf die Notwendigkeit, dass mindestens einer der Partner die Entscheidung treffen muss, eine geschützte Beziehung zu führen

DIE KRANKHEIT LEUGNEN

- man kann die Krankheit bewusst oder auch unbewusst leugnen

VERSCHLECHTERUNG DES KÖRPERLICHEN ZUSTANDS

- sichtbare Krankheitszeichen
- Schwäche, Schmerzen
- Nebenwirkungen der Behandlungen

INFRAGESTELLEN DES RECHTS AUF MUTTER-/VATERSCHAFT

- ein Thema, das durch die Wirkung der neuen Behandlungen in einem neuen Licht erscheint

Einfluss auf das Gefühls- und Sexualleben (die Art, wie diese Probleme erlebt werden)

- Depression
- Verzicht auf sexuelle Aktivität, Tendenz, sich zu isolieren (auch bei Menschen, die in einer festen Beziehung leben)
- Herabsetzen der Erwartungen
- Schweigen über die Frustrationen

- auf das Anknüpfen von Beziehungen verzichten
- seine HIV-Infektion nicht offenbaren (aber den Sexpartner gleichwohl schützen)
- den Sexpartner nicht informieren und auch nicht schützen
- sich auf HIV-infizierte Partner verlegen
- Angst

- Pflicht, die Beherrschung nicht zu verlieren
- beeinträchtigtes Vergnügen
- Schuldgefühl gegenüber dem Sexpartner
- Angst, den Sexpartner anzustecken
- Frustration
- Gefühl, eine ungleich grössere Verantwortung zu tragen
- Männern/Frauen: widersprüchliche Erwartungen

- die Krankheit leugnen
- so zu tun, als ob man nicht infiziert wäre, kann den Wunsch ausdrücken, seine psychische Integrität nicht zu untergraben und sich damit die Kraft, die Krankheit zu bekämpfen, zu bewahren

- Verzicht auf Sexualität
- 'denunzierende' Stigmas
- Abnahme der Libido
- Frust, weniger sexuell aktiv zu sein als vorher
- Schuldgefühl gegenüber dem Partner
- einen Partner mit dem gleichen Serostatus suchen (besseres Verständnis, nichts mehr zu verlieren)
- sich auf Zärtlichkeiten verlagern

- es bedauern, nicht Mutter/Vater werden zu können
- Kinderwunsch, der durch die neuen Therapien verstärkt wird

→ Mögliche Konsequenzen für die HIV-Prävention

- gering (wenige oder keine Sexualekontakte)

- Übertragungsrisiko
- Schweigen erschwert oder vereitelt die Möglichkeit, im Falle eines Kondomversagers oder eines 'Vergessens' des Präservativgebrauchs eine PEP* vorzusehen

- den Bitten des Partners nachgeben, weil man diesen nicht frustrieren möchte
- der Weigerung des nichtinformierten Partners, das Präservativ zu gebrauchen, nachgeben
- keine Schutzmassnahmen
- Umstände, unter denen dieses Verantwortungsgefühl abnimmt oder mit anderen Normen in Konflikt gerät (Bsp.: Alkohol/Rauschmittel, Treffs an Szenenorten)

- keine Schutzmassnahmen
- das Präservativ und die Behandlung werden als Gefahr für diese Integrität erlebt

- das Gefühl, man habe 'nichts mehr zu verlieren', kann bei serokonkordanten Paaren einen Verzicht auf das Präservativ bewirken
- die Vorstellung, man könne mit der Tritherapie "nichtansteckend" werden, kann dazu führen, dass man auf das Präservativ verzichtet

- kann von Fall zu Fall zum Verzicht auf jeglichen Schutz führen
- Anfrage für assistierte Zeugung (um eine Ansteckung des Partners zu vermeiden)

* Prophylaxe nach Exposition (Post-Exposure Prophylaxis)

Menschen mit HIV reagieren meist mit Niedergeschlagenheit und 'selbsterstörerischem' Verhalten (Verzicht auf neue Beziehungen), mit einer Neuorientierung, die mehr oder weniger im Widerspruch steht zu ihren Liebeswünschen (Suche von serokonkordanten Partnern), oder mit Schuldgefühlen (verursacht durch die Last, die sie ihren Partnern aufbürden), die zu riskanten Verhaltensweisen führen könnten (ungeschützte Kontakte akzeptieren in der Hoffnung, dass die Beziehung dann intakt bleibt). Wenn man den Betroffenen zu einer psychologisch weniger belastenden Strategie verhelfen will, muss man sie dazu bringen, ihre Situation gelassener zu nehmen. Das geschieht dadurch, dass man ihnen hilft, wieder ein Wertesystem aufzubauen und sich ein Verhalten anzueignen, in dem die HIV-Infektion und ihre Konsequenzen für das Liebesleben berücksichtigt werden.

Auch für die Partner von HIV-infizierten Menschen wäre eine solche Hilfe wünschenswert. Angesichts der Tatsache, dass die psychosozialen Konsequenzen der HIV-Infektion bereits sehr früh in Erscheinung treten, sollten die Betroffenen möglichst bald nach der Diagnose auf das Vorhandensein eines entsprechenden Unterstützungsangebots hingewiesen werden. Das Hilfsangebot sollte im Verlauf der Betreuung immer wieder erneuert werden. Aus den durch die Studie zusammengetragenen Informationen wird klar, dass dies nicht immer der Fall war. Diese Situation lässt sich dadurch erklären, dass die betroffene Person selbst nicht um Unterstützung gebeten hat oder sich scheute, um Hilfe zu bitten, und dass die BetreuerInnen sie nicht dazu ermuntert haben. Die Leute sind es nämlich meist nicht gewohnt, Probleme sexueller Art anzuschneiden.

Dies geschieht erst, wenn die Schwierigkeiten ein gewisses Ausmass erreichen. Aus verschiedenen Gründen (mangelnde Bildung, Befangenheit, oder weil man den Patienten oder den Klienten nicht schockieren möchte) kommen auch die BetreuerInnen nicht immer auf die Sexualsphäre zu sprechen. Hinzu kommt, dass die asymptomatische Zeit nach der Serokonversion nicht eben günstig ist für Kontakte zwischen Betreuungspersonal und HIV-infizierten Menschen, da letztere zu diesem Zeitpunkt keine Pflegeleistungen in Anspruch nehmen¹.

Die HIV-infizierten Menschen sind sich ihrer Verantwortung für die Schutzmassnahmen voll und ganz bewusst. Doch können gewisse Schwierigkeiten sie darin hindern, die Schutzmassnahmen immer absolut strikt und ausnahmslos einzuhalten. Je nach den Umständen gibt es für die Episoden ohne Schutz unterschiedliche Erklärungen und Motive.

Im Extremfall kann es vorkommen, dass zwei Partner bleibend auf jeglichen Schutz verzichten und dies auch akzeptieren, obwohl beide um die Gegenwart von HIV in ihrer Beziehung wissen. Diese 'wissentliche Billigung' ist hauptsächlich bei serokonkordanten festen Paaren anzutreffen. Sie drückt ihren Wunsch aus, der Qualität ihrer Liebesbeziehung den Vorzug zu geben und die Risiken der Mehrfachansteckung zu missachten².

Bei serodiskordanten festen Paaren gibt es für die Episoden ohne Schutz zwei Erklärungen: der Versuch, mit einem Partner, der die mit dem Gebrauch des Präservativs verbundenen Frustrationen schlecht verkraftet, einen mehr oder weniger akzeptablen Kompromiss einzugehen, und der Wunsch, sich an ein Liebesideal zu halten, das auf der Vereinigung zweier Partner in einer uneingeschränkten Liebesbeziehung beruht.

¹ Da die Behandlungen künftig sehr bald nach der Serokonversion einsetzen, dürften sich die Kontakte mit dem Pflegesektor während der asymptomatischen Phase verstärken.

² Das Vorhandensein eines wiederholten Infektionsrisikos und seine Bedeutung wird von den Personen, die an der Studie teilgenommen haben, ziemlich unterschätzt.

HIV-negative Personen, die nicht über die HIV-Infektion ihres Partners Bescheid wissen, bestehen gelegentlich darauf, sich bei Gelegenheitsbeziehungen nicht zu schützen. Infizierte Personen, die auf den Präservativgebrauch beharren, können dadurch auf die Idee kommen, dass im Grunde genommen jeder selbst für den eigenen Schutz verantwortlich ist. Sie interpretieren das Verhalten ihrer Partner als Erlaubnis, auf jeglichen Schutz zu verzichten. Dabei vergessen sie jedoch, dass sie eine Information besitzen, die der andere nicht hat und die sie dazu bringen sollten, auf die Beziehung zu verzichten.

Beim Verzicht auf Schutzmassnahmen spielen die Umstände eine relativ wichtige Rolle. Das gilt ganz besonders dann, wenn psychoaktive Produkte (Alkohol, Medikamente, Rauschmittel) konsumiert werden, welche die Aufmerksamkeit schwächen und die Fähigkeit, Forderungen zu stellen, vermindern können. Diese Feststellung gilt aber auch für Situationen oder Umstände, wo Normen vorherrschen, welche die Wirksamkeit von Schutzregeln beeinträchtigen (bei entsprechender Stimmung, an einschlägigen Szenenorten).

Ebenso können das Leugnen der HIV-Infektion und die Überzeugung, man könne sich vor der Krankheit schützen, indem man sich nicht wie ein HIV-infizierter Mensch verhält, einige Menschen mit HIV dazu verleiten, sexuellen Umgang zu haben, ohne Präservative zu gebrauchen.

Sowohl in festen Partnerschaften wie bei gelegentlichen Sexualbeziehungen kommen eine ganze Reihe ungeschützter Verhaltensweisen vor, wobei es den Partnern nicht immer bewusst ist, dass sie das Risiko einer HIV-Ansteckung eingegangen sind. Zum Teil ist das darauf zurückzuführen, dass man sich beim Vorspiel oder bei den Praktiken rund um Penetration nicht schützt. Das Ansteckungspotential dieser Praktiken scheint extrem gering zu sein. Daneben gibt es aber auch weniger 'harmlose' Praktiken, die ein erheblich grösseres Ansteckungsrisiko beinhalten könnten. Das trifft beispielsweise bei der Penetration ohne Ejakulation zu, die manchmal – fälschlicherweise – als wenig riskante Praktik angesehen wird.

Den Partner vor HIV zu schützen ist ein Problem, das sich für Männer und Frauen nicht in gleicher Weise stellt. Einige HIV-infizierte Männer scheuen davor zurück, geschützten Verkehr zu verlangen, da sie befürchten, dadurch ihren Status zu verraten. Dagegen erklären sie sich bereit, Präservative zu gebrauchen, wenn ihre Partner dies wünschen. In ihren Augen befindet sich die Frau diesbezüglich in einer besseren Position als der Mann, da sie das Präservativ unter Berufung auf die Schwangerschaftsverhütung in die Beziehung einbringen kann. Dieses Motiv ist überzeugend und wird zudem nicht mit einer sexuell übertragbaren Krankheit in Zusammenhang gebracht. Oft werden die Frauen doppelt für den Schutz verantwortlich gemacht, einmal weil sie HIV-positiv, und zum zweiten, weil sie Frauen sind. Die Männer finden es offenbar natürlich, dass die Frauen diese Rolle übernehmen, welche diese Erwartung allgemein übernommen zu haben scheinen. Viele geben zu, dass es in letzter Instanz ihre Aufgabe sei, Schutzmassnahmen zu ergreifen, wenn ihr Gefährte nicht selbst darauf achtet, ungeachtet der sozialen Norm, nach welcher der männliche Partner die Initiative in sexuellen Dingen ergreifen sollte. Männer und Frauen hegen somit jeweils widersprüchliche Erwartungen, über die bei den jeweiligen Partnern des anderen Geschlechts weitgehend Unkenntnis herrscht. Diese Unkenntnis vermindert die Wirksamkeit der Schutzmassnahmen, da sie Situationen hervorrufen kann, wo sich jeder auf den anderen verlässt, so dass schliesslich keine Schutzmassnahme ergriffen wird.

Die Präventionskampagnen appellieren an jeden einzelnen Menschen, sich für den Schutz gegen HIV verantwortlich zu fühlen. Die an die Allgemeinheit gerichteten Botschaften sollen in erster Linie das Infektionsrisiko möglichst klein halten; sie propagieren zu diesem Zweck das Präservativ als alltäglichen Gebrauchsgegenstand. Bis heute scheinen sie ihr Ziel erfüllt zu haben: Wer Präservativ gebraucht, denkt dabei offenbar nicht direkt an eine Krankheit. Daher können

die Menschen unangenehm überrascht werden, wenn sie feststellen, dass sie – geschützten – Verkehr mit einem HIV-infizierten Menschen hatten und darüber erst im nachhinein informiert wurden. Einige infizierte Personen wundern sich ihrerseits über diese Überraschung und halten ihre Partner für inkonsequent.

In der Präventionsstrategie ist insbesondere vorgesehen, dass die infizierten Menschen besondere Betreuungsmassnahmen (Counselling) erhalten sollen, die geeignet sind, sie für ihre Lage, die Risiken, die sie ihren Partnern bringen, und für die zusätzliche, sich aus dem Wissen um das eigene Ansteckungspotential ergebende Verantwortung zu sensibilisieren. Das persönliche Counselling soll dazu genutzt werden, Situationen mit 'marginalem' Risiko zu benennen, die in den für die Allgemeinheit bestimmten Präventionskampagnen nicht behandelt werden können. Denn diese konzentrieren sich auf einfache Botschaften, die möglichst einfach und unzweideutig formuliert sind. Die den Menschen mit HIV – und ihren Partnern – angebotene Unterstützung sollte dabei nicht bloss auf 'technische' Informationen beschränkt bleiben, sondern auch ihre Bestürzung angesichts einer Situation berücksichtigen, in der man im äussersten Fall das Liebesleben neu erlernen und neue Werte aufbauen muss.

Es ist klar ersichtlich, dass man den Menschen mit HIV die Bürde, die ihre HIV-Infektion darstellt, nicht ersparen kann, ebensowenig deren Einfluss auf sie selber (psychologische Auswirkungen) sowie auf ihre Liebesbeziehungen. Dagegen scheint es möglich – ja sogar notwendig – zu sein, sie zu begleiten und ihnen zu helfen, neue Werte und Bezugspunkte für ihr Gefühls- und Liebesleben zu erwerben. Ganz besonders gilt das für die Art, wie man sich schützt.

EMPFEHLUNGEN

Erreichbarkeit und Qualität der Betreuungs- und Beratungseinrichtungen

⇒ Ausbau des Kreises von Betreuern und Betreuerinnen, die in der Lage sind, Informationen und Unterstützung in Gefühls- und Liebesdingen anzubieten:

der Zugang zu den Beratungs- und Hilfsdiensten ist zu verbessern; dazu wird ein Verzeichnis über die Personen und Strukturen, die in Sachen Gefühls- und Liebesleben Hilfe anbieten (gleich ob sie im Aidsmilieu oder ausserhalb arbeiten) erstellt und laufend aktualisiert;

in der Grund- und Weiterbildung der Betreuungspersonen werden gezielt Probleme angesprochen, die im Gefühls- und Liebesleben HIV-infizierter Menschen auftauchen könnten (Verlust der Selbstachtung, Gefühl der Isolierung, Abbruch von Beziehungen, Ängste, Schuldgefühle), und die verschiedenen Reaktionen der Betroffenen sowie ihrer Partner werden aufgezeigt;

den BetreuerInnen, die möglicherweise im Aidsbereich tätig werden und sich auf die Hilfe und Beratung über emotionale und sexuelle Probleme spezialisieren möchten, wird eine spezifische Ausbildung angeboten.

⇒ Die Menschen mit HIV und ihre Partner werden auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht, Hilfe zur Bewältigung der Schwierigkeiten, mit denen sie in ihrem Gefühls- und Liebesleben möglicherweise konfrontiert werden, zu erhalten.

- ⇒ Es werden Informationen über das Betreuungsnetz verbreitet, damit dieses allen Menschen mit HIV bekannt ist.

Abgabe von sachgerechten Informationen an die Betreuungspersonen und an Menschen mit HIV

Klare Empfehlungen formulieren und abgeben über:

- ⇒ die mit anderen sexuellen Praktiken als dem Anal- oder Vaginalverkehr verbundenen Risiken ('Vorspiele', intime Liebkosungen und oro-genitaler Verkehr);
- ⇒ die Situationen, bei welchen die PEP (post exposure prophylaxis) in Frage kommt, die Anforderungen für eine solche Behandlung, die Folgen (vor allem die Nebenwirkungen), die Art der Anwendung (wer, wann) und Bezugsbedingungen (Strukturen, die die entsprechenden Mittel abgeben);
- ⇒ die Schutzmassnahmen, die ein hohes Mass an Sicherheit und Komfort bieten: Auswahl, Qualität und eventuell Verkaufsstellen von Präservativen und Gleitmittel und allenfalls ihre korrekte Anwendung;
- ⇒ die mit ungeschützten Kontakten zwischen infizierten Personen verbundenen wiederholten Infektionsrisiken, so dass ein serokonkordantes Paar in Kenntnis der Sachlage eine Entscheidung treffen kann;
- ⇒ die Nebenwirkungen gewisser Arzneimittel auf die sexuelle Lust und Potenz und die Möglichkeiten, wie sich diese Wirkung vermindern lässt.

Sensibilisierung der Betreuer für die emotionalen und sexuellen Schwierigkeiten von Menschen mit HIV

Besonders wichtig erscheinen dabei die folgenden Themen:

- ⇒ die widersprüchlichen Denkweisen, die zu einem geringeren Schutzniveau führen könnten;
- ⇒ das Gefühl der Ungerechtigkeit, das die HIV-positiven Personen aufgrund ihrer besonderen Verantwortung, die ihr Serostatus ihnen in bezug auf den Schutz aufbürdet, verspüren (ungleich verteilte Verantwortung für Schutzmassnahmen); die Notwendigkeit, ihnen zu helfen, dieses Gefühl zu überwinden;
- ⇒ die Schwierigkeit, eine Bitte um Unterstützung zu äussern, selbst wenn man auf diese angewiesen wäre, und die Notwendigkeit, das Angebot von Hilfe und Beratung für Probleme im Gefühls- und Liebesbereich immer wieder zu erneuern (gegebenenfalls die HIV-infizierte Person an einen Betreuer oder eine Einrichtung verweisen, die für die entsprechende Dienstleistung besser geeignet ist);
- ⇒ die Probleme, mit denen die Partner konfrontiert werden, und die Notwendigkeit, sie dazu zu bringen, diese Probleme in den Gesprächen über ihre Beziehung einzubeziehen.