

Aids - eine Forschungsbilanz (Bericht über den Förderschwerpunkt
"Sozialwissenschaftliche Aids-Forschung" im Rahmen des Programms der Bundesregierung
"Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit") / Cornelia Lange /Hg.) - Berlin:
Ed. Sigma, 1993 (Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung; Bd. 10) ISBN 2-
89404-669-4 - NE: Lange, Cornelia (Hrsg.); GT

Bewältigungs- und Betreuungsverläufe HIV-infizierter Drogenabhängiger

*Dieter Kleiber, Irmtraud Beerlage, Herbert Beckmann und
Gabriele Bouchoucha*

1. Sozialepidemiologische Ausgangssituation

Ausgangspunkt der Studie über Bewältigungs- und Betreuungsverläufe von HIV-infizierten Drogenabhängigen ist die Tatsache, daß intravenös Drogenabhängige (IVDA) in Europa und Nordamerika neben homo- und bisexuellen Männern zu den am stärksten von Aids betroffenen Personengruppen zählen, zugleich aber Forschung und Praxis bislang zu wenig die Bedürfnisse dieser Betroffenengruppe thematisiert haben. In der Bundesrepublik Deutschland leben nach offiziellen Schätzungen zwischen 70.000 und 100.000 intravenös applizierende Drogenkonsumenten (Stark und Kleiber 1991). In Berlin wird aktuell von 7.000 bis 8.000 IVDA ausgegangen. Durchschnittlich ist jeder sechste bzw. siebte IVDA in der Bundesrepublik Deutschland HIV-positiv; in Berlin sind es 15,1 Prozent (Kleiber und Pant 1992).

Vergleicht man in den Berliner Teilstichproben der am Sozialpädagogischen Institut Berlin (spi) durchgeführten multizentrischen Needle-Sharing-Sex-Studie¹ die Prävalenzraten von 1988/1989 mit denen von 1990/1991, dann bleibt - trotz sinkender Prävalenzraten - vor allem eine Polarisierung der epidemiologischen Dynamiken in den Teilpopulationen der Ex-User in Therapieeinrichtungen und der Fixer auf der offenen Szene offenkundig: der Anteil der HIV-Infizierten in den Berliner Therapieeinrichtungen sank zwischen 1988/1989 (N=382) und 1991 (N=371) von 17 Prozent auf 9 Prozent, während auf der offenen Szene die Prävalenz von 36 Prozent nur auf 22 Prozent sank (Kleiber und Pant 1992).

Empirische Vergleiche der Gruppen aus dem Therapie- bzw. dem Nicht-Therapiebereich sowie HIV-positiver und -negativer IVDA ergeben zusätzliche Hinweise darauf, daß Nutzungsfrequenz, subjektive Wahrnehmung und Bewertung der Angebote zwischen allen Teilgruppen deutlich variieren. Vor allem zeigt sich, daß HIV-positive IVDA durchschnittlich signifikant höhere Nutzungsfrequenzen aufweisen als HIV-negative IVDA. HIV-infizierte IVDA fan-

1 Studie "HIV-Needle-Sharing-Sex"; Projektleiter: Dieter Kleiber

den wir vor allem in der Gruppe derjenigen Nutzer², die überdurchschnittlich häufig von Angeboten der Aids-Hilfe und von Streetwork Gebrauch machen und die auf die HIV-Problematik mit einer veränderten Orientierung zur "Schadensminimierung" geantwortet haben (Kleiber, Pant und Beerlage 1992).

Solche Ergebnisse erzwingen Fragen nach den Gründen, warum HIV-infizierte IVDA in den Einrichtungen des Drogenhilfssystems so stark unterrepräsentiert sind. Mögliche Gründe dafür können zum einen in veränderten Therapiemotivationen durch die HIV-Infektion gesucht werden.

Die Gründe können aber auch darin liegen, daß die Angebotsstruktur der drogentherapeutischen Einrichtungen möglicherweise nicht ausreichend auf die durch HIV modifizierten Bedürfnisse hin differenziert ist. Es deutet einiges darauf hin, daß unter dem Eindruck einer HIV-Infektion spezifische Betreuungsbedarfe entstehen, die im Zusammenhang mit dem Versuch stehen, die HIV-Infektion bzw. die damit einhergehenden alltäglichen Veränderungen zu bewältigen. Zur Aufklärung des Zusammenhangs zwischen Versuchen, die HIV-Infektion zu bewältigen, und der Nutzung von medizinischen und psychosozialen Hilfen müßte geklärt werden, welche subjektiven Wahrnehmungen und Wertungen den einzelnen Nutzungsentscheidungen zugrunde liegen und welche Entwicklungen über die Zeit möglich sind, das heißt institutionell vorgezeichnet und/oder individuell wahrgenommen werden.

Ausgangshypothesen der Bewältigungs- und Betreuungsverläufe-Studie waren daher,

- a) daß das Aufsuchen von Hilfsangeboten im Drogen- oder Aids-Hilfe-System als Ergebnis und Element eines Bewältigungsprozesses verstanden werden kann, den die Betroffenen als Subjekte selber steuern, und
- b) daß sich die Vielfalt von Betreuungsverläufen aus dem Zusammentreffen von objektiver Verfügbarkeit differenzierter Nutzungspfade und subjektiver Wahrnehmung und Bewertung von Erreichbarkeit und Akzeptanz ergibt.

2. HIV-infizierte Drogenabhängige: Eine vernachlässigte Betroffengruppe in der Coping-Forschung

Bislang interessierten HIV-infizierte IVDA in empirischen Studien vorrangig als Empfänger präventiver Botschaften mit dem Blick auf Verhaltensänderungen im Sexualverhalten und Drogenkonsum, als Gegenstand professioneller

² Um Anhaltspunkte dafür zu gewinnen, ob sich homogene Gruppen im Hinblick auf die Nutzung von medizinischen und psychosozialen Hilfen identifizieren lassen, die spezifische Nutzungsmuster aufweisen, wurden die Daten der Nutzungsfrequenz einer Clusteranalyse unterzogen.

Beeinflussung (im Hinblick auf Verhaltensänderungen) oder als Objekte repressiver Maßnahmen (Beerlage und Kleiber 1992).

Vergleichsweise wenige Daten liegen darüber vor, wie HIV-infizierte IVDA als aktiv-bewältigende und zu (selbst-)verantwortlichem Handeln fähige Subjekte ihr Leben mit der HIV-Infektion gestalten und den Prozeß der Hilfesuche erleben und steuern (Kindermann et al. 1989; Sickinger et al. 1992). Drogenabhängigen wird oft eine grundsätzlich andere, nämlich subjektiv deutlich geringer erlebte Belastung nach der Testmitteilung zugeschrieben (Seidl und Goebel 1987).

Hintergrund dieser eingeschränkten Forschungsperspektive scheint zu sein, daß Drogenabhängigen lange Zeit unterstellt wurde, daß sie für Aids-präventive Botschaften schwerer empfänglich seien als beispielsweise Homosexuelle, da sie die HIV-Infektion in ihrem Drogenalltag in den Hintergrund treten ließen.

- Wenn IVDA in ihrem Bewältigungsverhalten näher betrachtet werden, dann zumeist in Querschnittstudien, in denen sie neben HIV-infizierten Homosexuellen nur eine kleine Teilstichprobe stellen (zum Beispiel Seidl und Goebel 1987; Franke 1990; Olbrich et al. 1990; Leiberich und Olbrich 1990a,b). Nach wie vor beschreiben aber auch unter neueren Versorgungsstudien nur wenige Arbeiten Schwankungen in den Betreuungsbedürfnissen im Längsschnitt (Selwyn et al. 1991; Driessen et al. 1991).
- Wenn ihr Bewältigungsverhalten im Längsschnitt beschrieben wird, dann zumeist - nicht zuletzt auch aus forschungspragmatischen Gründen - im therapeutischen Setting von Langzeittherapieeinrichtungen (Kochanowski-Wilmink und Belschner 1988; Zimmer-Höfler et al. 1991; Dobler-Mikola et al. 1992). Eine erfreuliche Ausnahme macht hier die Arbeitsgruppe um Walter Kindermann im Frankfurter AMSEL-Projekt; hier stand aber nicht die HIV-Infektion sondern vielmehr die Analyse längsschnittlicher Muster von Drogenkonsum und Ausstiegsverhalten im Zentrum der Fragestellungen.

Die größte Gruppe der HIV-positiven IVDA, meist unbetreute Drogenabhängige auf der offenen Szene, ist somit im Rahmen HIV/Aids-bezogener Coping-Fragestellungen weitgehend wissenschaftlich vernachlässigt worden, obwohl es eine ausreichende Zahl von Hinweisen darauf gibt, daß HIV-infizierte IVDA aus der offenen Szene eine multiple und extrem belastete Gruppe darstellen. Diese haben mehr alltäglichen und gesundheitlichen Stress zu bewältigen und dabei zugleich weniger materielle und soziale Ressourcen zur Verfügung (Franke 1990; Leiberich und Olbrich 1990a; Raschke und Ritter 1991; Kindermann et al. 1989; Kleiber, Pant und Beerlage 1992), als betroffene IVDA in anderen Lebenssituationen.

Ausgangspunkt der Bewältigungs- und Betreuungsverläufe (Be & Be)-Studie war und ist mithin ein unzureichendes Wissen darüber, wie Bewältigungs- und Betreuungsverläufe von HIV-infizierten oder Aids-erkrankten IVDA miteinander verschränkt sind und welche notwendigen Qualitäten bewältigungsfördernde psychosoziale und medizinische Angebote aufweisen sollten. Diese Lücke möchte das Be & Be-Projekt schließen.

3. Ziele

Die Studie zu Bewältigungs- und Betreuungsverläufen HIV-infizierter Drogenabhängiger verbindet Fragestellungen und Arbeitsansätze der Coping- und Versorgungsforschung. Sie möchte Bewältigungsprozesse und Betreuungsverläufe bei HIV-infizierten Drogenabhängigen mit dem Ziel nachzeichnen, Hinweise für eine bedürfnisorientierte Modifikation bestehender Angebote bzw. Initiierung neuer Hilfen zu erarbeiten, die Adaptation an das Leben mit der HIV-Infektion erleichtern. Es soll insbesondere analysiert werden, ob und in welcher Form spezifische Muster der Wahrnehmung und Nutzung von professionellen psychosozialen und medizinischen Hilfen den Coping-Prozeß beeinflussen.

Die Ziele des Be & Be-Projekts sind im einzelnen:

1. Analyse von Bewältigungsverläufen bei HIV-infizierten Drogenabhängigen;
2. Erfassung subjektiver Sichtweisen von personalen, sozialen, professionellen und materiellen Ressourcen und Barrieren im Bewältigungsprozeß;
3. Erhebung von Bewältigungs- und Betreuungsverläufen in unterschiedlichen Teilgruppen HIV-infizierter Drogenabhängiger;
4. Erhebung von Bedürfnissen nach professionellen medizinischen und psychosozialen Hilfen;
5. die Ermittlung von Lücken im Versorgungsnetz;
6. Erarbeitung von Kriterien zur Anregung und Schaffung von bedürfnisorientierten psychosozialen Hilfen vor allem für die aktuell Drogen konsumierenden Betroffenen auf der offenen Szene.

4. Theoretischer Bezugsrahmen und methodische Umsetzung

4.1 *Bewältigung als adaptiver transaktionaler Prozeß*

Die Bewältigung der HIV-Infektion kann nicht als einmaliger, abschließbarer und erfolgreicher Vorgang persönlicher und aktiver Einflußnahme verstanden

werden. Die bisher weitgehende Unkontrollierbarkeit des Auftretens von Symptomen und des gesamten Infektions- und Krankheitsverlaufs stellt eine - in Umfang und Stärke möglicherweise subjektiv unterschiedlich wahrgenommene und ausgeprägte - Dauerbelastung dar, die nicht "bewältigt" werden kann, sondern ein Spektrum von Verarbeitungsmodalitäten erfordert, die eine "Anpassung" an das Problem oder eine "Gestaltung" des Umgangs mit dem Problem ermöglichen (vgl. Koch und Heim 1988; Muthny 1990; Beutel 1989; Coelho et al. 1974; Clement 1992). Die Coping-Anforderungen, welche die HIV-Infektion stellt, werden in einem Coping-Modell berücksichtigt, das sich damit vom Paradigma der Problemlöseforschung wegbewegt.

Trotz vorhandener Ähnlichkeiten der Bewältigungsanforderungen mit denen anderer infauster Diagnosen und chronischer Krankheiten wird hier zur Präzisierung der Coping-Anforderungen auch von einer Spezifität der Belastungen durch HIV/Aids ausgegangen. Diese ist vor allem der Nähe zu gesellschaftlich tabuierten Themen und gesellschaftlich diskreditierten Lebensweisen geschuldet (Klauer, Ferring und Filipp 1989).

In Anlehnung an Lazarus und Folkmann (1984) wird Coping als transaktionaler Prozeß konzipiert, der zirkulär verläuft und von objektiven, situationsbezogenen Stressoren, subjektiven Wahrnehmungen und Personenmerkmalen gleichermaßen abhängt. Angesichts des objektiv weitgehend unkontrollierbaren Krankheitsverlaufs können sowohl aktiv-situationsverändernde als auch palliative, emotionen-regulierende Bewältigungsstrategien, konfrontierende aber auch vermeidende Strategien funktional sein (Florin 1985, Steffens und Kächele 1988). Der in Meta-Analysen häufig wiederkehrende Befund, nach dem aktiv-zupackendes Verhalten gepaart mit einer optimistischen Grundhaltung, sich als "geeignetes Coping" erwiesen hat, kann deshalb nicht als normatives Maß zugrundegelegt werden. Als Maße der Adaptivität werden vielmehr neben objektiven Parametern der Lebenssituation und Lebensqualität auch Verhaltensänderungen (zum Beispiel safe sex, safe use), das subjektive Wohlbefinden und das Erreichen subjektiv relevanter Zielsetzungen (Wohnungswechsel, Drogenfreiheit, Beziehungsgestaltung etc.) erhoben (vgl. Heim 1988).

Der Tatsache, daß die Bewältigung der HIV-Infektion nicht nur vor dem Hintergrund eines von Drogen(konsum bzw. -abstinenz) bestimmten Alltags stattfindet, sondern sich möglicherweise auch in unterschiedlichen Bereichen der Alltagsbewältigung manifestiert, wird dadurch Rechnung getragen, daß sowohl die Bewältigung des (veränderten) Alltags als auch HIV-spezifische Bewältigungsanstrengungen erhoben werden.

Entsprechend dieser Sichtweise des Coping-Prozesses werden zur Analyse des Copinggeschehens lebensweisen- und HIV-spezifische Bewältigungsanforderungen, personale, soziale, professionelle und materielle Ressourcen und Coping-Effekte genauer analysiert sowie deren Wahrnehmung und Bewertung

durch die Betroffenen. Als Coping-Effekte werden dabei sowohl objektive Maße der Lebensqualität (Wohnsituation, Verfügbarkeit materieller Ressourcen), Verhaltensmaße und Verhaltensänderungen (Drogenkonsum, Gesundheitsverhalten, Aids-präventives Verhalten, Nutzungsmuster) sowie subjektive Maße der Adaptivität wie Zufriedenheit mit den verfügbaren Ressourcen und subjektives Wohlbefinden erhoben.

4.2 *Prospektives Längsschnitt-Design*

Die Bewältigungs- und Betreuungsverläufe werden prospektiv über einen Zeitraum von zwei Jahren mit fünf Interviews im Abstand von jeweils vier Monaten erfaßt. Die Kernstichprobe umfaßt 25 Personen, die erst seit kurzer Zeit Kenntnis von ihrem positiven HIV-AK-Befund haben. Mit Hilfe von Interviews mit weiteren circa 75 Personen, die ihr Testergebnis bereits länger kennen oder mit denen keine fünf Erhebungen realisiert werden können, werden ebenfalls retrospektiv bzw. unvollständig prospektiv Bewältigungs- und Betreuungsverläufe erhoben. Die Kombination von Quer- und Längsschnitt-Design erlaubt weiterreichende - und auf ein größeres Datenmaterial und ein größeres Zeitfenster bezogene - Aussagen über Phasen von Bewältigungs- und Betreuungsverläufen unter unterschiedlichen Bedingungen des gesellschaftlichen Umgangs mit Aids als eine rein prospektive Studie.

4.3 *Ethnographischer Feldzugang*

Lebensweltspezifische Hintergründe des Bewältigungsverhaltens der IVDA werden durch einen aufsuchenden, lebensweltorientierten ethnographischen Feldzugang berücksichtigt (vgl. Mulleady, Hart und Aggleton 1989; Sorensen 1990; Shedlin 1990; Gerlach und Schneider 1990; Petzold und Hentschel 1990; Gusy et al. 1992). Den Kontakt zu den IVDA nehmen wir sowohl in den Einrichtungen der Drogenhilfe als auch in Haftanstalten, Krankenhäusern, in der Aids-Hilfe, auf der Szene, im Spritzenvergabe-Bus und in Junkie-Organisationen auf. Insbesondere nutzen wir die langjährigen Erfahrungen der Streetworkerin, die im Projekt angestellt ist.

4.4 *Subjekt-Orientierung und qualitative Erhebungsmethoden*

Die Einbeziehung der Betroffenen als Experten ihres Alltags legt eine möglichst alltagsnahe kommunikative Datenerhebung in Form semistrukturierter, problemzentrierter Interviews nahe (Witzel 1985), in denen auch subjektive Bedeutungen und Alltagstheorien zum Ausdruck gebracht werden können. Ergänzend kommen für Maße der subjektiven Befindlichkeit Visualisierungs-

techniken ("Befindlichkeitsbarometer", vgl. Fischer 1986) und für objektivierbare Verhaltensmaße und soziodemographische Daten ein standardisiertes Erhebungsinstrument zum Einsatz. Das Gespräch bzw. Interview mit den Drogenabhängigen verfolgt gleichwohl nicht nur das Ziel, Informationen über subjektive Perspektiven und über das Bewältigungsverhalten zu sammeln, sondern auch Selbstexploration und Selbstdeutungen anzuregen und (neue) Sinnstiftungen auszulösen.

4.5 *Praxisforschungs-Ansatz*

Die Analyse von Bewältigungs- und Betreuungsverläufen findet im Kontext eines Handlungsforschungsansatzes statt, der es erlaubt, im Forschungskontext sichtbar werdende Bedürfnisse nach sozialer Unterstützung und professioneller Hilfe aufzugreifen und Bewältigungshilfen anzubieten, zugleich aber auch Bedarfsanalysen auf der Grundlage der Nutzung eines Betreuungsangebotes anzustellen (Lewin 1953; Chein, Cook und Harding 1948; v. Kardorff 1988; Heiner 1988; Beerlage und Fehre 1989; Kleiber 1989). Daher wurde ein szenenaher, bzw. mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbarer Kontaktladen eingerichtet, den die Betroffenen jederzeit aufsuchen können, um sich auszusprechen, Informationen zu besorgen und Hinweise auf bestehende Hilfen im Drogen- und Aids-Hilfe-System zu erhalten. Auch können die Betroffenen dort Spritzen und Kondome erhalten, sowie in (begleiteten) Selbsthilfegruppen tagen. Forschungspragmatisch trägt die psychologische und sozialpädagogische Arbeit aber auch zur Haltekraft des Projektes und damit zur Sicherstellung der Folgeinterviews bei.

5. *Stichprobenbeschreibung*

Von den 100 HIV-infizierten IVDA, die wir in die Studie einbeziehen konnten, wissen 22 erst seit relativ kurzer Zeit (Ergebnismitteilung 1991 oder 1992) von ihrem positiven HIV-Status; nur ein Interviewpartner jedoch konnte noch am Tag der Testmitteilung befragt werden.

Die Hälfte der IVDA wurde vor 1987 getestet. Im Durchschnitt leben die Interviewpartner seit 4 Jahren und 3 Monaten mit der HIV-Infektion (Median 5 Jahre, 2 Monate). Die folgende Modellrechnung (Tabelle 1) demonstriert, daß diese Zahl im Rahmen der Erwartung liegt.

Von 100 HIV-infizierten IVDA, 75 Männern und 25 Frauen, lag bis Januar 1993 mindestens ein Interview vor. Durch die fortlaufende Stichprobenrekrutierung und das entsprechend verschobene Wiederaufsuchen konnten bis heute 61 Zweitinterviews, 48 Drittinterviews und 28 Viertinterviews durchgeführt

werden. Die fünfte Erhebungswelle erfolgt aktuell mit den relativ früh im Forschungsprozeß erreichten Interviewpartner(inne)n, während parallel noch Zweit-, Dritt- und Viertinterviews stattfinden.

Die N=100 Interviewpartner(innen) sind im Mittel 32 Jahre alt und haben durchschnittlich mit 18 Jahren ihren Heroinkonsum aufgenommen. Hafterfahrung haben 95 Prozent (78 von 82) mit einer durchschnittlichen Gesamtdauer von fünf Jahren (Median 57 Monate). 79 Prozent (68 von 86) haben Erfahrung mit Drogentherapie: davon 16 IVDA mit ambulanter und 65 IVDA mit stationärer. Nur sieben IVDA haben mindestens eine ambulante Therapie abgeschlossen, 21 IVDA mindestens eine stationäre.

Tab. 1: Modellrechnung

	geschätzte Anzahl IVDA in Berlin	6.000-9.000
20%	geschätzte HIV-Prävalenz bei IVDA in Berlin	1.380-2.070
80%	sind über ihren HIV-Status informiert	
20%	potentielle neuinformierte HIV-Positive	276-414
1%	geschätzte Inzidenz 1991	48-72
	Grundgesamtheit "Neuinformierte 1991"	324-486
10-15%	Erreichbarkeit durch Institutionen	32-49
50%	maximale Ausschöpfungsrate	16-25
50%	erwartete Haltekraft in 2 Jahren	8-13
	potentielle prospektive Stichprobe	8-13

6. Erste Ergebnisse

6.1 Die erste Reaktion auf die Mitteilung des HIV-Testergebnisses bei IVDA

Von allen Interviewpartnern (N=100) liegen Angaben zur ersten Reaktion auf die Testmitteilung vor. Damit kann auf ein breiteres Datenmaterial als in bisherigen Studien zurückgegriffen werden. Die querschnittliche Auswertung der ersten Reaktion auf die Mitteilung eines positiven HIV-AK-Befundes erfolgte vor dem Hintergrund zunächst widersprüchlich erscheinender Befunde bei Drogenabhängigen in qualitativen Studien.

- a) Drogenabhängigen wird oft eine grundsätzlich andere, nämlich subjektiv deutlich geringer erlebte Belastung nach der Testmitteilung zugeschrieben. Dilley (1987) faßt seine Beobachtungen wie folgt zusammen: "Der Fixer neigt dazu, in Aids einen Betriebsunfall und ein bekanntes Risiko zu sehen" (zit. nach Deissler 1988).
- b) Auf der anderen Seite werden intensive Schockerlebnisse bzw. oszillierende Phasen von emotionalem Schock und Lähmung, Verdrängung und Auseinandersetzung berichtet (Kindermann 1987, S. 256).

45 Erstinterviews wurden zufällig ausgewählt, um im Rahmen einer ersten qualitativen Inhaltsanalyse zu sinnvollen Kategorien zu gelangen, die in einem zweiten Schritt auf die verbleibenden Interviews angewandt werden. Das Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse gilt mittlerweile als etablierte, strukturierte Methode, um umfangreiches Textmaterial nach theoretisch bestimmten bzw. am Material entwickelten Auswertungsgesichtspunkten und Fragestellungen systematisch und regelgeleitet auszuwerten (Mayring 1983; v. Dijk 1980).

Es ließen sich zwei dominante kontrastierende Reaktionsformen nach Mitteilung eines HIV-positiven Testergebnisses bei IVDA erkennen: "Schock" versus (nach außen kontrolliert erscheinende) "kognitiv relativierte emotionale Reaktion".

1. *Schockreaktion* (n=30): Die häufigste Reaktionsform auf die Mitteilung eines positiven Testergebnisses stellt eine intensive emotionale Irritation dar, die als Ausdruck eines "traumatisches Erlebens" der Information bzw. ihrer Konsequenzen oder eines "Testschocks" verstanden werden kann (vgl. Rosenbrock 1988; Clement 1992). In den ausgewerteten Interviews wurden zwei Formen der intensiven emotionalen Reaktion erkennbar:

Einphasiges Geschehen: Die quantitativ eindeutig dominierende Reaktionsform auf das HIV-positive Testergebnis bei den IVDA unserer Studie war die direkte Schockreaktion (n=24). In den Interviews finden sich dafür zahlreiche Beschreibungen, die von "Schlag", "Hammer vor den Kopf" über Bilder wie "fix und fertig mit den Nerven", "wußte nicht mehr ein noch aus", "totaler Nervenzusammenbruch", "Schwindelgefühle", "Welt zusammengebrochen" bis hin zur Äußerung von konkreten Todesängsten reichen; zum Teil benutzten die Befragten selbst bereits den Begriff "Schock", um den Zustand, in dem sie sich befanden, zu schildern.

Häufig trat noch in der Mitteilungssituation im Erleben der Befragten eine heftige emotionale bzw. psychophysische Übererregung ein, die zum Teil nicht mehr kontrollierbar war. Dabei kam es zu heftigen

Weinkrämpfen, ungerichteten Wutausbrüchen, Fluchtreaktionen oder reaktiv zu verstärktem oder erneutem Drogengebrauch. Kognitiv wurde das HIV-positive Testergebnis zunächst gleichgesetzt mit dem völligen Verlust der Lebensorientierung, klarer Zukunftsplanung oder wurde generell als Sinnverlust erlebt. Mitunter waren auch Vorstellungen der Bestrafung für die bisherige Lebensform (Drogenkonsum, Prostitution) anzutreffen.

Zweiphasiges Geschehen: In der ersten Reaktion auf die Testmitteilung setzte bei manchen (n=6) der beschriebene Zustand des emotionalen Zusammenbruchs erst nach einer vorausgehenden 1. Phase ein, während der es ihnen zunächst unmöglich war, überhaupt Zugang zu ihren eigenen Gefühlen zu bekommen. Typische Umschreibungen für dieses Gefühl der Betäubung, der Paralyse waren etwa: "Es ist nichts mehr an mich herangekommen, die ersten 3 Tage danach habe ich nichts richtig gemerkt", "wie in Trance". Eine solche "larvierte Reaktion" kann sehr kurz andauern oder aber über Tage hinweg anhalten, ihr folgt, im Erleben der Betroffenen, ein Zustand starker emotionaler oder psychophysischer Übererregung als 2. Phase.

2. *Kognitiv relativierte emotionale Reaktion* (n=15): Bei einem Drittel der Befragten ließ sich eine nach außen kontrolliert erscheinende, kognitiv relativierte oder abgepufferte emotionale Reaktion finden. Typisch hierfür waren folgende Beschreibungen: "überhaupt nicht groß aus der Bahn geworfen", "ziemlich locker weggesteckt", "nicht ernst genommen". Eine spontane Relativierung der Bedeutung des HIV-positiven Testergebnisses war hier der dominierende Reaktionsmodus. Voraussetzung dafür waren entweder kognitive Bewältigungsmuster oder im subjektiven Belastungserleben vordergründige Lebensweisen/-umstände, durch die das Testergebnis in seiner Bedeutung relativiert wurde. Mit den kognitiven Bewältigungsmustern sind fast ausschließlich Erwartungen der Befragten gemeint, mit deren Hilfe sie ein optimistisches Krankheitsverlaufskonzept schon in der Mitteilungssituation aktivieren konnten. Solche Erwartungen bezogen sich auf ein persönlich zu realisierendes Gesundheitsverhalten, auf einen zukünftig zu reduzierenden Drogenkonsum, auf die Hoffnung, daß ein Heilmittel noch rechtzeitig entwickelt werde, oder auf die lange Latenzzeit von Aids angesichts einer subjektiv guten eigenen körperlichen Verfassung. Situativ wurde der Befund auf dem Hintergrund einer ohnehin schon als belastend erlebten Lebenssituation (durch den Drogenalltag oder die Haftsituation) relativiert. Die Testmitteilung fügt sich hier in Lebensumstände, die das Erleben derart dominieren und die Aufmerksamkeit der

Betroffenen in einer Weise in Anspruch nehmen, daß die HIV-positive Testmitteilung nur noch als ein Ereignis wahrgenommen wird, das die allgemeinen Lebensumstände komplettiert, das aber offenbar nicht mehr zusätzlich als Schock erlebt wird. Dieser Reaktionstyp entspricht den - allerdings als vorrangig dargestellten - Schilderungen von Seidl und Goebel (1987) und Dilley (1987) bzw. der Reaktionsform des "Nicht-wahr-haben-Wollens" bei Mc Keganey (1990).

Im Vergleich zur sichtbaren Traumatisierung bei der Schockreaktion - unabhängig davon, ob sie sofort emotional zugänglich ist oder erst in einer zweiten Phase nach der "Notfallreaktion" eintritt - befinden sich die IVDA, welche die emotionale Bedeutung des Testergebnisses relativieren können, in einer stabilen psychischen Verfassung, die subjektiv oder gegenüber Dritten durchaus auch als unbeeinträchtigtes Wohlbefinden erscheinen kann. Diese Tatsache wirft eine Reihe von Fragen auf, die unter Aids-präventiven aber auch unter Coping-Gesichtspunkten von Bedeutung sind. Handelt es sich bei dem berichteten Optimismus tatsächlich um ein Maß subjektiv gelingender Adaptation oder um eine maladaptive Bewältigungsstrategie, mit der auch im bisherigen Suchtalltag soziale oder innerpsychische Konflikte durch Verleugnung oder selbstwertstützende Umdeutungen zu vermeiden gesucht wurden? Wie stabil bleibt das durch kognitive Relativierung, also auch durch Ausblendung realer Lebensbedrohungen, erzielte Wohlbefinden beim Übergang von der symptomlosen Phase ins ARC-Stadium? Wie empfänglich sind die abgepuffert reagierenden HIV-positiven IVDA für Aids-präventive Aufrufe zu Verhaltensänderungen, wenn sich scheinbar in ihrem Leben doch nichts verändert hat? Der Aufklärung dieser Fragen ist die nächste Auswertungsphase gewidmet.

Ein Vergleich beider Haupt-Reaktionsmuster hinsichtlich ihrer Verteilung auf spezifische Teilgruppen der befragten IVDA muß in Anbetracht des geringen Stichprobenumfangs zunächst nur sehr vorsichtig ausfallen. In bezug auf die vorliegenden Daten lassen sich allenfalls gewisse (zukünftig zu prüfende) Besonderheiten erkennen:

Geschlechtsspezifik: Auffällig ist, daß keine Frau "kognitiv relativierend" reagierte; vielmehr reagierten alle Frauen mit heftigen emotionalen Irritationen infolge der Konfrontation mit der emotionalen Bedeutung der HIV-Infektion (Reaktionstypus 1).

Drogenstatus: Von insgesamt 17 zum Testzeitpunkt Heroin-cleanen Befragten reagierten 14 mit Schock. Wer aber einem vollen Drogenalltag ausgesetzt war, reagierte mit höherer Wahrscheinlichkeit "relativierend". Aktiver Drogenkonsum, so könnte man vermuten, läßt eine "natürliche", emotionale Reaktion auf das "kritische Lebensereignis Test=HIV-positiv"

nur eingeschränkt zu. Umgekehrt läßt sich vermuten, daß beim (persönlich gewollten bzw. institutionell unvermeidlichen) Eintreten in eine drogenfreie Phase die Konfrontation mit der emotionalen Bedeutung der HIV-Infektion zunimmt und die durch die kognitive Relativierung bewirkte, durch die Ausblendung realer Bedrohungen aber nur scheinbare Stabilität ins Wanken gerät.

Lebenssituation: Kognitiv relativierte Reaktionen fanden sich häufiger, wenn das Ergebnis in Haftanstalten mitgeteilt wurde, während Schockreaktionen eher bei niedergelassenen Ärzten oder in Therapieeinrichtungen sichtbar wurden. Diese Tatsache könnte als Hinweis darauf verstanden werden, daß Vertrauensverhältnisse oder stützende Rahmenbedingungen eher eine emotionale Konfrontation erlauben, während die kognitiv relativierte Reaktion möglicherweise das Ergebnis der situationsabhängigen Regulation von Veröffentlichungsbereitschaft darstellt.

Unmittelbare Praxisrelevanz der Ergebnisse

1. Bedeutsam erscheint zunächst die Tatsache, daß in größerem Umfang als bisher erwartet unter Umständen tagelang verzögerte psychophysische Zusammenbrüche im Anschluß an die Testmitteilung vorkommen. Eine Person kann in der Testmitteilungssituation äußerlich noch völlig gefaßt wirken, sich in Wahrheit aber in einer Phase befinden, die durch eine momentane Gefühlsabspaltung analog einer "Notfallreaktion" gekennzeichnet ist (vgl. Clement 1992). Um den Betroffenen die Möglichkeit zu geben, auch noch zu einem späteren Zeitpunkt Unterstützung in einer emotionalen Krise zu erhalten, könnten in Fällen von beobachteter geringer emotionaler Resonanz auf die Testmitteilung Folgetermine verbindlich vereinbart werden.
2. Die Reaktionsform, mit der durch ein "optimistisches Krankheitsverlaufskonzept" die emotionalen Irritationen reguliert werden, verweist zunächst auf die angstreduzierende Funktion von Hoffnungen, in denen auf die Wirksamkeit gesundheitsförderlichen Verhaltens (einschließlich reduzierten Drogenkonsums) und die oft lange Latenzzeit gesetzt wird. Auf der anderen Seite könnten Komponenten der kognitiven Relativierung dazu beitragen, daß eine scheinbare psychische Stabilität aufgebaut wird, die nur durch die kognitive Vermeidung der Herausforderungen durch die HIV-Infektion zustande kommt, im Fall realer HIV/Aids-bedingter alltäglicher Belastungen aber nicht ausreichend tragfähig ist.
3. Mit der Annahme einer relativen Unberührbarkeit der Drogenkonsumenten durch die Testmitteilung (wie sie eine "larvierte", verzögerte Schock-

reaktion bzw. eine "kognitiv relativierende" Reaktion fälschlicherweise nahelegt) auf seiten der Aids-Berater ist die Gefahr verbunden, die Mitteilungssituation zwischen Beratern und Betroffenen nicht optimal zu gestalten: Die Annahme eines Beraters, der betroffene IVDA interessiere sich möglicherweise gar nicht für das Ergebnis, stellt zunächst eine ungeprüfte Generalisation dar; gepaart mit Unsicherheiten gegenüber IVDA, die als schwierige Klientel erlebt werden, könnte eine solche Annahme dazu führen, daß stützende Angebote unterbleiben.

Eine weitere Informationsquelle relativiert nicht nur die Annahme von der Unberührbarkeit der Drogenabhängigen durch die Testmitteilung: Den Interviewpartnern wurde die Gelegenheit gegeben, in einem sogenannten "Befindlichkeitsbarometer" mit den Polen "Es ging/geht mir sehr gut", "Es ging/geht mir sehr schlecht" Schwankungen in ihrer Gesamtbefindlichkeit zwischen Testmitteilung und Erstinterview zu visualisieren. Die Visualisierung verdeutlicht neben dem Einschnitt in der Befindlichkeit durch die Testmitteilung auch die relative Bedeutsamkeit dieses Ereignisses vor dem Hintergrund darauf folgender Krisen und Alltagsbelastungen.

Eine erste exploratorische, grobe Auswertung von 79 retrospektiven Befindlichkeitsbarometern zwischen t_0 (Testmitteilung) und t_1 (Erstinterview) konnte Prozesse des "emotionalen Achterbahnfahrens" ("emotional roller casting", Temoshok et al. 1987) vor dem Hintergrund von objektiven Lebensumständen und subjektiven Wichtigkeitsbeurteilungen und damit subjektiv erlebte Lebensqualität im Sinne von "Wohlbefinden" sichtbar machen. Legt man eine Skalierung von -5 ("es ging mir sehr schlecht") bis +5 ("es ging mir sehr gut") an das Befindlichkeitsbarometer an, so lag die subjektiv erlebte Befindlichkeit vor dem Test bei durchschnittlich -0,7, zu t_1 bei -0,14; die Testmitteilung wird jedoch als einschneidende Befindlichkeitsbeeinträchtigung mit einem durchschnittlichen Wert von -3,7 beschrieben. Dabei bezeichnet der HIV-Test einen psychischen Tiefpunkt bzw. einen Ausgangspunkt für eine seelische Talfahrt. Bei denjenigen, denen es im Anschluß an die Testmitteilung schließlich - ihrer Darstellung und Beschriftung folgend - besser ging, konnte es nicht mehr schlechter gehen, da sie mit der Testmitteilung an ihrem subjektiven Tiefstand angelangt waren.

Die in der Folgezeit dargestellten und (beschrifteten) Höhen und Tiefen wurden im Rahmen einer ersten explorativen Sichtung ausgezählt und den sie bestimmenden Themen zugeordnet. Von den 185 berichteten Höhepunkten stehen 54 mit der HIV-Thematik, 33 mit drogenspezifischen Themen, 39 mit Hafterfahrungen und weitere 59 mit allgemeinen sozialen und materiellen Ereignissen (Wohnung/Partnerschaft) in Verbindung. Unter den dargestellten Tiefpunkten der Befindlichkeit dominieren nicht so sehr das HIV-Thema (19)

und Hafterfahrungen (19) als vielmehr drogenkonsumbedingte Alltagsbelastungen (39) und materielle und soziale Probleme (38).

6.2 Lebensweisen als Hintergründe des nachfolgenden Bewältigungshandelns

Es können unterschiedliche Lebensumstände als Bewältigungshintergrund untersucht werden, da HIV-infizierte IVDA in unterschiedlichen Lebenssituationen und mit unterschiedlichen Drogengebrauchsmustern erreicht werden konnten. Im Durchschnitt stehen den IVDA monatlich 611,- DM zur Verfügung (n=76), überwiegend aus staatlicher Unterstützung oder als Unterstützung durch Angehörige. 50 Prozent verfügen über weniger als monatlich 450,- DM; hier sind vor allem Inhaftierte anzutreffen. Dem stehen durchschnittlich 16.849,- DM an Schulden gegenüber (Median 5.000,- DM) (n=71). 25 (von N=78) finanzieren sich zum Teil aus illegalen Ressourcen (Drogenkleinhandel, Beschaffungskriminalität). 48 (von 85) leben ohne feste Partnerschaft; von den 14 Verheirateten leben nur drei mit ihrem Ehepartner zusammen, von den 23 Personen mit fester Beziehung leben auch nur 6 mit ihren Partnern zusammen. 21 Interviewpartner haben Kinder, aber nur zwei von ihnen leben mit ihren Kindern zusammen. Abbildung 1 beschreibt die Stichprobe (N=100) nach Drogengebrauchsmustern und Lebenssituation. Die aktuell intravenös i.v. drogengebrauchenden HIV-Infizierten machen 57 Prozent der Stichprobe aus, wobei bei 18 Prozent der Stichprobe der intravenöse Drogengebrauch zusätzlich zur Methadon-Substitution erfolgt. 14 Prozent erhalten die Ersatzdroge Methadon und haben keinen i.v. Beigebruch. Immerhin 28 Prozent der HIV-Infizierten leben abstinent, konnten aber durch die Studie, die sich an i.v. Drogenabhängige richtet, erreicht werden.

Hinsichtlich der Wohnsituation rekrutiert sich ein Drittel der Stichprobe zunächst aus Haftanstalten; von den 34 Inhaftierten spritzen 24 weiterhin Heroin; jeder inhaftierte Substituierte hat auch intravenösen Drogenkonsum, nur weniger als ein Viertel der Inhaftierten lebt abstinent von Heroin oder Kokain. Beim Erstinterview lebten 21 in instabilen Wohnverhältnissen mehrheitlich mit intravenösem Drogenkonsum, "auf der Szene", obdachlos oder verdeckt obdachlos in Pensionen oder bei Freunden. Aber auch hinter der selbständigen Wohnform bei 28 Drogenabhängigen (eigene Wohnung, in der Wohnung der Partnerin oder bei den Eltern) verbergen sich Formen des Lebens auf der Szene. Nur 3 Prozent leben abstinent. Immerhin die Hälfte der Substituierten mit einer eigenen Wohnung lebt aber ohne intravenösen Beigebruch. 17 Prozent der Stichprobe wurde im Hilfesystem (Drogentherapieeinrichtungen, Krankenhäuser, Psychiatrie) erreicht. Erwartungsgemäß leben dort fast alle abstinent bzw. werden substituiert.

Abb. 1: Drogenstatus und Lebenssituation zum ersten Interviewzeitpunkt (N=100)

Drogenstatus	Wohnsituation				
	selbständig	im Hilfesystem	instabil	in Haft	
ohne aktuellen i.v. Drogenkonsum	3	13	3	9	28
substituiert ohne i.v. Beigebruch	9	2	3	-	14
substituiert mit i.v. Beigebruch	9	-	3	6	18
aktueller i.v. Drogenkonsum	7	2	12	18	39
missing	-	-	-	1	1
	28	17	21	34	100

Die dargestellten Bedingungen der Wohn- und Einkommenssituation der Befragten führen nur einige Aspekte des Lebens mit der Droge bzw. infolge der Drogenabhängigkeit vor Augen, die unabhängig von HIV bereits eine Belastung darstellen können. Drei Teilgruppen tauchen im Kontext des Projekts - als Interviewpartner, als Nutzer der psychosozialen Hilfen und als Mitglieder von Selbsthilfegruppen - verstärkt auf: drogenfrei lebende IVDA in Drogentherapieeinrichtungen, Substituierte mit und ohne Beigebruch und Inhaftierte. Aufgrund der Interviews wissen wir, daß der zentrale Motor für die Selbstselektion in der Verknüpfung des Beteiligtseins an der Längsschnittstudie mit Kontakt- und Beratungsinteressen zu sehen ist. Die Zusammensetzung der Stichprobe kann so möglicherweise als Indikator für teilgruppenspezifische Problem- und Bedürfnislagen gedeutet werden.

6.3 Bedürfnisse nach Unterstützung in Teilgruppen und Praxiserfordernisse

Die Hälfte der Interviewpartner nahm 1-5 Betreuungskontakte allein zwischen Erst- und Zweitinterview in Anspruch. Jeweils die Hälfte aller durch Wohnsituation und Drogenstatus gekennzeichneten Teilgruppen nutzt das Betreuungsangebot des Projekts. Die Anliegen variieren jedoch stark in Abhängigkeit von der aktuellen Lebenssituation. Der Kontaktladen sowie die aufsuchende psychologische und sozialpädagogische Hilfe wurden vor allem von drei Teilgrup-

pen HIV-infizierter IVDA begrüßt und in Anspruch genommen, die zugleich auch die größten Gruppen unter den Interviewpartnern ausmachen.

1. In der Gruppe der Drogenkonsumenten in *Haftanstalten* wurde das größte Interesse an Gesprächen deutlich. Als "externen" Besuchern und Gesprächspartnern wurde den Projektmitarbeitern ein hohes Maß an Vertrauen und Akzeptanz entgegengebracht. Angst vor Stigmatisierung und Ausgrenzung von HIV-Positiven, Tabuierung von Drogenkonsum in Haft, Angst vor Erkrankung in Haft und Möglichkeiten bzw. Unmöglichkeiten von stabilisierendem Gesundheitsverhalten waren die dominanten Gesprächsthemen. Die Möglichkeit, offen über Drogenkonsum in der Haft zu sprechen, hatte einen wichtigen Entlastungscharakter und ermöglichte von seiten des Projekts, Aids-präventive Informationen (zum Beispiel safe-use-Praktiken) zu geben, aber auch Korrekturen an bestehenden irrtümlichen Annahmen über safe bzw. unsafe Praktiken vorzunehmen. Im Laufe des Projekts hat die Initiierung und Begleitung von (derzeit) zwei Selbsthilfegruppen (Substituierte, Clean-Lebende) (vgl. Kleiber et al. 1992) zunehmend mehr Bedeutung gewonnen und auch mehr personelle Kapazitäten gebunden, als zunächst erwartet. Eine dritte Gruppe (HIV-infizierte substituierte Frauen) hat sich mit Beginn des Jahres konstituiert³.
2. Seit der Ausweitung der Substitutionspraxis in Berlin, bei der psychosoziale Betreuung bindend vorgeschrieben wird, ist eine Versorgungslücke evident geworden, nämlich das Fehlen einer ausreichenden Zahl von psychosozialen Betreuungsplätzen zur Substitutionsbegleitung. Vor diesem Hintergrund hat sich die Selbsthilfe-Gruppe der *substituierten HIV-Positiven* gegründet. Sie ist die größte und aktivste, im Kontaktladen tagende Gruppe. Die Gruppe diente zunächst als Anlaufstelle für Betroffene ohne eine solche psychosoziale Betreuung, um sich über Probleme mit substituierenden Ärzten sowie über den erlebten Sonderstatus in Einrichtungen des Drogen-Hilfssystems auszutauschen. Mittlerweile sind andere Motive zur Teilnahme an der Gruppe deutlich geworden: Mit der Substitution verlieren die Betroffenen ihren bislang gewohnten Alltagsrhythmus. Den Alltag mit neuen Inhalten zu füllen, ihn überhaupt zu strukturieren, stellt sich jetzt, da der Beschaffungsdruck entfällt (oder weitgehend entfällt),

3 Die Selbsthilfegruppen wurden durch eine Sachkostenzuwendung des Berliner Senators für Jugend und Familie finanziell unterstützt. Aus diesen Mitteln konnten die Gruppen regelmäßig ihre Sitzungen, gemeinsames Frühstück und Freizeitaktivitäten gestalten. Wir bedanken uns herzlich bei der Senatsverwaltung für Jugend und Familie, Referat III D, für die freundliche Unterstützung, die auch im Kalenderjahr 1993 fortgesetzt wird.

zunehmend als ein ungewohntes neues Problem dar. Deutlich wird nun auch die Fixierung der Sozialkontakte auf die Szene. Das Bedürfnis nach Strukturierung des Alltags sowie nach sozialen Kontakten und auch nach der Bestätigung einer neuen Identität als substituierte HIV-Positive waren nun nicht selten ausschlaggebende Motive für die Teilnahme an der Gruppe.

3. Eine weitere Gruppe *cleaner Ex-User* wurde von Betroffenen aus Drogentherapieeinrichtungen und Nachsorgeeinrichtungen gegründet, die sich mit ihrer HIV-Infektion zum Teil zu sehr vereinzelt und vernachlässigt vorkamen. Sie suchten den Kontakt zu anderen HIV-positiven Ex-Usern für einen HIV-bezogenen Austausch über in den Einrichtungen häufig tabuierte Themen wie Rückfallgedanken angesichts der begrenzten Lebensperspektive oder (Un-)Safe Sex mit Nicht-Infizierten. Die Gruppe bietet aber auch Unterstützung beim Aufbau sozialer Ressourcen, vor allem drogenfreier Kontakte für die Zeit nach Therapieende (Rückfallgefahr).

7. Praktischer Gewinn aus dem Praxis-Forschungs-Ansatz

Hilfreich für das Erreichen der IVDA aus unterschiedlichen Szenen war die Etablierung eines niedrigschwelligen Zugangs und das Angebot von sozialpädagogischer und psychologischer Unterstützung in Form von aufsuchender Arbeit, Streetwork und von Unterstützung der Selbsthilfeaktivitäten im Kontaktladen. Die Ankündigung des Wiederaufsuchens sowie die Betreuungsangebote werden von den Betroffenen sehr positiv wahrgenommen und scheinen eine Lücke zu schließen, die HIV-infizierte Drogenabhängige in Berlin erleben.

Hinsichtlich der sichtbar gewordenen Betreuungsbedürfnisse und Betreuungsleistungen zeigte sich, daß das Praxisforschungsprojekt, dessen Ziel es ist, zum Aus- und Aufbau bedürfnisorientierter Hilfen für spezifische Teilgruppen HIV-infizierter IVDA beizutragen, die größte Lücke im Versorgungsangebot in dem Moment identifizierte, als es HIV-infizierte Drogenabhängige als spezifische Klientengruppe in den Mittelpunkt des Interesses rückte. In der Zuständigkeitserklärung für eine komplexe Mehrfachproblematik lag aus der Sicht der Betroffenen der größte Gewinn, da sie bislang überwiegend partialisierte psychosoziale Hilfen in den unterschiedlichen Hilfsangeboten erwarten durften. Unter Versorgungsgesichtspunkten ist es dem Praxisforschungsprojekt in der alltäglichen Arbeit möglich geworden, flexibel auf evident werdende Bedürfnisse zu reagieren. Dies geschah jenseits der "idealtypischen", aber nur "virtuellen" Versorgungspfade, die sich an den drogenpolitischen Polarisierungen von

"Abstinenzparadigma" und "Suchtbegleitungsparadigma" orientieren, (Kleiber, Pant und Beerlage 1992).

Forschungsmethodisch blieb der multimethodale, subjekt-orientierte Ansatz sowie die Verbindung von Forschungs- und Praxis-Kontakten zu den Betroffenen aber nicht ohne Probleme:

- a) Die Beziehungsgestaltung zwischen den Interviews sollte in der Regel so verlaufen, daß Folgeinterviews möglich sind. Dies erforderte ein nachgehendes - und mit mancherlei "Zumutung" sehr tolerant umgehendes - Bemühen um die Person. Die fortlaufende Betreuungsdokumentation und das systematische Wiederaufsuchen der Interviewpartner im viermonatigen Abstand zwingt darüber hinaus auch in der praktischen Arbeit zu einem kontrollierteren Handeln, als dies vielfach in der psychosozialen Arbeit möglich ist. In der Reflexion dieser Erfahrungen liegt ein zusätzlicher Gewinn des Praxis-Forschungs-Ansatzes, der unter Supervision gleichwohl noch gründlicher auszuwerten wäre.
- b) Die Beobachtungsdichte variiert von Fall zu Fall. In die Auswertungen zum Bewältigungsverhalten fließen somit unterschiedlich vertiefte Hintergrundinformationen ein (vgl. Beerlage 1992).
- c) Betrachtet man erstens die Tatsache, daß die Mehrheit der Betroffenen zu Interviews bereit ist, da sie damit die Befriedigung eines Hilfsanliegens verknüpfen, zweitens, daß die Compliance hoch ist und drittens, daß auch IVDA erreicht werden konnten, die als schwer erreichbar gelten, dann spricht dies dafür, daß mit dem Praxisteil des Projekts ein Bedarf erhoben und zugleich ein Angebot geschaffen wurde, das die Zielsetzung realisiert, psychosoziale Hilfe bedürfnisorientiert auf die von HIV/Aids betroffenen IVDA zuzuschneiden. Die personellen Kapazitäten reichen leider kaum aus, diesen Bedürfnissen neben den Forschungsaufgaben im gewünschten Umfang nachzukommen. Mit dem Auslaufen des Forschungsprojekts wäre dieses Angebot darüber hinaus gefährdet. Jedoch sollte die Studie das Praxisangebot solange nicht reduzieren, wie andere Einrichtungen die festgestellten Lücken nicht zu schließen vermögen. Mittelfristig wird daher angestrebt, eine Regelfinanzierung innerhalb des Drogenhilfssystems für dieses Angebot niedrigschwelliger Drogenhilfe zu erreichen.

Literatur

- Beerlage, I. und Fehre, E.-M. (Hrsg.) (1989): Praxisforschung zwischen Intuition und Institution. Tübingen: DGVT
- Beerlage, I. und Kleiber, D. (1992): Die Bewältigung der HIV-Infektion bei i.v. Drogenabhängigen. Bedürfnisse der Betroffenen, psychosoziale Hilfen und Forschungsbedarf. In: Ermann M. und Waldvogel B. (Hrsg.): HIV-Betroffene und ihr Umfeld. Berlin: Springer, S. 81-92
- Beerlage, I. (1992): Action-research in the field of AIDS - Methodological problems and first results of a qualitative, longitudinal study of courses of care and coping with HIV-infection among i.v. drug users. Paper presented at The Third Conference of The European Social Science Research Group on Drug Issues, Loughborough 27th - 30th September 1992
- Beutel, M. (1989): Was schützt Gesundheit? Zum Forschungsstand und der Bedeutung von personalen Ressourcen in der Bewältigung von Alltagsbelastungen und Lebensereignissen. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, Bd. 39, S. 452-462
- Chein, I.; Cook, S. und Harding, J. (1948): The field of action research. In: American Psychologist, Bd. 3, S. 43-50
- Clement, U. (1992): HIV-positiv. Stuttgart: Enke
- Coelho, G.V.; Hamburg, D.A. und Adams, J.E. (1974): Coping and adaptation. New York: Basic Books
- Deissler, K.J. (1988): Reaktionen von Homophilen und Fixern auf positive AIDS-Tests. In: Suchtreport, Bd. 1, S. 49-50
- Dobler-Mikola, A.; Zimmer-Höfler, D.; Uchtenhagen, A.; Korbel, R. und Schüpbach-Wiedemann, E. (1992): Psychosoziale Aspekte der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung bei Heroinabhängigen, 2. Wissenschaftlicher Zwischenbericht. Forschungsinformationen aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst Zürich, Nr. 46
- Driessen, A.; van de Velden, L.; Van den Boom, F. und Derks, J. (1991): Evaluation of a Support Project For HIV Infected Drug Users in Amsterdam. VII. International Conference on AIDS, Florenz, 16.-21. Juni 1991, Abstract Nr. W.D.111
- Fischer, P. (1986): Diagnostik als Anleitung zur Selbstreflexion. Möglichkeiten einer subjektzentrierten therapeutischen Diagnostik. Landau: EWH
- Florin, I. (1985): Bewältigungsverhalten und Krankheit. In: Basler H.D. und Florin I. (Hrsg.): Klinische Psychologie und körperliche Krankheit. Stuttgart, Berlin: Verlag W. Kohlhammer GmbH, S. 126-145
- Franke, G. (1990): Die psychosoziale Situation von HIV-Positiven. Berlin: edition sigma
- Gerlach, R. und Schneider, W. (1990): Akzeptanz und Abstinenz? Das deutsche Abstinenzparadigma, niedrigschwellige Drogenarbeit und Methadon. Problematisierung eines Zusammenhanges. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 13, H. 3/4, S. 3-10
- Gusy, B.; Krauß, G.; Schrott-Ben Redjeb, G. und Heckmann, W. (1992): Das "Streetworker"-Modell. AIDS-Forschung: Arbeitsberichte Nr. 17, Bd. 1, Berlin: spi
- Heim, E. (1988): Coping und Adaptivität. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, Bd. 38, H. 1, S. 8-18

- Heiner, M. (1988) (Hrsg.): Praxisforschung in der sozialen Arbeit. München: Lambertus
- Kindermann, W. (1987): Individuelle Bewältigungsformen der AIDS-Bedrohung bei Drogenabhängigen. Frankfurt: unveröffentlichtes Manuskript
- Kindermann, W.; Sickinger, R.; Hedrich, D. und Kindermann, S. (1989): Drogenabhängig. Freiburg: Lambertus
- Klauer, Th.; Ferring, D. und Philipp, S.-H. (1989): Zur Spezifität der Bewältigung schwerer körperlicher Erkrankungen: Eine vergleichende Analyse dreier diagnostischer Gruppen. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Bd. 18, H. 2, S. 144-158
- Kleiber, D. und Pant, A. (1992): HIV - Needle-Sharing - Sex, Zweiter Zwischenbericht. AIDS-Forschung: Arbeitsberichte Nr. 25. Berlin: spi
- Kleiber, D. (1989): Forschungsstrategien für die psychosoziale Praxis - Strategien praxisdienlicher Forschung. In: Beerlage I. und Fehre E.-M. (Hrsg.): Praxisforschung zwischen Intuition und Institution, Tübingen: DGVT, S. 193-203
- Kleiber, D.; Beckmann, H.; Beerlage, I. und Bouchoucha, G. (1992): Bewältigungs- und Betreuungsverläufe von HIV-infizierten Drogenabhängigen. I. Zwischenbericht, Februar 1992. Berlin: spi
- Kleiber, D.; Pant, A. und Beerlage I. (1992): Probleme der medizinisch-psychosozialen Versorgung (HIV-positiver) i.v. Drogenabhängiger in der Bundesrepublik Deutschland. In: Schaeffer, D.; Moers, M. und Rosenbrock, R. (1992): AIDS-Krankenversorgung, Berlin: edition sigma, S. 44-61
- Koch, U. und Heim, E. (1988): Editorial: Bewältigungsprozesse bei chronischen Krankheiten. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, Bd. 38, H. 1, S. 1-2
- Kochanowski-Wilmink, J. und Belschner, W. (1988): Lebensperspektiven Drogenabhängiger nach einer HIV-Infektion. In: Sigusch, V. und Fliegel, S. (Hrsg.): AIDS. Tübingen: DGVT, S. 37-49
- Lazarus, R.S. und Folkman (1984): Stress, appraisal, and coping. New York: Springer
- Leiberich, P. und Olbrich, E. (1990a): Bewältigungsverhalten bei HIV-infizierten Menschen in Beziehung zum Immunstatus. In: Deutsche Stiftung Positiv Leben (Hrsg.): AIDS und Psyche, Berlin: edition sigma, S. 331-344
- Leiberich, P. und Olbrich, E. (1990b): Soziale Unterstützung. Definition, Methoden der Erfassung, meßmethodische Probleme und gegenwärtiger Forschungsstand. In: Deutsche Stiftung Positiv Leben (Hrsg.): AIDS und Psyche, Berlin: edition sigma, S. 521-583
- Lewin, K. (1953): Die Lösung sozialer Konflikte. Bad Nauheim: Christian
- Mayring, P. (1983): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz
- McKeganey, N. (1990): Being positiv: drug injector's experiences of HIV infection. In: British Journal of Addiction, Bd. 85, S. 1113-1124
- Mulleady, G.; Hart, G. und Aggleton, P. (1989): Injecting Drug Use and HIV-Infection - Intervention strategies for Harm Minimization. In: Aggleton, P.; Hart, G. und Davies, P. (Hrsg.): AIDS - Social representations and social practices, Barcombe: Falmer Press, S. 199-210
- Muthny, F.A. (1990): Einschätzung der Krankheitsverarbeitung durch Patienten, Ärzte und Personalgemeinsamkeiten, Diskrepanzen und ihre mögliche Bedeutung. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Bd. 16, H. 4, S. 318-333
- Olbrich, E.; Leiberich, P.; Kalden, J.R. und Harrer, T. (1990): Geglücktes Coping als eigenständiger Beitrag zur sekundären Prävention bei HIV-Positiven. Vortrag gehalten auf dem dgvt-Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Berlin 18.-23.2. 1990
- Petzold, H.G. und Hentschel, U. (1990): Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Bd. 13, H. 3/4, S. 11-19
- Räschke, P. und Ritter, C. (1991): Eine Großstadt lebt mit AIDS. Berlin: edition sigma
- Rosenbrock, R. (1988): Medizinische und gesundheitspolitische Probleme des HIV-Antikörpertests. Argument Sonderband AS 178, Hamburg: Argument-Verlag, S. 123-141
- Seidl, O. und Goebel, F.-D. (1987): Psychosomatische Reaktionen von Homosexuellen und Drogenabhängigen auf die Mitteilung eines positiven HIV-Testergebnisses. AIDS-Forschung, Jg. 4, S. 181-187
- Selwyn, P.A.; Budner, N. und Wassermann, W. (1991): Prospective Study of Primary Medical Care Utilization by HIV+ and HIV-Intravenous Drug Users in an Methadone Treatment Program. VII. International Conference on AIDS, Florenz, 16.-21. Juni 1991, Abstract Nr. M.C. 51
- Shedlin, M.G. (1990): An Ethnographic Approach to Understanding HIV High-Risk Behavior. In: NIDA (Ed.). AIDS and Intravenous Drug Use: Future Directions for Community-Based Prevention Research. Monograph Series Nr. 93, US Government Printing Office, S. 134-149
- Sickinger, R.; Kindermann, W.; Kindermann, S.; Lind-Krämer, R. und Timper-Nittel, A. (1992): Wege aus der Drogenabhängigkeit - Gelungene und gescheiterte Ausstiegsversuche. Freiburg: Lambertus
- Sorensen, J.L. (1990): Preventing AIDS: Prospects for Change in White Male Intravenous Drug Users. In: NIDA (Hrsg.): AIDS and Intravenous Drug Use: Future Directions for Community-Based Prevention Research. Monograph Series Nr. 93, US Government Printing Office, S. 83-107
- Stark, K. und Kleiber, D. (1991): AIDS und HIV-Infektion bei intravenös Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Bd. 116, S. 863-869
- Steffens, W. und Kächele, H. (1988): Abwehr und Coping - Vorschläge zu einer integrativen Sichtweise. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, Bd. 38, H. 1, S. 3-7
- Temoshok, L.; Solomon, D.; Sweet, D.M.; Moulton, J.M. und Zich, J.M. (1987): A longitudinal study of distress and coping in men with AIDS and AIDS related complex. Paper presented at The III. International Conference on AIDS, Washington, Juni 1987
- v. Kardorff, E. (1988): Praxisforschung als Forschung der Praxis. In: Heiner, M. (Hrsg.): Praxisforschung in der sozialen Arbeit. Freiburg: Lambertus, S. 73-100
- van Dijk, T.A. (1980): Textwissenschaft. München: DTV

- Witzel, A. (1985): Das problemzentrierte Interview. In: G. Jüttemann (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Weinheim: Beltz, S. 227-255
- Zimmer-Höfler, D.; Dobler-Mikola, A.; Uchtenhagen, A.; Schüpbach-Wiedemann und Korb, R. (1991): Psychosoziale Aspekte der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung bei Heroinabhängigen. 1. Bericht. Forschungsinformationen aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst Zürich, Nr. 39/40