

HIV-bezogene Krankheits- ängste

Empfehlungen für die Beratung

Zum Umgang mit Klient*innen, die große Angst, aber kein oder nur ein geringes Risiko für eine HIV-Infektion haben

Impressum

© **Deutsche Aidshilfe e. V.**

Wilhelmstraße 138

10963 Berlin

Tel. (030) 69 00 87-0

Fax (030) 69 00 87-42

www.aidshilfe.de

dah@aidshilfe.de

1. Auflage, Berlin 2023

Autoren: siehe Danksagung (S. 3)

Redaktion und Ergänzungen: Leon Steffen Taubert

Lektorat: Katja Schraml und Dennis Wulff

Layout: Carmen Janiesch

Spenden für die DAH:

Deutsche Aidshilfe e. V.

IBAN: DE27 1005 0000 0220 2202 20

BIC: BELADEVB33XXX

online: www.aidshilfe.de

Sie können die DAH auch unterstützen,
indem Sie Fördermitglied werden.
Nähere Informationen unter
www.aidshilfe.de und bei der DAH.

Die DAH ist als gemeinnützig und
besonders förderungswürdig anerkannt.
Spenden und Fördermitgliedschaftsbeiträge
sind daher steuerabzugsfähig.

Danksagung

Dieses Manual basiert auf der Arbeit eines Teams von kanadischen HIV/STI-Berater*innen, die sich zu einer „High HIV Anxiety No/Low Risk Working Group“ zusammenschlossen. 2009 erschien die erste Ausgabe dieser Empfehlungen, beteiligt waren: Alliance for South Asian AIDS Prevention, AIDS Committee of Toronto, Asian Community AIDS Services, Black Coalition for AIDS Prevention, CATIE (Canadian AIDS Treatment Information Exchange), Halton Region Health Department, Hassle Free Clinic, Ontario Ministry of Health – AIDS Bureau, Ontario Ministry of Health – AIDS & Sexual Health Infoline, Toronto Public Health.

Ein Update der Empfehlungen wurde von „Hassle free Clinic“ 2021 veröffentlicht. Wir bedanken uns herzlich bei der Hassle Free Clinic, Toronto, hier insbesondere Jane Greer, für die Möglichkeit, die Texte zu übersetzen und in diese Handreichung zu integrieren.

Quelle: Counselling Guidelines for Clients with High HIV Anxiety and No/Low Risk. High HIV Anxiety No/Low Risk Working Group, Toronto. 2009 und deren Update 2021 (Hassle Free Clinic). URL: https://www.catie.ca/sites/default/files/HIVAnx%20counselguide%20051409_0.pdf

Acknowledgment

This manual is based on the work of a team of Canadian HIV/STI counselors who formed the High HIV Anxiety No/Low Risk Working Group. The first edition of these recommendations was published in 2009 and involved the Alliance for South Asian AIDS Prevention, the AIDS Committee of Toronto, Asian Community AIDS Services, the Black Coalition for AIDS Prevention, CATIE (Canadian AIDS Treatment Information Exchange), the Halton Region Health Department, the Hassle Free Clinic, the Ontario Ministry of Health (AIDS Bureau), Ontario Ministry of Health (AIDS & Sexual Health Infoline,) Toronto Public Health.

An update of the recommendations was published 2021 by the Hassle free Clinic. We would like to thank the team at the Hassle Free Clinic, Toronto, in particular Jane Greer, for the opportunity to translate the texts and integrate them into this handout.

Source: Counselling Guidelines for Clients with High HIV Anxiety and No/Low Risk. High HIV Anxiety No/Low Risk Working Group, Toronto. 2009 und deren Update 2021 (Hassle Free Clinic). URL: https://www.catie.ca/sites/default/files/HIVAnx%20counselguide%20051409_0.pdf

Inhalt

Einführung	6
1. Sprich Symptome und Risikosituationen an, aber lass sie zu keinem dominierenden Thema werden	8
2. Akzeptiere, dass ein negatives Testergebnis Ängste und irrationale Überzeugungen kaum lindern kann	10
3. Führe ein Gespräch über die Probleme, die der Angst zugrunde liegen	12
4. Unterstütze bei der Entwicklung eines Plans zur Bewältigung der Ängste	14
5. Stelle überhäufiges Testen in Frage	16
6. Gestalte den Gesprächsabschluss nach einem negativen Test bewusst	18
7. Sei achtsam bezüglich Bemerkungen, die dich als Berater*in triggern können	20
8. Nimm dir Zeit für Selbstfürsorge	22
Hilfreiche Strategien	23
 ANHANG:	
Was ist was? Hypochondrie, Phobische Störungen, Zwangshandlungen	24
 ZUM HERAUSTRENNEN:	
Zentrale Strategien für die Beratung hochängstlicher Klient*innen	27
Checkliste	29

Einführung

„Schon wieder ein*e Hypochonder*in?“, geht uns durch den Kopf, wenn wir zum wiederholten Male erklärt haben, dass *eigentlich* kein Risiko vorliegt und der Test vermutlich (wieder) negativ sein wird. Wir spüren aber, dass unsere Erläuterungen nicht ankommen und das Gegenüber weiter nach Gründen sucht, weshalb eventuell doch eine Infektion erfolgt sein könnte. Doch was tun, wenn eine rationale Erklärung von Übertragungsrisiken die Ängste nicht oder nur unwesentlich lindert?

Mit den vorliegenden Empfehlungen möchten wir Wege aufzeigen, wie Ratsuchende, die eine hohe Angst vor HIV, dabei aber kein oder nur ein geringes Risiko für eine HIV-Übertragung haben, in der HIV-Beratung gut versorgt werden können. Der Schwerpunkt der Empfehlungen liegt auf der Förderung einer angemessenen Beratung und Überweisung – anstelle von wiederholten und unnötigen HIV-Tests oder der Stigmatisierung und Ausgrenzung dieser Klient*innen-Gruppe.

HANLR – Was ist denn das?

Die Diagnostik und Behandlung einer psychischen Erkrankung darf in Deutschland nur von entsprechend ausgebildeten Fachkräften, also Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, erfolgen. Neben diesem rechtlichen Aspekt ist es für die HIV/STI-Beratung auch weder nötig noch sinnvoll, Ratsuchende in pathologisierende Kategorien („Phobikerin“, „Hypochonder“) zu stecken.

Diese Labels mögen vielleicht im Gespräch mit Kolleg*innen helfen, eine schwierige Beratungssituation zu schildern, von betroffenen Personen können diese Zuschreibungen aber schnell als stigmatisierend und abwertend erlebt werden. Das gesellschaftlich eher negative Bild der hypochondrischen Störung zeigt sich auch in Karikaturen oder Geschichten von Hypochonder*innen als „eingebildete Kranke“. Aus diesem Grund setzen sich hierzulande auch Beschreibungen, wie „Krankheitsangst“ oder „krankheitsbezogene Ängste“ vor allem in der Kommunikation mit Patient*innen durch. Gleichwohl gibt es die Diagnose natürlich weiterhin im ICD 10 und es ist auch für HIV/STI-Berater*innen wichtig zu erkennen, wenn eine ratsuchende Person bei Vorliegen eines nur sehr geringen HIV/STI-Risikos

mit starken Ängsten und gesundheitsbezogenen Sorgen zu kämpfen hat. In diesem Fall muss das Beratungsvorgehen ein grundlegend anderes sein, da Menschen in dieser Situation Informationen rational nur sehr eingeschränkt und oft verzerrt wahrnehmen können.

HIV/STI-Berater*innen aus Kanada haben für dieses Phänomen ein Akronym geschaffen. HANLR = High HIV Anxiety and No/Low Risk (Hohe Angst, Kein relevantes Risiko). Die nachfolgenden Tipps und Hinweise für die Beratung wurden im Großteil von ihnen erarbeitet. (siehe Impressum)

Um Menschen mit HANLR zu verstehen und zu unterstützen, sollten sich die Berater*innen mit dem Kontext der von den Klient*innen geschilderten Lebenssituation auseinandersetzen. Dazu kann die Erkundung der Angstgeschichte, schwieriger Gefühle (wie etwa Schuld- und Schamgefühlen) im Zusammenhang mit Sexualität sowie von Erfahrungen sexueller Traumata gehören. In diesem Leitfaden schlagen wir Ansätze und Fragen vor, die die tieferen Fragestellungen hinter der Angst aufdecken können.

Das Wichtigste, was ein*e Berater*in tun kann, ist: aktiv zuzuhören, Empathie aufzubringen und nicht zu bewerten. Dieser Leitfaden wurde erstellt, um dir zu helfen, dich auf die Kernprobleme der ratsuchenden Person zu konzentrieren. In einigen Fällen reicht diese Fokussierung aus, um Klient*innen zu helfen, ihre Ängste zu überwinden. In anderen Fällen kann eine Überweisung für eine intensivere Beratung/Therapie erforderlich sein.

Nimm aber auch wahr, wenn deine eigenen Grenzen erreicht sind und dich eine Beratung überfordert. Als Berater*in hast du nicht nur das Recht, sondern sogar die Aufgabe, Grenzen zu setzen und ein nicht zielführendes Gespräch zu beenden. Verweise in diesen Fällen ggf. auf andere Expert*innen (Beratungsstellen, Psychotherapeut*innen).

Im Folgenden stellen wir nun **acht hilfreiche Strategien** im Umgang mit HANLR-Klient*innen vor. Im Anhang findet sich eine Checkliste, die dabei helfen kann, herauszufinden, ob Klient*innen überstarke Ängste vor HIV haben und eine Beratungsstrategie empfehlenswert ist, bei der die Angstthematik im Vordergrund steht.

Hinweis: *Diese Leitlinien sind nicht für die Anwendung bei Klient*innen geeignet, bei denen ein tatsächliches HIV-Risiko besteht; sie sind nicht als Ersatz für bestehende HIV-Beratungs- und Testroutinen gedacht.*

Hinweis zur Verwendung der Ansprache von Klient*innen: Wir wechseln im Manual bei den Beispielfragen zwischen der „Sie“- und der „Du“-Ansprache, da beide Formen in der Aidshilfearbeit vorkommen. Wähle die Ansprache, die sich für dich passend anfühlt. Wenn du unsicher bist, wähle die „Sie-Ansprache“, die dir in herausfordernden Beratungssituationen auch eine stärkere Abgrenzung zu Klient*innen ermöglicht.

1. Sprich Symptome und Risikosituationen an, aber lass sie zu keinem dominierenden Thema werden

Nenne die relevanten Fakten zu HIV und zu Übertragungswegen und prüfe, ob der*die Klient*in sie verstanden hat. Wenn er*sie diese verstanden hat, wiederhole den Sachverhalt nicht. Diskutiere nicht über deine Einschätzung zum Risiko, das Gespräch kann sonst leicht den Charakter einer intellektuellen Auseinandersetzung annehmen und sich vom emotionalen Erleben des*der Klient*in entfernen. Eine wiederholte „Debatte“ der Fakten durch die Berater*innen kann von der*die Klient*in als Ablehnung seiner Wahrnehmung verstanden werden, sich in einer für ihn*sie bedrohlichen Situation zu befinden. Das mag zwar objektiv gesehen wahr sein, aber es lässt die Angst nicht verschwinden. Stattdessen fühlt sich die ratsuchende Person dadurch ungehört und muss immer neue Argumente bringen, um ihre Not darzustellen. Anstatt zu argumentieren, höre in Ruhe zu und versuche herauszufinden, was sich unter der Oberfläche verbirgt.

Versuche, die Gefühle zu erkennen und zu benennen, die der*die Klient*in erlebt. So kann es ängstlich machen, deutlich Symptome zu sehen oder zu fühlen bzw. das Gefühl zu haben, dass einem nicht geglaubt wird. **Über eine Fokussierung auf die Gefühle kann das Gespräch eine neue Wendung nehmen.** Auch wenn die Fokusverlagerung manchmal nur eine kurze Zeit funktioniert und der*die Klient*in im Gespräch wieder auf Symptome oder wahrgenommene Risiken zurückkommt, um zu „beweisen“, dass er*sie infiziert ist: Nimm die Risikobewertung nicht neu auf, sondern versuche die Gefühle und die Motivation zu verstehen, die hinter der wiederholten Beschreibung der Situation stehen.



Wenig hilfreich

„Die Symptome haben damit bestimmt nichts zu tun. Wenn der Test negativ ist, dann bist du negativ“.

- Diese Antwort berücksichtigt nicht das sehr reale Leiden des*der Klient*in. Der*die Klient*in sucht nun vielleicht nach überzeugenderen „Beweisen“.
- Der Stress für beide Gesprächspartner*innen erhöht sich.

„Wie ich bereits sagte, ist es nur ein kleines, theoretisches Risiko.“

- Klient*innen mit starken Ängsten haben oft das Gefühl, dass ihre Erfahrungen eher die Ausnahme als die Norm sind. Der*die Klient*in könnte zu dem Schluss kommen, dass das theoretische Risiko ein reales ist und sieht sich in ihrer*seiner eher irrationalen Risikoeinschätzung bestätigt.



Eher hilfreich

„Ich kann mir vorstellen, dass es ziemlich beängstigend ist, all diese Symptome zu erleben ...“ [Pause lassen und auf mögliche Bestätigung warten]

- Der*die Klient*in kann sich gehört fühlen und hat weniger das Bedürfnis, über Symptome sprechen zu müssen.
- Den Gemütszustand des*der Klient*in anzuerkennen, bedeutet nicht, mit seiner*ihrer Risikobewertung einverstanden zu sein.

„Wenn ich Ihnen sage, dass es sich um ein theoretisches oder geringes Risiko handelt, scheint das Ihre Ängste nicht zu lindern. Was denken Sie dazu?“

- Es ist wichtig, die Reaktionen der ratsuchenden Person zu beobachten und ihr zu spiegeln. Dies kann ihr helfen, Einsicht in ihre Situation zu entwickeln.

2. Akzeptiere, dass ein negatives Testergebnis Ängste und irrationale Überzeugungen kaum lindern kann

„Können Sie mich noch einmal testen?“

„Gibt es Faktoren, die zu einem falsch negativen Ergebnis führen können?“

„Wie genau ist dieser Test?“

Selbst nach einem negativen Ergebnis verspüren Menschen mit HANLR möglicherweise nicht die Erleichterung, auf die sie (und wir) gehofft hatten. Sie stellen dann etwa die Genauigkeit des Tests oder die Handhabung der Proben in Frage.

Viele der hochängstlichen Klient*innen sprechen im Zusammenhang mit dem Testwunsch von einem „Risiko“-Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen. Diese Ereignisse können emotional stark aufgeladen sein und rekurren auf

tieferliegende Themen. Da ein negatives Testergebnis nicht die Gefühle und Bedeutungen anspricht, die mit dem „Risiko“-Ereignis verbunden sind, kann es deshalb auch nicht die Ängste auflösen. Die symbolischen Aspekte des/der Risikoereignisse(s) sind nicht unbedingt logisch oder wissenschaftlich.

Deine Aufgabe ist es nicht, die Angst wegzunehmen, sondern die Bereitschaft zu zeigen, sie mit Einfühlungsvermögen zu erkunden.



Wenig hilfreich

„Der Antikörpertest ist zu 99,6 % genau.“

„Ich mache das schon seit 20 Jahren. Ich habe noch nie erlebt, dass ein negativer Test außerhalb des Zeitfensters positiv wurde.“

- Diese Antworten, die eigentlich beruhigen sollen, können das Unbehagen verstärken. Die 0,4%-ige Ungenauigkeit, die Grenzen deiner Erfahrung oder Details z. B. über den PCR-Test können zum nächsten Objekt der Aufmerksamkeit werden und die Angst verstärken.

„Wir können nicht einfach so öffentliche Mittel verbrauchen ...“

- Dies kann den Kunden dazu veranlassen, eine Zahlung für weitere Tests anzubieten – was ein weiteres Abschweifen von den „echten“ Problemen bedeutet.



Eher hilfreich

„Bei manchen Menschen kann ein negatives Ergebnis zu einer vorübergehenden Erleichterung führen, aber die Angst kann wiederkommen ...“

- Vorübergehende Erleichterung kann ein Zeichen dafür sein, dass das zugrundeliegende Problem nicht gelöst wurde. Ermutige die ratsuchende Person, sich mit eurer Beratungsstelle oder entsprechenden Fachleuten in Verbindung zu setzen, wenn die Angst zurückkehrt. (Hier ist es sehr hilfreich, wenn du in der Beratungssituation auf Adressen, z. B. von geeigneten Psychotherapeut*innen oder auf Angsterkrankung spezialisierten Beratungsstellen/Selbsthilfegruppen, zurückgreifen kannst.)
- Nutze diese Gelegenheit, um mit der ratsuchenden Person eine Vereinbarung – z. B. über eine Einschränkung von Internetnutzung (zur Symptomabklärung), die Inanspruchnahme von Beratungshotlines, Onlineberatungen oder das Aufsuchen von Teststellen – abzuschließen.

„Das Ergebnis ist also negativ, aber deine Angst hat sich nicht gelegt. Was bedeutet das für dich?“

- Kann dazu beitragen, Faktoren (z. B. Emotionen auf der symbolischen Ebene) anzusprechen, die es schwierig machen, dem Test zu vertrauen.

3. Führe ein Gespräch über die Probleme, die der Angst zugrunde liegen

„Ich habe etwas sehr Dummes getan.“

„So etwas habe ich noch nie gemacht ...“

„Ich habe meine Familie total durcheinander gebracht ...“

„Ich verdiene das ...“

Höre zu und nimm die Hinweise der Klient*innen auf. Klingt das, was sie sagen, wie ein Urteil? Werden Schuldgefühle, Bedauern oder Scham sichtbar? HANLR-Klient*innen erwarten oft (möglicherweise unbewusst) eine Strafe oder Konsequenzen. (Der Wunsch nach einem HIV-Test könnte auch so etwas wie den Versuch einer „Absolution“ für ein Fehlverhalten darstellen.)

Diese Gefühle stehen oft in direktem Zusammenhang mit einem „Risiko“-Ereignis, manchmal ruft ein „Risiko“-Ereignis aber auch ungelöste Situationen aus dem früheren Leben hervor.

Leite ein Gespräch über diese Situationen ein, indem du spiegelst, was du von dem*der Klient*in hörst und beobachtest. Strebe kein bestimmtes Ergebnis an, sondern weise dem*der Klient*in nur die Richtung und gehe dann in seinem*ihrem Tempo weiter. Achte auf deine eigenen Grenzen und die des*der Klient*in. Bedränge sie*ihn nicht.



Wenig hilfreich

„Jeder macht Fehler.“

„Sag nicht, dass du dumm bist, du bist nicht dumm!“

- Das soll zwar beruhigen, führt aber dazu, dass das Gespräch über die Ängste abbricht.

„Ja, was du getan hast, war zwar ziemlich blöd, aber es war nichts Riskantes!“

„Diesmal hast du Glück gehabt. Sei dankbar, dass der Test negativ ist!“

- Der*die Berater*in verlässt seine*ihre Rolle und fängt an zu bewerten, dies kann zu Schuldgefühlen der ratsuchenden Person beitragen.

„Hörst du mir überhaupt zu? Wir haben das schon dreimal durchgekaut!“

- Klient*innen „auszuschimpfen“ kann ein Zeichen sein, dass wir bereits verstrickt sind in einem Beratungsprozess. Wir werden ärgerlich, weil es nicht vorangeht, und erleben Ohnmacht, Hilflosigkeit oder Ungeduld. Solche Gefühle sind okay und auch sehr nachvollziehbar – vor allem, wenn Ratsuchende uns doch so „uneinsichtig“ erscheinen. Wir sollten allerdings vermeiden, unseren Ärger, dass die Beratung nicht so läuft, wie wir uns das wünschen, über aggressive Ratschläge oder Kommentare auszuagieren. Der*die Klient*in fühlt sich in der Folge abgelehnt und die Beratungssituation kann kippen. Besser ist es, bei eigener Überforderung die Antworten knapp und sachlich zu halten und das Gespräch dann zu beenden. „Ich habe alles gesagt, was ich Ihnen dazu sagen kann ...“



Eher hilfreich

„Kannst du mir mehr über deine Erfahrung erzählen? Was meinst du mit: ‚das war dumm, was ich getan habe‘ ...“?

- Zeigt Interesse und gibt den Gefühlen der ratsuchenden Person einen Raum.

„Wann hast du angefangen, dich so ängstlich zu fühlen?“

„Als du das letzte Mal getestet wurdest, warst du da genauso ängstlich wie dieses Mal? Wenn nicht, was ist dieses Mal anders?“

„Wann ist deine Angst am größten/intensivsten? Was ist anders, wenn die Angst nicht so groß ist?“

„Wann im Alltag ist die Angst besonders groß? Was trägt neben den Symptomen noch zu deiner Angst bei?“

- Mitunter gibt es „Trigger“, die Angst vor HIV oder anderen STIs fördern, die gar nichts mit HIV oder Sexualität zu tun haben, z. B. berufliche Überforderung oder unbewältigte soziale Konflikte. Ein Blick auf diese Themen kann eventuell helfen, Verbindungen zwischen Lebensgestaltung und Angsterleben herzustellen.

„Wie wirkt sich diese Angst auf deine Beziehungen aus?“

- Dies sind gute „Opener“ für Gespräche, in denen es um die Angst geht. Sie können Klient*innen auf eine andere Ebene führen und den Kontext der Angst erhellen.

4. Unterstützung bei der Entwicklung eines Plans zur Bewältigung der Ängste

Bei Menschen mit überstarken HIV/STI-bezogenen Ängsten äußern sich diese Angstgefühle in verschiedenen Verhaltensweisen. Neben der Wiederholung von Tests recherchieren sie möglicherweise zwanghaft im Internet, rufen Info-Telefone an, stellen sich vor, dass Symptome bei ihren Angehörigen ausbrechen und kreisen in ihren Gedanken um mögliche Konsequenzen für den Fall einer Erkrankung. Andere vermeiden möglicherweise Sex ganz oder teilweise bzw. erleben Sex nur unter Drogen, da diese auch Angst reduzieren können.

Die Entwicklung eines Plans zur Angstbewältigung kann die HIV-Beratung in einer sinnvollen Art erweitern. Die ratsuchende Person sollte bei der Suche nach Möglichkeiten der Angstbewältigung aktiv einbezogen und empowert werden. Indem der*die Klient*in sich nicht auf sein*ihr Angstverhalten konzentriert (z. B. das Anrufen von Hotlines, das Surfen im Internet nach HIV-Symptomen, das wiederholte Testen usw.), kann er*sie seine Energie auf die Ursache der Angst und/oder deren Lösung umlenken.

Hinweis: Dieser Schritt ist erst möglich, nachdem du und die ratsuchende Person eine Übereinkunft gefunden haben, euch mit den Ängsten und den damit verbundenen Gefühlen auseinanderzusetzen. Die Bereitschaft, sich für einen Moment primär mit der Angst zu beschäftigen, ist ein notwendiger Distanzierungsschritt zu den dysfunktionalen Gedanken über mögliche HIV-Risikosituationen.



Wenig hilfreich

„Du musst darüber hinwegkommen.“

- Klient*innen müssen prinzipiell nichts. Ein solcher Satz kann als platt und wenig empathisch empfunden werden.

„Ich habe dir schon so viele Lösungen genannt und weiß langsam nicht mehr, was ich dir noch sagen soll ...“

- Das kann ein authentisches Gefühl sein und möglicherweise erlebst du gerade dieselbe Ohnmacht, die dein*e Klient*in auch sehr gut kennt. (Konkordante Gegenübertragung). Wenn du diese Empfindung zum Anlass nimmst, über das Thema Hilflosigkeit zu sprechen, könnte es den Beratungsprozess voranbringen. Formulierst du den Satz allerdings wie oben, zeigt dies, dass deine Vorschläge möglicherweise nicht erreichbar oder realistisch für die ratsuchende Person waren und die Beratungseinheit findet dadurch ein Ende.



Eher hilfreich

„Es kann verlockend sein, ...

*[das Angstverhalten, z. B. noch mal Testen] zu wiederholen. Aber ... [das von dem*der Klient*in genannte Verhalten] scheint deine Angst nicht nachhaltig zu lindern. Was denkst du dazu ...“*

„Wenn du dich sich sehr ängstlich fühlst oder einen starken Drang verspürst, ... [das Angstverhalten] zu wiederholen, beobachte, was dies verursacht. Bist du dabei allein? Wie spät ist es? Was gibt es in deiner Umgebung?“

- Du kannst der ratsuchenden Person helfen, ihr eigenes Angstverhalten zu studieren und darauf einzuwirken. Mit der Zeit kann sie so lernen, die Quellen und Trigger ihrer Angst zu identifizieren.

„Ist es möglich, dieses angstverstärkende Verhalten einzuschränken oder zu reduzieren? Was ist im Moment für dich realistisch?“

„Was hilft dir generell, dich in Phasen der Angst besser zu fühlen?“

- Möglicherweise gibt es Erfahrungen mit Entspannungsmethoden, Gesprächen mit Freunden oder Sport, auf die der*die Klient*in zurückgreifen kann. Zu lernen, dass es möglich ist, Angst zu reduzieren, ohne auf irrationales Testen zurückzugreifen, kann die Selbstwirksamkeit von Klient*innen erhöhen.

5. Stelle überhäufiges Testen in Frage

Wiederholtes Testen geht nicht auf die zugrundeliegenden Ängste von Menschen ein: die irrationalen HIV-Ängste. Vielmehr können sie den Kreislauf der Angst noch verstärken.

Bei vielen Menschen lindert das Testen die Angst nur vorübergehend, wenn überhaupt. Unnötige Tests können fälschlicherweise die Vorstellung verstärken, dass es tatsächlich ein Risiko oder einen Grund für einen Test gebe.

Trotzdem kann es mitunter Sinn machen, einen Test durchzuführen, auch wenn die geschilderte Situation dies nicht unbedingt rechtfertigt: zum Beispiel, um die Ängste des*der Klient*in etwas zu lindern, sodass er*sie sich besser auf dich einlassen kann und offen für den weiteren Beratungsverlauf ist.



Wenig hilfreich

„Wir werden Sie heute nicht testen.“

- Wenn die Entscheidung, nicht zu testen, bei dem*der Berater*in liegt und sich die ratsuchende Person dagegen wehrt, entsteht eine asymmetrische Belastungssituation; in der Regel ist für Klient*innen so keine Lernerfahrung möglich.

„OK, wir werden Sie ein letztes Mal testen, aber nur noch einmal.“

- Testen, um Klient*innen zu beruhigen, ist keine nachhaltige Strategie. Manchmal tun wir dies, weil wir jemanden nicht mehr aushalten können – die dysfunktionale Verhaltensspirale wird dadurch jedoch nicht verändert. (Gleichwohl kann es trotzdem auch okay sein, einen Test nochmals durchzuführen. Es sollte dann aber eine bewusste Entscheidung sein; unter Berücksichtigung der Aspekte der Angstdynamik.)



Eher hilfreich

„In der Vergangenheit haben Sie vielleicht festgestellt, dass Tests Ihre Ängste kurzzeitig lindern, aber dann kommen die Ängste wieder. Wenn es einen anderen Weg gäbe, diese Sorgen zu lösen, hätten Sie Interesse daran, ihn zu erkunden?“

- Die Identifizierung des Angstzyklus des*der Klient*in hilft ihm*ihr, Einsicht in seine*ihre Erfahrungen zu gewinnen; und ermutigt zu alternativen Handlungen, die die Angst nachhaltig reduzieren können.

Ein möglicher erster Schritt zur Distanzierung von den eigenen Ängsten könnte auch das Aufschieben des sicherheitssuchenden Verhaltens – im konkreten Fall also des häufigen Testens – sein.

Besser als ständiges Testen auf Grund eines Ereignisses, das kein wirkliches Risiko darstellt, ist ein festgelegtes Testintervall (z. B. zweimal jährlich). Sollte eine HIV-Übertragung stattgefunden haben, würde ein Zeitraum von 6 Monaten immer noch ausreichen, um eine wirkungsvolle ART zu starten.

Wenn du von Tests abraten willst ...

Fasse das (fehlende) Risiko, die Angstmuster, die Testergebnisse und andere Umstände des*der Klient*in zusammen:

„Ich schlage vor, dass wir heute keinen Test machen. Und stattdessen machen wir einen Plan, um Ihre Angst zu bekämpfen, denn das scheint das dringendste Problem zu sein.“

„Was hältst du davon, dich heute nicht testen zu lassen?“

- Um als Strategie wirksam zu sein, muss der Verzicht auf den Test eine Entscheidung des*der Klient*in oder zumindest eine gemeinsame Anstrengung sein. Die Entscheidung, nicht zu testen, sollte Klient*in und Berater*in verbinden, anstatt sie in eine Konfrontation zu führen.

„Wir können einen Test durchführen; nicht, weil Sie ein tatsächliches Risiko haben, sondern weil ich sehe, wie Ihre Ängste unserer Diskussion in die Quere kommen werden.“

- Hier wird das Testen als eine Möglichkeit angeboten, eine Verbindung mit dem*der Klient*in aufzunehmen. Wenn die ratsuchende Person sehr ängstlich ist, kann die Durchführung des Tests die Angst soweit deeskalieren, dass sie sich auf die Erforschung der Ursachen einlassen kann.

6. Gestalte den Gesprächsabschluss nach einem negativen Test bewusst

Mache dir bewusst, dass ein Beratungsgespräch wahrscheinlich nicht der letzte Schritt zur Lösung der Angst ist. Möglicherweise sind „weitere Schritte“ erforderlich.

Klient*innen erwarten mitunter, dass ein HIV-positives Testergebnis für sie einen Abschluss ihrer Angst darstellt. Arbeiten Sie angesichts eines negativen Ergebnisses mit dem*der Klient*in daran, alternative Formen des Abschlusses zu finden (d. h. die Bedeutung des Ereignisses anzuerkennen).

- Wirksame Abschlüsse:
 - müssen gefühlt werden
 - sind persönlich und variieren von Kund*in zu Kund*in
 - helfen dabei, sich und anderen zu vergeben
 - sind oft rituell oder erinnernd (z. B. Erinnerung an ein Datum, Schreiben eines Briefes)

Befähige Klient*innen, die Verantwortung für die Situation zu übernehmen. Skizziere die Schritte, die der*die Klient*in bereits unternommen hat und arbeite mit ihm*ihr an der Planung zukünftiger Schritte.

Wenn der Abschluss eines Beratungskontaktes auch nach dem Test schwerfällt ...

Möglicherweise will die ratsuchende Person das Thema nicht abschließen – wie aus Sorge, zu vergessen, was er*sie „erleiden“ musste (z. B. wenn der*die Partner*in einen sexuellen Kontakt außerhalb der Beziehung hatte). Möglicherweise hilft es, mit dem*der Klient*in darüber zu sprechen, was helfen könnte zu „vergeben“. Liegt der Fall andersrum, ist es oft wenig hilfreich, Klient*innen zu pushen, ihre „Fehler“ oder „Lügen“ offenzulegen (z. B. dem*der Ehepartner*in vom eigenen „Fremdgehen“ zu erzählen). Erkunde stattdessen mit dem*der Klient*in die Auswirkungen eines Nicht-Offenlegens gegenüber einer vollständigen oder teilweisen Offenlegung. Die Entscheidung, was getan wird, liegt natürlich bei dem*der Klient*in.



Wenig hilfreich

„Ich hoffe, dass Sie nun davon überzeugt sind, HIV-negativ zu sein ...“

„Wenn Sie das nicht beruhigt, sollten Sie vielleicht eine*n Therapeut*in/ Psychiater*in aufsuchen. Wir können Ihnen nicht helfen.“

- Solche Hinweise sind direktiv und kommen nicht aus der Perspektive des*der Klient*in.



Eher hilfreich

„Welche Dinge haben in der Vergangenheit solche Ängste bei dir ausgelöst, und wie bist du damit umgegangen?“

- Dies hilft der ratsuchenden Person, auf Erfahrungen aufzubauen, indem eigene Stärken hervorgehoben werden.

„Du hast während deines Kampfes mit der Angst viel durchgemacht. Was hast du für dich gelernt? Fällt dir etwas ein, um dich später an diese Zeit zu erinnern?“

- Diese Fragen fördern einen Abschluss des Beratungsanlasses. Abschlüsse sind wichtig, weil sie die Erfahrung der ratsuchenden Person anerkennen und einen Punkt der Veränderung markieren.

7. Sei achtsam bezüglich Bemerkungen, die dich als Berater*in triggern können

Manchmal verletzen uns Klient*innen oder lösen etwas aus, das uns emotional beschäftigt.

Häufige Auslöser sind:

- Abfällige Bemerkungen über Menschen, die mit HIV leben oder Gruppen, die gemeinhin mit HIV in Verbindung gebracht und/oder diskriminiert werden.
- Deine Kompetenz oder die Arbeit deiner Organisation wird in Frage gestellt.
- Enthüllungen über Missbrauch, Betrug oder aggressives Verhalten.
- Das Beratungsthema ist sehr nah an einem emotional besetzten Thema, mit dem sich auch die*der Berater*in persönlich beschäftigt.

Lasse nicht zu, dass deine Trigger das Gespräch dominieren. Achte darauf, ob du in der Lage bist, die Beratung auf eine faire, nicht wertende und klient*innenzentrierte Weise fortzusetzen. Wenn ja, mache weiter. Wenn nicht, wende vorher eingeübte Bewältigungsstrategien an:

Beispiele:

- tief durchatmen, auf den eigenen Atem konzentrieren
- das Gespräch unterbrechen, ggf. den Raum kurz verlassen, um z. B. ein Glas Wasser zu holen
- Verstörung ansprechen
- Kolleg*innen um Rat bitten



Wenig hilfreich

„Aids ist keine Strafe!“

„Was du gesagt hast, ist wirklich homophob!“

„Nun, ich gehöre zu der sozialen Gruppe, die Sie gerade schlechtgeredet haben!“

„Du musst aufhören, das zu sagen.“

- Wenn du wütend, abweisend oder argumentativ wirst, verschiebt sich der Fokus auf ein abstraktes Problem, zum Beispiel eine politische Haltung, statt die Voreingenommenheit des*der Klient*in als Teil seiner*ihrer Angst anzuerkennen. Konzentriere dich auf die Gefühle, die hinter der Aussage stehen, und nicht auf deren Wahrhaftigkeit oder Fairness.

„Sie sollten Ihrem Partner sagen, dass Sie ihn betrogen haben. Das ist das Richtige.“

- Sei vorsichtig, wenn du merkst, dass du deine eigene Agenda durchsetzen willst.



Eher hilfreich

„Was würde es für dich bedeuten, HIV zu bekommen?“

**„Wenn du so über
[eine bestimmte Gruppe von Menschen] denkst, wie fühlst du dich dann, wenn du Sex mit ihnen hast?“**

- Kann das Verständnis des*der Berater*in für die Weltanschauung der ratsuchenden Person stärken, um mehr zu verstehen, auf was die Ängste der ratsuchenden Person gründen.

**„Können wir während dieser Sitzung das Wort anstelle von
[Begriff, den du ablehnst] verwenden? Das würde mir helfen, dich besser zu verstehen und mit dir im Kontakt zu bleiben.“**

- Eine Möglichkeit, Grenzen für das Beratungsgespräch zu setzen.

„Welche Auswirkungen hat es für dich/euch, wenn du deine Außenbeziehung deinem Partner verschweigst?“

- Du versuchst, den*die Klienten*in zu verstehen, anstatt ihm*ihr deine Version der Moral aufzuzwingen.

Strategien für dich, nach dem Beratungsgespräch

- Nachbesprechung mit anderen Berater*innen
- Relativiere deine Erwartungen an dich selbst (Das heißt: Du bist nicht für die Lösung der Probleme des*der Klient*in verantwortlich, sondern kannst nur Begleiter*in und Unterstützer*in sein.)
- Akzeptiere, dass du diesmal wahrscheinlich nicht so effektiv warst, wie du gerne gewesen wärst. Nimm jedoch zur Kenntnis, was du gelernt hast und woran du noch arbeitest.
- Erkenne an, dass es professionelles Handeln für Berater*innen ist, Grenzen aufzuzeigen. Lobe dich ruhig auch dafür, wenn es dir sonst schwer fällt deine Grenzen zu wahren.

8. Nimm dir Zeit für Selbstfürsorge

Menschen dabei zu helfen, emotionale Schmerzen, Schuldgefühle, Selbstwürfe und Beziehungsschwierigkeiten zu erkennen und zu untersuchen, kann Berater*innen auch stark fordern und eigene Themen berühren. Aus diesem Grund ist es wichtig, eigene Grenzen zu akzeptieren und hilfreiche Methoden zu kennen, die helfen, sich wieder ins Gleichgewicht zu bringen.

Selbstfürsorge bedeutet für jede*n etwas Anderes, sie kann eine Reihe von Aktivitäten umfassen, die ein „Ausbrennen“ verhindern sowie das geistige und körperliche Wohlbefinden verbessern. Auch effektivere Beratungsstrategien können Teil der Selbstfürsorge sein – sie helfen Berater*innen, schwierige Interaktionen mit weniger Widerstand und mehr Verbindung zu bewältigen.

Schutz vor Burn-Out und Überlastung liegt aber nicht nur in der Verantwortung der einzelnen Berater*innen. Eine Arbeitsstelle, die die Gesundheit des Personals wichtig nimmt, sollte Ressourcen zur Verfügung stellen, die kollegiale Unterstützung fördern, sei es durch Intervision oder Supervisionsangebote oder kontinuierliche Weiterbildung. Im Weiteren kann es helfen, sich mit Kolleg*innen einmal zusammzusetzen und Stressoren zu benennen, die das Team neben der Klient*innen-Arbeit zusätzlich belasten. In dem Zusammenhang kann überprüft werden, wie es um gesundheitsförderliche Strukturen steht, z. B. dem Vorhandensein von Rückzugsorten nach Klient*innenarbeit oder eine förderliche Struktur des Beratungsangebotes (mind. 2 Kolleg*innen vor Ort, falls eine Beratung einmal schwierig wird), für das Team verbindliche Leitlinien für den Umgang mit besonders fordernden Klient*innen etc. ...

Hilfreiche Strategien

- ◆ Achte auf deine Gefühle und nimm negative Gefühle ernst. Sie können Gegenübertragungsempfindungen sein und etwas über das tiefere Anliegen eines*einer Klient*in kommunizieren. Sie zeigen dir aber auch deine eigenen Grenzen auf.
- ◆ Sorge nach einem intensiven Klient*innen-Kontakt für dich. Mache eine Pause, tausche dich mit Kolleg*innen aus, trinke etwas oder verschaffe dir etwas Bewegung. Tue das, was dir guttut und – wenn möglich – mache eine Pause, bevor du mit dem*der nächsten Klient*in in den Kontakt gehst. Manchen hilft es auch, sich Notizen zu den eigenen Gefühlen zu machen – und so Klarheit über das eigene Befinden zu bekommen und dann auch wieder Abstand zu entwickeln.
- ◆ Nach einem anstrengenden Dienst kann es hilfreich sein, sich über Sport, Kontakt mit guten Freunden oder anderen sinnlichen Erfahrungen wieder mit sich selbst und positiven Aspekten der Welt zu verbinden.
- ◆ Menschen in helfenden Berufen haben ein deutlich erhöhtes Risiko für ein Burn-Out. Achte auf Anzeichen von beruflichem Burn-Out bei dir selbst oder Kolleg*innen:
 - Zunehmend zynisch, kritisch, wütend oder reizbar zu sein.
 - Energieverlust und das Gefühl verspüren, vor unüberwindbaren Hindernissen zu stehen.
 - Verlust der Fähigkeit, Freude am Leben und an der Arbeit zu haben.
- ◆ Wende dich an deine*n Teamleitung/ Vorgesetzten, wenn du merkst, dass dich die Arbeit immer stärker belastet und scheue nicht, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Anhang

WAS IST WAS?

Hypochondrie, Phobische Störungen, Zwangshandlungen

In der aktuell gültigen International Classification of Diseases (ICD-10) werden Zustände, bei denen Menschen unter Angst vor körperlichen Erkrankungen leiden, unter folgenden Kategorien psychischer Störungen gefasst:

SOMATOFORME STÖRUNGEN

Das Charakteristikum ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzt*innen, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des*der Patient*in.

F45.2 HYPOCHONDRISCHE STÖRUNG

Info: Vorherrschendes Kennzeichen ist eine beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren und fortschreitenden körperlichen Krankheiten zu leiden. Die Patient*innen manifestieren anhaltende körperliche Beschwerden oder anhaltende Beschäftigung mit ihren körperlichen Phänomenen. Normale oder allgemeine Körperwahrnehmungen und Symptome werden von den betreffenden Patient*innen oft als abnorm und belastend interpretiert und die Aufmerksamkeit meist auf nur ein oder zwei Organe oder Organsysteme des Körpers fokussiert. Depression und Angst finden sich häufig und können dann zusätzliche Diagnosen rechtfertigen

Bei der hypochondrischen Störung meinen die betroffenen Personen, bereits erkrankt zu sein, also z. B. Aids oder eine HIV-Infektion erworben zu haben. Eine besondere Form der hypochondrischen Störung ist die HIV-Phobie, bei der die Angst vor der Ansteckung im Vordergrund steht. Einige Fachleute, aber nicht alle, würden die HIV-Phobie eher im Bereich der Angsterkrankungen sehen:

F40.- PHOBISCHE STÖRUNGEN

Info: Eine Gruppe von Störungen, bei der Angst ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte, eigentlich ungefährliche Situationen hervorgerufen wird. In der Folge werden diese Situationen typischerweise vermieden oder mit Furcht ertragen. Die Befürchtungen der Patient*innen können sich auf Einzelsymptome wie Herzklopfen oder Schwächegefühl beziehen, treten aber häufig gemeinsam mit sekundären Ängsten auf – etwa vor dem Sterben, Kontrollverlust oder dem Gefühl, wahnsinnig zu werden. Allein die Vorstellung, dass die phobische Situation eintreten könnte, erzeugt meist schon Erwartungsangst. Phobische Angst tritt häufig gleichzeitig mit Depression auf. Ob zwei Diagnosen, phobische Störung und depressive Episode, erforderlich für diese Diagnose sind, richtet sich nach dem zeitlichen Verlauf beider Zustandsbilder und nach therapeutischen Erwägungen zum Zeitpunkt der Konsultation.

Mitunter finden sich bei Klient*innen mit überstarken Ängsten auch Zwangshandlungen, für die die ICD-10 auch eine Klassifikation hat.

F42.1 VORWIEGEND ZWANGSHANDLUNGEN [ZWANGSRITUALE]

Info: Die meisten Zwangshandlungen beziehen sich auf Reinlichkeit (besonders Händewaschen), wiederholte Kontrollen, die garantieren, dass sich eine möglicherweise gefährliche Situation nicht entwickeln kann oder übertriebene Ordnung und Sauberkeit. Diesem Verhalten liegt die Furcht vor einer Gefahr zugrunde, die die Patient*innen bedroht oder von ihnen ausgeht; das Ritual ist ein wirkungsloser oder symbolischer Versuch, diese Gefahr abzuwenden.

Wichtiger Hinweis:

Eine Abgrenzung der dargestellten psychischen Störungen ist nicht immer leicht und bedarf auf jeden Fall einer fachärztlichen oder psychotherapeutischen Diagnostik. Eine Ad-Hoc-Diagnostik in der HIV/STI-Beratung („Phobiker“, „Hypochonderin“) ist auf jeden Fall zu unterlassen und kann von Betroffenen schnell als stigmatisierend und abwertend erlebt werden.

Für das beraterische Vorgehen ist eine genaue Unterscheidung zwischen einzelnen, psychischen Störungen und Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht so relevant.

Wichtig für Berater*innen ist vor allem, zu erkennen, ob die Sorge vor HIV so groß ist, dass eine klassische, rein auf das Übertragungsrisiko bezogene Beratungs- und Teststrategie nicht (mehr) ausreicht. In diesen Fällen, also bei Menschen mit HANLR-Symptomatik (High HIV Anxiety and No/Low Risk) sollte ein Vorgehen gemäß der in den vorigen Kapiteln dargestellten Beratungsempfehlungen gewählt werden.

Zentrale Strategien für die Beratung hochhängstlicher Klient*innen

Mit HANLR-Klient*innen die Quellen ihrer überstarken HIV-bezogenen Ängste zu ergründen, erfordert Zeit, Geduld und Einfühlungsvermögen. Im Folgenden findest du eine Liste der zentralen Strategien zur Unterstützung.

BEDENKE ...

Bleibe nicht bei der Nennung von Fakten stehen.

Wenn Menschen starke Ängste im Zusammenhang mit einer Situation haben, bei der es kein oder ein nur sehr geringes HIV/STI-Übertragungsrisiko gab, solltest du das Risikoniveau nur einmal klären.

Die Wiederholung von Informationen lässt sonst zu wenig Zeit, das eigentliche Thema, die Angst, zu erforschen und Strategien im Umgang damit zu entwickeln.

Höre zu, statt viel zu erklären.

Versuche dich einzufühlen. Ein abweisendes Verhalten oder ein abweisender Ton führt dazu, dass dein Gegenüber den Eindruck hat, dich noch intensiver von seiner Realität überzeugen zu müssen.

Frage nach den Ängsten.

Die Fokussierung auf Risiken und Symptome trägt nicht zur Klärung der Situation der ratsuchenden Person bei.

Achte auf Äußerungen, die auf Schuld oder Schamgefühle hinweisen.

Dies sind Ansatzpunkte für das Erkunden der zugrundeliegenden Ängste. Menschen, die das Gefühl haben, sexuell etwas falsch gemacht zu haben, bestrafen sich möglicherweise selbst und/oder erwarten eine Bestrafung.

Erstelle einen Plan zur Bewältigung von Ängsten.

Helfe der ratsuchenden Person, einen Plan zu erstellen, was zu tun ist, wenn die Angst auftaucht. Halte ihn realistisch und praktisch.

Verweise an Profis (Psychotherapeut*innen), wenn du den Eindruck hast, dass das Leiden sehr groß ist. Besprich mit dem*der Klient*in, wie er*sie den Weg in die Therapie umsetzen will. (Je konkreter die Schritte von dem*der Klient*in benannt werden, umso wahrscheinlicher ist es, dass sie auch gegangen werden.)

WAS DU SAGEN/FRAGEN KANNST ...

„Es hört sich so an, als ob diese Situation für Sie sehr belastend ist. Hat diese Angst zu einem bestimmten Zeitpunkt begonnen?“

*„Erzählen Sie mir mehr ...“
[Gib wieder, was du hörst.]*

„Wie ist es für dich, all diese Symptome zu erleben? Wie ist es für dich, diese Ängste zu haben?“

„Was trägt außer den Symptomen noch zu deinen Ängsten bei?“

*„Wie wirkt sich die Angst auf deine Beziehungen [zu Familie, Partner*innen, Freund*innen, Arbeit] aus?“*

„Können Sie mir mehr über das Gefühl [schuldig, dumm, unverantwortlich zu sein] erzählen?“*

** Worte des*der Ratsuchenden*

„Wie sind Sie in der Vergangenheit mit diesen oder anderen Ängsten umgegangen?“

„Wie könnten Sie in Zukunft mit Ängsten umgehen?“

„Es kann hilfreich sein, sich selbst ein Ziel oder eine Grenze für die Verhaltensweisen zu setzen, die die Angst verstärken (z.B. das Lesen im Internet). Welches Ziel oder welche Grenze könnte für Sie in den nächsten Wochen sinnvoll sein?“



Checkliste

Hat ein*e Klient*in eine hohe HIV-Angst, aber nur ein geringes Risiko?

Die nachstehende Liste ist zwar nicht vollständig, soll aber dabei helfen, Menschen mit überstarken HIV-Ängsten zu identifizieren. Wenn viele Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, erscheinen auf die Ängste bezogene Beratungsstrategien, wie in dieser Handreichung beschrieben, sinnvoll.

-
- Hat eine risikoarme oder risikofreie Aktivität die Besorgnis, sich mit HIV infiziert zu haben, ausgelöst? Wenn ja:
 - Macht sich der*die Klient*in Sorgen, obwohl er*sie weiß, dass die Aktivität ein geringes oder gar kein Risiko darstellt?
 - Bestreitet die die Beratung aufsuchende Person die Risikobewertung der Berater*in?

 - Stellt der*die Klient*in dieselbe Frage (z. B. nach der Möglichkeit einer HIV-Infektion aufgrund eines bestimmten Vorfalls oder der Verlässlichkeit des Tests) wiederholt an verschiedenen Orten (z. B. in Kliniken, Hotlines und Checkpoints)?

 - Meldet sich die die Beratung aufsuchende Person für eine Wiederholunguntersuchung an oder äußert sie einen starken Wunsch nach einer Wiederholungsuntersuchung, ohne dass seit der letzten Untersuchung neue Risikofaktoren aufgetreten sind?

 - Hat der*die Klient*in viele Stunden damit verbracht, sich über HIV-Übertragung, Testverfahren, Symptome und Krankheitsverlauf zu informieren?

 - Wird vermutet, dass der*die Kund*in seine*ihre Testhäufigkeit verschweigt?“

 - Fordert der*die Kund*in wiederholt HIV-Selbsttests an oder führt sie durch, ohne dass seit dem letzten Test neue Risikofaktoren aufgetreten sind?

 - Glaubt die die Beratung aufsuchende Person, dass sie HIV-positiv ist, obwohl ein oder mehrere HIV-Tests (nach dem Zeitfenster) negativ ausgefallen sind?

 - Zweifelt die die Beratung aufsuchende Person an der Genauigkeit der HIV-Testtechnologie?

 - Hat die die Beratung aufsuchende Person das Gefühl, ein seltener Fall zu sein, bei dem es länger (als im üblichen Zeitfenster) dauert, bis der Test positiv ist?

 - Beeinträchtigen Gedanken über HIV die Beziehungen und/oder die täglichen Aktivitäten? Haben sich die Sorgen über HIV auf das Privatleben ausgewirkt?

 - Hält der*die Klient*in die HIV-Infektion für eine tödliche und unheilbare Krankheit? Sieht er*sie sie als „lebenslange Strafe“ an?
-



