

# Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaferkrankungen

## Der Einfluß der Herztransplantation auf die Partnerschaft als Faktor der Lebensqualität

Laederach-Hofmann K, Bunzel B

Schubert M-T

*Journal für Kardiologie - Austrian*

*Journal of Cardiology 2000; 7 (9)*

352-359

Homepage:

[www.kup.at/kardiologie](http://www.kup.at/kardiologie)

Online-Datenbank  
mit Autoren-  
und Stichwortsuche



Offizielles  
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des  
Österreichischen Herzfonds



**ACVC**  
Association for  
Acute CardioVascular Care

In Kooperation  
mit der ACVC

Indexed in ESCI  
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

**Datenschutz:**

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Kardiologie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

**Lieferung:**

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Kardiologie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

**Abbestellen:**

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

**Journal für Kardiologie**

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

# Der Einfluß der Herztransplantation auf die Partnerschaft als Faktor der Lebensqualität

K. Laederach-Hofmann, B. Bunzel\*, M.-Th. Schubert\*\*

*Eine terminale Herzkrankheit mit all ihren somatischen und psychosozialen Konsequenzen und deren Einflüssen auf die Lebensqualität belastet den Patienten und ebenso sein Umfeld, vorab seinen Partner. Das soziale Netz ist einer der wichtigsten Faktoren, der zu psychischer Stabilität beiträgt. Es hilft, Gefühle von Hilflosigkeit, Depression und Unsicherheit besser zu ertragen, vermindert die Ängstlichkeit und verbessert die Lebensqualität. Ziel dieser prospektiven Untersuchung war es, Angaben über den Einfluß einer Herztransplantation auf die Partnerschaftsbeziehung zu erhalten. Methoden: Von 26 Paaren wurden mittels der Familienbögen (FAM III), die 7 interaktionelle Dimensionen erfassen, Daten zu drei Zeitpunkten gesammelt: 1) wenn der Patient auf die Warteliste gesetzt wurde, 2) 1 Jahr und 3) 5 Jahre nach Transplantation. Zusätzlich wurde die Lebensqualität mit einem Globalmaß erfragt. Resultate: Im Verlauf einer Herztransplantation berichten beide, Patient und Partner, von einer generellen Verschlechterung der Partnerschaftsbeziehung. Ein Jahr nach Herztransplantation verschlechtert sich für die Patienten die Partnerschaftsbeziehung signifikant (Summenwert,  $p = 0,034$ ). Dabei ist der wichtige Punkt die Verschlechterung der Emotionalität ( $p = 0,009$ ), die einen Mangel an affektiver Kommunikation und eine Verschlechterung emotionaler Bedürfnisbefriedigung anzeigt. Fünf Jahre nach Herztransplantation ist der Summenwert unverändert, lediglich die Emotionalität hat sich geringfügig verbessert ( $p = 0,032$  im Vergleich zu 1 Jahr nach Herztransplantation). Ähnlich wie die Patienten geben auch deren Partner eine Verschlechterung im Summenwert des FAM III an ( $p = 0,0006$ ). Allerdings fühlen sich die Partner noch in weiteren 4 von 7 Dimensionen beeinträchtigt, nämlich im Rollenhaushalt ( $p = 0,014$ ), in der Kommunikation ( $p = 0,017$ ), in der affektiven Beziehung ( $p = 0,020$ ) und in den Werten und Normen ( $p = 0,021$ ). Jedoch bleibt der für die Patienten wichtige Punkt der Emotionalität bei Partnern über die ganze Zeit hin unverändert. All diese Verschlechterungen lassen sich bei den Partnern auch noch 5 Jahre nach Herztransplantation nachweisen. Schlußfolgerungen: Die Herztransplantation führt zu einer wesentlichen Belastung und beeinträchtigt Lebensqualität der Partnerschaftsbeziehung nach 1 bzw. 5 Jahren nach der Operation. Deshalb sollte der ganze Bereich der Partnerschaftsbeziehung in Zukunft im Sinne eines umfassenden Betreuungsansatzes von Patienten nach Herztransplantation und deren Partner beachtet werden.*

*Background: Terminal heart disease does not only affect the patient, but also family members and the spouse in particular, and influences quality of life. The aim of the prospective study of 26 couples was to collect information from both patient and spouse on the impact of heart transplantation on their relationship. Methods: Data on the marital relationship were collected from patient and spouse at three points of time: 1) when patients were admitted to the waiting list to organ transplantation, 2) one year and, 3) five years post-operatively. Assessment was conducted using the Family Assessment Measure (FAM III), a self-report instrument that provides quantitative indices of family functioning by 7 interacting dimensions. In addition quality of life was assessed by means of a global rating. Results: In the course of the transplant process patients as well as spouses report a significant deterioration of partner relationship in general (overall score). While patients perceive only one clear-cut point of conflict as crucial – communication about emotions – the spouses report a significant change to the worse in 4 of 7 dimensions measured by the questionnaire. They consider role performance, communication, emotional involvement and values & norms as deteriorated after transplantation. These changes in partner relationship are discernible one year after transplantation and hold on for at least five years. Conclusions: Heart transplantation has an impact on the marital relationship: It leads to significant deteriorations in partner relationship 1 to 5 years after the transplantation and influences quality of life. More attention should thus be given to the whole area of the partner relationship in terms of a holistic approach to the treatment of heart transplant recipients and their partners. *J Kardiol* 2000; 7: 352–9.*

Krankheit und Krankheitsbewältigung ist nicht nur Sache eines Individuums. Die terminale Herzkrankheit mit all ihren somatischen und psychologischen Konsequenzen, obgleich sie zuallererst das Leben des Patienten bedroht, beeinträchtigt die Lebensqualität beider Partner und erfordert von beiden Lern- und Verarbeitungsprozesse. Einer der wesentlichen Faktoren zur Aufrechterhaltung und/oder Wiedergewinnung der psychosozialen Stabilität bei chronischen Krankheiten ist die soziale Unterstützung. Sie schützt und stützt das Selbstbild und das Selbstwertgefühl eines Menschen und hilft dadurch, Gefühle von Hilflosigkeit, Ängste und Unsicherheit zu vermindern. Erfährt jemand in einer Krisensituation emotionale Unterstützung von seinem Partner und soziale Akzeptanz, wird die Krise mit weniger Angst und Verunsicherung gemeistert werden können. Bereits 1944 definierte Lindemann die soziale Matrix des Patienten als ein Netzwerk, in welchem adaptive und Bewältigungsmechanismen gleichzeitig stattfinden [1]. Aus zahlreichen Arbeiten geht hervor, daß die Unterstützung durch Partner, Familie, Freunde, Kollegen (in den 70er Jahren als „Soziale Unterstützung“ definiert) [2–6] einen substantiellen Einfluß auf den weiteren Verlauf und die Bewältigungsmöglichkeiten einer chronischen Erkrankung haben kann. Einige Untersuchungen [7–11] zeigen, welche wichtige Funktionen primäre Bezugspersonen in

der Familie (im wesentlichen Ehepartner) in bezug auf die psychologischen Adaptationsmechanismen von Patienten in lebensbedrohlichen Krankheitssituationen haben können. Diese soziale Unterstützung erhält besonderes Gewicht nicht nur bei der Entstehung [12], sondern auch bei der Bewältigung chronischer Erkrankungen [13].

Untersuchungen über die Partnerschaft wurden besonders bei Krebspatienten [14–21], bei Patienten mit chronischen Schmerzen [22–26] und Patienten nach Myokardinfarkt [27–29] durchgeführt. Die Erforschung von Partnerschaftsbeziehungen bei Krebspatienten zeigte, daß die Partner durchaus in der Lage waren, soziale Einschränkungen und verminderte interaktive Fähigkeiten zu akzeptieren [21]. Die meisten der Partner waren weniger befriedigt mit der emotionalen Beziehung [20] und viele berichteten über große Schwierigkeiten in der Krankheitsbewältigung, über vermehrte Ängstlichkeit und Kommunikationsdefizite. Als Hauptprobleme gaben sie oft Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen überhaupt an [14]. Männliche Partner von Patientinnen mit Brustkrebs oder gynäkologischen Karzinomen erlebten zumeist eine erhebliche psychologische Krise, fühlten sich zutiefst verunsichert in allen Beziehungsbereichen und ganz besonders in der Partnerschaftsbeziehung. Viele klagten über das

Eingelangt am: 20. 03. 2000; angenommen am: 23. 06. 2000.

Aus der Einheit Psychosomatik und Psychosoziale Medizin, Inselspital, Universität Bern, \*Universitätsklinik für Herz- und Thoraxchirurgie Wien und der \*\*Universitäts-Kinderklinik Wien

Korrespondenzadresse: Dr. med. K. Laederach-Hofmann, Psychosomatik und Psychosoziale Medizin, Inselspital, Freiburgstrasse, CH-3010 Bern; E-mail: laederach@insel.ch

Fehlen von Gesprächspartnern und darüber, daß sie kaum Informationen über die Krankheit, gynäkologische Operationen und Prognose der Partnerin erhalten hätten [15, 17].

Zwei interessante Untersuchungen befassen sich mit chronischer Krankheit und deren Auswirkungen auf Partner von Patienten mit Morbus Parkinson [30] und solchen mit chronischer Niereninsuffizienz und chronisch ambulanter Peritonealdialyse (CAPD) [31]. Die Partner von Patienten mit M. Parkinson berichteten über signifikant mehr Kohärenz in der Partnerbeziehung im Vergleich zu einer Normalpopulation. Auf der anderen Seite erlebten sie weniger interpersonale Übereinstimmung. Die Lebensqualität von Partnern bei Patienten mit CAPD andererseits kommt derjenigen der Patienten selber sehr ähnlich. Grundsätzlich zeigen die Studien, daß Partner von Patienten mit chronischen Krankheiten ebenso von Distreß, Isolation und Einsamkeit befallen sind wie die Patienten selber. Andererseits zeichnen sich die Partnerschaftsbeziehungen durch eine hohe Stabilität aus, und die Krankheit selber scheint als stabilisierender Faktor zu wirken. Sicherlich spielen die Partner auch eine Schlüsselrolle in der Rehabilitation der Patienten und während deren Rekonvaleszenz.

Für chronische Schmerzpatienten hingegen stehen die Partnerschaft selbst, sexuelle Probleme, Rollendistreß, Konflikte und Einschränkungen sozialer Kontakte im Vordergrund. Offenbar führen chronische Schmerzen bei Partnern zuallererst zu sozialer Isolation, Partnerschaftskonflikten, Beeinträchtigung des Sexuallebens, Wut, Angst, Langeweile und Hoffnungslosigkeit [22–24]. Andererseits fiel einigen Autoren die besondere Stabilität der Ehebeziehung bei Patienten mit chronischen Schmerzen auf, so daß sie die Vermutung äußerten, chronische Schmerzen könnten einen stabilisierenden Einfluß auf die Partnerschaftsbeziehung haben [25, 32].

Umfangreiche Untersuchungen befaßten sich mit dem Einfluß der Partnerschaftsbeziehung auf den Heilungsverlauf von Patienten nach Myokardinfarkt oder Herzoperation [27–29]. Hierbei konnte nachgewiesen werden, daß a) die soziale Unterstützung durch den Partner einer der wichtigsten Faktoren in der Bewältigung einer Herzoperation darstellt, b) die partnerschaftliche Unterstützung zur Verminderung von depressiven Affekten nach Myokardinfarkt beiträgt, und c) die psychologische Belastung der Partner derer der Patienten durchaus entspricht. Dabei fand sich, daß zu Beginn der Belastung (nach dem Auftreten des Myokardinfarkts) nur gerade die Hälfte aller Paare fähig war, über die Erfahrung des akuten Infarkts miteinander zu sprechen. Auffällig war ebenso, daß die Partner dieselben Abwehr- und Bewältigungsstrategien benützen wie die Patienten, nämlich vorweg Verleugnungsstrategien [27]. Ähnlich wie die Patienten klagten auch deren Partner über existentielle Ängste. Schließlich fanden Frasure-Smith et al. [29], daß Patienten ohne soziale Unterstützung ein signifikant höheres Risiko haben, innerhalb des Beobachtungsjahres nach einem Myokardinfarkt an einem Reinfarkt zu erkranken als andere.

Die Transplantationspatienten unterscheiden sich in einem wesentlichen Punkt von allen anderen Patienten: Nach einer erfolgreichen Operation, nach einer Phase von lebensbedrohlichen intensivmedizinischen Lebenserhaltungsmaßnahmen, können die meisten von ihnen praktisch gesund und wieder leistungsfähig nach Hause zurückkeh-

ren. Trotzdem oder gerade deswegen bedeutet dies oft für die Partner keine Entlastung, sondern erfordert neue Strategien, deren Implementierung manchmal an die Grenzen des Erträglichen führen können. Für die Partner von Transplantationspatienten bedeutet dies, daß sie sich einer Situation gegenüber finden, die allen vorherigen Erfahrungen zu widersprechen scheint. So schreibt Shapiro: „You cannot overemphasize the toll the transplant process takes on even the most committed and resourceful family“ [33].

Wissenschaftliche Studien, die sich mit der Partnerschaftsbeziehung nach einer Herztransplantation beschäftigen, sind spärlich. Die meisten sind beschreibende Untersuchungen, weisen ein retrospektives Design, basierend auf Fragebogenerhebungen oder Interviews auf und decken zumeist einen Zeitraum von 1 bis 10 Jahren ab. Aber auch diese Arbeiten lassen erkennen, daß die Zeit nach Herztransplantation für beide – Patient und Partner – keineswegs einfach ist. In einer Untersuchung über 1 bis 40 Monate nach Herztransplantation fanden Allender et al. [34], daß etwa ein Drittel der Familien von 25 Patienten nach Transplantation über signifikante Eheprobleme und familiäre Schwierigkeiten berichtete und daß die Lösung dieser Probleme kaum spontan erfolgte. Die Autoren folgerten, daß derartige Schwierigkeiten typische Exazerbationen von prämorbidem Problemen darstellten und daß die zusätzliche Belastung das ihre zur Verschlimmerung beigetragen habe, besonders in der Phase der Rekonvaleszenz. Mc Aleer et al. [35] versandten Fragebogen an 291 Patienten aus 11 Zentren. Die Gruppe fand, daß der intrafamiliäre Distreß als häufigstes Problem angeführt wurde. Angermann et al. [36] interviewten die Patienten und berichteten, daß einem Drittel die Verschlechterung der Partnerbeziehung auffiel, besonders auch in den Bereichen des Alltags und der sexuellen Beziehung. Rosenblum et al. [37] identifizierten schwere psychosoziale Probleme, die nach der Transplantation auftreten können. Diese sind denjenigen von schwer depressiven Patienten sehr ähnlich, bei welchen der Einfluß einer solchen Diagnose auf die Partnerschaftsbeziehung längstens bekannt ist. Dazu gehören Probleme in der sozialen Interaktion, verminderte Libido, Schonung bei Hausarbeiten, Vergeßlichkeit und verminderte Einbindung solcher Patienten in Hobbies oder andere Formen der Erholung. Buse & Pieper [38] untersuchten den Distreß von 30 Ehefrauen von Herztransplantationspatienten über einen Zeitraum von 67 Tagen bis zu 3 Jahren postoperativ. Zu allen Zeitpunkten wird über ein erhöhtes Streßniveau berichtet. Während vor der Transplantation Wünsche, mehr darüber zu wissen, oder das Problem, zu wenig Zeit für sich selber zu haben, im Zentrum standen, waren nach der Operation das Interesse am transplantierten Organ, die Verfügbarkeit einer sozialen Unterstützung und die Beziehung zu Familie und Freunden in den Vordergrund gerückt. Collins et al. [39] untersuchten den Einfluß des Warteprozesses auf die Partnerinnen von herztransplantierten Patienten und fanden, daß ein Drittel der untersuchten Partnerinnen (n = 85) über einen negativen Einfluß der Transplantation auf ihr Leben, zwei Drittel über einen positiven Einfluß berichteten. Letztere verfügten über größere intrafamiliäre Ressourcen zur Bewältigung und Coping mit dem Ereignis, waren generell zufriedener mit ihrem Leben und verwendeten effektivere Copingstrategien.

Auch das Funktionieren einer Beziehung vor der Herztransplantation ist ein Indikator für den Zustand nachher [39]. Besonders die Parameter der familiären Ressourcen

oder ein gut funktionierendes soziales Netz erwiesen sich als gute Prädiktoren für die Funktionsfähigkeit einer Partnerschaft nach der Operation [8, 40]. Sogar in der Wartezeit erwiesen sich soziale Ressourcen als einer der wichtigsten Faktoren für die gute Lebensqualität [41].

Familienmitglieder, die Herztransplantationspatienten betreuen, weisen einen erhöhten Distreß in der postoperativen Phase auf [42]. Dieses Resultat steht im Gegensatz zu demjenigen, das aus einer Studie von McGary & Pieper hervorgeht [43]. Diese Gruppe fand bei Ehefrauen von Transplantationspatienten keinen Unterschied in der Belastung, im besonderen keinen erhöhten Distreß.

Auf Grund der genannten Einschränkungen der oben diskutierten Studien haben wir uns entschlossen, eine prospektive Langzeituntersuchung bei Patienten und deren Partner durchzuführen. Die wichtigsten Fragen sind die folgenden:

1. Hat das lebensentscheidende Ereignis „Herztransplantation“ einen Einfluß auf die partnerschaftliche Beziehung aus der Sicht der Patienten und auch aus derjenigen ihrer Partner? Welche Bereiche der Beziehung verändern sich dabei?
2. Unterscheiden sich die subjektiven Einschätzungen von Patienten und Partnern?
3. Wie entwickeln sich diese Beziehungsparameter bei Herztransplantierten und deren Partner im Verlaufe der Zeit?

## Patienten und Methoden

### Untersuchte Population

Aus einem Pool von 50 konsekutiven, nicht randomisierten, erwachsenen Patienten wurden 26 (52 %) in die Untersuchung eingeschlossen und einen Zeitraum von 5 Jahren nach Herztransplantation beobachtet. Alle Patienten hatten eine terminale Herzinsuffizienz und wurden am Transplantationszentrum in Wien innerhalb eines Jahres transplantiert. Patienten, die nicht in die Auswertung einbezogen werden konnten, mußten aus folgenden Gründen ausgeschlossen werden (drop-out): Tod in den 5 Studienjahren ( $n = 10$ , 20 %), zu krank um weiter mitzumachen ( $n = 2$ , 4 %), nicht mehr weiter bereit, teilzunehmen (1 Patient, 3 Ehefrauen, 8 %), wurden innerhalb der 5 Jahre retransplantiert ( $n = 1$ , 2 %) oder hatten keine Partnerin ( $n = 7$ , 14 %). Tabelle 1 gibt Auskunft über die Basisdaten der Stichprobe.

Die in die Untersuchung eingeschlossenen Patienten waren vor allem Männer (92 %) in einem mittleren Alter von  $48,0 \pm 10,2$  Jahre (Mittelwert  $\pm$  SD, Range: 25–67 Jahre). Die Ausbildungsdauer (Schulbesuch und Lehre/Studium) betrug 8–17 Jahre (Mittelwert  $11,4 \pm 4,0$  Jahre). Sieben Patienten waren während mindestens 6 Monate präoperativ krankheitshalber arbeitsunfähig und 7 Patienten (27 %) befanden sich bereits in Rente. Ein Jahr nach der Herztransplantation arbeiteten 11 Patienten (42 %), einer war immer noch krankheitsbedingt arbeitsunfähig (4 %) und 14 Patienten waren pensioniert (54 %). Fünf Jahre postoperativ waren immer noch 11 Patienten (42 %) arbeitsfähig, die restlichen 15 (52 %) waren in Rente. Die Wartezeit auf die Transplantation betrug 1–315 Tage. Von den Partnern/Partnerinnen der Patienten arbeiteten 11 (2 Männer, 7 Frauen, 42 %) vor der Transplantation. Fünfzehn Frauen (58 %) besorgten den Haushalt, wobei darunter 10 Teilzeitarbeit auf dem Bauernhof

oder Weingut leisteten. Zwischen der Aufnahme auf die Warteliste und der Transplantation begannen 2 Frauen aus finanziellen Gründen außerhäuslich zu arbeiten und blieben über 5 Jahre nach der Operation berufstätig. Zwei weitere Partner (1 Frau, 1 Mann) wurden nach der erfolgreichen Transplantation pensioniert. Somit ergab sich über die 5 Jahre für die meisten Partner (85 %) keine Änderung in der Arbeitssituation.

### Vorgehen

In dieser prospektiven Studie wurden die Daten zur Partnerschaftsbeziehung an 3 Zeitpunkten erhoben: 1) zum Zeitpunkt der Aufnahme der Patienten auf die Warteliste als potentieller Organempfänger, 2) genau 1 Jahr nach der Operation und 3) genau 5 Jahre nach der Organtransplantation. Alle Patienten fanden sich zu einem jährlich durchgeführten, medizinischen und psychologischen Follow-up ein. Die Partnerinnen der Patienten wurden gebeten, die Patienten zu begleiten und alle stimmten der Studienteilnahme zu.

### Instrument

Der FAM (Family Assessment Measure, 3. Version, FAM III) ist ein Selbstevaluationsbogen, vergleichbar mit anderen Familienforschungsinstrumenten, wie den Family Adaptation Cohesion and Evaluation Scales (FACES III) [44], der Family Environment Scale (FES) [45] und dem Family Assessment Device (FAD) [46]. Der FAM III hat seine Basis in dem von Skinner & Steinhauer postulierten Prozeßmodell (Process Model of Family Functioning), das verschiedene Ansätze der Familientheorie, u.a. der Lerntheorie, der Entwicklungspsychologie, der Krisentheorie, integriert [47, 48]. Der FAM III bietet eine prozeßorientierte, dynamische und konzeptuell saubere Analyse der

Tabelle 1: Basisdaten der Stichprobe

Die Stichprobe	n
<b>Die Patienten</b>	
Geschlecht	
Männlich	24
Weiblich	2
Alter bei Transplantation (Jahre)	
< 30	3
31–40	4
41–50	6
51–60	12
> 60	1
Indikation zur Herztransplantation	
Dilatative Kardiomyopathie	18
Koronare Herzkrankheit	6
Anderes	2
<b>Die Partner</b>	
Geschlecht	
Männlich	2
Weiblich	24
Alter (Jahre) zum Zeitpunkt der Transplantation	
< 30	6
31–40	4
41–50	9
51–60	4
> 60	2
Dauer der Partnerbeziehung (Jahre) zum Zeitpunkt der Transplantation	
< 10	3
11–20	4
21–30	11
> 30	8

Familienfunktion und der beteiligten Prozesse und ist darüber hinaus in der Lage, die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Bereichen zu erhellen. Weil reale Familien nicht entweder vollständig gesund oder vollständig krank sind, können damit Bereiche erfaßt werden, in denen ein Familiensystem gut funktioniert und in denen es dysfunktional ist. Der FAM III wurde von Cierpka & Frevert ins Deutsche übertragen und kürzlich revidiert (Die Familienbögen) [49]. In unserer Studie verwenden wir die ursprüngliche Version. Sie wird als diagnostisches Instrument zur quantitativen Indexierung der Stärken und Schwächen einzelner Familiensysteme eingesetzt. Verglichen mit den oben erwähnten Instrumenten hat der FAM III gewichtige Vorteile. Die Indizes des familiären Funktionierens können durch 3 unterschiedliche Perspektiven wiedergegeben werden:

1. die Familie als System (Globalskala),
2. die Zweierbeziehung (Dyadische Skala) und
3. die individuelle Erfassung von Familienmitgliedern (Selbstbeurteilungsskala).

Die Teststruktur wurde durch die Autoren in 7 interagierende Dimensionen aufgeteilt, die positive oder negative Einflüsse auf die Zweierbeziehung haben können:

- **Aufgabenerfüllung:** Ihr kommt innerhalb der Partnerschaft eine übergeordnete Funktion zu. Sie ist die Basis jeder funktionierenden Gemeinschaft. Durch erfolgreiche Aufgabenerfüllung erreichen Partnerschaften ihre biologischen, psychologischen und sozialen Ziele. Einige solcher Ziele sind: die psychosoziale Entwicklung beider Partner sicherzustellen, Sicherheit (auch im Sinne materieller Güter, Nahrung und Gesundheit) und Autonomie zu bieten, Zusammenhalt nach außen hin zu garantieren. Die Erreichung dieser Ziele ist die vorranglichste Funktion innerhalb einer Partnerschaft. Von ihr hängt es ab, ob sie ihre zentralen Ziele als Gruppe erreicht oder verfehlt. Erfolgreiche Aufgabenerfüllung wird vorzüglich dann stattfinden, wenn zwischen den Partnern Übereinstimmung in den basalen Zielen besteht. Erfolgreiche Aufgabenerfüllung beinhaltet jedoch auch die Ausbildung und Ausführung verschiedener Rollen innerhalb des Systems (Beispiel: Ich kann auf ihn/sie zählen, wenn eine Krise eintreten sollte). Reliabilität dieser Skala: Cronbach  $\alpha$ : 0,72.
- **Rollenverhalten:** Besteht in der Rollenübernahme durch die einzelnen Partner. Wenn die Rollen angemessen zugewiesen und einverständlich übernommen wurden, erhöht dies die Sicherheit der Partner, weil jeder weiß, was von ihm erwartet wird und was er vom anderen erwarten kann. Ändert sich die Rolle eines Partners (beispielsweise durch Krankheit), hat dies Auswirkungen auf die Rolle aller anderen. Die Information, die zur Aufgabenerfüllung und Rollenausübung essentiell ist, wird durch ständige Kommunikation weitergegeben (Beispiel: Sie/ er beklagt sich darüber, daß ich zuviel von ihm / ihr erwarte). Cronbach  $\alpha$ : 0,66.
- **Kommunikation:** Das Ziel jeder effektiven Kommunikation ist das Erzielen eines gemeinsamen Verstehens, so daß die Nachricht, die erhalten wird, jener entspricht, die beabsichtigt war. Dies ist am ehesten der Fall, wenn die Nachricht klar, direkt und offen, eindeutig und unverzerrt gegeben wird. Kommunikation ist effektiv, wenn auch widersprüchliche Informationen von den Partnern entschlüsselt werden können (Beispiel: Wenn sie/er wütend ist, höre ich davon von jemand anderem). Cronbach  $\alpha$ : 0,71.
- **Emotionalität:** Ist die Mitteilung des Affekts und damit ein vitales Element des Kommunikationsprozesses. Der affektive Ausdruck kann die Aufgabenerfüllung und Rollenerfüllung erleichtern oder erschweren. Er beinhaltet die Intensität, den Zeitpunkt und den effektiven Inhalt der entsprechenden Gefühle. Die Partner sollen sich demnach in das Leben des anderen einfühlen und dieses respektieren, wobei die Intensität der Gefühle von sehr schwach (Distanz) bis zu sehr stark (Einmischung) variieren kann (Beispiel: Wenn ich ungehalten bin, weiß sie/er üblicherweise, wieso). Cronbach  $\alpha$ : 0,42.
- **Affektive Beziehung:** Meint die Art des affektiven Bezugs zwischen den Partnern untereinander. Sie bezieht sich ebenso auf die Qualität und den Grad der beteiligten Gefühle. Dies beinhaltet die Fähigkeit

der Partnerschaft, die emotionalen – und Sicherheitsbedürfnisse zu erfüllen und gleichzeitig deren Autonomiebestrebungen zu fördern (Beispiel: Er/sie liebt mich auch, wenn ich mit ihr/ihm wütend bin). Cronbach  $\alpha$ : 0,58.

- **Kontrolle:** Ist der Prozeß, durch welchen sich die beiden Partner gegenseitig beeinflussen. Das Kontrollverhalten beinhaltet die Aufrechterhaltung bestimmter Funktionen (Erfüllung der instrumentellen Aufgaben) als auch die Anpassungsprozesse (in Phasen der Veränderung der Lebensumstände). Aspekte der Kontrolle zeigen auf, ob die Partnerschaft vorhersehbar, konstruktiv oder unvorhersehbar oder destruktiv in ihrem Umgangsstil ist (Beispiel: Ich weiß nie, wie er/sie reagiert, wenn ich einen Fehler mache). Cronbach  $\alpha$ : 0,67.
- **Werte und Normen:** Stellen den Hintergrund dar, an welchem sämtliche Prozesse beurteilt werden müssen. Sie bestimmen die Breite und Richtung der Handlungen und Haltungen beider Partner, die in gegenseitigem Bezug oder für sich alleine gültig sind (Beispiel: Er/sie und ich haben dieselbe Beurteilung, was richtig oder falsch ist). Cronbach  $\alpha$ : 0,63.

**Psychometrische Eigenschaften:** Die Gesamtreliabilität der Diadischen Beziehungsskala ist recht hoch (Cronbach  $\alpha$ : 0,92). Das Cronbach  $\alpha$  der deutschsprachigen Übersetzung [49] und der Englischen Originalversion [47] sind sich sehr ähnlich. Die Gesamtreliabilität der Skala beispielsweise, unterscheidet sich lediglich um 0,03 (Skinner 0,95, Cierpka 0,92). Cierpka verglich die Beziehungen zu anderen populären Skalen des familiären Funktionierens (Konkurrenzierende Validität) und berichtete über zufriedenstellende Korrelationen ( $r = 0,36-0,68$ ). Zudem wurde die Validität der deutschsprachigen Version des FAM III in verschiedenen Studien belegt [50–55].

Die 42 Items sind in einer 4-stufigen Likert-Skala angeordnet (absoluter Widerspruch – Widerspruch – Übereinstimmung – starke Übereinstimmung). Die Fragebogen wurden mittels Schemata und Rohwerten evaluiert und sämtliche Werte in T-normalisierte Werte umgerechnet. Die T-Scores des FAM III sind in der Weise normalisiert, daß jede der Subskalen einen Mittelwert von 50 und eine Standarddeviation von 10 aufweist. Weil der FAM III auf eine relativ heterogene Gruppe standardisiert worden ist – von klinisch auffälligen bis normalen Familien (529 Personen, Paare ohne, mit Neugeborenen, mit Kleinkindern, Adoleszenten oder erwachsenen Kindern) – sollte die Mehrheit der Werte für klinisch nicht auffällige Familien zwischen 40 und 60 liegen (= Norm). Scores außerhalb dieses Bereichs zeigen entweder eine besonders gesunde (Werte unter 40) oder eine besonders gestörte Funktion (Werte über 60) der jeweiligen Familie. Beides, Summentotal und graphisches Profil, können von jeder der 7 Skalen angefertigt werden.

### Statistische Auswertung

Zu allen 3 unterschiedlichen Zeitpunkten wurden Student t-Tests (abhängige Variablen) berechnet, um signifikante prä- vs. post-Unterschiede in der Partnerschaftsfunktion zu definieren. Die Signifikanzgrenze wurde dabei überall auf 0,05 festgelegt. Eine ANOVA wurde deshalb nicht durchgeführt, weil zur Lokalisation der Unterschiede konservative t-Tests in diesen Bereichen hätten erfolgen müssen.

## Ergebnisse

Die Abbildungen 1 und 2 zeigen die Partnerschaftsbeziehung in den 7 Subskalen des FAM III sowie im Summenwert aus der Sicht der Patienten (Abb. 1) und auch derjenigen der Partner (Abb. 2). Die 3 Zeitpunkte der Evaluation (vor, 1 und 5 Jahre nach der Transplantation) sind durch unterschiedliche Linienzeichnung erkennbar.

Sämtliche Patienten und deren Partner zeigten im FAM III Score-Werte innerhalb der Normgrenzen, und dies an allen 3 Meßzeitpunkten.

### Die Partnerbeziehung aus der Sicht der Patienten

Ein Jahr nach Transplantation berichteten die Patienten über eine signifikante Verschlechterung in der Partnerschaftsbeziehung (Summenwert,  $p = 0,034$ ). Diese Verschlechterung resultiert besonders aus einer Subskala, nämlich der Emotionalität ( $p = 0,009$ ), die eine Verschlechterung der Kommunikation über Gefühle und Defizite in der Erfüllung emotionaler Bedürfnisse anzeigt.

Fünf Jahre später ist der Summenwert unverändert auf dem 1-Jahres Niveau geblieben. Jedoch hat sich der vor-malige Konfliktpunkt der Emotionalität deutlich gebessert ( $p = 0,032$ ), was soviel heißt, daß die Patienten nun wieder besser in der Lage sind, emotional mit ihren Partnerinnen zu kommunizieren. Für alle anderen Bereiche der FAM III-

Skalen gibt es bei den Patienten keine nennenswerten Änderungen (vgl. Tab. 2).

### Die Partnerbeziehung aus der Sicht der Partner

Ebenso wie die Patienten stellen auch die Partner eine Verschlechterung im Summenwert 1 Jahr nach Transplantation im Vergleich zu vorher fest ( $p = 0,006$ ). Zusätzlich werden aber weitere 4 der gesamthaft 7 Skalen als schlechter im Vergleich zu präoperativ beurteilt, nämlich Rollenerfüllung ( $p = 0,014$ ), Kommunikation ( $p = 0,017$ ), affektive Beziehung ( $p = 0,020$ ) und Werte und Normen ( $p = 0,021$ ). Hingegen weisen die Partner über die 5 Jahre keine Veränderung im für die Patienten zentralen Parameter der Emotionalität auf. Die anderen Veränderungen bleiben über die ganze Zeit der 5 Jahre unverändert erhalten, eingeschlossen dem Summenwert.

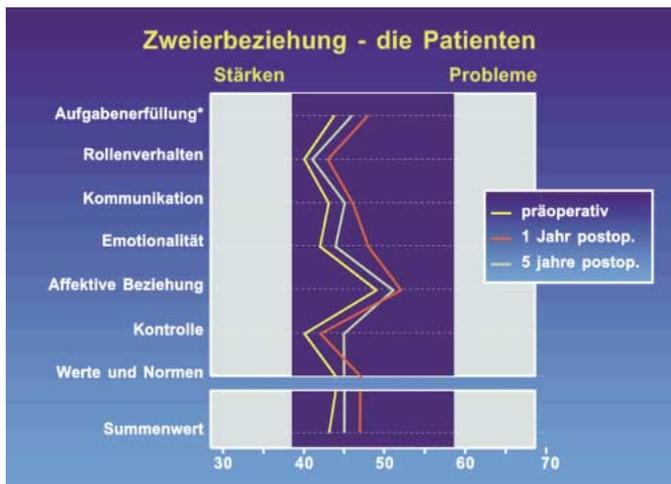


Abbildung 1: T-Score Profile der Partnerbeziehung präoperativ, 1 und 5 Jahre nach Transplantation aus der Sicht der Patienten.

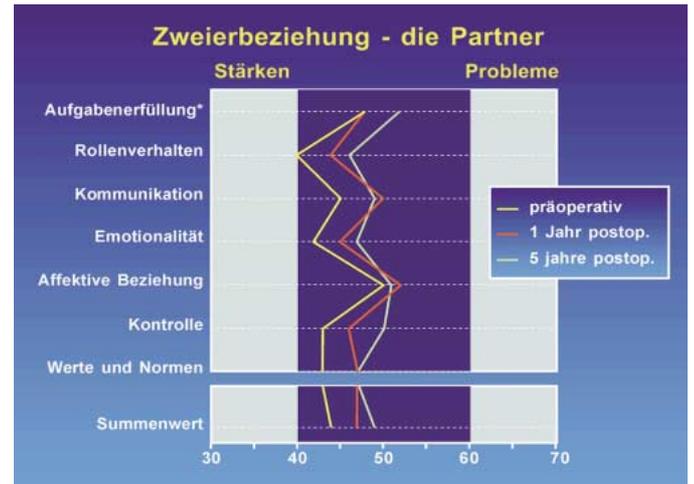


Abbildung 2: T-Score Profile der Partnerbeziehung präoperativ, 1 und 5 Jahre nach Transplantation aus der Sicht der Partner.

Tabelle 2a: Vergleich der FAM III-Skalenwerte (T-Scores) der Patienten und Partner vor und 1 Jahr nach Herztransplantation

FAM-Dimensionen	Patienten (n = 26)				Partner (n = 26)			
	Mean (T-Sc.)		p	t-Wert	Mean (T-Sc.)		p	t-Wert
	präop.	1 J. postop.			präop.	1 J. postop.		
Aufgabenerfüllung	44	48	0,088	1,78	48	48	0,893	0,14
Rollenverhalten	40	43	0,073	1,87	40	44	<b>0,014</b>	2,65
Kommunikation	43	46	0,600	1,97	45	50	<b>0,017</b>	2,56
Emotionalität	42	48	<b>0,009</b>	2,84	42	45	0,079	1,83
Affektive Beziehung	49	52	0,074	1,86	50	52	<b>0,020</b>	2,49
Kontrolle	40	42	0,196	1,33	43	46	0,226	1,24
Werte und Normen	44	47	0,340	0,97	43	47	<b>0,021</b>	2,45
<b>Summenwert</b>	43	47	<b>0,034</b>	2,24	44	47	<b>0,006</b>	3,03

Tabelle 2b: Vergleich der FAM III-Skalen der Patienten und Partner 1 und 5 Jahre nach Herztransplantation

FAM-Dimensionen	Patienten (n = 26)				Partner (n = 26)			
	Mean (T-Sc.)		p	t-Wert	Mean (T-Sc.)		p	t-Wert
	1 J. postop.	5 J.			1 J. postop.	5 J.		
Aufgabenerfüllung	48	46	0,248	1,19	48	52	0,135	-1,55
Rollenverhalten	43	41	0,159	1,45	44	46	0,319	-1,02
Kommunikation	46	45	0,119	1,62	50	49	1,000	0,00
Emotionalität	48	44	<b>0,032</b>	2,29	45	47	0,407	-0,84
Affektive Beziehung	52	51	0,443	0,78	52	51	0,739	0,34
Kontrolle	42	45	0,235	-1,22	46	50	0,251	-1,18
Werte und Normen	47	45	0,179	1,38	47	47	0,627	0,49
<b>Summenwert</b>	47	45	0,159	1,46	47	49	0,416	-0,83

## Diskussion

Alle in dieser Studie gefundenen Werte des FAM III lagen innerhalb des Normbereichs. Das bedeutet, daß weder Patient noch Partner ihre Beziehung zu irgend einem Zeitpunkt als dysfunktional im engeren Sinne beurteilten (keine Werte im pathologischen Bereich). Die Hauptbefunde unserer Untersuchung lassen sich demnach folgendermaßen zusammenfassen:

A. Im Verlaufe des Transplantationsgeschehens ergibt sich eine signifikante Verschlechterung in der globalen Beurteilung (Summenwert) der partnerschaftlichen Beziehung, und zwar aus Sicht der Patienten und ebenso deren Partner. Diese Verschlechterung läßt sich am deutlichsten in Skalen mit affektiven Inhalten nachweisen.

B. Für die Patienten ist die Emotionalität der Kernpunkt der Probleme. Die Partner berichten über andere, mehrere konfliktbesetzte Bereiche.

C. Ein Jahr nach der Operation stimmen Patienten und Partner darin überein, daß im Vergleich zu vorher die Partnerbeziehung nicht mehr so gut funktioniert. Jedoch schreiben beide diese Verschlechterung anderen Skalenbereichen zu.

### **Die Sicht des Patienten**

Die Emotionalität wird von Patienten als deren wichtigstes Problem geäußert. Das bedeutet, daß sie Schwierigkeiten äußern, über emotionale Inhalte zu sprechen. Dies kann entweder bedeuten, daß sie nicht in der Lage sind, emotionale Inhalte zu verbalisieren oder andererseits so emotional verunsichert zu sein scheinen, daß dieser Bereich unterdrückt wird. Aus der täglichen Erfahrung wissen wir, daß besonders Männer rasch vom Betrag an emotionaler Kommunikation überfordert sind, welche ihnen ihre Frauen zu geben wünschen oder wirklich geben. Die Partner werden von Patienten dann oft als intrusiv empfunden. Kaum vermindern sie jedoch ihre Aufmerksamkeit den Patienten gegenüber, werden sie von ihnen rasch als zu wenig supportiv beurteilt [56].

Immerhin läßt sich bei den Patienten eine Verbesserung der Emotionalität nach 5 Jahren feststellen. Diese empfinden ihre Partner als weniger ängstlich, weniger besorgt über allfällige Gefahren und somit weniger emotional bedrängend. Zudem könnten die höheren Werte auch Ausdruck davon sein, daß die Partner es aufgegeben haben, ihre emotionalen Ansprüche weiterhin an ihre transplantierten Ehepartner zu richten. Im Summenwert unterscheiden sich die Patienten 5 Jahre nach Herztransplantation nicht mehr im Vergleich zum 1. Jahr. Die Werte sind zwar ebenfalls niedriger als vor der Operation, aber verbessern sich auch nicht während der Beobachtungszeit.

Diese Befunde stimmen mit denjenigen von Angermann et al. [36] überein, die berichteten, daß es in 26,8 % der Ehebeziehungen zu einer Verschlechterung nach der Transplantation kommt. In einer australischen Studie bewerteten 45 % der Patienten die Transplantation als eine Belastung für die Partnerschaft, wogegen 52 % dies überhaupt nicht so beurteilten [57]. Mc Aleer et al. [35] fanden als wesentliches Moment der postoperativen Adaptationsprobleme in 53 % der Partnerschaftsbeziehungen ausgeprägten Distreß. Gleichartige Resultate fand auch die Gruppe um Allender et al. [34]. Hier waren es ein Drittel der Familien, die ein schlechtes familiäres Funktionieren

erwähnten. Rankin [58] berichtete über etwa denselben Prozentsatz an Post-Transplantations-Streß in den von ihr untersuchten Beziehungen. Zudem fanden auch wir ähnliche Veränderungen in den Beziehungen innerhalb einer früheren Patientenpopulation [56].

### **Die Sicht des Partners**

Die Ehepartner von Transplantationspatienten in unserer Studie – die meisten davon waren Frauen – berichten von einer Verschlechterung im Summenwert in der Partnerschaftsbeziehung. Ähnliches wurde von Harvison et al. [57] in Australien publiziert. 45 % ihrer Partner von Transplantationspatienten empfanden keine wesentliche Belastung der Partnerschaft durch die Transplantation. Von seinen 47 untersuchten Partnerschaften wurden während der Studie lediglich 4 aufgelöst und davon begannen 2 eine neue Beziehung. Allender et al. [34] und Mc Aleer et al. [35] fanden hingegen in ihren Studien eine vermehrte Belastung von Familie und Partnerschaft durch die Transplantation. Diese Phänomene finden sich nicht nur bei Transplantierten, sondern auch bei Patienten und Partnern mit koronarer Gefäßkrankheit nach Bypass-Operation [58]. Rankin [58] fand sogar eine längerdauernde Belastung der Partnerschaft und Familie in 23 % und eine Belastungsspitze bezüglich familiärem Distreß nach der postoperativen Rückkehr der Patienten aus dem Spital. Ebenso sind bei Ehepartnern vermehrte psychologische Symptome nach Herzinfarkt zu finden (z. B. Angst, Depression), die bis ein Jahr nach der Rückkehr des Patienten ins häusliche Milieu [59] oder noch länger persistieren können [60, 61].

Verglichen mit der Einschätzung der Beziehung durch die Patienten, welche einzig über die Emotionalität als problematisch befanden, ist die Sicht der Partner deutlich differenzierter: Die Partnerinnen von Transplantationspatienten berichten über eine verminderte Rollenerfüllung. Dies beinhaltet eine schlechte oder sich verschlechternde Rollenintegration sowie ein fehlendes Übereinstimmen bezüglich Rollendefinition, was zu Schwierigkeiten in der Adaptation von neuen Rollen führt – einer der zentralen Bedingungen für die gesunde Entwicklung einer Partnerschaft. Besonders zum Zeitpunkt der Spitalentlassung, wenn die Männer nach Hause zurückkehren, wird dies manchmal erst ersichtlich. Nach Transplantation und Rehabilitation müssen Rollen neu definiert, neu geschaffen oder aufgegeben werden. Diese Veränderungen beeinflussen den Rollenhaushalt in der Familie in gewichtiger Art und Weise, wie dies bereits Buse & Pieper beschrieben haben [38]. Allgemein versuchen Patienten, ihre angestammten Rollen und Pflichten wieder zu übernehmen, die sie vor der schweren Herzkrankheit erfüllt haben. Dies kann zu schweren Partnerschaftskonflikten führen, weil die meisten der Partner in der langen und schwer belasteten Zeit vor der Transplantation und oft auch darüber hinaus Aufgaben übernommen haben, die sie nun nicht mehr bereit sind, ohne weiteres wieder abzugeben [33, 62]. Das alles kann zu Problemen in der Rollenerfüllung beitragen, wie eindrücklich von Mishel & Murdaugh berichtet wird [62]. Die Autoren beschrieben die Phase nach der Transplantation als Zeit der Neuorientierung, wo besonders die Krankenrolle mit all ihren Vorteilen und Nachteilen aufgegeben werden muß. In ihrer Arbeit bezeichnen sie diesen Umstand als „redesigning the dream“. Veränderungen in der Konstellation der Familie fanden auch verschiedene andere Autoren. Dabei beschreiben Baumann et al. einen Wechsel in intrafamiliären Rollen [63], Gier et al. erwähnt die Funktion der Familie als soziale Ressource, besonders dann, wenn die Krankenrolle mit der Rolle der Gesund-

werdung vertauscht werden muß [40]. Ebenso beschreiben Hylar et al. die zwei größten Befürchtungen von Transplantationspatienten: zum einen die Beschäftigung mit gesundheitsbezogenen Problemen, zum anderen die Rollenkonflikte in der Partnerschaft wegen der Aufgabe der Krankenrolle und der Änderung in die Rolle des nunmehr (fast) Gesunden [64]. Zweimal so viele Patienten wie deren gesunde Partner erwähnten einen Distress im Rahmen der neuen Rollenerfüllung innerhalb der Familie (25,6 % vs. 15,7 %) [64]. Ebenso wichtig zu erwähnen ist, daß auch Patienten nach Lebertransplantation Mühe im Neudefinieren und Ausfüllen von Rollen in der Familie äußerten [65].

Im weiteren berichten Partner von Herztransplantationspatienten über Defizite in der Kommunikation. Sie klagen über geringeres stillschweigendes Einverständnis in der Kommunikation mit dem Partner, über Schwierigkeiten, direkt und konkret sprechen zu können und darüber, daß es schwieriger geworden sei, Mißverständnisse zu klären. Ein Teil dieser Probleme könnte dadurch bedingt sein, daß die Patienten auf die neue Situation mit einem Rückzug reagieren. Shapiro strich heraus, daß viele Partnerschaften zudem durch Depression und Angst in der postoperativen Phase gekennzeichnet seien [33]. Diese Resultate wurden durch andere Untersuchungen bestätigt [38, 40, 42, 63, 66, 67]. Viele der postoperativen Probleme wurden primär den Schwierigkeiten im Coping zugeordnet. Der Bereich der Kommunikation stellt für viele Frauen von Partnern nach Herztransplantation eine derartige Belastung dar, daß sie sich oft nur durch Rückzug davor schützen können, was zu Gefühlen von Isolation und Einsamkeit beiträgt. Gerade in alltäglichen Entscheidungen ist deshalb die Unterstützung der Ehepartnerinnen von außerordentlicher Wichtigkeit.

Die affektive Beziehung wird 1 Jahr nach Transplantation von Partnern in ähnlicher Weise als ungenügend beurteilt. Dieses Verhalten kann zu einem Fehlen der Beteiligung und des Engagements in und unter den Familienmitgliedern (besonders auch der Ehefrau) führen. Andererseits wird ein Mitgehen oft als narzißtisch oder symbiotisch verworfen. Gleichzeitig können Familienmitglieder Zeichen von Unsicherheit und mangelnder Autonomie äußern. Persönliche Interessen stehen in Konkurrenz zu den Leitlinien der Partnerschaft und eine mangelnde emotionale Involviertheit läßt sich feststellen. Dasselbe wurde auch von andern Autoren wie Mishel & Murdough gefunden [62].

Eine ähnliche Entwicklung läßt sich bei den Werten und Normen finden. Es gibt hierbei mehr Dissonanzen zwischen den Wertsystemen von Patient und Partner, die dazu führen können, daß sich Spannung und Verwirrung breit machen. Unsere Untersuchung zeigt, daß die Patienten nach der Transplantation die Partnerschaft global schlechter beurteilen als vorher. Sie schreiben dies einem wesentlichen Punkt zu, nämlich der Emotionalität. Allerdings verbessert sich dieser Konfliktpunkt über die Zeit. Andererseits berichten Partnerinnen von Patienten nach Transplantation vor allem über die Verschlechterung der Partnerbeziehung. Sie sehen eine Verschlechterung in 4 von 7 Punkten des FAM III. Die Verschlechterung bleibt über 5 Jahre unverändert. Was die Transplantation betrifft, schreiben Mishel & Murdough [62] aus ihrer langjährigen praktischen Erfahrung, daß „Patienten profitieren, Partner leiden“. Mit den Ergebnissen unserer Untersuchung lassen sich diese Vermutungen gewissermaßen wissenschaftlich belegen.

Es muß erwähnt werden, daß die berichteten Unterschiede in den Score-Werten zwischen Patienten und Partnern auch als Ausdruck der unerfüllten Erwartungen der Partner an die Patienten interpretiert werden können. Die Beobachtung, daß Partner andererseits in der Zeit vor der Transplantation die Beziehungen zu ihren Partnern besser beurteilen als sie in Wirklichkeit sind, ist klinisch gut bekannt. Nach der Operation können Differenzen und Schwierigkeiten zwischen beiden wieder realistischer bewertet werden und sind so wohl der Wirklichkeit näher. Diese Beobachtung deckt sich mit derjenigen von Mayou et al., die den Ausspruch eines Patienten zitierten: „We cannot afford to quarrel“ [27].

### **Bedeutung für die Betreuung der Patienten**

Unsere Resultate eröffnen Überlegungen in bezug auf die Betreuung von Patienten und deren Partner. Der Operationserfolg darf nicht allein an der Befindlichkeit der Patienten gemessen werden; ebenso sollten die Funktion der Partnerschaft und die sozialen Ressourcen einbezogen werden. Vor und nach einer Transplantation sollten neben den Patienten auch deren Partner betreut werden. Dabei denken wir vor allem an Angebote zur Unterstützung der Partnerbeziehung. Dies könnte beispielsweise durch die Schaffung von Partnergruppen in Rehabilitationsinstitutionen und Betreuungszentren verwirklicht werden.

### **Schlußfolgerungen**

Die Herztransplantation ist ein einschneidendes Ereignis, das Auswirkungen auf die Partnerschaft hat. Obwohl die Patienten selber deutlich weniger Konfliktbereiche benennen als deren Partner, beurteilen beide nach 5 Jahren die Beziehung als substantiell schlechter (Summenwert) im Vergleich zu vor der Operation. Diese Ergebnisse legen die gleichzeitige Betreuung von Patient und Partner nahe und lassen die Bedeutung der Partnerschaft und sozialen Ressourcen in der Herztransplantation erkennen. Patienten und Partner sollten demnach im Vorfeld, aber besonders auch nach der Operation in einer integrativen Weise betreut werden.

### **Literatur:**

1. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry* 1944; 101: 141–7.
2. Caplan G. Support systems and community mental health. Harvard University Press, New York; 1974.
3. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychom Med* 1976; 38: 300–14.
4. Broadhead W, Kaplan B, James S, Wagner E, Schoenbach V. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *Am J Epidemiol* 1983; 117: 521–37.
5. Turner R. Social support as a contingency in psychological well-being. *J Health Soc Behav* 1981; 22: 357–67.
6. Waltz M. Soziale Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheit. In: Badura B (Hrsg). Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Suhrkamp, Frankfurt, 1981; 40–119.
7. Bunzel B, Wollenek G. Heart transplantation: are there psychosocial predictors for clinical success of surgery? *Thorac Cardiovasc Surg* 1994; 42: 103–7.
8. Dew M, Simmons R, Roth L, Schulberg H, Thompson M, Armitage J, Griffith B. Psychosocial predictors of vulnerability to distress in the year following heart transplantation. *Psychol Med* 1994; 24: 929–45.
9. Hirth A, Stewart M. Hope and social support as coping resources for adults waiting for cardiac transplantation. *Can J Nurs Res* 1994; 26: 31–48.
10. Revenson T, Gibofsky A. Marriage, social support, and adjustment to rheumatic disease. *Bull Rheum Dis* 1995; 44: 5–8.
11. Rodgers J. Life on the cutting edge. *Psychol Today* 1984; 10: 58–67.
12. Cottingham E, Matthews K, Talbott E, Kuller L. Environmental events preceding sudden death in women. *Psychosom Med* 1980; 42: 567–74.
13. Meerwein F, Kauf S, Schneider G. Bemerkungen zur Arzt-Patienten-Beziehung bei Krebskranken. *Z Psychosom Med Psychoanalyse* 1976; 22: 278–300.

14. Rapoport Y, Kreitler S, Chaichik S, Algor R, Weissler K. Psychosocial problems in head- and neck-cancer patients and their change with time since diagnosis. *Ann Oncol* 1993; 4: 69–73.
15. Zahlis E, Shands M. Breast cancer: Demands of the illness on the patient's partner. *J Psychosoc Oncol* 1991; 9: 75–93.
16. Wellisch D, Fawcy F, Landsverk J, Pasnau R, Wolcott D. Evaluation of psychosocial problems of the homebound cancer patient: The relationship of disease and the sociodemographic variables of patients to family problems. *J Psychosoc Oncol* 1983; 1: 1–15.
17. Lalos A, Jacobsson L, Lalos O, Stendahl U. Experiences of the male partner in cervical and endometrial cancer - a prospective interview study. *J Obstet Gynaecol* 1995; 16: 153–65.
18. Leiber L, Plumb M, Gerstenzang M, Holland J. The communication of affection between cancer patients and their spouses. *Psychosom Med* 1976; 8: 252–70.
19. Cassileth B, Lusk E, Strouse T, Miller D, Brown L, Cross P. A psychological analysis of cancer patients and their next-of-kin. *Cancer* 1985; 55: 72–6.
20. Cooper E. A pilot study on the effects of the diagnosis of lung cancer on family relationship. *Cancer Nursing* 1984; 7: 301–8.
21. Baider L, Sarell M. Couples in crisis: Patient-spouse differences in perception of interaction patterns and the illness situation. *Family Therapy* 1984; 11: 115–22.
22. Subramanian K. The multidimensional impact of chronic pain on the spouse: a pilot study. *Social Work Health Care* 1991; 15: 47–62.
23. Snelling J. The effect of chronic pain on the family unit. *J Adv Nurs* 1994; 19: 543–51.
24. Payne B, Noorfleet M. Chronic pain and the family: a review. *Pain* 1986; 26: 1–26.
25. Mohamed S, Weisz G, Waring E. The relationship of chronic pain to depression, marital adjustment and family dynamics. *Pain* 1978; 5: 285–92.
26. Flor H, Kerns R, Turk D. The role of the spouses reinforcement, perceived pain and activity levels of chronic pain patients. *J Psychosom Res* 1987; 31: 251–9.
27. Mayou R, Förster R, Williamson B. The psychological and social effects of myocardial infarction on wives. *Br Med J* 1978; 1: 699–701.
28. Skelton M, Dominian J. Psychological stress in wives of patients with myocardial infarction. *Br Med J* 1973; 2: 101–3.
29. Frasure-Smith N, Prince R. Long-term follow-up of the Ischemic Heart Disease Life Stress Monitoring Program. *Psychosom Med* 1989; 51: 485–513.
30. Carter R, Carter C. Marital adjustment and effects of illness in married pairs with one or both spouses chronically ill. *Am J Fam Therap* 1994; 22: 315–26.
31. Dunn S, Lewis S, Bonner P, Meize-Grochowski R. Quality of life for spouses of CAPD patients. *ANNA J* 1994; 21: 237–46.
32. Keefe F, Salley A, Lefebvre C. Coping with pain: conceptual concerns and future directions. *Pain* 1992; 51: 131–4.
33. Shapiro P. Life after Heart Transplantation. *Progr Cardiovasc Dis* 1990; 32: 405–18.
34. Allender J, Shisslak C, Kaszniak A, Copeland J. Stages of psychological adjustment associated with heart transplantation. *J Heart Lung Transplant* 1983; 2: 228–33.
35. Mc Aleer M, Copeland J, Fuller J, Copeland J. Psychological aspects of heart transplantation. *J Heart Transplant* 1985; 4: 232–3.
36. Angermann C, Bullinger R, Spes C, Zellner M, Kemkes B, Theisen K. Quality of life in long-term survivors of orthotopic heart transplantation. *Z Kardiol* 1992; 81: 411–7.
37. Rosenblum DS, Rosen ML, Pine EZM, Rosen SH, Borg-Stein J. Health status and quality of life following cardiac transplantation. *Arch Physical Med Rehab* 1993; 74: 490–3.
38. Buse S, Pieper B. Impact of cardiac transplant on the spouse's life. *Heart Lung*. 1990; 19: 641–7.
39. Collins E, White-Williams C, Jalowiec A. Impact of the heart transplant waiting process on spouses. *J Heart Lung Transplant* 1996; 15: 623–30.
40. Gier M, Levick M, Blazina P. Stress reduction with heart transplant patients and their families: a multidisciplinary approach. *J Heart Transplant* 1988; 7: 342–7.
41. Grady K, Jalowiec A, White-Williams C, Pifarre R, Kirklin J, Bourge R, Costanzo M. Predictors of quality of life in patients with advanced heart failure awaiting transplantation. *J Heart Lung Transplant* 1995; 14: 2–10.
42. Canning R, Dew M, Davidson S. Psychological distress among caregivers to heart transplant recipients. *Soc Sci Med* 1996; 42: 599–608.
43. McGary-Busé S, Pieper B. Impact of cardiac transplantation on the spouse's life. *Heart & Lung* 1990; 19: 641–8.
44. Olson D, Portner J, Lavee Y. *FACES III - Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*. University of Minnesota, St. Paul; 1985.
45. Moos R, Moos B. *Family Environment Scale*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto; 1981.
46. Epstein N, Baldwin L, Bishop D. The McMaster Family Assessment Device. *J Marital Fam Therap* 1983; 9: 171–80.
47. Skinner H, Steinhauer P. The Family Assessment Measure. *Can J Comm Mental Health* 1983; 2: 91–105.
48. Steinhauer P, Santa Barbara J, Skinner H. The process model of family functioning. *Can J Psychiatry* 1984; 29: 89–97.
49. Cierpka M, Frevert G. *Die Familienbögen*. Hogrefe, Göttingen; 1994.
50. Cierpka M, Schnürle K. Selbsteinschätzung und Fremdbeobachtung von Familien mit einem schizophränen Jugendlichen. In: Kaschka W, Joraschky P, Lungershausen E (Hrsg). *Die Schizophrenien – Biologische und familiendynamische Konzepte zur Pathogenese*. Springer, Heidelberg 1988; 187–99.
51. Sattelmayer J. Vergleich von zwei paardiagnostischen Instrumenten: Der Gießen-Test und der Familieneinschätzungs-Bogen FAM III. Ulm, 1992.
52. Schubert M-T. *System Familie und geistige Behinderung*. Springer, Wien, New York; 1987.
53. Kreppner K, Spiel C. Testtheoretische Analyse des Family Assessment Measure (FAM) Test. Vorschlag für eine Revision. *Diagnostica* 1992; 38: 1–17.
54. Bunzel B, Grundböck A, Laczkovics A, Holzinger C, Teufelsbauer H. Quality of life after orthotopic heart transplantation. *J Heart Lung Transplant* 1991; 10: 455–9.
55. Tatzler E, Schubert M-T, Groh C, Leixnering W, Feucht W, Lischka A. Funktion und Struktur von Familien mit einem epilepsiekranken Kind. *Wien Klin Wochs* 1990; 102: 223–7.
56. Bunzel B. *Herztransplantation: Psychosoziale Grundlagen und Forschungsergebnisse zur Lebensqualität*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York; 1993.
57. Harvison A, Jones B, McBride M, Taylor F, Dip B, Wright O, Chang V. Rehabilitation after heart transplantation: the Australian experience. *J Heart Transplant* 1988; 7: 337–41.
58. Rankin S. Psychosocial adjustments of coronary artery disease patients and their spouses: nursing implications. *Nurs Clin North Am* 1992; 27: 271–84.
59. Henthinen M. Need for instruction and support of wives of patients with myocardial infarction. *J Adv Nurs* 1983; 8: 519–24.
60. Stern M, Pascale L. Psychosocial adaptation post myocardial infarction: the spouse's dilemma. *J Psychosom Res* 1979; 23: 83–7.
61. Croog S, Fitzgerald E. Subjective stress and serious illness: wives of heart patients. *J Heart Soc Behav* 1978; 19: 166–78.
62. Mishel M, Murdaugh C. Family adjustment to heart transplantation: Redesigning the dream. *Nurs Res* 1987; 36: 332–8.
63. Baumann L, Young C, Egan J. Living with a heart transplant: long-term adjustment. *Transplant Internat* 1992; 5: 1–8.
64. Hyler B, Corley M, McMahon D. The role of nursing in a support group for heart transplantation recipients and their families. *Heart Transplant* 1985; 4: 453–6.
65. Heyink J, Tymstra T, Slooff M, Klompmaaker I. Liver transplantation – psychosocial problems following the operation. *Transplant* 1990; 49: 1018–9.
66. Prevost S, Deshotels A. Quality of life after cardiac surgery. *Am Ass Cardiac Nurs* 1993; 4: 320–8.
67. Bohachick P, Anton B, Wooldridge P, Kormos R, Armitage J, Hardesty R, Griffith B. Psychosocial outcome six months after heart transplant surgery: a preliminary report. *Res Nurs Health* 1992; 15: 165–73.

# Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

## [Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat  
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno  
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:  
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3  
Labotect GmbH



InControl 1050  
Labotect GmbH

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

## [Bestellung e-Journal-Abo](#)

### Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)