

Mohammed Natour
Dr. med.

**Analyse der psychosozialen Situation von AICD-Patienten und deren Lebenspartnern.
Zur Einschätzung von Patient und Partner in Selbstsicht und wechselseitiger
Fremdsicht vor der ersten Schockabgabe**

Geboren am 04.12.1963 in Qalansawa/Israel
Reifeprüfung am 22.10.1981 in Qalansawa/Israel
Studiengang der Fachrichtung Medizin vom SS 1984 bis SS 1991
Physikum am 17.03.1987 an der Universität Heidelberg
Klinisches Studium an der Klinischen Fakultät Mannheim
Praktisches Jahr im Theresien Krankenhaus Mannheim
Staatsexamen am 17.05.1991 an der Universität Heidelberg/Mannheim

Promotionsfach: Innere Medizin
Doktorvater: Priv.-Doz. Dr. med. G. Bergmann

In der vorliegenden, prospektiven Querschnittsuntersuchung mittels standardisierter Patienten- und Angehörigen-Befragungsbögen wurden Patienten, die einen automatischen Kardioverter-Defibrillator (AICD) nach den ACC/AHA-Richtlinien des American College of Cardiology und der American Heart Association Task Force wegen Kammerflimmerns, instabiler ventrikulärer Tachykardien oder Überbrückung zu einer geplanten Herztransplantation erhalten hatten, hinsichtlich ihrer Wahrnehmungsperspektiven untersucht. Die Patientenstichprobe umfaßte 22 Patienten (darunter 17 Männer) und deren Partner in einem durchschnittlichen Alter von 65,1 Jahren (Alter der Lebenspartner betrug 64,1 Jahre). Die mittlere Dauer der Partnerschaft lag bei 40,0 Jahren.

Als Untersuchungsinstrumente wurden vier verschiedene Befragungsbögen eingesetzt. Der HADS-D diente zur Identifizierung der psychischen Morbidität und soll die psychische Beeinträchtigung bei Patienten mit primär somatisch wahrgenommenen Beschwerden erfassen. Als Symptombereiche werden Angst und Depressivität untersucht. Das PLC ist ein Erhebungsinstrument aus 40 Item zur Erfassung der Lebensqualität, wobei die Testitems als Fragen formuliert sind. Die Kurzform des Fragebogens zur Sozialen Unterstützung (SOZU-K22) besteht aus 22 Items. Jedes Item hatte eine Antwortmöglichkeit auf einer 5-stufigen Rating-Skala. Beim Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) handelt es sich um eine Verarbeitungsliste mit 35 Kurzbegriffen, die mit einem 5-Punkte-Rating (1 = gar nicht bis 5 = sehr stark) bewertet werden können.

Interviewt wurden sowohl die AICD-Patienten als auch ihre gesunden Ehegatten/Lebenspartner, wobei die Interviewdauer jeweils etwa 2 Stunden betrug. Es ergaben sich vier Wahrnehmungsperspektiven.

Perspektive A: AICD-Patient beurteilt sich selbst.

Perspektive B: AICD-Patient beurteilt aus seiner Sicht den nicht erkrankten Ehegatten.

Perspektive C: nicht erkrankter Ehegatte beurteilt sich selbst.

Perspektive D: nicht erkrankter Ehegatte beurteilt aus seiner Sicht den AICD-Patienten.

Die Ergebnisse des HADS zeigen bezüglich Angst und Depressivität keine signifikanten Unterschiede zwischen den vier untersuchten Perspektiven der Patienten. Das Miterleben der

Reanimation durch den Ehegatten/Lebenspartner des AICD-Patienten hatte keinen signifikanten Einfluß auf die Skalenwerte. Bei der PLC-Auswertung ergaben sich bezüglich der negativen Stimmung, der Genuß- bzw. Entspannungsfähigkeit, beim Zugehörigkeitsgefühl und dem Kontaktvermögen keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Wahrnehmungsperspektiven im vorliegenden Patientenkollektiv. Die Leistungsfähigkeit der AICD-Patienten lag in Perspektive A signifikant niedriger als im Vergleich zur Perspektive B. Die Perspektive C erbrachte hier ebenfalls signifikant niedrigere Ergebnisse als Perspektive B. Die Ehegatten/Lebenspartner schätzen sich selbst also als weniger leistungsfähig ein als sie von den erkrankten AICD-Patienten eingestuft werden. Die gesunden Ehegatten/Lebenspartner schätzen wiederum die Leistungsfähigkeit des erkrankten AICD-Patienten signifikant höher ein, als dieser sich selbst einschätzt. Dies läßt die Vermutung zu, daß gesunden Ehegatten/Lebenspartner ihren an AICD erkrankten Partner falsch einschätzen. Auch bezüglich der positiven Stimmung gab es Unterschiede in den Wahrnehmungsperspektiven. In der Perspektive B gegenüber Perspektive C gab es signifikante Unterschiede. Die AICD-Patienten bewerteten die positive Stimmung ihrer gesunden Ehegatten/Lebenspartner als signifikant höher als diese es selbst taten. Es gab bei den PLC-Subskalen aber keine Unterschiede zwischen den Angehörigen von Patienten, die die Reanimation miterlebt hatten, und jenen, bei denen dies nicht der Fall gewesen war. Bezüglich der sozialen Unterstützung des SOZU-K22 im Rahmen der vorliegenden Studie, daß die Wahrnehmung in Perspektive A signifikant höhere Werte erbrachte als die Perspektive C. Es gab aber keine Unterschiede zwischen Angehörigen der AICD-Patienten, die die Reanimation miterlebt bzw. nicht miterlebt hatten. Im FKV schätzten die AICD-Patienten die Krankheitsverarbeitung positiver ein als dies ihre Ehegatten/Lebenspartner bei der Betrachtung ihres erkrankten Ehegatten taten, wobei keine Unterschiede zwischen die Renamination miterlebenden bzw. nicht miterlebenden Angehörigen bestand.

Die vorliegenden Ergebnisse wie auch die Resultate der Literatur weisen nachdrücklich daraufhin, daß die spezifische Situation der Patienten mit AICD dazu prädisponieren kann, zwischen den Partnern divergierende Sichtweisen der Lebenssituation zu entwickeln, die ein Risiko für eine konflikthafte Paardynamik darstellen können. Für die Betreuungspraxis ist es deshalb wichtig, Differenzen in den Eigen- und Fremdwahrnehmungsperspektiven von AICD-Patienten und ihren gesunden Ehegatten/Lebenspartnern anzusprechen und zu diskutieren, um Streit und Konflikte zu minimieren.