

Entwicklungspsychologische Konstrukte für die Primärversorgung

Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Hausarztpraxis

Concepts of Development Psychology for Primary Care

Attachment Theory and its Relevance for Family Medicine

Katja Brenk-Franz¹, Bernhard Strauß², Paul Ciechanowski³, Nico Schneider¹, Jochen Gensichen¹

Zusammenfassung: Entwicklungspsychologische Konzepte, wie die Bindungstheorie, können als Erklärungsgrundlage für primärärztliche Fragestellungen besonders in Bezug auf die Entstehung und die Aufrechterhaltung von Erkrankungen sowie der Arzt-Patient Beziehung herangezogen werden. Im Rahmen des Artikels werden die wesentlichen Grundlagen der Bindungstheorie vorgestellt. Des Weiteren wird anhand von Forschungsergebnissen die Bedeutung der Bindungstheorie für verschiedene Aspekte der Krankheitsgenese aufgezeigt. Dabei wird sehr bewusst die Verbindung zu hausärztlich relevanten Themen wie der Krankheitsverarbeitung, Compliance und Arzt-Patient-Beziehung geschaffen. Ein Überblick über Forschungsergebnisse zu verschiedenen Bindungsmustern dient in Verbindung mit den zugrunde liegenden Theoriekonzepten als Erklärungsmodell für individuelle Unterschiede bezüglich verschiedener erkrankungsrelevanter Verhaltensweisen und Bewältigungsstrategien von Patienten.

Schlüsselwörter: Primärversorgung, Allgemeinmedizin, Bindungstheorie

Abstract: Concepts of developmental psychology like the attachment theory can be used as basis for questions in primary care to explain the genesis and maintenance of diseases and the interpersonal relationship between physician and patient. In the first part of this paper, the essential foundations of attachment theory are presented. Furthermore, results of the research are used to illustrate the importance of attachment theory to various aspects of disease etiology. Also the association to issues relevant for family practitioners such as coping, compliance, and physician-patient relationship will be explained. A review of research findings on different patterns of attachment in connection with the underlying theoretical concepts will be used to explain individual differences in various coping strategies and dysfunctional behaviors of patients.

Keywords: primary care, family practice, attachment theory

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena

² Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Jena

³ Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Washington

Peer reviewed article eingereicht: 22.06.2010, akzeptiert: 05.02.2011

DOI 10.3238/zfa.2011.127

Einleitung und Grundlagen der Bindungstheorie

Die Allgemeinmedizin zeichnet sich durch ein ganzheitliches Patientenverständnis aus. Demnach ist es unzureichend, einen Menschen auf seine Krankheit zu reduzieren, sondern es gilt in besonderem Maße, die Unterschiedlichkeit der Menschen zu berücksichtigen.

Die entwicklungspsychologisch fundierte Bindungstheorie bietet ein psychosoziales Modell zur Erklärung individueller Unterschiede im Erleben und Verhalten in Bezug auf zwischenmenschliche Nähe und Distanz zur Stress- und Affektregulation in Situationen, die subjektiv als bedrohlich empfunden werden [1, 2].

Die Bindungsforschung betrachtet die Ätiopathogenese psychischer und physischer Störungen, Schutz- und Risikofaktoren über die gesamte Lebensspanne, geht aber davon aus, dass insbesondere das erste Lebensjahr für die Bindungsentwicklung von entscheidender Bedeutung ist [3]. Bindung in diesem Kontext bezeichnet eine enge emotionale Beziehung zwischen Menschen. Das Neugeborene entwickelt eine spezifische Beziehung zu seinen Eltern oder anderen relevanten Bezugspersonen. Der Theorie zufolge aktiviert das evolutionäre und primäre Bedürfnis nach zwischenmenschlicher Nähe bei subjektiver Bedrohung ein komplexes „Bindungsverhaltenssystem“ zur Herstellung von Sicherheit. Das Bindungsverhalten besteht aus verschiedenen beobachtbaren Verhaltensweisen wie beispielsweise Lächeln, Schreien, oder Festklammern. Diese Verhaltensweisen werden als ein Verhaltenssystem beschrieben. Es ist genetisch vorgeprägt und bei allen Primaten zu finden. Ist die Sicherheit wieder hergestellt, also beispielsweise die Mutter wieder beim Kind, wird das antagonistisch wirkende Explorationsverhaltenssystem bedeutsamer, welches die Erkundung neuer Situationen oder Personen ermöglicht, oft allerdings mit der Rückversicherung zur sicheren Basis, die Bindungspersonen zur Verfügung stellen [4]. Diese „sichere Basis“ (secure base) im Zusammenhang mit dem Bedürfnis nach Schutz ist für das Wohlbefinden des Menschen über die ganze Lebensspanne hinweg bedeutsam [5].

Die inneren Arbeitsmodelle von Bindung

In Abhängigkeit der Reaktionen früher Bezugspersonen (wie zum Beispiel Mutter oder Vater) entwickeln sich unterschiedliche Vorstellungen und Erwartungen über Abläufe in sozialen Beziehungen [2, 6]. Die sogenannten inneren Arbeitsmodelle (inner working models) kann man als Organisationsmuster der Vorstellung von sich selbst, von Bindungspersonen und der Beziehung zu diesen auffassen. Ereignisse der realen Umwelt werden mithilfe der Modelle simuliert bzw. vorweggenommen, um sich somit als Individuum in die Lage zu versetzen, sein Verhalten vorausschauend und einsichtsvoll zu planen. Diese Arbeitsmodelle gelten als relativ stabil und änderungsresistent [7]. Allerdings gibt es auch kontroverse Betrachtungen und Befunde bezüglich der Stabilität [7, 8], die darauf hindeuten, dass Veränderungen in Richtung sicherer und unsicherer Bindung, z. B. durch einschneidende Erlebnisse im Sinne von Verlust-erfahrungen oder schweren Erkrankungen, aber auch durch positive Beziehungserfahrungen durchaus möglich sind.

Interindividuelle Unterschiede in den Bindungsqualitäten

Die Variabilität der Bindungsmuster wird unter anderem durch verschiedene Verhaltensweisen der primären Bezugspersonen wie beispielsweise der Feinfühligkeit der Mutter determiniert. Die ausgebildeten Bindungsverhaltensweisen des Kindes leisten eine optimale Anpassung an die mehr oder weniger günstigen Umweltbedingungen. Im Falle der unsicheren Bindungsmuster kann die Flexibilität bei der Bewältigung von später in der Entwicklung geforderten Anpassungsleistungen eingeschränkt sein. Unterschieden wird dabei meist zwischen den Kategorien sicherer, unsicher-vermeidender und unsicher-ambivalenter Bindung.

- **Sicher** gebundene Kinder haben meist feinfühligere Bezugspersonen. Sie rechnen bei Aktivierung ihres Bindungssystems mit einfühlendem Verhalten und können infolgedessen bei Beunruhigung relativ konfliktfrei Trost und Unterstützung suchen und sind eher in der Lage, ihre Gefühle in

bindungsrelevanten Situationen deutlich zum Ausdruck zu bringen. Sie zeigen in Untersuchungen deutliches Bindungsverhalten wie Weinen oder Nähesuchen, wenn sie von der Mutter getrennt werden, beruhigen sich jedoch schnell wieder nach deren Rückkehr und widmen sich wieder dem Spiel oder einer Erkundung der Umgebung [4].

Den unsicheren Bindungsstrategien liegen Erwartungsstrukturen zugrunde, die entweder eine abweisende oder eine inkonsistente Reaktion der Bindungsfigur vorhersagen, wenn von dem Kind Nähe gesucht wird. Folglich erwartet das Kind bei einer Aktivierung seines Bindungssystems einen größtenteils unlösbaren Konflikt, verbunden mit einem schmerzhaften Affekt, der keine Beruhigung erfährt.

- **Unsicher-vermeidend** gebundene Kinder versuchen diesen Konflikt zu lösen, indem sie ihre Aufmerksamkeit von den Bedingungen abwenden, die ihr Bindungssystem aktivieren, was meist durch die Vermeidung des primären Bindungsobjekts und eine Überregulation von Affekten erfolgt. In Untersuchungen zeigen sich diese Kinder scheinbar unbeeindruckt durch die Trennung von der Mutter und ignorieren sie auch bei deren Rückkehr. Diese Kinder haben frühzeitig gelernt, dass ihrem Bedürfnis nach Nähe nicht nachgekommen wird [4].
- **Unsicher-ambivalent** gebundene Kinder hingegen versuchen durch übersteigerte Aufmerksamkeitsfokussierung auf das primäre Bindungsobjekt die Nähe zu der Bindungsfigur aufrechtzuerhalten, was sie jedoch aufgrund ihrer inkonsistenten Erfahrungen in einem beunruhigten, aufgewühlten Zustand (Unterregulation des Affekts) und in einem ambivalenten Erleben zurücklässt. Diese Kinder zeigen die deutlichsten Trennungsreaktionen in Untersuchungen, in denen die Mutter für eine Weile den Raum verlässt. Sie lassen sich auch durch andere feinfühligere Personen kaum beruhigen. Nach der Rückkehr der Mutter zeigen sie anklammerndes und aggressiv-abweisendes Verhalten und lassen sich kaum beruhigen bzw. zum erneuten Spiel animieren [4].

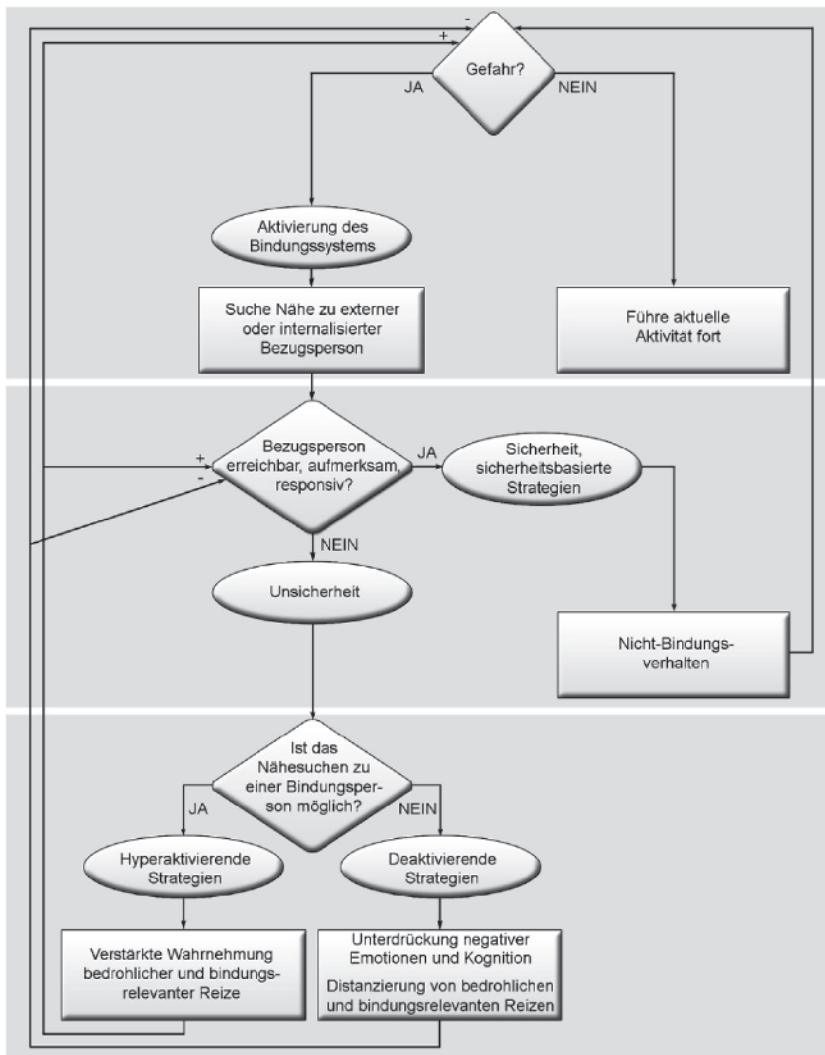


Abbildung 1 Modell der Aktivierung des Bindungssystems [in Anlehnung an Shaver, Mikulincer 2004].

Reagieren Bindungspersonen inkonsistent und in spezifischen Situationen womöglich Furcht einflößend, entwickelt sich bei Kindern ein desorganisiertes Bindungsmuster, das durch einen kompletten Mangel an Bewältigungsstrategien gekennzeichnet ist.

Modell der Aktivierung des Bindungssystems

Bindungsverhalten verändert sich über die Lebensspanne. Bei älteren Kindern und Erwachsenen ist das direkt beobachtbare Bindungs- und Explorationsverhalten im Sinne von Annäherung und Entfernung von Bindungspersonen nicht mehr so offensichtlich. Doch bleibt Bindung für den Menschen von der *Wiege bis zum Grab* immer hochgra-

dig bedeutsam [2]. Auf der Basis der zentralen Annahmen der Bindungstheorie wurde daher von Shaver und Mikulincer ein Modell für die Aktivierung des Bindungssystems im Erwachsenenalter entwickelt [9]. Dieses Modell (vgl. Abb. 1) kann zur Erklärung der Verhaltens- und Emotionsregulation in bedrohlichen Situationen wie zum Beispiel bei Erkrankungen oder Verlusterfahrungen herangezogen werden. Zunächst wird diesem Modell zufolge auf der **ersten Stufe** die Bedrohlichkeit einer Situation bewertet. Bei Gefahr (zum Beispiel der Mitteilung einer schwerwiegenden Erkrankung durch den Arzt) wird das Bindungsverhaltenssystem aktiviert und – falls verfügbar – die Suche nach einer Bezugsperson initiiert. Auf der **zweiten Stufe** wird entschieden, ob die reale oder internalisierte Bezugsperson erreichbar ist

und feinfühlig reagieren kann. Falls ja, führen sicherheitsbasierte Strategien der Bindungsperson (Zuwendung, Fürsorgeverhalten) zur Inaktivierung des Bindungssystems. Falls dies nicht geschieht, entsteht ein Gefühl der Unsicherheit, welches in Anhängigkeit der Möglichkeit des Nähesuchens zu einer Bindungsperson, auf der **dritten Stufe** entweder zu deaktivierenden oder zu hyperaktivierenden Strategien bezüglich des Bindungsverhaltens führen kann. Deaktivierende Strategien gehen mit der Verleugnung von Bindungsbedürfnissen, dem Herunterspielen von Gefahren, der Verdrängung negativer Emotionen und Kognitionen, wie sie im Zusammenhang mit der Erkrankung auftauchen können, und mit der gezielten Ablenkung der Aufmerksamkeit von der Bindungsfigur einher. Hyperaktivierende Strategien beinhalten die erhöhte Aufmerksamkeit für bedrohliche Situationen. Das chronisch aktivierte Bindungssystem meldet stärker Gefahren (z. B. die verstärkte Wahrnehmung der Symptome der vom Arzt mitgeteilten Erkrankung) und führt zur übersteigerten Hinwendung zu Bindungspersonen, um Schutz und Sicherheit einzufordern. Es wird angenommen, dass diese Prozesse automatisch ablaufen und nur teilweise dem Bewusstsein zugänglich und reflektierbar sind.

Mittlerweile wurde von der Bindungsforschung eindeutig gezeigt, dass die Interaktionserfahrungen im Kontext von Bindungsbeziehungen in Form mentaler Repräsentanzen bei Erwachsenen bestehen bleiben, die ebenso wie das kindliche Bindungsverhalten mithilfe diagnostischer Methoden (spezifischer Interviews und Fragebögen) erfasst und analog dem Verhalten in drei Kategorien eingeteilt werden können (sicher / autonom; vermeidend / abweisend; ambivalent / verstrickt) (ausführliche Übersicht bei [10]).

Bedeutung der Bindungstheorie für die Hausarztpraxis

Bindung und Erkrankungen

Der Einfluss zwischen Erkrankungen und dem Bindungssystem ist als wechselseitig zu sehen. Krankheit selbst gilt als eine bindungssystemaktivierende Si-

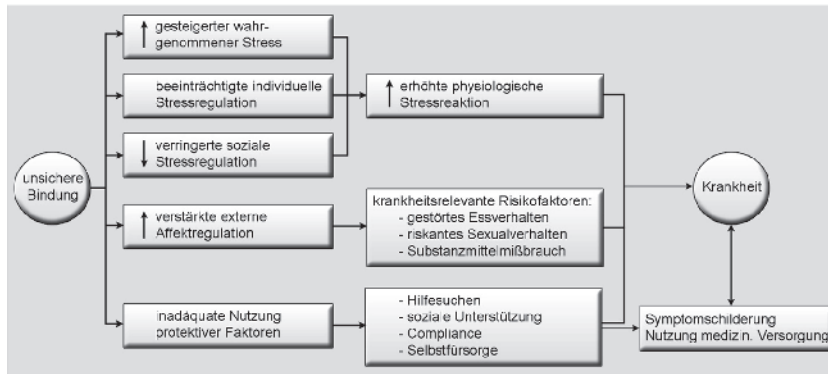


Abbildung 2 Modell zum Zusammenhang von unsicherer Bindung und Krankheitsentstehung und -aufrechterhaltung [in Anlehnung an Maunder, Hunter 2001].

tuation, besonders wenn sie als Bedrohung gesehen wird. Auf der anderen Seite kann eine bestehende Bindungsunsicherheit Einfluss nehmen auf den persönlichen Gesundheitszustand. Der Zusammenhang zwischen Bindung und der physiologischen Reaktionsbereitschaft wurde bereits empirisch belegt. Unsicher gebundene Personen zeigten im Gegensatz zu sicher gebundenen einen Anstieg des Speichelkortisols [11] und eine höhere Zunahme der Hautleitfähigkeit [12] in bindungsrelevanten Situationen, was auf eine erhöhte Stressreaktion hindeutet, die insbesondere bei vermeidend gebundenen in Diskrepanz zum sichtbaren Verhalten und teilweise auch zur Selbstrepräsentation stehen. Auf der Basis von empirischen Befunden wurde von Maunder und Hunter ein Modell zum Zusammenhang von unsicherer Bindung und Krankheitsentstehung und -aufrechterhaltung entwickelt [13]. Anhand dieses Modells können 3 Wege aufgezeigt werden, über welche unsichere Bindung mit der Krankheitsgenese assoziiert sein kann (vgl. Abb. 2).

Der erste Pfad beschreibt den Zusammenhang von unsicherer Bindung und Störungen der Stressregulation, welche durch Steigerung der physiologischen Stressreaktion direkten Einfluss auf die Entstehung bzw. Aufrechterhaltung einer Erkrankung haben kann. Ein zweiter Pfad zeigt die Assoziation zwischen einer unsicheren Bindung und einer verstärkten Externalisierung von Affekten über problematisches Gesundheitsverhalten, wobei spezifische Risikofaktoren wie z. B. Substanzmittelmissbrauch, gestörtes Essverhalten oder ris-

kantes Sexualverhalten krankheitsrelevanten Einfluss haben. Der dritte Pfad impliziert, dass eine unsichere Bindung eher mit einer inadäquaten Nutzung protektiver Faktoren wie sozialer Unterstützung, Compliance oder Selbstfürsorge zusammenhängt und somit direkt auf die Krankheit bzw. indirekt über eine nicht optimale Nutzung des medizinischen Systems und eine inadäquate Schilderung der krankheitsbezogenen Symptome wirkt. Speziell im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen gilt unsichere Bindung heute als wirkmächtiger Risikofaktor. Während der Anteil sicher gebundener Personen in repräsentativen Stichproben Erwachsener auf etwa 50–60 % geschätzt wird, liegt der Anteil in Stichproben psychisch Kranker bei maximal 20 % [14].

Bindung und Coping

Coping, die Krankheitsverarbeitung, bezeichnet alle handlungsbezogenen und intrapsychischen Anstrengungen, die eine Person unternimmt, um belastende Situationen zu bewältigen, zu tolerieren oder zu minimieren [15]. Die Verbindung zwischen Bindung und Coping kann über die Affektregulation vermutet werden. Unsicher vermeidende Personen neigen eher zur Unterdrückung von Emotionen wie Angst oder Ärger, einer hohen Kontrolle, einer geringen Suche nach sozialer Unterstützung [16] und zum bedrohungsminimierenden, repressiven Coping [17]. Außerdem suchen sie weniger nach professioneller medizinischer Hilfe, was zur Verstärkung der Symptomatik führen kann [18]. Per-

sonen mit unsicher-ambivalenter Bindung fokussieren eher die Bedrohung und berichten verstärkt negative Emotionen oder auf ihre Krankheit bezogen mehr Symptome und „katastrophisieren“ [19]. Personen mit sicherer Bindung dagegen bewerten belastende Situationen flexibler, setzen sich aktiver mit Problemen auseinander und binden ihr soziales Netzwerk in die Bewältigung ein [20]. Aktuelle klinische Forschungsergebnisse zu Bindung und Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit einer chronischen Erkrankung beziehen sich vorrangig auf die Kindheit [21] oder das mittlere Erwachsenenalter [22]. Das höhere Erwachsenenalter spielt eine wichtige Rolle, da die Wahrscheinlichkeit von bindungsaktivierenden Situationen, wie beispielsweise Trennungen, Verluste und Krankheiten mit dem Alter zunimmt [23]. Kranke, ältere Menschen können abhängig vom Versorger werden. Diese Situation kann unter anderem mit Trennungsangst und Angst vor Ablehnung oder aber Distanzierung einhergehen. Insgesamt ist die Forschungslage dazu noch recht heterogen [23]. Ein „sicherer“ Bindungsstil kann möglicherweise protektiv wirken und bezüglich des Umgangs mit chronischen Krankheiten eine günstige Prognose bieten [24].

Bindung und Arzt-Patient-Beziehung

Der Zusammenhang zwischen Bindung und der Arzt-Patient-Beziehung wurde bisher vorrangig im psychotherapeutischen Kontext oder bei psychosomatisch erkrankten Patienten untersucht [14]. Die Mechanismen sind aber möglicherweise auf das hausärztliche Setting übertragbar. Schließlich beeinflussen frühe Bindungsbeziehungen späteres Beziehungsverhalten in allen Bereichen, die für die Entstehung und den Verlauf somatischer Störungen relevant sind. Dazu zählen Störungen der interpersonellen Beziehungen einschließlich der Arzt-Patient-Beziehung und ein Mangel an sozialer Kompetenz, der mit fehlenden interpersonellen Copingressourcen einhergeht [25]. Das dysfunktionale Krankheitsverhalten von Patienten lässt sich möglicherweise auch als Korrelat einer solchen Beziehungsstörung begreifen [26]. In Bezug auf die unsicheren Bindungsmuster fällt eine

Personen mit sicherer Bindung:
• Entwickeln eher Selbstvertrauen und Vertrauen in Beziehungen [30]
• Fühlen sich wohl und sind flexibel in interpersonalen Beziehungen [31]
• Nutzen soziale Unterstützungen und profitieren davon, suchen aktiv nach Hilfe [32]
• Nutzen flexible Coping-Strategien (aktives Problemlösen, Akzeptieren der Situation, Suchen emotionaler Unterstützung) [33]
• Sind kooperativ, optimistisch, vertrauensvoll, zuverlässig, verständnisvoll [34]
• Werden in Gruppen positiver wahrgenommen und nehmen andere Personen differenzierter wahr [27]
• Profitieren mehr von Therapien, entwickeln engere Arbeitsbeziehungen [27]
• Zeigen eine höhere Behandlungsakzeptanz in der Arzt-Patient-Beziehung [28]
Personen mit ambivalenter Bindung:
• Suchen häufig und mit Nachdruck die Nähe Anderer [35]
• Drücken ihren Stress oder Ärger verstärkt aus [35]
• Führen eher unausgewogene Beziehungen, da das Bedürfnis nach Unterstützung im Vergleich zur Möglichkeit, soziale Unterstützung zu geben, überwiegt [36]
• Fühlen sich nicht belastbar und widerstandsfähig [37]
• Sind eher fordernd, instabil, abhängig, launisch, frustriert, temperamentvoll [34]
• Katastrophisieren bei der Symptomdarstellung [19]
• Entwickeln sehr starke Bindungen an den Arzt / Therapeuten [14]
• Erzählen oft ausufernd und diffus [38]
• Wünschen sich intensivere und häufige Kontakte, testen Grenzen und halten ihre Therapeuten involviert [27]
Personen mit vermeidender Bindung:
• Sind gekennzeichnet durch Streben nach Eigenständigkeit und Unabhängigkeit, größerer interpersonaler Distanz und Kontrolle in Beziehungen [39]
• Misstrauen anderen [40] und werten diese ab, öffnen sich ungern selbst [36]
• Entwickeln wenig kooperative Arbeitsbeziehungen, suchen wenig soziale Unterstützung bei Bedrohungsgefühlen [35, 39]
• Nutzen Bewältigungsmechanismen wie kognitive Distanzierung von Emotionen [30]
• Reagieren bei Verärgerung mit Verstärkung der interpersonalen Distanz [41]
• Sind eher autonomiestrebend, kühl, rational, emotional ungebunden, sarkastisch [34]
• Neigen zur Bagatellisierung von Problemen, Emotionen und Symptomen und weisen Hilfe zurück [27]

Tabelle 1 Empirische Befunde zu Merkmalen von Personen mit verschiedenen Bindungsmustern.

Häufung bestimmter Ähnlichkeiten von Personen mit ambivalenter bzw. vermeidender Bindung ins Auge, die in der Literatur vielfach beschrieben wurde [27]. Patienten mit ambivalenter Bindung sind eher gekennzeichnet

durch aufmerksamkeitsuchendes Verhalten, eine verstärkte Symptomklage und eine Überinanspruchnahme von Gesundheitsleistungen [26, 27], währenddessen eine vermeidende Bindungsstrategie häufiger mit einer Ab-

lehnung des Behandlers, einer geringeren Offenheit und einer geringeren Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen verbunden ist [28, 29]. Eine Übersicht von empirischen Befunden zu Merkmalen von Personen in Abhän-

Im Kontext der Primärversorgung kann die Bindungstheorie in ihrer heutigen Erweiterung ...	Bedeutung für den Hausarzt (Beispiele)
<ul style="list-style-type: none"> als Erklärungsgrundlage für individuelle Unterschiede bezüglich Copingstrategien und Verhaltensweisen vonseiten des Patienten (Hypervigilanz bzw. Verharmlosung von Symptomen) dienen, 	<ul style="list-style-type: none"> Die Bestimmung des Bindungsmusters gibt dem Hausarzt Aufschluss über mögliche Reaktionen oder Bedürfnisse eines Patienten nach beispielsweise der Übermittlung einer schwerwiegenden Diagnose. Er kann gezielter nachfragen bei Personen, die eher zur Negierung oder Verharmlosung von Symptomen neigen und gegenregulieren bei Personen, die in Bezug auf ihre Krankheit eher katastrophisieren.
<ul style="list-style-type: none"> Erklärungsmodelle zur differenziellen Betrachtung der Compliance / Adherence in der hausärztlichen Versorgung zur Verfügung stellen, 	<ul style="list-style-type: none"> In Abhängigkeit vom Bindungsstil kann der Arzt Prognosen über eine mögliche Medikamententreue oder die Einhaltung medizinischer Therapieempfehlungen abgeben und dementsprechend agieren. Sicher gebundene Patienten profitieren möglicherweise mehr vom shared decision making als unsicher gebundene.
<ul style="list-style-type: none"> Grundlagen bieten für die Therapieoptimierung für verschiedene Patienten in der hausärztlichen Versorgung mit besonderer Berücksichtigung der Arzt-Patient-Kommunikation, 	<ul style="list-style-type: none"> Da Patienten mit vermeidender Bindung eher autonomiestrebend, weniger öffenbar sind und seltener Ärzte aufsuchen, sollten sie besondere Aufmerksamkeit bei der Einhaltung von Terminen erhalten.
<ul style="list-style-type: none"> als Ausgangspunkt für die Entwicklung von Arbeitsinstrumenten für die Beziehungsdiagnostik in der Hausarztpraxis dienen. 	<ul style="list-style-type: none"> Ein Screeninginstrument zur Erfassung von Bindungsstilen könnte dem Hausarzt in unklaren Situationen helfen, strukturiert die Bedürfnisse des Patienten abzuklären und dient damit der Optimierung der Arzt-Patient-Beziehung.

Tabelle 2 Bedeutung der Bindungstheorie für den Hausarzt.

gigkeit von ihrem Bindungsmuster, die primär aus dem psychotherapeutischen Kontext stammen, sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Studien zur Bestimmung des Bindungsverhaltens der behandelnden Ärzte oder Therapeuten und dessen Einfluss auf die Arzt-Patienten-Beziehung sind eher selten. Erste Ergebnisse deuten an, dass unter Psychotherapeuten möglicherweise gehäuft bedingt sichere und vermeidende Bindungsstile vorkommen [42]. Der Einfluss unsicherer Bindungserfahrung auf die Arzt-Patient-Beziehung ist bislang ungeklärt. Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass sicher gebundene Case Manager ein besseres Verständnis für die „verborgenen Bedürfnisse“ ihrer Patienten haben, währenddessen unsicher gebundene vorrangig auf die sichtbaren Bedürfnisse ihrer Patienten eingehen [40].

Bindung und Shared Decision Making

Die Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen wird zunehmend als notwendig erachtet. So beanspruchen mittlerweile viele Patienten eine aktivere Rolle im Behandlungsprozess, angeregt durch den in den letzten Jahrzehnten gesellschaftlich gewachsenen Trend zu mehr Autonomie, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung. Befragungen von Patienten zeigen, dass diese im Krankheitsfall umfassende Informationen wünschen, oft gekoppelt an eine angemessene Beteiligung an medizinischen Entscheidungen und der Einbeziehung ihrer eigenen Vorstellungen von Gesundheit [43]. Allerdings handelt es sich beim Shared Decision Making um ein Konzept, das die Bedürfnisse vieler, aber nicht aller Patienten berücksichtigt.

Menschen unterscheiden sich in ihren Bedürfnissen nach Information und Kommunikation. Daher bringt auch die Forschung zur partizipativen Entscheidungsfindung sehr heterogene Ergebnisse [44]. Die Bindungstheorie kann möglicherweise Erklärungsansätze bieten, warum beispielsweise bestimmte Patienten in Abhängigkeit von ihrem inneren Arbeitsmodell von Bindung nicht an der medizinischen Entscheidungsfindung teilhaben wollen, andere aber wiederum sehr autonom entscheiden möchten. Des Weiteren ergeben sich Möglichkeiten für den Hausarzt in Abhängigkeit vom Bindungsstil bestimmte Hilfsangebote für Patienten anzubieten, die auf die Bedürfnisse abgestimmt sind. Ein Patient mit ambivalenter Bindung könnte beispielsweise nach der Übermittlung einer schwerwiegenden Nachricht eher das Bedürfnis nach intensivem direkten Arztkontakt entwickeln, wohingegen ein Patient mit einer vermeidenden Bindung mit höherer Wahrscheinlichkeit das Bedürfnis nach Rückzug entwickeln wird. In letzterem Fall könnten Patientenbroschüren in Kombination mit wiederkehrenden Gesprächsangeboten und einem hohen Maß an gewährter Mitentscheidung zur Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung beitragen.

Bindung als Prädiktor für Behandlungserfolg (Compliance / Adherence)

Das Ziel, Therapieerfolg durch personenspezifische Merkmale vorherzusagen, wird vor allem in der psychotherapeutischen Forschung verfolgt. Da Personen mit vermeidender Bindung Schwierigkeiten haben, enge vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen, profitieren sie anscheinend weniger von psychodynamischen Kurzzeittherapien [45], dafür erzielen sie teilweise verbesserte Symptome im Rahmen einer kognitiven Verhaltenstherapie [46], die weniger interpersonale Aspekte fokussiert. Ambivalente Patienten hingegen erreichten positivere Behandlungsergebnisse im Rahmen einer stationären Gruppenpsychotherapie im Vergleich zu vermeidend gebundenen [47]. Neuerdings wird versucht, Behandlungskonzepte zu entwickeln, die die Bindungsbedürfnisse und die damit verknüpften psychischen Merkmale fokussieren, wie beispielsweise

Dipl.-Psych. Katja Brenk-Franz ...



... ist Diplompsychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Jena. Interessenschwerpunkte: Bindungsforschung, Sexualforschung, Adherence in der Primärversorgung, Kommunikationstraining, Therapieforschung

se die mentalisierungsbasierte Psychotherapie [48]. Für die hausärztliche Praxis ist vor allem die behandlungsbezogene Compliance von Interesse. Non-Compliance, die mangelnde „Therapie-treue“, gilt als ein wesentlicher Grund für eine unzureichende Therapie und damit als Ursache vermeidbarer Kosten. Nur jeder zweite Patient mit einer chronischen Krankheit nimmt seine Medikamente wie verordnet [49]. Eine hohe Compliance führt zu besseren Behandlungsergebnissen [50]. Allerdings sind Compliance und Non-Compliance von unterschiedlichen Faktoren abhängig. Einige der vermuteten Einflussfaktoren sind geringe Bildung, langjährige Erkrankungen, unerwünschte Nebenwirkungen, Polypharmazie und das Vorliegen von chronischen Erkrankungen [51, 52]. Entwicklungspsychologische Konzepte sind erst in jüngster Zeit zur Erklärung der behandlungsbezogenen Therapietreue hinzugezogen wurden. Bindungstheoretische Betrachtungen wurden in Studien genutzt, um die Compliance bei Diabetes-Patienten [53] oder bei Jugendlichen mit HIV [54] zu untersuchen. Ein vermeidender Bindungsstil geht dabei eher mit einer geringeren

Compliance einher. In einer psychiatrischen Stichprobe konnte belegt werden, dass eine sichere Bindungsrepräsentation mit einer höheren Medikamenten-Compliance korreliert ist. Vermeidende Bindung steht in Zusammenhang mit einer Nichtinanspruchnahme, ambivalente Bindung mit einer hohen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen [27]. Eine sichere Bindungsrepräsentation geht dagegen mit gesundheitserhaltendem Verhalten einher [55]. Bei HNO-Patienten in der primärärztlichen Versorgung verursachen Patienten mit einer ambivalenten Bindungsrepräsentation die höchsten Gesundheitskosten und sie berichten über die meisten körperlichen Symptome [56]. Das subjektive Schmerz- und Beeinträchtigungserleben bei Arthritispatienten ist bei Patienten mit ambivalenter Bindungsrepräsentation gegenüber der sicheren und vermeidenden Bindungsgruppe erhöht [57]. Nach Ciechanowski führt vermeidendes Bindungsverhalten bei Patienten mit Diabetes besonders dann zu schlechteren Glukosekontrollen und einer geringeren Compliance, wenn die Kommunikation mit dem Arzt subjektiv als unbefriedigend erlebt wird [53].

Nutzen vs. Probleme der Bindungsklassifikation

Die Bindungsforschung hat mittlerweile deutlich gezeigt, dass ein unsicheres Bindungsmuster die Wahrscheinlichkeit für psychische Probleme, aber auch somatische Erkrankungen erhöht. Allerdings besteht durch die kategoriale Einteilung der Patienten in 3 oder 4 Bindungsmuster im Sinne einer Informationsreduktion durchaus die Gefahr der Etikettierung der Patienten. Unsichere Bindungen sollten nicht grundsätzlich als dysfunktionale oder gar pathologische Muster gesehen werden. Bindungsmuster entwickeln sich ausgehend von frühen Interaktionen mit primären Bezugspersonen funktional in Adaptation an Umweltbedingungen (siehe auch Tab. 2).

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Psych. Katja Brenk-Franz
Institut für Allgemeinmedizin,
Universitätsklinikum Jena
Bachstraße 18, 07743 Jena
Tel.: 03641 939-5800
Fax: 03641 939-5802
E-Mail: katja.brenk-franz@med.uni-jena.de
Internet:
www.allgemeinmedizin.uni-jena.de

Literatur

1. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. *BJPsych* 1977; 130: 201–210
2. Bowlby J. A Secure Base. *Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Routledge, 1988
3. Fraley RC, Brumbaugh CC. A dynamical system approach to understanding stability and change in attachment security. In: Rholes WS, Simpson JA (eds.). *Adult attachment: theory, research, and clinical implications*. New York: Guilford, 2004: 86–132
4. Ainsworth MD, Bell SM. Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Dev* 1970; 41: 49–67
5. Holmes J. The clinical implications of attachment theory. *Br J Psychotherapy* 1994; 11: 62–76
6. Ainsworth MD. Attachments across the life span. *Bull N Y Acad Med* 1985; 61: 792–812
7. Waters E, Weinfield NS, Hamilton CE. The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: general discussion. *Child Dev* 2000; 71: 703–706
8. Crowell JA, Fraley RC, Shaver PR. Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In: Cassidy J, Shaver PR (eds.). *Handbook of attachment* 2nd ed. New York: Guilford, 2008
9. Shaver PR, Mikulincer M. What do self-report attachment measures assess? In: Rholes WS, Simpson JA (eds.). *Adult attachment: theory, research, and clinical implications*. New York: Guilford Press, 2004: 17–54
10. Strauß B, Buchheim A, Kächele H (eds.). *Klinische Bindungsforschung*. Stuttgart: Schattauer, 2002
11. Spangler G, Schieche M. Biobehavioral organization in one-year-olds: quality of mother-infant attachment and immunological and adrenocortical regulation. *Psychol Beiträge* 1994; 36: 30–35
12. Dozier M, Kobak RR. Psychophysiology in attachment interviews: converging evidence for deactivating strategies. *Child Dev* 1992; 63: 1473–1480
13. Maunder RG, Hunter JJ. Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and

- disease. *Psychosom Med* 2001; 63: 556–567
14. Strauß B. Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. In: Hermer M, Röhrle B (eds.). *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. Tübingen: DGVT Deutsche Gesellschaft f. Verhaltenstherapie, 2007
 15. Lazarus RS, Launier R. Stress-related transactions between person and environment. In: Pervin LA, Lewis M (eds.). *Perspectives in interactional psychology*. New York: Plenum Press, 1978: 287–327
 16. Kotler T, Buzwell S, Romeo Y, Bowland J. Avoidant attachment as a risk factor for health. *Br J Med Psychol* 1994; 67 (Pt 3): 237–245
 17. Schmidt S, Nachtigall C, Wuethrich-Martone O, Strauß B. Attachment and coping with chronic disease. *J Psychosom Res* 2002; 53: 763–773
 18. Mikail SF, Henderson PR, Tasca GA. An interpersonally based model of chronic pain: an application of attachment theory. *Clin Psychol Rev* 1994; 14: 1–16
 19. Ciechanowski P, Sullivan M, Jensen M, Romano J, Summers H. The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain* 2003; 104: 627–637
 20. Seiffge-Krenke I. Adaptive and maladaptive coping styles: does intervention change anything? *Eur J Develop Psychol* 2004; 1: 367–382
 21. Fivush R, Sales JM. Coping, attachment, and mother-child narratives of stressful events. *Merrill-Palmer Quarterly-J Develop Psychol* 2006; 52: 125–150
 22. Schmidt S. Attachment and coping. In: Lee A (ed.). *The Psychology of Coping – A Handbook*. New York: Nova Publishers, 2005
 23. Bradley JM, Cafferty TP. Attachment among older adults: current issues and directions for future research. *Attach Hum Dev* 2001; 3: 200–221
 24. Magai C, Cohen CI. Attachment style and emotion regulation in dementia patients and their relation to caregiver burden. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998; 53: 147–154
 25. Mallinckrodt B. Attachment, social competencies, social support, and interpersonal process. *Psychother Res* 2000; 10: 239–266
 26. Ciechanowski PS, Walker EA, Katon WJ, Russo JE. Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosom Med* 2002; 64: 660–667
 27. Strauß B, Schwark B. Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie – 10 years later. *Psychotherapeut* 2007; 52: 405–425
 28. Dozier M. Attachment organisation and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Dev Psychopathol* 1990; 2: 47–60
 29. Feeney JA, Ryan SM. Attachment style and affect regulation: relationships with health behavior and family experiences of illness in a student sample. *Health Psychol* 1994; 13: 334–345
 30. Spangler G, Zimmermann P (eds.). *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung, Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2009
 31. Mikulincer M, Nachshon O. Attachment styles and patterns of self-disclosure. *J Pers Soc Psychol* 1991; 61: 321–331
 32. Florian V, Mikulincer M, Bucholtz I. Effects of adult attachment style on the perception and search for social support. *J Psychol* 1995; 129: 665–676
 33. Mikulincer M, Florian V. The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In: Simpson JA, Rholes WS (eds.). *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford, 1998: 143–165
 34. Klohn EC, John OP. Working models of attachment: a theory-based prototype approach. In: Simpson JA, Rholes WS (eds.). *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford, 1998: 115–140
 35. Mikulincer M, Shaver PR. *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change*. New York: Guilford, 2007
 36. George C, West M. The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment: the adult attachment projective. *Attach Hum Dev* 2001; 3: 30–61
 37. Meredith PJ, Strong J, Feeney JA. Evidence of a relationship between adult attachment variables and appraisals of chronic pain. *Pain Res Manag* 2005; 10: 191–200
 38. Hesse E. The adult attachment interview: protocol, method of analysis. And empirical studies. In: Cassidy J, Shaver PR (eds.). *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications*. New York: Guilford Press, 2008: 552–598
 39. Allen JG, Stein H, Fonagy P, Fultz J, Target M. Rethinking adult attachment: a study of expert consensus. *Bull Menninger Clin* 2005; 69: 59–80
 40. Dozier M, Cue KL, Barnett L. Clinicians as caregivers: role of attachment organization in treatment. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 793–800
 41. Jellema A. Dismissing and preoccupied insecure attachment in CAT: some implications for CAT practice. *Clin Psychol Psychother* 2002; 9: 225–241
 42. Nord C, Höger D, Eckert J. Bindungsmuster von Psychotherapeuten. *Persönlichkeitsstoe Theorie Ther* 2000; 4: 76–86
 43. Stewart M, Brown JB, Donner A et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000; 49: 796–804
 44. Deber RB, Kraetschmer N, Irvine J. What role do patients wish to play in treatment decision making? *Arch Intern Med* 1996; 156: 1414–1420
 45. Horowitz LM, Rosenberg SE, Bartholomew K. Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 549–560
 46. McBride C, Atkinson L, Quilty LC, Bagby RM. Attachment as moderator of treatment outcome in major depression: a randomized control trial of interpersonal psychotherapy versus cognitive behavior therapy. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74: 1041–1054
 47. Sachse J, Strauß B. Bindungscharakteristika und Behandlungserfolg nach stationärer psychodynamischer Gruppentherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2002; 52: 134–140
 48. Bateman AW, Fonagy P. *Psychotherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept*. Gießen: Psychosozialverlag, 2008
 49. WHO. *Adherence to long-term therapies – Evidence for action: WHO*, 2003
 50. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ* 2006; 333: 15
 51. Hernandez-Ronquillo L, Tellez-Zenteno JF, Garduno-Espinosa J, Gonzalez-Acevez E. Factors associated with therapy noncompliance in type-2 diabetes patients. *Salud Publica Mex* 2003; 45: 191–197
 52. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin Ther* 2001; 23: 1296–1310
 53. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE, Walker EA. The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 29–35
 54. Leonard E. *Adolescents with HIV: Attachment, depression, and adherence*. New York: Cambria Press, 2008
 55. Scheidt CE, Waller E. Bindungsforschung und Psychosomatik. In: Strauss B, Buchheim A, Kächele H (eds.). *Klinische Bindungsforschung Theorien, Methoden, Ergebnisse*. Stuttgart: Schattauer, 2002
 56. Segal DL, Needham TN, Coolidge FL. Age differences in attachment orientations among younger and older adults: evidence from two self-report measures of attachment. *Int J Aging Hum Dev* 2009; 69: 119–132
 57. McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. Impact of adult attachment styles on pain and disability associated with arthritis in a nationally representative sample. *Clin J Pain* 2000; 16: 360–364