

Bindung und Selbstsorge bei Patienten mit Mehrfacherkrankungen

**Prof. Dr. Jochen Gensichen
Katja Brenk-Franz**

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena

Basel, 18. März 2014

Gliederung

Hintergründe: Multimorbidität, Selbstmanagement,
Bindung

Die apricare-Studie: Design, Ergebnisse, Limitationen

Schlussfolgerungen: für Patienten und Hausärzte

....offene Diskussion



Multimorbidität I

in der Allgemeinarztpraxis ca. 30%
bei über 60-Jährigen ca. 60%
(v.d. Akker 1998, van den Busche 2011)

5,8 (ICD-) abklärungs-/behandlungsbedürftige
Diagnosen pro Pat. (MultiCare Studie, van den Bussche 2011)

9,3 (ICD-) abklärungs-/behandlungsbedürftige
Diagnosen pro GEK-Versicherten
(n. Grobe et al. 2008, 1,6 Mio. der Gmünder Ersatzkasse)

Sozial Schwächere sind häufiger und früher von
Multimorbidität betroffen
(Sachverständigenrat 2001)



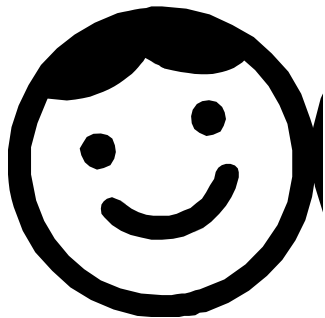
Multimorbidität II

ist assoziiert mit der Zunahme

- der körperlichen Funktionseinschränkungen, verringerter Lebensqualität (Brettschneider 2013) und Mortalität (Fortin 2006),
- der Schweregrads einer Erkrankung (Starfield 2006).
- der Multimedikation (Poly-pharmazie) > 4 Medikamente bei 56% der über 70-Jährigen (Berliner Alters Studie 1996)
- reduziertem Selbstsorgeverhalten (Bower 2006)
- der Inanspruchnahme von Leistungen und Kosten (Wolf 2002).

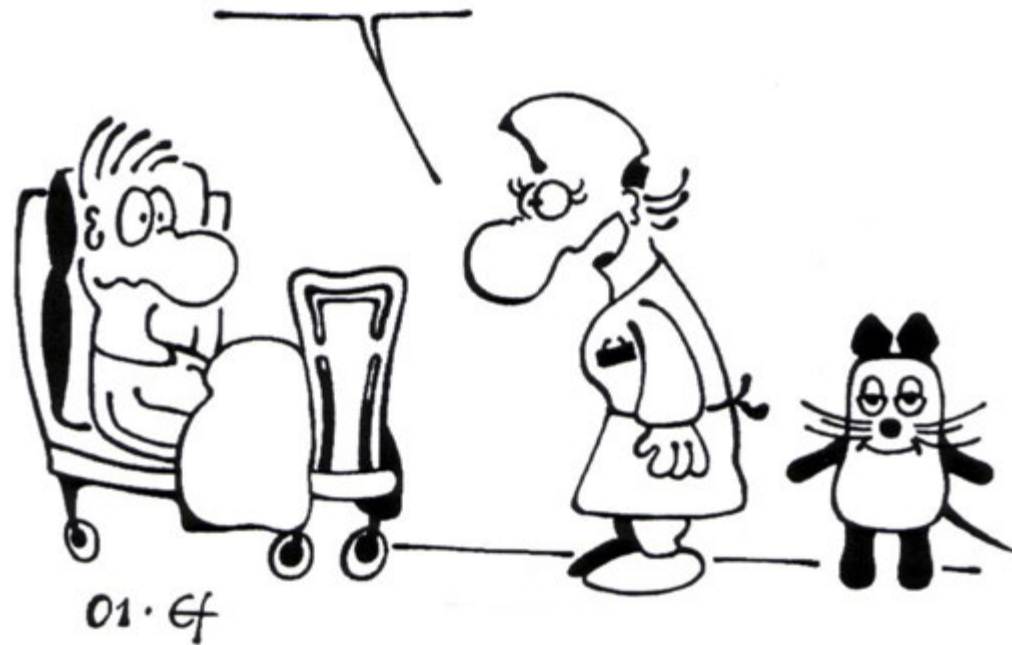
Selbstmanagement

- Selbstmanagement führt im Kontext von Krankheit und Gesundheit zur Aktivierung von Veränderungsprozessen, die den Patienten in seinen Gesundheitszustand, z.B. durch Selbstbeobachtung, und Therapiezielsetzung aktiver einbinden (Kanfer 2006).
- Selbstmanagement als kognitive bzw. behaviorale Strategie hilft Menschen ihr Verhalten zu strukturieren und Ziele zu erreichen (Fongay 2004).
- Selbstmanagement hat als zentrale kognitive Komponente die Selbstwirksamkeit (Bandura 1977).



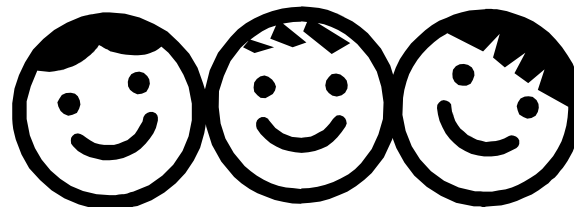


DER KOLLEGE VON DER
PATIENTENSCHULUNG
ERKLÄRT IHNEN ALLES
NOCHMALS GANZ GENAU!



Selfmanagement support

- “ ... is the assistance caregivers give to patients with chronic disease in order to encourage daily decisions that improve health-related behaviors and clinical outcomes.
- ...may be viewed in two ways: as a portfolio of techniques and tools that help patients choose healthy behaviors; and as a fundamental transformation of the patient-caregiver relationship into a collaborative partnership.
- The purpose of self-management support is to aid and inspire patients to become informed about their conditions and take an active role in their treatment.”
(Tom Bodenheimer 2005)



Selbstmanagement Messung

Fähigkeiten (Skills) des Patienten zum Selbstmanagement - FERUS (Jack, 2007)

- **Veränderungsmotivation**
- **Coping**
- **Selbstverbalisation**
- **Selbstwirksamkeit**
- **Hoffnung**
- **soziale Unterstützung**

Verhalten (behavior) konkrete Aktivitäten des Patienten – DMSQ (Schmitt, 2013)

- **Blutzuckermessung**
- **Umstellung der Ernährung**
- **Sportliche Aktivität**
- **Einhaltung von Arztkontakten**



Bindung

= enge emotionale Beziehung zwischen Personen.

Jeder Mensch entwickelt eine individuell spezifische Form der Bindung zu relevanten Bezugspersonen.

Auswirkungen auf verschiedene Bereiche des Krankheitserlebens und Verhaltens.

**„...FROM THE
CRADLE TO THE GRAVE“**

(Bowlby, 1988)



Institut für
Allgemeinmedizin
Friedrich-Schiller-Universität





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

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

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]

(Brenk-Franz 2011)

Personen mit (ängstlich) „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 Symptombildung [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]

(Brenk-Franz 2011)

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 ungerne 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]

(Brenk-Franz 2011)

Verteilung bei Kindern



Institut für
Allgemeinmedizin
Friedrich-Schiller-Universität

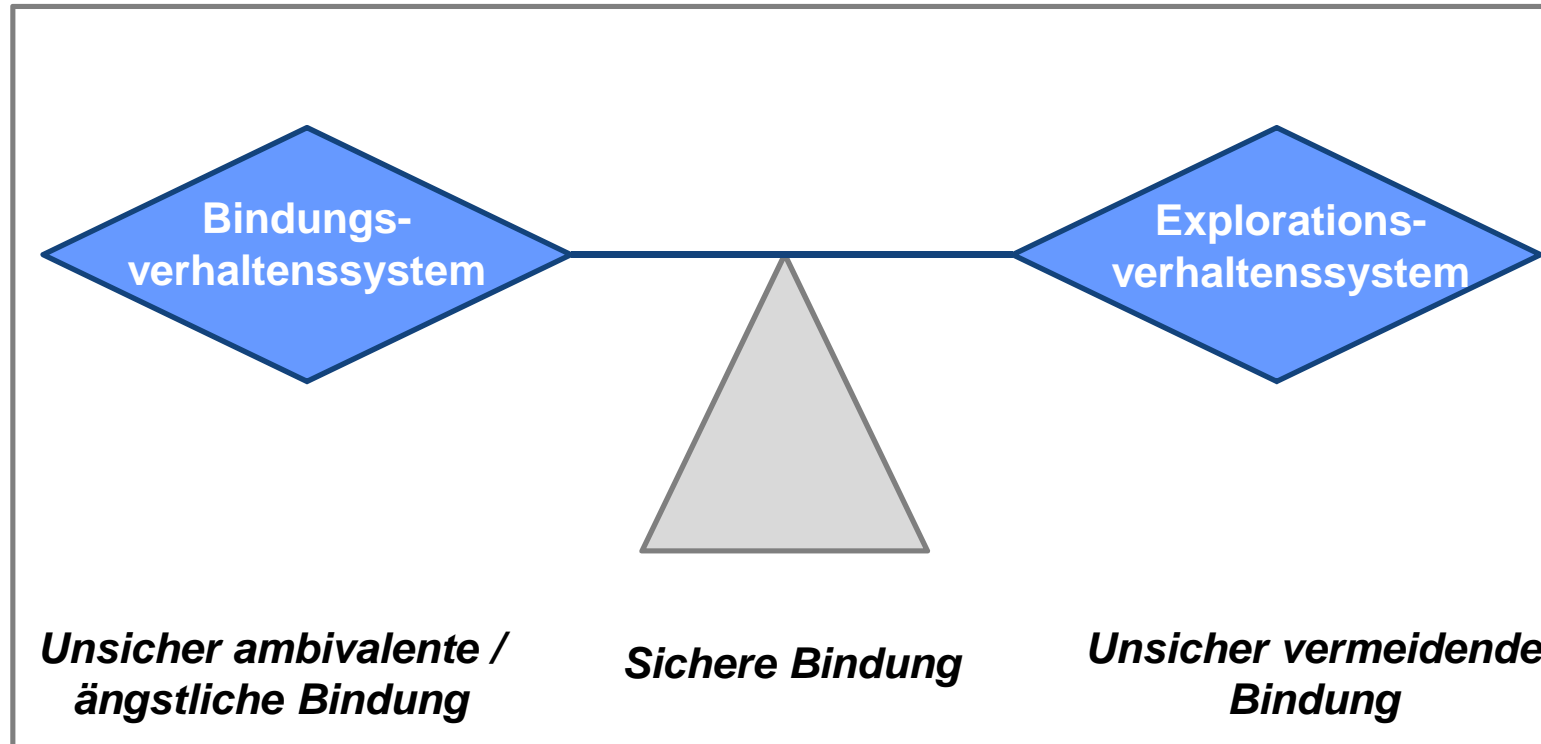
- 50 - 60 Prozent als „sicher“ gebunden
- 30 - 40 Prozent als „unsicher-vermeidend“ gebunden
- 10 - 20 Prozent, als „unsicher-ambivalent“ gebunden

(Grossmann 1997)

Bindung

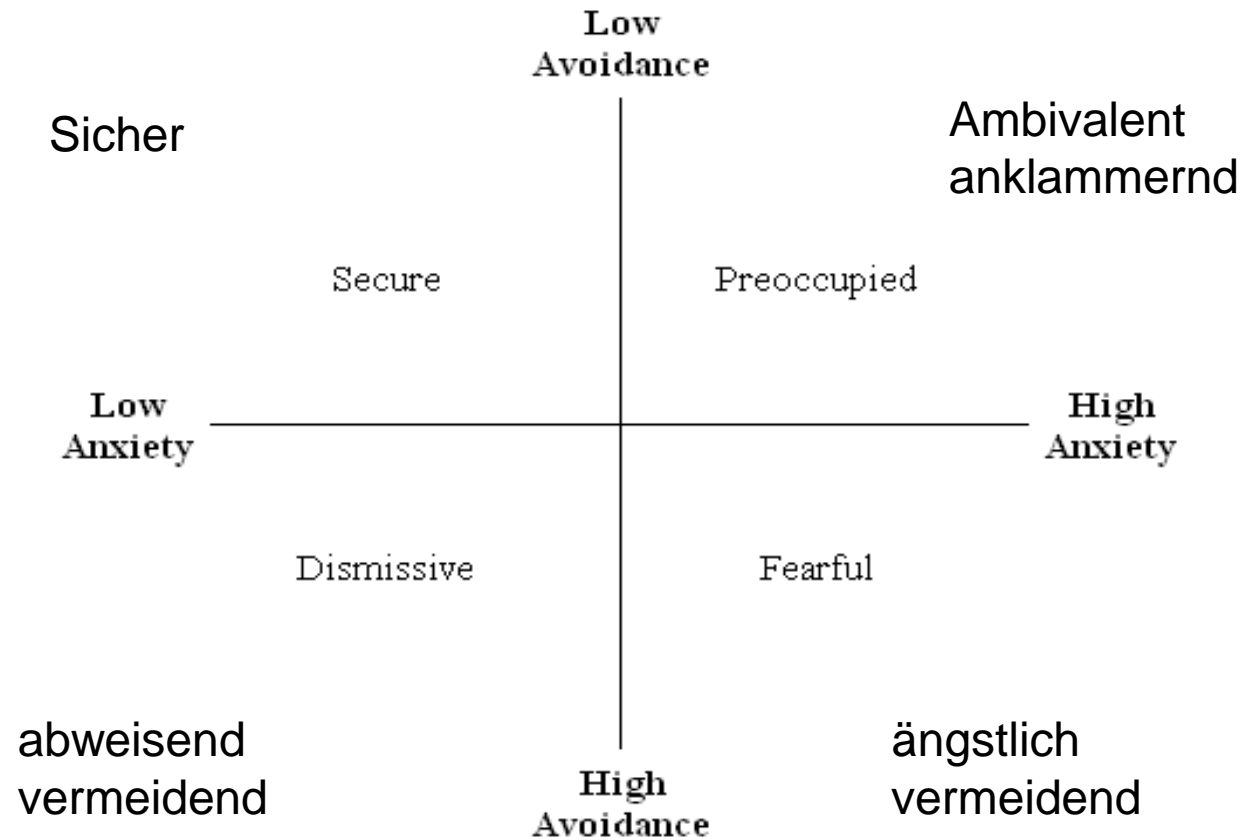


Institut für
Allgemeinmedizin
Friedrich-Schiller-Universität



**Individuelles Krankheitsverhalten und
-erleben**

Bindung



In Anlehnung an: Brennan, K.A., Clark, C.L., & Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), Attachment theory and close relationships (pp. 46-76). New York: Guilford Press.

Messung von Bindung



Institut für
Allgemeinmedizin
Friedrich-Schiller-Universität

Vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion:

- Bindung im “Kindesalter” und “Erwachsenenalter”

- “Fremdburteilung und “Selbstbeurteilung”

..... werden eine Vielzahl von Instrumenten entwickelt.

Fremdbeurteilungsverfahren der Erwachsenenbindung



Institut für
Allgemeinmedizin
Friedrich-Schiller-Universität

| Methoden | Autoren | Beschreibung |
|--|-------------------------------|--|
| Adult Attachment Interview (AAI) | Main & Goldwyn (1985-1998) | Interview bezüglich des Erlebens und des Einflusses von Bindungserfahrungen mit textanalytischer Auswertung der Transkripte, wobei der Schwerpunkt auf der Kohärenz der Reflektionen über frühere Bindungserfahrungen liegt. |
| Q-Sort-Methode | Kobak, (1993) | Alternative Methode zur Erfassung der Bindungsrepräsentationen auf der Basis des AAI, aber mit abschließender Q-Sort-Methode zur Zuordnung zu den drei Skalen. |
| Peer Attachment Interview | Bartholomew & Horowitz (1991) | Interview zu interpersonalen Erfahrungen mit anschließendem kategorialem Rating nach dem Vier-Kategorien-Modell. |
| Adult Attachment Prototype Rating (AAPR) | Pilkonis (1988) | Interview zu interpersonalen Erfahrungen mit erweitertem Fokus auf aktuelle Beziehungen und anschließendem Prototypenrating und Ranking. |
| Current Relationship Interview (CRI) | Crowell & Owens (1998) | Partnerschaftsinterview basierend auf dem AAI-Leitfaden, welches Daten zu aktuellen und vergangenen Partnerschaften erhebt. |
| Couple Attachment Joint Interview (CAJI) | Fisher & Crandell, (1997) | Interview in der die Paare gemeinsam über ihre Beziehung interviewt werden, wobei sich die Endklassifikation an den Hauptkategorien des AAI orientiert. |
| Adult Attachment Projective (AAP) | George, West & Pettem, (1999) | Projektive Methode zur Erfassung von Bindungsrepräsentationen, wobei die Narrative zu projektiven Bildern transkribiert und in Anlehnung an das AAI ausgewertet werden. |

Selbstbeurteilung der Erwachsenenbindung

| Methode | Autoren | Beschreibung |
|--|-----------------------------------|---|
| Attachment Self-Report (ASR) | Hazan & Shaver (1987) | Single-Item-Selbstklassifikationsverfahren in Anlehnung an die Dreierklassifikation nach Ainsworth. |
| Adult Attachment Scale (AAS) | Collins & Read (1990) | Fragebogen mit den drei Dimensionen „Depend“, „Anxiety“ und „Close“. |
| Attachment Scale Questionnaire (ASQ) | Feeney et al. (1994) | Fragebogen, mit den 5 Dimensionen: „Confidence“, „Discomfort with Closeness“, „Need for Approval“, „Preoccupation with Relationships“ und „Relationships as Secondary“. |
| Reciprocal Attachment Questionnaire (RAQ) | West, Sheldon & Reiffer (1987) | Fragebogen mit den Skalen: „Proximity Seeking“, „Secure Base Effect“, „Separation Protest“, „Feared Loss of the Attachment Figure“, „Reciprocity“, „Availability“, „Responsiveness“ und „Use of the Attachment Figure“. |
| Beziehungsspezifische Bindungsskala (BB) | Asendorpf et al. (1997) | Fragebogen basierend auf Bartholomews Vier-Kategorien-Modell (Bartholomew, 1990; Bartholomew & Horowitz, 1991) |
| Bindungsfragebogen (BinFB) | Grau (1999) | Fragebogen zur Erhebung von partnerschaftlicher Bindung auf Grundlage der beiden Skalen „Angst“ und „Vermeidung“. |
| Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE) | Höger (1999) | Erhebung der subjektiven Erwartung an die therapeutische Beziehung mit den Skalen „Akzeptanzprobleme“, „Öffnungsbereitschaft“ und „Zuwendungsbedürfnis“. |
| Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE) | Höger & Buschkämper (2002) | Fragebogen zur Erwartung an Partnerschaften mit den Skalen „Akzeptanzprobleme“, „Öffnungsbereitschaft“ und „Zuwendungsbedürfnis“ in Anlehnung an den BFKE (Höger, 1999). |
| Client Attachment to Therapist Scale (CATS) | Malinckrodt, Gantt & Coble (1995) | Fragebogen zu Beziehungen von Psychotherapiepatienten zu ihrem Therapeuten. |

Messung von Bindung

Experience of Close Relationships - Revised (ECR-RD Ehrental 2009)

36 Items, zugrunde liegenden Skalen „Bindungsbezogene Angst“ und „Bindungsbezogene Vermeidung“ ab:

- Cronbach`s alpha von .91 und .92 für die beiden Skalen; Kategorisierung in Bindungsstile entsprechend des 4-Kategorienmodells; in der klinischen Forschung eingesetzt; gut kombinierbar und eine Shortversion (12 Items) (Brenk-Franz, 2014).

Erwachsenen-Bindung-Prototypen-Rating (EBPR, Strauß 2009)

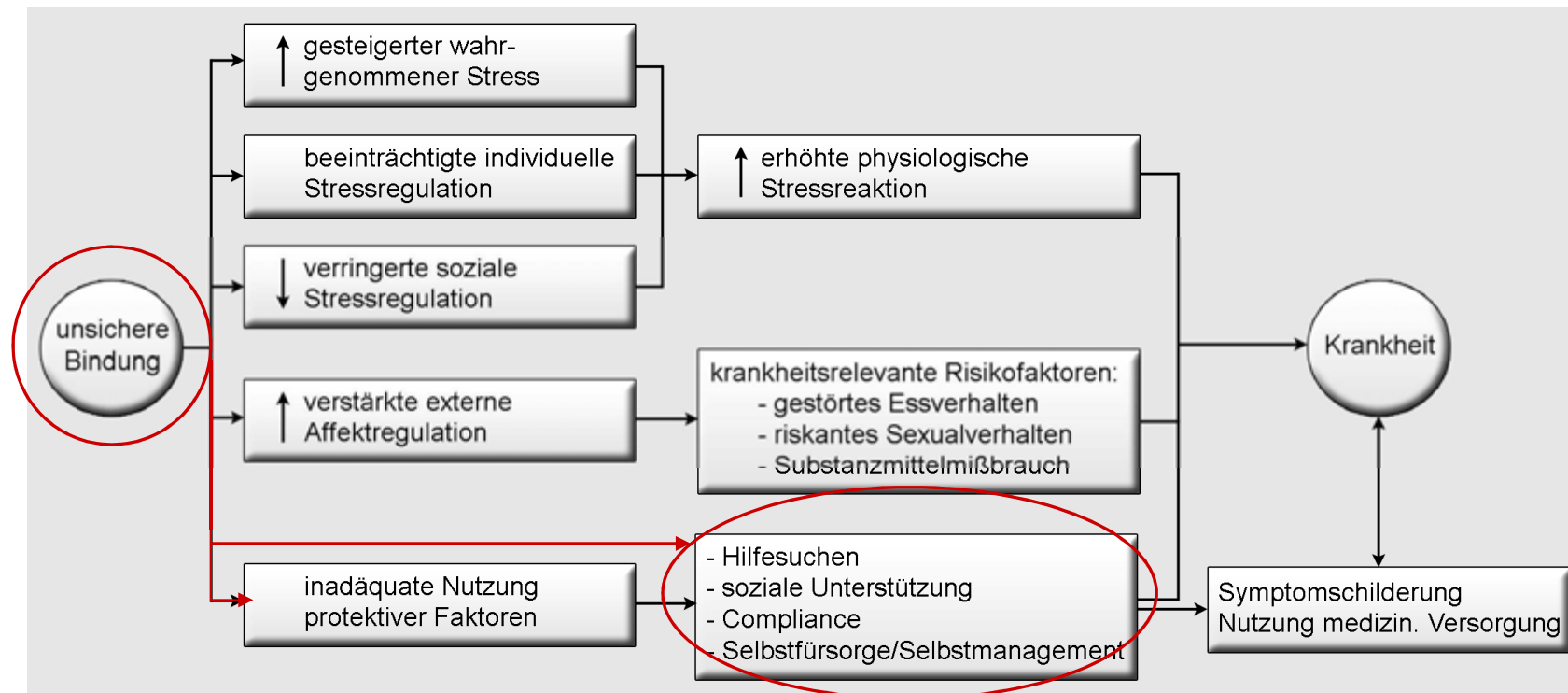
Beziehungsinterview mit Fremdrating. 7 Prototypen auf einer 7-stufigen Ratingskala:

- für den klinischen Kontext entwickelt; Zusätzliche Erhebung: Anteil an sicherer Bindung; Cronbachs alpha von 0.93 – 0.97.

Messung von Bindung

- **Adult Attachment Scale (AAS; Collins 1990)**
Interview bezüglich des Erlebens und des Einflusses von Bindungserfahrungen mit textanalytischer Auswertung der Transkripte, wobei der Schwerpunkt auf der Kohärenz der Reflektionen über frühere Bindungserfahrungen liegt.
- **Relationship Questionnaire (RQ-1 und 2 Mestel 1994)**
Kategorial: „sicher“, „anklammernd“, „abweisend“, „ängstlich-vermeidend“. 7-stufigen Ratingskala. Die Retest-Reliabilitäten 6 – 24 Mo 60-70% Übereinstimmung.

Bindung und Krankheit



In Anlehnung an Maunder & Hunter, 2001; Attachment and psychosomatic medicine

Bindung und Krankheitsverhalten

Bindung und Compliance bei Patienten mit chronischen Erkrankungen

bei Diabetes Typ 2 Patienten (Ciechanowski 2001) oder bei Jugendlichen mit HIV (Leonard 2008). Ein „vermeidender“ Bindungsstil geht demnach mit einer geringeren Compliance einher.

Bindung und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Unabhängig von der Schwere der Erkrankung berichten „sicher Gebundene“ Personen eine bessere Lebensqualität als „unsicher gebundene“ (Rabung 2004).

Bindung und Nutzung des medizinischen Versorgungssystems

- „Unsicher ambivalente“ Personen erleben verstärkt negative Symptome und neigen zu einer Überinanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Ciechanowski 2002).
- „Unsicher vermeidende“ Personen neigen durch das verstärkte Streben nach Eigenständigkeit zu einer geringeren Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen (Feeney 1994).
- „Sicherer“ gebundene binden eher ihr soziales Netzwerk in die Bewältigung ein (Seiffge-Krenke 2004).

Arzt-Patienten-Beziehung



Institut für
Allgemeinmedizin
Friedrich-Schiller-Universität



mail@samw.ch

www.samw.ch

Schweizerische
Akademie der
Medizinischen
Wissenschaften, 2013

Messen von Arzt-Patienten-Beziehung



| | | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | |
|----|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|
| 1 | Ich kenne die möglichen Nebenwirkungen der Behandlung. | | | | | | | | A |
| 2 | Wenn mir mein Arzt etwas sagt, das sich von dem unterscheidet, was mir vorher gesagt wurde, fällt es mir schwer, genau nachzufragen, um die Situation zu klären. | | | | | | | | B |
| 3 | Mein Arzt ist mir gegenüber einfühlsam und fürsorglich. | | | | | | | | C |
| 4 | Wenn mein Arzt etwas sagt, was ich nicht verstehe, dann fällt es mir schwer, nach mehr Informationen zu fragen. | | | | | | | | B |
| 5 | Mein Arzt teilt mir mit, was er sich durch die Behandlung für mich erhofft. | | | | | | | | A |
| 6 | Mein Arzt sorgt dafür, dass ich mich auch wohl fühle, wenn es im Gespräch um persönliche und sensible Dinge geht. | | | | | | | | C |
| 7 | Es fällt mir schwer, meinem Arzt neue Symptome zu berichten. | | | | | | | | B |
| 8 | Es fällt mir schwer, nach dem Fortschritt meiner Behandlung zu fragen. | | | | | | | | B |
| 9 | Mein Arzt respektiert mich. | | | | | | | | C |
| 10 | Ich verstehe meinen medizinischen Behandlungsplan sehr gut. | | | | | | | | A |
| 11 | Nach dem Gespräch mit dem Arzt, habe ich eine gute Vorstellung von den Entwicklungen meiner Gesundheit in den nächsten Wochen und Monaten. | | | | | | | | A |
| 12 | Wenn ich mit meinem Arzt spreche, fühle ich mich manchmal gekränkt. | | | | | | | | C |
| 13 | Mir fällt es schwer, meinem Arzt Fragen zu stellen. | | | | | | | | B |
| 14 | Der Ablauf der Behandlung wurde mir genau erklärt. | | | | | | | | A |
| 15 | Mein Arzt scheint nicht an mir als Person interessiert zu sein. | | | | | | | | C |

(A) Information
(B) Kommunikation
(C) Affektivität

Arzt-Patient-
Beziehung
(PRA-D, Brenk-
Franz 2014)

Arzt-Patienten-Beziehung und Bindung

Der Zusammenhang zwischen Bindung und der Arzt-Patient-Beziehung wurde bisher vorrangig im psychotherapeutischen Kontext oder bei psychosomatisch erkrankten Patienten untersucht (Strauß 2007).

- Störungen der interpersonellen Beziehungen zu Therapeuten sind vermutlich auf die Hausarzt-Patienten-Beziehung übertragbar (Mallinckrodt 2000)..
- Patienten mit „ambivalenter“ Bindung sind eher gekennzeichnet durch ein stark aufmerksamkeitsuchendes Verhalten. Sie sind in der Arzt-Patienten-Beziehung eher fordernd, instabil neigen bei der Beschreibung Ihrer Symptome zum „katastrophisieren“ (Klohn 1989) .
- Patienten mit einer „vermeidenden“ Bindung öffnen sich ungern selbst. Sie neigen eher dazu, den Behandler abzulehnen und weisen eher Hilfen zurück (Dozier 1900).

Studienziele - apricare

1. Untersuchung des Zusammenhangs zwischen **Bindung und Selbstmanagementfähigkeiten** bei hausärztlich versorgten Patienten mit multiplen chronischen Erkrankungen
2. Prüfung des **Einflusses der Arzt-Patient-Beziehung** auf den Zusammenhang zwischen Bindung und Selbstmanagementfähigkeiten.

Methode

- **Observational mit follow-up**
- **N = 200** mehrfacherkrankte **Patienten**
- **Setting: Hausarztpraxen** in Thüringen
- **2 Messzeitpunkte**
 - T1 und T2 – 12 Monate später
 - Patientenbefragung
 - Arztbefragung
 - Praxisdokumentation

Besonderen Dank gilt den Kolleginnen und Kollegen:

Praxis Dr. med. Jörg Hoyme, Königsee

Praxis Dipl.-Med. Ute Röder, Großschwabhausen

Praxis Dr. med. Barbara Fleischhauer, Jena

Praxis Dr. med. Bernd-Thomas Kellner, Camburg

Praxis Dr. med. Wolf-Rüdiger Rudat, Jena

Praxis Dr. med. Katrin Fröba, Bad Lobenstein

Praxis Dr. med. Winfried Berghof-Osburg, Weimar

Praxis Dr. med. Ulf Zitterbart, Kranichfeld



Institut für
Allgemeinmedizin
Friedrich-Schiller-Universität



Methode

Einschlusskriterien für die Praxen:

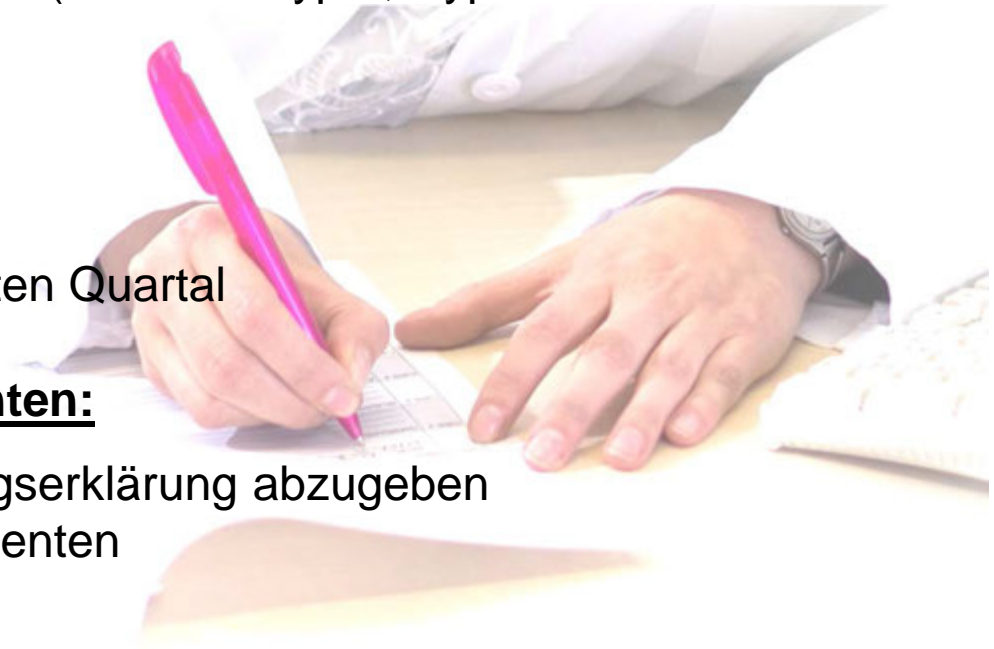
- Teilnahme an der kassenärztlichen und hausärztlichen Versorgung
- Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, Facharzt für Innere Medizin
- Lehrarztpraxis des Institutes für Allgemeinmedizin Jena

Einschlusskriterien für die Patienten:

- **mind. 3 chronische Erkrankungen** (Diabetes Typ II, Hypertonie & mindestens eine weitere)
- Alter **ab 50 - 85** Jahre
- in hausärztlicher Behandlung
- wenigstens ein HA-Kontakt im letzten Quartal

Ausschlusskriterien für die Patienten:

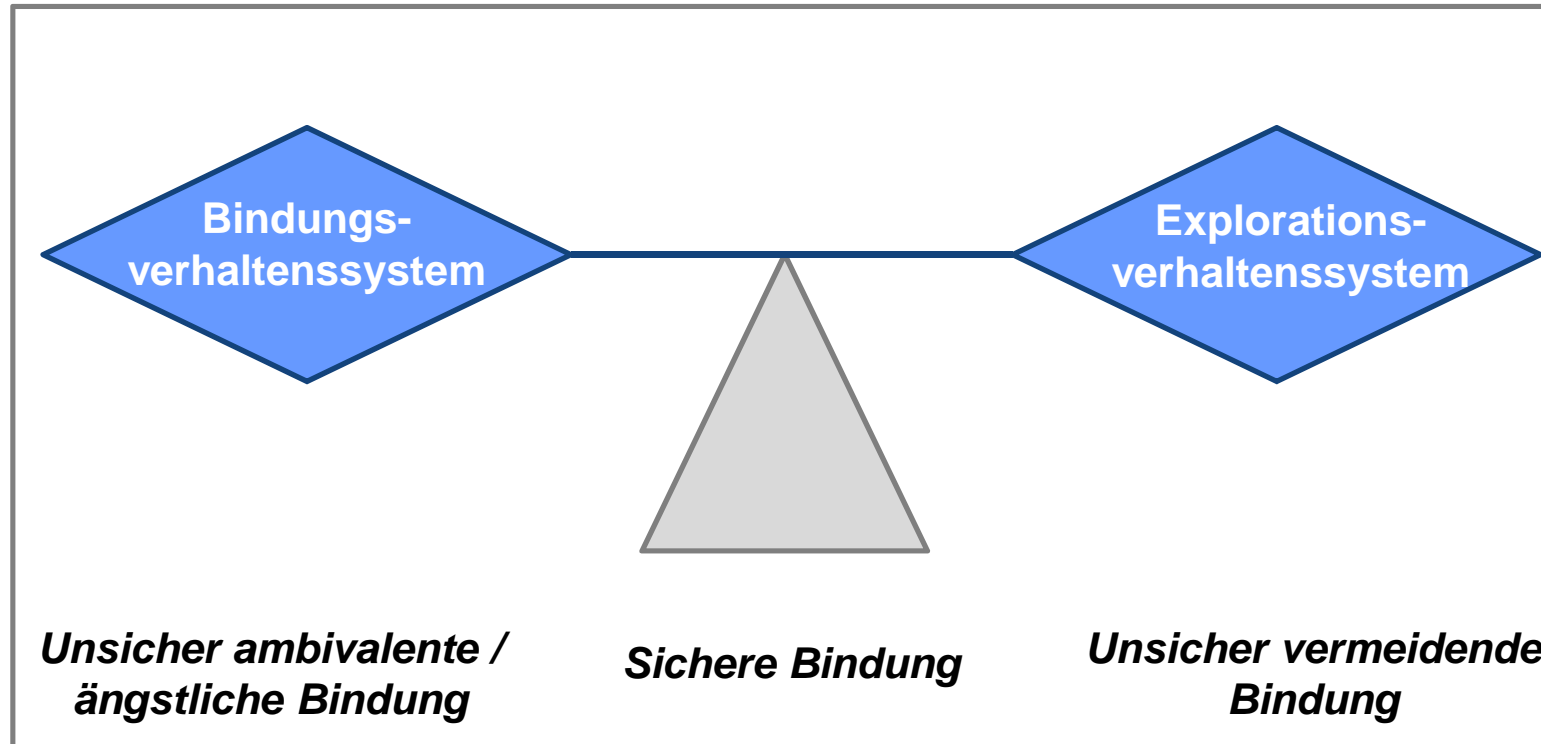
- Unfähigkeit, die Studieneinwilligungserklärung abzugeben
- Blindheit, Taubheit, Vertretungspatienten



Bindung



Institut für
Allgemeinmedizin
Friedrich-Schiller-Universität



**Individuelles Krankheitsverhalten und
-erleben**

Erhebungsinstrumente



Institut für
Allgemeinmedizin
Friedrich-Schiller-Universität

Bindung:

ECR-RD, Experience in Close Relationships- Revised
(Fraley, 2000; dt: Ehrental, 2009)

EBPR, Erwachsenen- Bindungs-Prototypenrating
(Pilkonis, 1988; dt: Strauß, 1999)

Selbstmanagementfähigkeiten:

FERUS, Fragebogen Selbstmanagementfähigkeiten
(Jack, 2007) (Veränderungsmotivation, Coping, Selbstwirksamkeit, Selbstverbalisation, Hoffnung, soziale Unterstützung)

DSMQ, Diabetes-Selfmanagement Questionnaire (Verhalten) (Schmitt 2012)

Arzt-Patient-Beziehung:

PRA, Patient Reaction Assessment (Galassi, 1992; Brenk-Franz; 2013)
(Subskalen: Information, Kommunikation, Affektivität)

Erhebungsinstrumente



Institut für
Allgemeinmedizin
Friedrich-Schiller-Universität

Weitere Patientenangaben:

Compliance: Modifizierte Medication-Taking-Scale (Morisky, 1986)

Lebensqualität: SF-12 (Bullinger, 1998)

Gesundheitszustand: VAS; EuroQol (Graf von der Schulenburg, 1998)

Depressivität: PHQ-9 (Spitzer, dt: Löwe, 2002)

Nutzung des gesundheitlichen Versorgungssystems:

Anzahl der Hausarztkontakte, Facharztkontakte, Notfallambulanzbesuche („ärztl. Notdienst“), Anzahl Krankenhaus/ Rehatage/ Psychotherapie

Ärztliche Angaben:

Chronische Erkrankungen: Diagnosen ICD 10 & Einschätzung des Schweregrades der Erkrankung

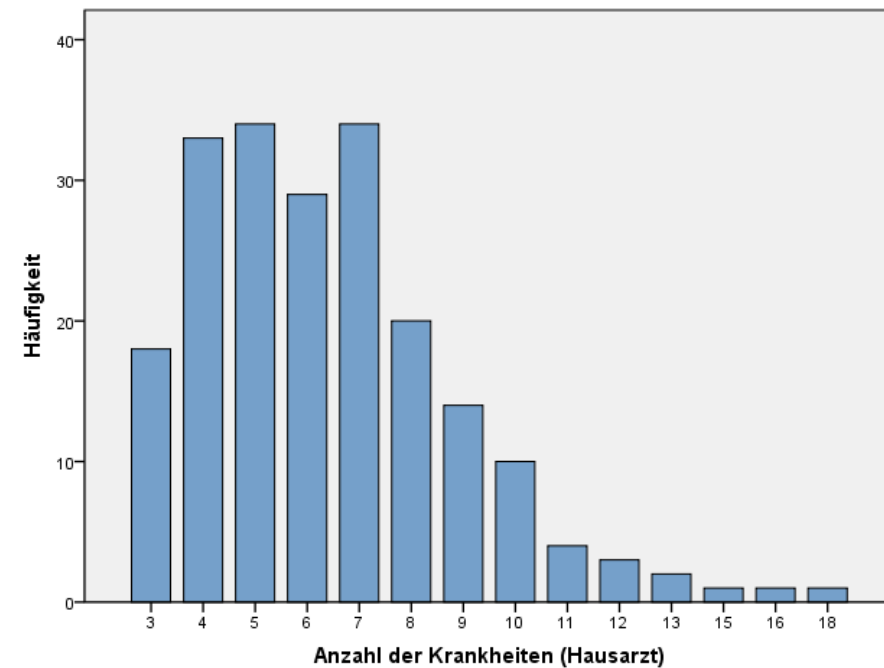
Gesamt-Chronizität: Cumulative Illness Rating Scale (CIRS, Linn, 1968], dt: Hock, 2005)

Patienten

Anzahl der Patienten = **219 Patienten**
Alter M = **66,4** SD = 8,3 (range 50 – 85)

| | | n | % |
|-------------------|-------------|-----|------|
| Geschlecht | weiblich | 95 | 43,4 |
| | männlich | 124 | 56,6 |
| Familienstand | verheiratet | 158 | 72,1 |
| | ledig | 9 | 4,1 |
| | geschieden | 18 | 8,2 |
| | verwitwet | 34 | 15,5 |
| Schulabschluss | Hauptschule | 63 | 28,9 |
| | Realschule | 112 | 51,4 |
| | Abitur | 37 | 17,0 |
| | | MW | SD |
| ECR-RD Angst | | 1,9 | 1,1 |
| ECR-RD Vermeidung | | 2,3 | 1,4 |
| CIRS | | 8,3 | 4,1 |

Anzahl der chronischen Erkrankungen
(Arztangabe) MW=6,42 (SD=2,51)

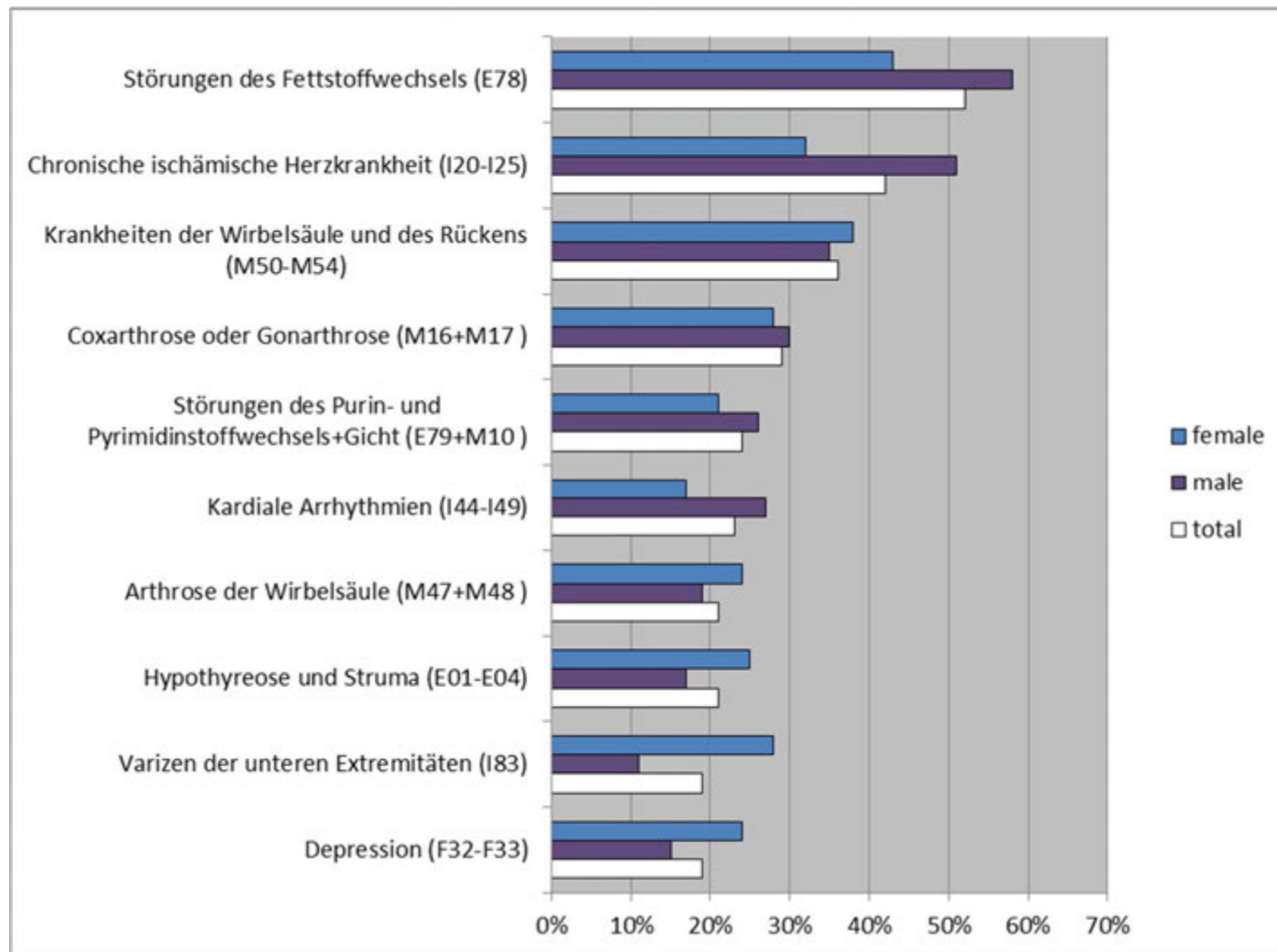


(Brenk Franz et al, 2014, unpublished Data)

Patienten



Weitere chronische Erkrankungen neben Diabetes und Hypertonie



(Brenk Franz et al, 2014, unpublished Data)

Ergebnisse I

Bindung und Selbstmanagement - Fähigkeiten

Multivariate Analysen mittels Allgemeinen linearen Modell

Multivariate Testung= zeitgleiche Testung aller Subskalen des FERUS -> Vorteil gegenüber Einzeltestung = Reduktion der Alphafehlerkumulierung.

Baseline Pillais-Spurkriterium (Angst) = 0.2; F (7, 219) = 6.4; **p < .001**

Follow up Pillais-Spurkriterium (Angst) = 0.2; F (7, 219) = 6.4; **p < .001**

Baseline Pillais-Spurkriterium (Vermeidung) = 0.2; F (7, 219) = 6.5; **p < .001**

Follow up Pillais-Spurkriterium (Vermeidung) = 0.1; F (7, 219) = 64.1; **p < .01**

| Predictor Variable | Motivation for change | | Coping | | Self-Efficacy | | Self-Verbalization | | Hope | | Social Support | |
|--------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------|-------------------------|
| | t1 B(SE) | t2 B(SE) | t1 B(SE) | t2 B(SE) | t1 B(SE) | t2 B(SE) | t1 B(SE) | t2 B(SE) | t1 B(SE) | t2 B(SE) | t1 B(SE) | t2 B(SE) |
| Anxiety | 1.5*** (0.3) | 1.4*** (0.3) | -0.6*** (0.2) | -0.3 (0.2) | -0.8*** (0.2) | -0.7** (0.2) | -0.1 (0.2) | 0.2 (0.3) | -0.3* (0.2) | -0.1 (0.2) | -0.2 (0.2) | -0.1 (0.2) |
| Avoidance | 0.5 (0.3) | 0.3 (0.3) | -0.3 (0.2) | -0.3 (0.2) | -0.4* (0.2) | -0.2 (0.2) | -0.04 (0.2) | -0.06 (0.2) | -0.2 (0.1) | -0.2 (0.2) | -1.0*** (0.2) | -0.8*** (0.2) |
| Chronic Diseases | -0.02 (0.2) | -0.01 (0.2) | -0.4** (0.1) | -0.4*** (0.1) | -0.3* (0.1) | -0.4** (0.1) | -0.3* (0.1) | -0.4** (0.1) | -0.3 (0.1) | -0.2 (0.1) | -0.2* (0.1) | -0.3** (0.1) |
| CIRS | 0.1 (0.1) | 0.1 (0.1) | 0.02 (0.1) | 0.0 (0.19) | -0.04 (0.1) | 0.03 (0.08) | 0.05 (0.1) | 0.06 (0.07) | -0.03 (0.1) | -0.06 (0.05) | 0.1 (0.1) | 0.1 (0.1) |
| Age | -0.06 (0.04) | 0.02 (0.05) | 0.06 (0.03) | 0.04 (0.04) | 0.04 (0.03) | 0.06 (0.04) | 0.08* (0.03) | 0.06 (0.03) | -0.02 (0.03) | -0.01 (0.03) | 0.01 (0.03) | 0.01 (0.03) |
| Sex (dichotom) | 2.5 (2.0) | -4.2 (2.4) | 4.2 (1.5) | -0.6 (1.7) | 2.3 (1.5) | -1.0 (1.8) | 2.4 (1.4) | -0.6 (1.7) | 2.1 (1.1) | -0.7 (1.3) | 3.0* (1.3) | 1.1 (1.5) |

*p < 0.05; ** P < 0.01; ***p < 0.001; t1 =baseline; t2 = follow up (after 12 months)

Ergebnisse II

Bindung und Selbstmanagement -Verhalten

Multivariate Analysen mittels Allgemeinen linearen Modell

Multivariate Testung= zeitgleiche Testung aller Subskalen des DMSQ -> Vorteil gegenüber Einzeltestung = Reduktion der Alphafehlerkumulierung.

Pillais-Spurkriterium (Angst) = 0.1; F (7, 219) = 2.6; **p < .05**

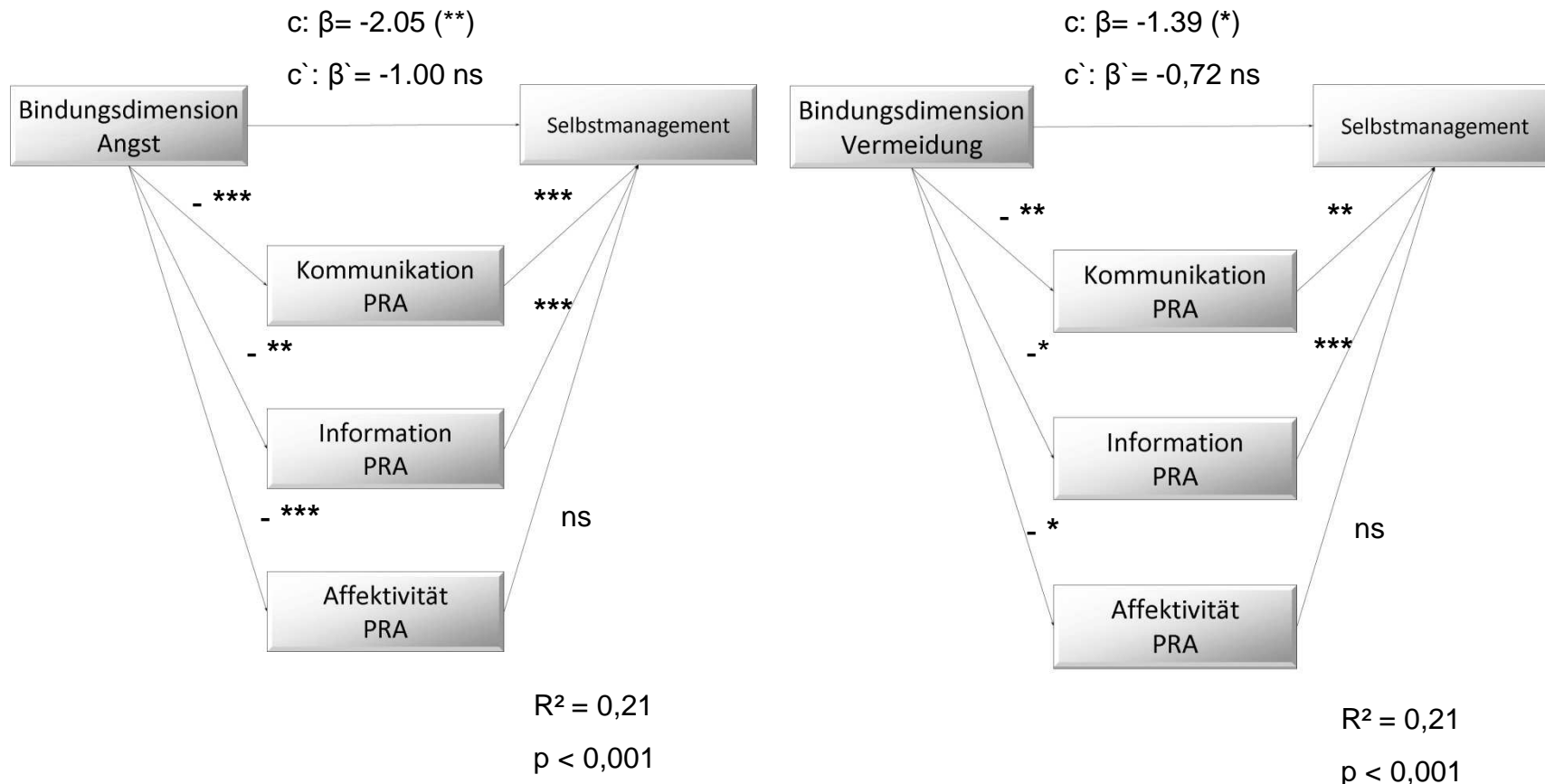
Pillais-Spurkriterium (Vermeidung) = 0.1; F (7, 219) = 2.6; **p < .05**

| Predictor Variable | Glucose Management | Dietary Control | Physical Activity | Health-Care Use | HbA1c |
|--------------------|--------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| t1 | t2 | t2 | t2 | t2 | t2 |
| | B(SE) | B(SE) | B(SE) | B(SE) | B(SE) |
| Anxiety | -0.07 (0.18) | -0.27* (0.12) | -0.50** (0.16) | -0.13 (0.11) | 0.15 (0.09) |
| Avoidance | -0,08 (0.19) | 0.19 (0.12) | 0.01 (0.16) | -0.26* (0.11) | 0.19* (0.09) |
| Chronic Diseases | 0.05 (0.10) | -0.04 (0.06) | -0.15 (0.09) | 0.04 (0.06) | -0.05 (0.05) |
| CIRS | 0.00 (0.06) | 0.02 (0.03) | 0.06 (0.05) | -0.02 (0.03) | 0.05 (0.03) |
| Age | 0.01 (0.03) | 0.01 (0.02) | 0.03 (0.02) | 0.01 (0.02) | 0.02 (0.01) |
| Sex (dichotom) | 0.47 (2.41) | -0.51 (1.51) | 1.24 (2.11) | -1.18 (1.42) | 0.61 (1.15) |

*p< 0.05; ** P< 0.01;***p<0.001; t1 =baseline; t2 = follow up (after 12 months)

Ergebnisse III

Bindung und Selbstmanagement – Fähigkeiten und Einfluss der Arzt-Patienten-Beziehung



Multiple Mediationsmodelle nach Preacher & Hayes (2008)

Kontrollvariablen: Alter, Geschlecht, Bildung, Multimorbidität (CIRS)

(Brenk Franz et al, 2014, unpublished Data)

Limitationen

Selektion der Patienten aus der Hausärztlichkeit

Operationalisierung von Bindung, Selbst-Management, Arzt Patienten Beziehung nur eingeschränkt möglich. Umfassendere Instrumente würden robustere Ergebnisse liefern.

-> Diese Studie kann zunächst nur explorative Hinweise geben, die von Folgeforschung geprüft werden müssen

Diskussion

Die bisherigen Ergebnisse geben Hinweise darauf:

1.) dass die individuellen Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten auch von der Bindung des Patienten abhängig sind.

-> erstmalig werden Selbstmanagement „Fähigkeiten“ und „Verhalten“ in diesem Zusammenhang rigoros untersucht.

2.) dass die Arzt-Patient-Beziehung einen Einfluss auf die Selbstmanagementfähigkeiten der Patienten hat und möglicherweise den Einfluss zwischen Bindung und Selbstmanagement vermitteln kann.

-> erstmalig kann der moderierende Effekt der vom Patienten wahrgenommenen Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung dargestellt werden.

-> erstmalig wurde die Krankheitslast / Schweregrad berücksichtigt.

Schlussfolgerung I

Dieser –entwicklungspsychologische- Blick auf den Patienten, geht über die ICD-basierte Erkrankungsklassifikation hinaus und kann eine Einschätzung des individuellen Umganges mit Krankheit ermöglichen. Dies dient so als **Basis für:**

- **die Anpassungen in der ärztlichen Beratung**
- aber auch für**
- **personalisierte / stratifizierte Interventionen zur Patientenselbstsorge.**



Schlussfolgerung II

Die „Arzt-Patient-Beziehung“ ist die wesentlich/ste Grundlage für die hausärztlichen Arbeit. Das ist unsere tägliche Erfahrung.

Der vorgestellte Einfluss der vom Patienten wahrgenommenen Qualität der „Arzt-Patient-Beziehung“ auf den Zusammenhang zwischen Bindung und Selbstsorgefähigkeiten bekräftigt

- **die Effekte unsers ärztlich-kommunikativen Handelns**

und

- **die Notwendigkeit einer adäquaten Ausbildung in diesem Bereich.**

... herzlichen Dank





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

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

ECR-RD12 (Brenk-Franz, Ehrenthal, et al. Version 1.0, 2011)



Institut für
Allgemeinmedizin
Friedrich-Schiller-Universität

| Die folgenden Aussagen beziehen sich darauf, wie Sie sich in emotional bedeutsamen Partnerschaften fühlen. Von Interesse ist für uns dabei vor allem, wie Sie <u>im Allgemeinen</u> Partnerschaften erleben, nicht so sehr, was gerade in einer aktuellen Partnerschaft passiert. Bitte nehmen Sie zu jeder Aussage Stellung, indem sie eine Zahl ankreuzen, um darzustellen, wie sehr sie der Aussage für sich zustimmen. | | stimme gar nicht zu | | | | | | stimme völlig zu |
|--|--|---------------------|---|---|---|---|---|------------------|
| 1 | Ich habe Angst, die Liebe meines Partners/meiner Partnerin zu verlieren. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2 | Ich mache mir oft Sorgen, dass mein Partner/meine Partnerin nicht bei mir bleiben will. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3 | Ich fühle mich wohl damit, meine privaten Gedanken und Gefühle mit meinem Partner/meiner Partnerin zu teilen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4 | Es fällt mir schwer, mich auf meinen Partner/meine Partnerin zu verlassen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5 | Ich befürchte, dass ich meinem Partner/meiner Partnerin weniger bedeute, als er/sie mir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6 | Ich ziehe es vor, meinem Partner/meiner Partnerin nicht nahe zu sein. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7 | Mir wird unwohl, wenn ein Partner/eine Partnerin mir sehr nahe sein will. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | Ich habe den Eindruck, dass mein Partner/meine Partnerin nicht so viel Nähe möchte wie ich. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9 | Ich bespreche vieles mit meinem Partner/meiner Partnerin. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10 | Ich habe Angst, dass sobald ein Partner/eine Partnerin mich näher kennen lernt, er/sie mich nicht so mag, wie ich wirklich bin. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11 | Es macht mich wütend, dass ich von meinem Partner/meiner Partnerin nicht die Zuneigung und Unterstützung bekomme, die ich brauche. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12 | Es fällt mir leicht, meinem Partner/meiner Partnerin gegenüber liebevoll zu sein. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

**ECR-RD12 (Brenk-Franz, Ehrental, et al.
Version 1.0, 2011)**



Institut für
Allgemeinmedizin
Friedrich-Schiller-Universität

- **Skala Bindungsbezogene Angst (Anxiety, BANG)**
- Items 1, 2, 5, 8, 10, 11
-
- **Skala Bindungsbezogene Vermeidung (Avoidance, BVER)**
- Items 3, 4, 6, 7, 9, 12