

# Ein langer steiniger Weg - Behandlungsergebnisse von DIS-PatientInnen

Was ist messbar? Was ist machbar?

Dr. med. Kornelia Sturz, Romy Bittner und Sina Mantheé

# Behandlungsprozesse

Behandlung komplex traumatisierter Menschen

- abgesicherte Diagnostik (F44.81 Dissoziative Identitätsstörung)
- gut aufgestelltes ambulantes Helfernetz
- stationärer Aufenthalt in einer spezialisierten Klinik – oft auch mehrfach



# Behandlungsprozesse



# Behandlungsprozesse



# Behandlungsprozesse



# Retrospektive Befragung von Patientinnen mit Dissoziativer Identitätsstörung

- Stichprobe: Alle Patientinnen der Klinik am Waldschlösschen mit der Diagnose Dissoziative Identitätsstörung (DIS) jemals
- Fragebogenzusammenstellung von standardisierten und nicht standardisierten Verfahren
- Besonderheit: Antwortmöglichkeit für mehrere Persönlichkeitsanteile
- Befragungszeitraum: April bis Juli 2018

# Aktueller Forschungsstand

- Two-Year Follow-Up of Inpatients With DID (Ellason, J. & Ross, C., 1997)
- A Longitudinal Naturalistic Study of Patients With Dissociative Disorders Treated by Community Clinicians (Brand et al., 2013)
- Keine Studien mit Antwortformat

# Standardisierte Verfahren

- Somatoform Dissociation Questionnaire SDQ (Nijenhuis et al., 1996)
- Kurzform des Fragebogen zum Gesundheitszustandes SF-12 (Kirchberger & Bullinger, 1998)
- Skala für Impulsives Verhalten – 8 (Kovaleva, Beierlein, Kemper, & Rammstedt, 2014)



# Selbstformulierte Fragen zu den Themen:

- Deskriptiven Statistiken
- Diagnose passend & hilfreich
- Alltagsstruktur subjektiv & objektiv
- Selbstschädigendem Verhalten
- Innenkommunikation
- Therapie in der Klinik am Waldschlösschen
- Ressourcen
- Freitextfeld für Anregungen

# Stichprobe

- Freiwillige Teilnahme ohne Aufwandsentschädigung
- Von 103 Patientinnen konnten **N = 73 Frauen** im 1. Anschreiben kontaktiert werden
- **n = 32** reagiert, davon **n = 8** „Keine Teilnahme“ gewünscht
- **n = 24** Frauen, durchschnittlich  $M = 45.43$  Jahre ( $Mdn = 46$  Jahre,  $SD = 10.73$  Jahre) alt (Ausgeschlossen:  $n = 2$ )

# Stichprobe

- **$M = 2.77$  Aufenthalte** ( $Mdn = 3$ ,  $SD = 1.07$ ) **vor  $M = 2.48$  Jahren** ( $Mdn = 1,98$ ,  $SD = 2.17$  Jahre)
- Familiärer Status: 60% ledig, 25% getrennt, 10% verheiratet, 5% verwitwet
- Beruflicher Status: 55% berentet, 20% arbeitslos/nicht erwerbstätig, 15% berufstätig (Teilzeit), 10% Hausfrau, 10% berufstätig (Vollzeit)
- **$n = 92$**  verschiedene Persönlichkeitsanteile, **durchschnittlich  $M = 4.14$**  ( $Mdn = 3.5$ ,  $SD = 2.8$ )

# Ergebnisse Skala Impulsives Verhalten - 8

Probanden zeigen höhere Werte in den Skalen Absicht & Ausdauer und niedrigere in den Skalen Dringlichkeit und Risikobereitschaft, was **gegen eine hohe Impulsivität** spricht.

- Dringlichkeit  $M = 2.88$  ( $n = 45$ ,  $Mdn = 3$ ,  $SD = 1.26$ )
- Risikobereitschaft  $M = 2.82$  ( $n = 49$ ,  $Mdn = 3$ ,  $SD = 1.12$ )
- Absicht  $M = 3.61$  ( $n = 56$ ,  $Mdn = 4$ ,  $SD = 1.13$ )
- Ausdauer  $M = 3.63$  ( $n = 46$ ,  $Mdn = 4$ ,  $SD = 0.99$ )

# Ergebnisse zum selbstschädigenden Verhalten

Im letzten Jahr:

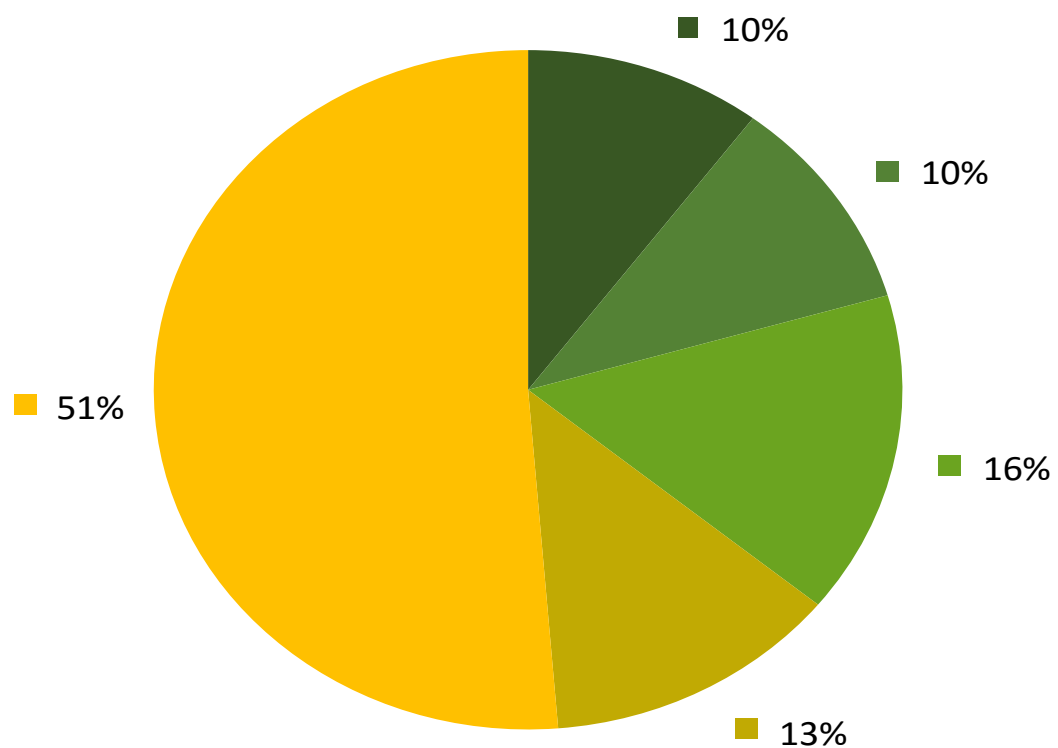
- Selbstverletzendes Verh.: 46,7% davon 29,4% chirurgiepflichtig (n=45)
- Selbstschädigendes Essverhalten: 35,3% Hungern (n = 32), 15,5% Diäten (n = 33)
- Täterkontakt der mit Übergriffen einher ging (n = 34): 29,4%
- Körper sexualisierend eingesetzt (n = 32): 29,4%
- Missbräuchlicher Alkoholkonsum (n = 40): 17,5 % (Bohus & Gunderson 1984; Jerschke et al. 1998)
- Drogenkonsum (n = 37): 10,8%

## **Borderline PS**

- 80% selbstschädigendes Verhalten
- 21-67% Substanzmissbrauch
- 53% Essstörungen

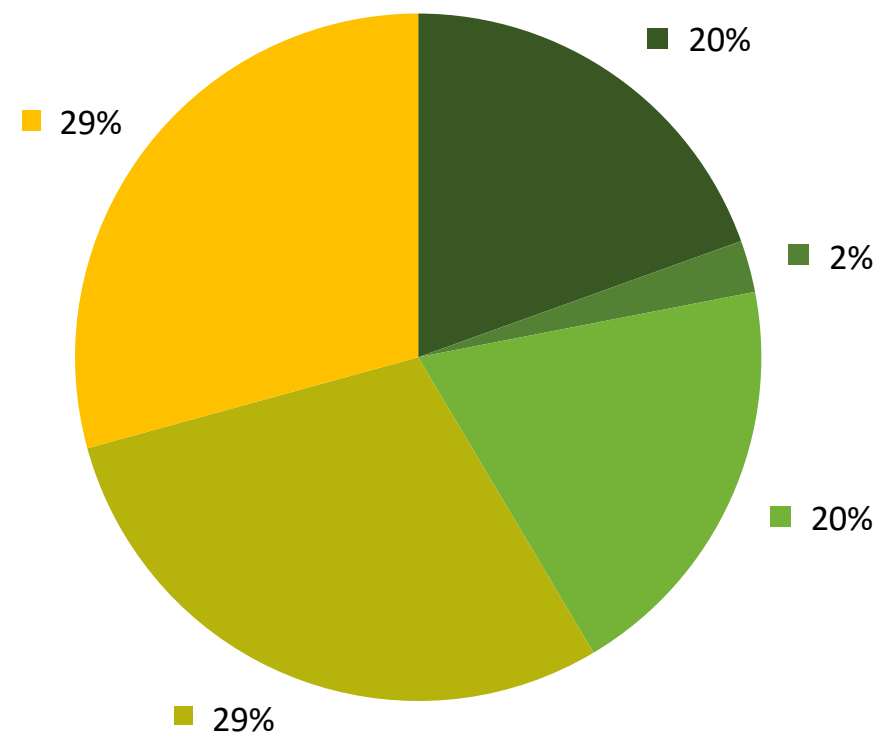
# Ergebnisse: Diagnose

Diagnose passend (n = 39)



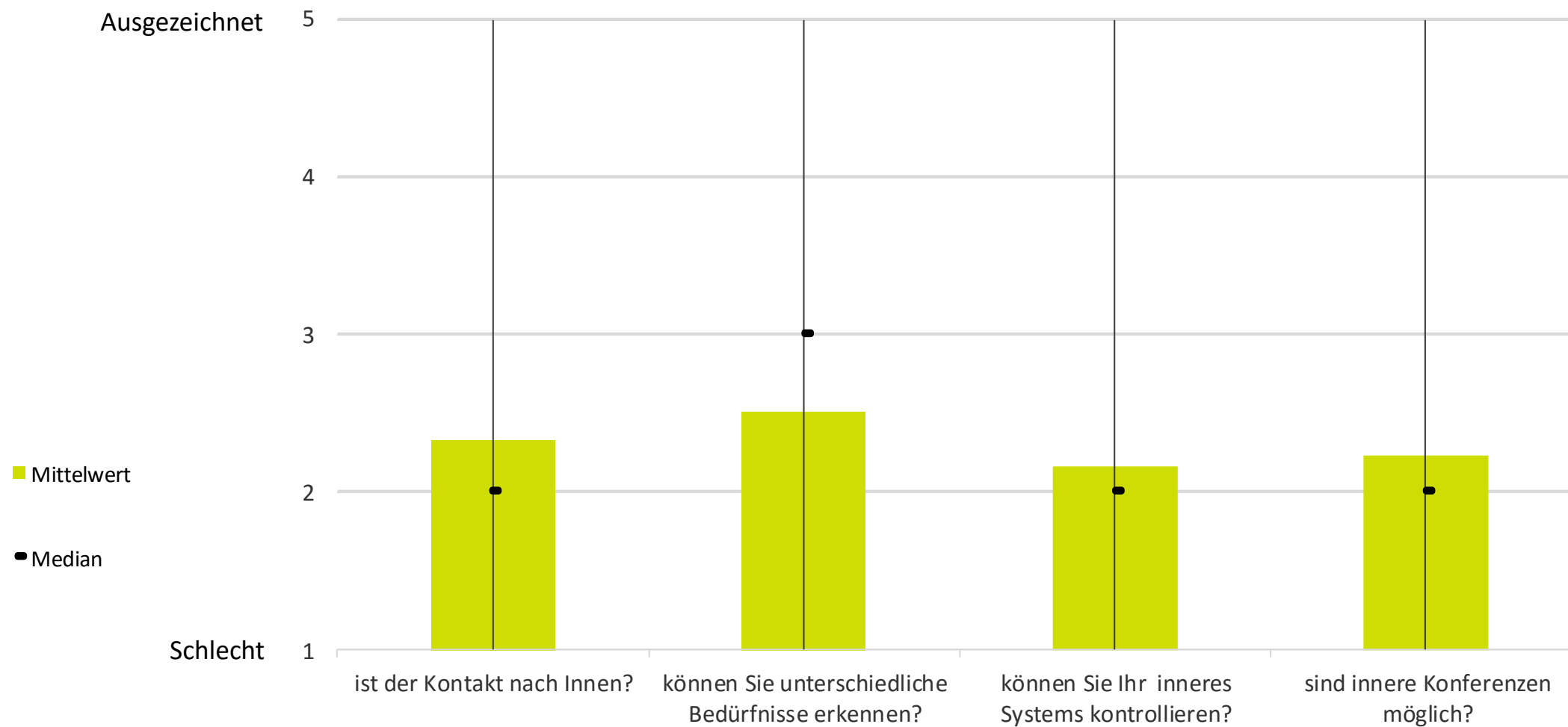
■ überhaupt nicht ■ etwas ■ ziemlich ■ sehr ■ sehr stark

Diagnose hilfreich (n = 41)

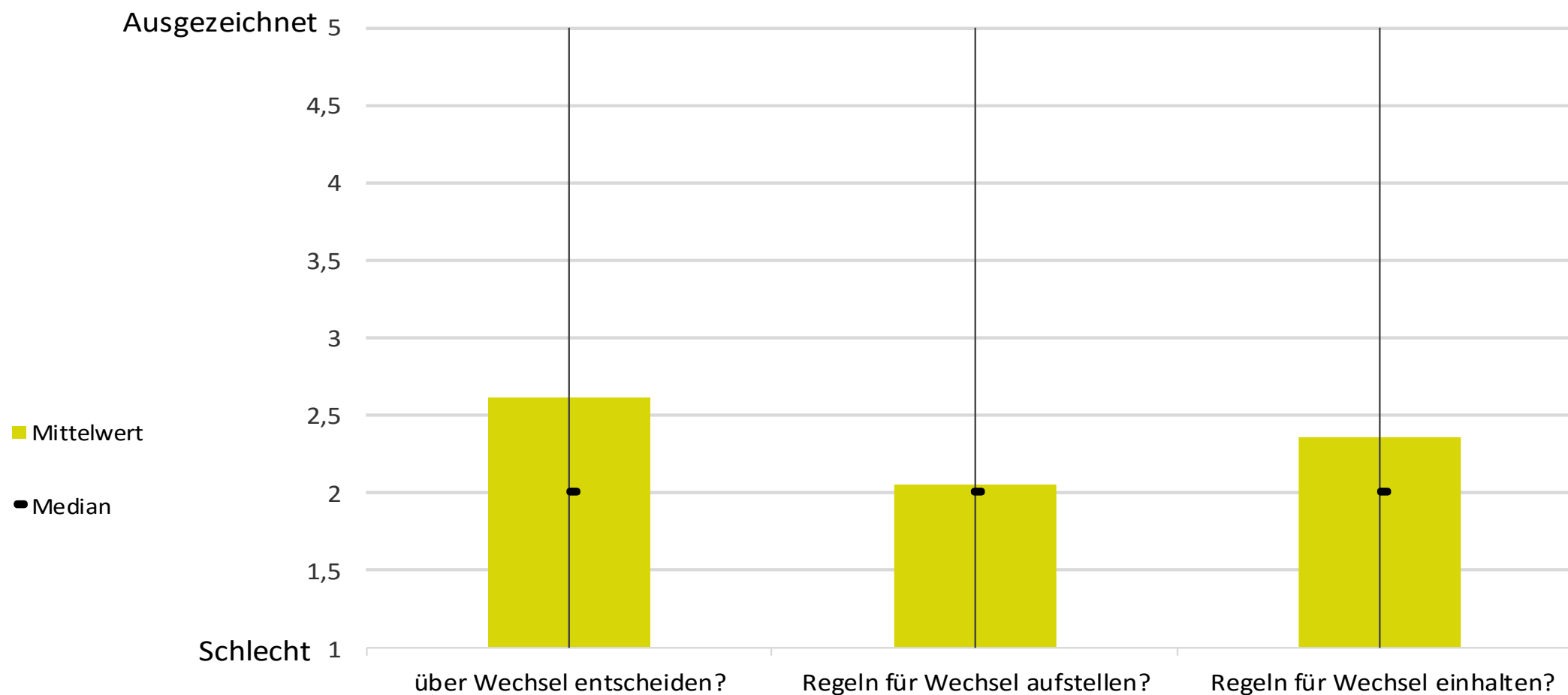


■ überhaupt nicht ■ etwas ■ ziemlich ■ sehr ■ sehr stark

# Kommunikation: Wie gut ...

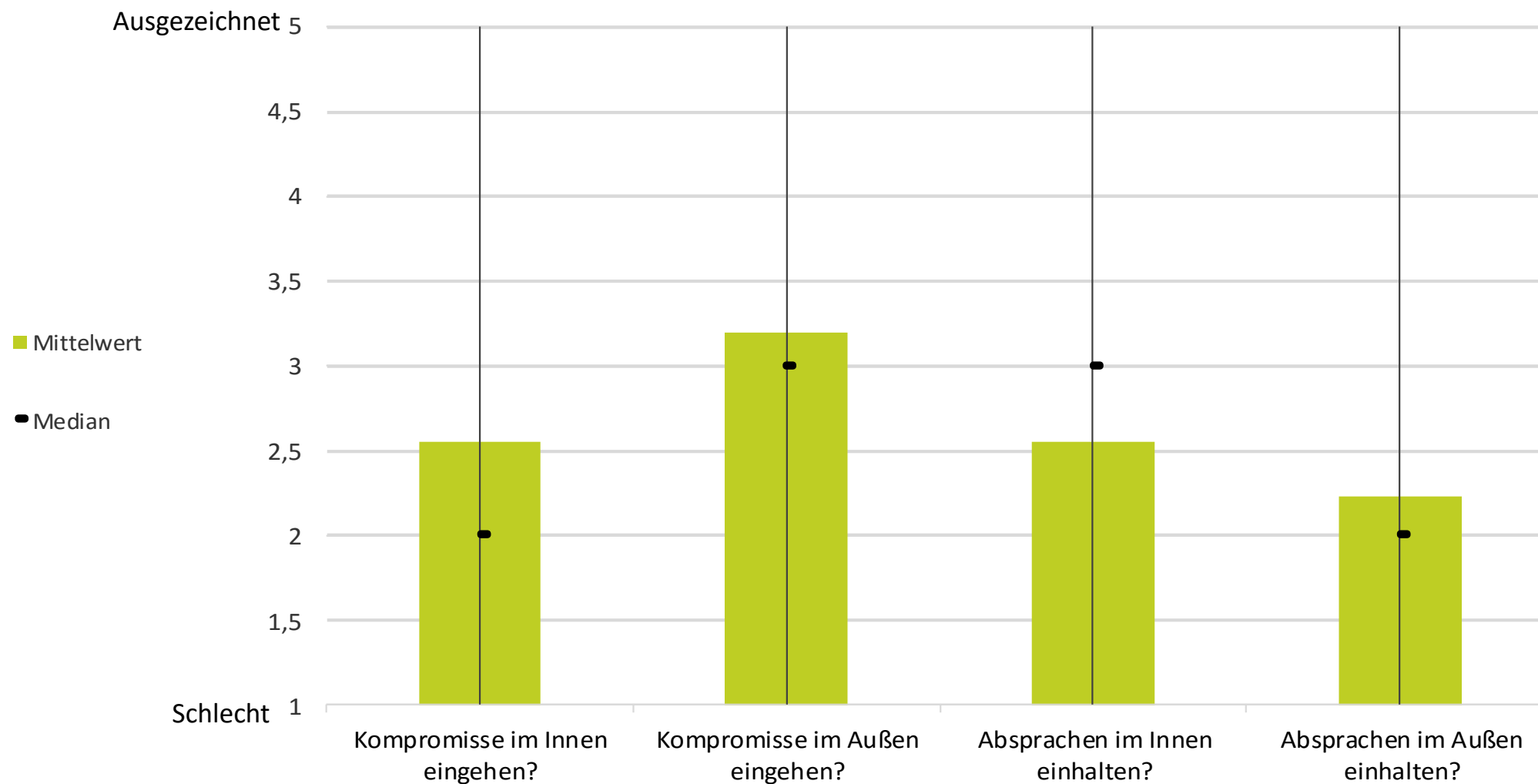


# Kommunikation: Wie gut können Sie ...

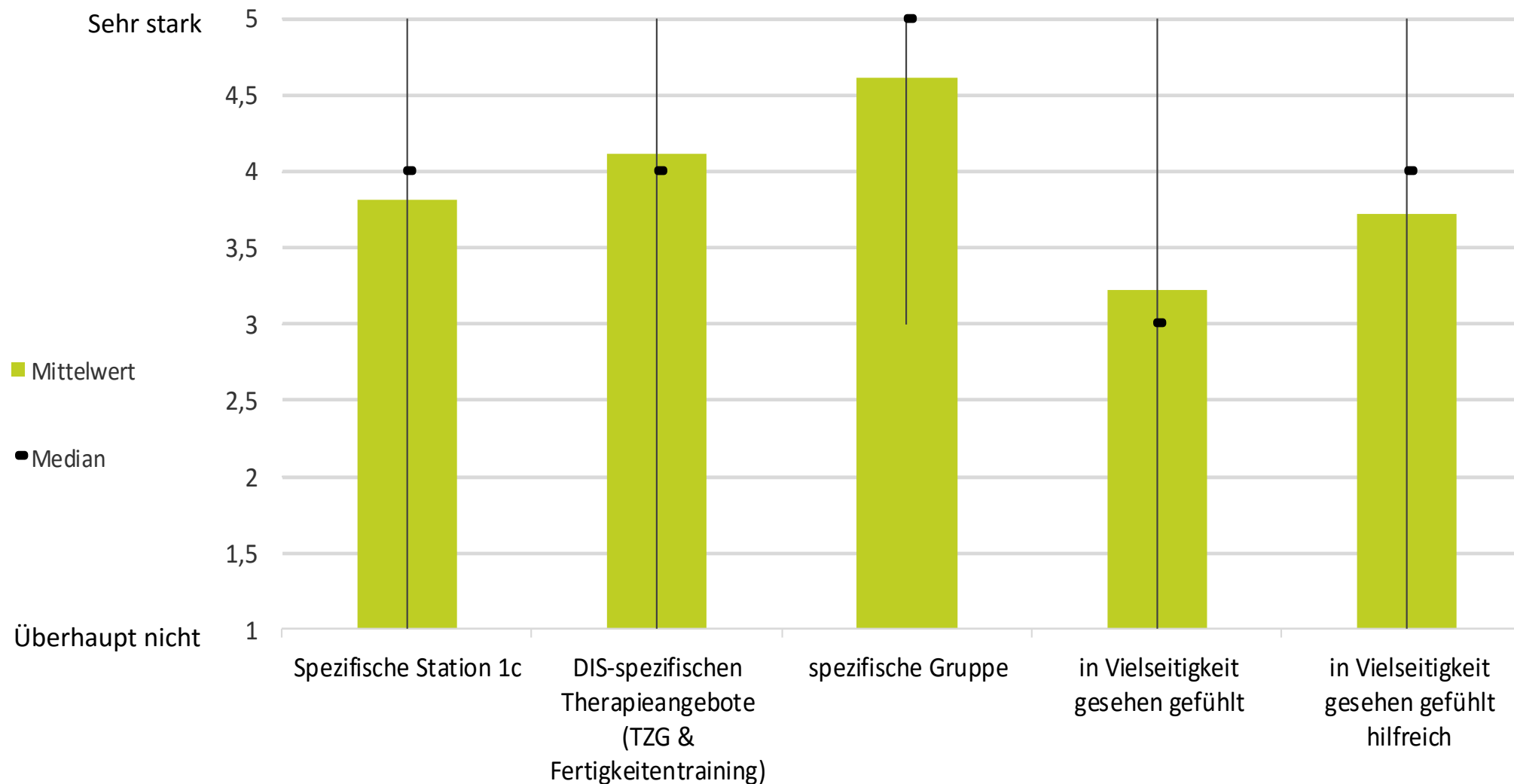




# Kommunikation: Wie gut können Sie ...



# Ergebnisse: Therapie in der Klinik



# Was sagen uns die Daten?

- Trotz positiv Auswahl:
  - Inneres System nicht gut kontrollierbar, Kompromisse & Absprachen schwierig
  - Konferenzen schlecht möglich & Wechsel eher unkontrolliert
  - Psychische und körperliche GF liegen im unterdurchschnittlichen Bereich
  - Täterkontakt mit Übergriffen bei 30%

# Was sagen uns die Daten?

- Keine hohe Impulsivität
- Drogen, Alkohol, selbstschädigendes Essverhalten
- Diagnose passend & hilfreich
- Spezifisches Therapieangebot hilfreich

# Anregungen, Hinweise oder Informationen

- Antwortmöglichkeit für verschiedene Anteile (n = 9/15 )
  - n = 17 haben Antwortmöglichkeit genutzt
  - nimmt den Konflikt zwischen Anteilen raus
  - „Farben (Auswertung) klingt gut & wird versucht“
  - „Auswahl für 4 Zeilen treffen, das ist unmöglich“
  - „Suggeriert ein Bild, dass nicht unserer Realität entspricht.“

# Limitierungen der Befragung

- Selbstselektion der Stichprobe durch freiwillige Teilnahme
- Selbstformulierte Fragen nicht standardisiert
- Diagnose DIS
  - *„Ich lese nicht nochmal drüber, dann würde ich alle Antworten ändern.“*
  - Wegstreichen von Antworten
  - Grundvoraussetzung Kommunikation im Innen
- Fragebögen für Erwachsene – Was ist mit kindlichen Anteilen?
- Soziale Erwünschtheit / Angst vor der Reaktion des Bezugstherapeuten

# Was ist messbar? Was ist machbar?

- „Therapie hat immer einen Effekt, auch wenn es schwer kommunizierbar ist.“ → Messung?
- Die Vielseitigkeit richtig sehen - Differenzierte Betrachtung der ANPs/EPs
- Welches Kriterium steht für Therapieerfolg? Geeignetes Erhebungsinstrument?
- Ethik – Zumutbar
- Sind Interviews der einzige Weg?

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!