

Behandlungskrisen – Behandlungsverläufe bei PatientInnen mit schweren dissoziativen Störungen

DeGPT Tagung 2006

Michaela Huber
www.michaela-huber.com

Krisen und Behandlungsdauer: Prognosen nach Klufft etc.:

- A. PatientInnen mit DDNOS/DIS und YAVIS-Kriterien sowie Resilienzfaktoren, hoch funktional, mit und ohne komplexer PTSD.
- B. PatientInnen mit DDNOS/DIS plus komplexer PTSD plus Psychosenähe/
Persönlichkeitsstörungen/schweren affektiven Störungen,
dysfunktionale Stressbewältigung
- C. PatientInnen mit DDNOS/DIS plus B plus intensivem Täterkontakt bzw. fortgesetztem Trauma und/oder eigener Täterschaft. Häufig vorzeitig berentet.

Krisen und Behandlungsdauer:

Verläufe 1:

- A. PatientIn von Tätern getrennt lebend, frühe Diagnosestellung, stabiles Setting ambulant (wenn die 80-120 Kassenstunden vorbei sind, gelingt Überbrückung bis zum nächsten Set...), stationär bei Krise oder intermittierende stationäre Arbeit; gute Bindungsfähigkeit.
- Verlauf abhängig vom Alltagsfunktionieren: Wenn Funktionalität hoch, wird weniger Arbeit mit dem Innensystem gewünscht. Wenn nächste Krise und Alltagsfunktion gefährdet: mehr Innenarbeit möglich.
- Flexibilität der TherapeutIn gefordert, an jeweiliges Funktionsniveau angepasst.
- PatientInnen sind für TherapeutIn „so dankbar wie ein Usambaraveilchen ;) hoher Belohnungsfaktor.

Krisen und Behandlungsdauer:

Verläufe 2:

- B. Patientin mit Täterkontakt, Diagnose prozessorientiert und von klinischer Kenntnis bzw. Vordiagnosen abhängig (SVW → Borderline; Depression; Ängste; bei ♂ Dissozialität etc.); intensive Übertragungs –Gegenübertragungs-Probleme, Bindungsstörung: Täterübertragung, Vertrauen-Misstrauen, Schmerz hilft und Hilfe schmerzt...
- Häufig mehrere TherapeutInnen, entweder als „serielle Monogamie“ ;) oder gleichzeitig, kein gutes Netz.
- Therapeutin hat „Durchhalteprobleme“ sowie Probleme mit der Finanzierung und der Kooperation mit anderen Einrichtungen. Ergo: Helfernetz etablieren und strategisch die Behandlung längerfristig planen!

Krisen und Behandlungsdauer: Verläufe 3:

- C. PatientIn mit fortgesetzter Traumatisierung und hoher Achse II-Komorbidität: Erst sichere Bindungserfahrung nötig; Helfernetz: Beratung, Begleitung, Betreuung, Psychiatrie, Psychotherapie in Langzeitbehandlung, häufige Abbrüche.
- Intensive Ü-GÜ-Dynamik (Täter-Retter; overinvolvement; Zynismus – Burnout – compassion fatigue – Sekundärtrauma...)
- TherapeutIn neigt dazu, von der PatientIn „enttäuscht“ zu sein und sich abzuwenden.
- Auf Dauer nur etwas für wirklich intrinsisch motivierte und persönlich wie beruflich erfahrene KollegInnen.

Es lohnt sich dennoch, weil

- Gruppe A: Hoher Belohnungsfaktor.
- Gruppe B: Kooperation mit verschiedenen Einrichtungen nötig, aber immer noch gute Prognose.
- Gruppe C: Wer mit sehr kleinen Fortschritten und langfristig damit zufrieden sein kann, dass die PatientIn schließlich nicht mehr traumatisiert (der Patient nicht mehr rückfällig) wird, und daher auch die nächste Generation geschützt heranwächst, kann durchaus beruflich erfolgreich mit dieser Klientel arbeiten.