

2.6 Wechselwirkungen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung der dissoziativen Identitätsstörung (DIS) – am Beispiel der Niederlande

Felix Olthuis

In diesem Kapitel wird ein transmurales Behandlungsmodell beschrieben, in dem ambulante Behandlungsformen bevorzugt werden. Das Modell bezieht sich auf Erfahrungen und Gegebenheiten in den Niederlanden.

Ist eine stationäre Behandlung unvermeidlich, ergeben sich verschiedene Möglichkeiten: Zunächst werden die Indikationen für die stationäre Behandlung erörtert, anschließend werden die Vor- und Nachteile der Wahlmöglichkeiten erwogen. Die Möglichkeiten allgemeinspsychiatrischer Stationen werden denen von Spezialstationen gegenübergestellt. Auf die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Behandlung und einer guten Zusammenarbeit zwischen ambulanten Therapeutinnen und den Stationen wird hingewiesen. Die unterstützende Aufgabe der ambulanten Therapeutinnen bei der Verwirklichung der Ziele der stationären Therapie sowie die Hindernisse bei der Erfüllung dieser Aufgabe werden dargestellt.

Zum Schluss wird das Modell der LCVT vorgestellt (LCVT=Nationale Zentren für chronifizierte frühe Kindheitstraumatisierungen; Landelijk Centrum voor Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering).

Einleitung

Die Behandlungsmöglichkeiten für DIS-Patientinnen sind in den letzten 20 Jahren enorm gestiegen. Aus unterschiedlichen therapeutischen Paradigmen wurden Methoden entwickelt. Welche Therapieform auch immer verwendet wird, der Aufbau und die Erhaltung eines guten Arbeitsbündnisses mit einer DIS-Patientin bleibt, wie bei Patientinnen ohne DIS, eine *Conditio sine qua non*. Das tiefe Misstrauen gegen die Therapeutinnen, das DIS-Patientinnen kennzeichnet, macht die Kontaktaufnahme zu einer Aufgabe, die viel Geduld, Ausdauer und Standhaftigkeit erfordert.

Die klinische Behandlung

Obschon die Behandlung von DIS im Prinzip zu einem stabilen und zufriedenstellenden Ergebnis führen kann (Chu 2007; Cloitre 2009; Van der Kolk et al. 2005), sollte man daran denken, dass es sich um einen chronischen Angstzustand handelt, in dem sich Krisen und regressive Zustände regelmäßig wiederholen (Ganaway 1989; Kluft 1991a; Prabhswamy et al. 2006; Ross et al. 2001; Sakheim et al. 1988; Spinazzola et al. 2005; Steinmeyer 1991; Van der Hart et al. 2006).

Der Ernst der Symptome und die Tiefe der Krise von Patientinnen mit DIS führen des Öfteren zu Spannungen in ambulanten Behandlungen. Insbesondere dann, wenn die Patientin eine Gefahr für sich selbst oder für andere ist, kann eine stationäre Aufnahme unvermeidlich sein. Suizidalität, Flashbacks, Automutilation, extreme Gewichtsabnahme, Herumtreiben, Drogenabusus und unkontrollierte Aggressionen sind Beispiele für Verhaltensweisen, die einige Therapeutinnen für nicht ambulant behandelbar halten.

Eine stationäre Behandlung kann notwendig sein, um eine vermutete Krise zu verhindern. So kann die Verarbeitung von traumatischen Erinnerungen zu einer so starken Belastung der Patientin führen, dass die Sicherheit einer Station erwünscht ist. Einführung oder Veränderung einer medikamentösen Behandlung kann ebenfalls ein Anlass für eine stationäre Behandlung sein. Selbstverständlich befinden sich Patientinnen in stationärer Behandlung, bei denen erst während dieser die Diagnose DIS gestellt wird. Wenn eine Therapeutin nicht genügend in der Lage ist, einer Patientin ihre Grenzen deutlich zu machen, kann auch dies ein Grund für eine stationäre Behandlung sein. Neben dem Burnout-Risiko für die Therapeutinnen ist die Chance auf Besserung für die Patientin unter diesen Umständen eher klein. Oftmals gelangt eine ambulante Behandlung in eine Sackgasse und eine Auszeit ist sowohl für die Patientin wie für die Therapeutin die richtige Maßnahme. Der stationäre Therapeut kann in einer Beratung mit beiden die Situation evaluieren und Vorschläge machen, die eine stationäre Fortsetzung der Behandlung ermöglichen.

Schließlich kann die Patientin selber um eine stationäre Behandlung bitten. Dann wird die Station als ein Fluchttort gesehen, an dem sie vor Tätern oder eigenem gefährlichen Verhalten geschützt wird.

Zunächst werden die Vor- und Nachteile der stationären Behandlung auf allgemeinpsychiatrischen Stationen mit denen auf Spezialstationen verglichen, danach die (gesellschaftlichen) Veränderungen in der Beurteilung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung.

Spezialisiert versus allgemein

Das wichtigste Argument für eine Spezialstation ist die Möglichkeit, dass das Behandlungssetting vollständig auf die Behandlung von DIS abgestimmt werden kann. Krankenpflegepersonal und Therapeutinnen haben spezielle Kenntnisse, die Stationsregeln und v. a. Grenzen sind deutlich und die Patientinnen können keine Ausnahmeregeln verlangen. Der Nachteil liegt in der Konzentration von Patientinnen mit ernster Verhaltensproblematik auf einer Abteilung. Die Mitarbeiter werden ständig mit sehr belastenden Erzählungen über sexualisierte Gewalt, Misshandlungen und psychische Gewalt konfrontiert. Außerdem wiederholen die Patientinnen häufig, was ihnen angetan wurde und verlangen implizit Wiedergutmachung. Ein oft genannter theoretischer Einwand gegen Spezialstationen ist, dass Patientinnen das Verhalten anderer übernehmen oder nachahmen. Laut Kluft, Braun, Ross, Cole und anderen Leitern von Spezialstationen (mündliche Mitteilung an den Autor) wird dieses Phänomen aber selten wahrgenommen. Nachahmung ist meistens als ein Versuch der Patientin zu verstehen, eigene verwirrende Gefühle zu kontrollieren. Übrigens wird die Übernahme der Verhaltensformen anderer auch auf Allgemeinstationen beobachtet.

Damit die Vorteile die Nachteile überwiegen, muss viel in die auf Spezialstationen arbeitenden Therapeutinnen investiert werden: Supervision, Intervention, das Auffangen

nach belastenden Vorfällen, außergewöhnliche Besetzung in der Krankenpflege, Schulung, Sicherheit usw. (Kluft 1991a; Trappler und Newville 2007). In den USA funktionierten einige Spezialstationen bis zur Abschaffung der finanziellen Basis durch die Veränderung des Versicherungswesens einigermaßen erfolgreich (*Managed Care*).

Die Vor- und Nachteile der stationären Behandlung von DIS-Patientinnen auf allgemeinpsychiatrischen Stationen sind spiegelbildlich zu denen der Spezialstationen. Wird die Anzahl der DIS-Patientinnen auf drei begrenzt, ist die Belastung der Mitarbeiter auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen erträglich und es sind keine besonderen Maßnahmen erforderlich. Die Nachteile liegen v.a. im Bereich des Umgangs. Die DIS-Patientin wird als eine Besonderheit angesehen, bekommt häufig (zu) viel Aufmerksamkeit und verleitet die Mitarbeiter zu Ausnahmen von den Stationsregeln. Häufig entsteht eine Spaltung im Team, was sich letztendlich immer nachteilig für die Patientin erweist (Zucker et al. 2006). Außerdem hat das Team zumeist einen Mangel an Wissen und Fähigkeiten in Bezug auf die spezielle Behandlung und wird die ambulanten Therapeutinnen des Öfteren von der Therapie fernhalten. Man benötigt zu viel Zeit und Energie, um Maßnahmen vorzuschlagen und zu implementieren, die diese Nachteile ausgleichen würden.

Ist in den USA die obige Fragestellung auch nicht mehr relevant, weil es dort für DIS-Patientinnen keine Spezialstationen mehr gibt, so besteht in Deutschland und in den Niederlanden die Wahl noch immer. In beiden Ländern sind das Wissen und die Fähigkeiten in vereinzelt Krankenhäusern vorhanden, die eine spezialisierte DIS-(Sub-)Station haben (Olthuis 1992; Olthuis u. de Bruin 1994). Es gibt auch Stationen, die sich auf Patientinnen mit schwierig zu behandelnden Beschwerden und Verhaltensweisen eingerichtet haben, auf der verhältnismäßig viele DIS-Patientinnen verbleiben und dementsprechend viel Know-how aufgebaut wurde.

Gesellschaftliche und fachinhaltliche Veränderungen

Auf unterschiedlichen Gebieten kann man in den letzten 20 Jahren Veränderungen wahrnehmen, die einen großen Einfluss auf das Setting ausüben, in dem DIS-Patientinnen behandelt werden. Sowohl in den USA wie auch in Europa üben die Kostenträger einen starken Druck aus, Behandlungen zu verkürzen oder weniger kostspielig werden zu lassen. Gleichzeitig fragt die Gesellschaft nach Behandlungen, die mehr von den Bedürfnissen der Patientinnen ausgehen und mehr mit der Notwendigkeit von anhaltender gesellschaftlicher Integration rechnen. Hinzu kommen die Ausübung neuer Behandlungstechniken und die *Transmuralisierung* im Gesundheitswesen. Die Mauern zwischen stationärer und ambulanter Dienstleistung verschwinden. In diesem Klima ist es verständlich, dass die evtl. negativen Aspekte einer stationären Behandlung wie regressives Verhalten, Stigmatisierung und gesellschaftliche Folgen schwerer wiegen. Das Resultat dieser Entwicklung ist, dass mehr Behandlungen von DIS-Patientinnen ambulant durchgeführt werden (können) als zuvor.

Mit Veränderungen sind auch Nachteile verbunden. Wenn Patientinnen zu schnell und unzureichend stabilisiert nach einer stationären Krisenbehandlung wieder nach Hause geschickt werden, ist die nächste Krise schon vorherzusehen. In anderen Fällen kann eine Behandlungsintensität erforderlich sein, die ambulant nicht realisierbar ist. Ist die Patientin nicht fähig, sich außerhalb der Klinik zu schützen, ist eine stationäre Behandlung nicht die schlechteste Alternative, solange ausreichender Schutz gewährleistet ist.

Transmurales Modell

Die gegenwärtige Situation verlangt ein pragmatisches Modell für die Behandlung von DIS-Patientinnen, in dem die oben beschriebenen Elemente so gut wie möglich zum Ausdruck kommen und in dem man auf die Wünsche der Patientinnen eingeht, ohne professionelle Standards aufzugeben.

DIS-Patientinnen sollten vorzugsweise ambulant behandelt werden. Bei kurzfristigen stationären Behandlungen, präventiv oder in einer Krise, sollte man allgemeinspsychiatrische Stationen vorziehen, bei (notgedrungen) länger dauernden stationären Behandlungen wird eine Spezialstation empfohlen. Eine Kontinuität der Behandlung, unabhängig vom Behandlungssetting, sollte an erster Stelle stehen (Abb. 2.1 a–c).

1. Die Behandlung wird während einer stationären Krisenbehandlung durch den ambulanten Therapeuten fortgesetzt (Abb. 2.1 a).
2. Die ambulante Therapeutin setzt während länger dauernder stationärer Behandlung auf einer spezialisierten Station die Behandlung fort (a). Falls dies nicht möglich ist, übernimmt die stationäre Therapeutin die Behandlung (b). Nach der Entlassung setzt die ambulante Therapeutin die Behandlung fort (Abb. 2.1 b).
3. Die DIS-Behandlung wird auf einer spezialisierten Station begonnen. Die stationäre Therapeutin wird nach der Entlassung zur ambulanten Therapeutin (Abb. 2.1 c).

Erste Variante. Bei der ersten Variante wird von einer ambulanten Behandlung gesprochen, in der eine kurzfristige stationäre Behandlung von einem Tag bis zu einigen Wochen notwendig ist. Eine evtl. notwendige stationäre Behandlung sollte zuvor mit der Patientin

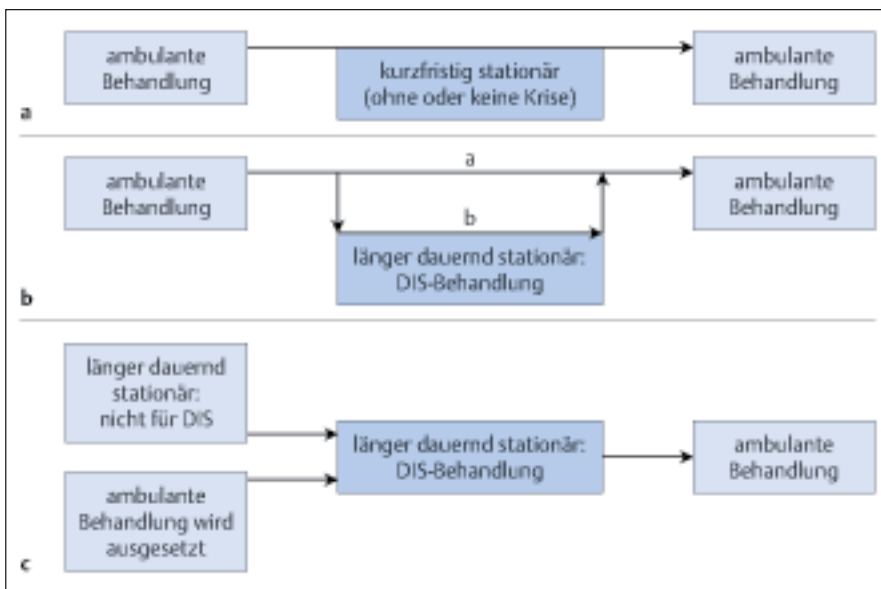


Abb. 2.1 a–c Verlauf der Behandlung in der schematischen Darstellung.

besprochen werden (Krisenplan). Man kann mit der vorgesehenen Station und der Patientin über Behandlungsinhaltliche und praktische Aspekte sprechen. Wenn die Stationspolitik das zulässt, führt die ambulante Therapeutin die Behandlung während der stationären Behandlung weiter. Ist die ambulante Therapeutin keine Psychiaterin und wird dadurch der Kontakt zur Station behindert, kann es von Nutzen sein, eine ambulant arbeitende Psychiaterin zuzuziehen, die als Gesprächspartnerin akzeptiert wird.

Obwohl es viel Zeit und Energie kostet, sollte die ambulante Therapeutin mögliche Probleme der stationären Behandlung antizipieren. Weil es regelmäßig vorkommt, dass die verantwortliche stationäre Therapeutin (oftmals eine Psychiaterin) keine Erfahrung in der Behandlung von dissoziativen Störungen hat, oder in Bezug auf die Diagnose DIS sehr skeptisch ist, sollte die ambulante Therapeutin bereit sein, das Stationsteam zu schulen. Eine Verleugnung der Diagnose kann eine sehr negative Wirkung auf die Patientin haben, u.a. eine Zunahme von „Acting-out“. Dies kann evtl. späteren stationären Behandlungen im Weg stehen. Der Gewinn dieser Investition ist ein doppelter: Der Patientin wird auf der Station eine positive und produktive Situation ermöglicht und das Stationsteam wird für zukünftige stationäre Behandlungen von DIS-Patientinnen trainiert (Chu 1988, 1992, 2007).

Die jeweiligen Verantwortlichkeiten der stationären und der ambulanten Therapeutinnen müssen genau vereinbart werden:

- Der Behandlungsplan für eine stationäre Phase wird festgelegt.
- Die Abgrenzung therapeutischer Maßnahmen wird abgesprochen.
- Die Anleitung des Krankenpflegepersonals und anderen nichttherapeutischen Personals wird geregelt.
- Über den Umgang mit möglichen Beschwerden der Patientin hinsichtlich der Begegnung mit Stationsmitarbeitern und anderen Patientinnen muss Übereinstimmung erreicht werden.

Zweite Variante. Bei der zweiten Variante wird die ambulante durch eine längerfristige stationäre Behandlung unterbrochen. Die Patientin ist dermaßen destabilisiert, dass die Notwendigkeit einer länger dauernden stationären Behandlung (drei Wochen bis zu einigen Monaten) vorherzusehen ist. Können bei einer kurzfristigen stationären Behandlung einzelne Umstände toleriert werden (unzureichende Erfahrung mit DIS, leichte Skepsis über die Diagnose etc.), führen bei einer längerfristigen stationären Behandlung derartige Umstände zu großen Schwierigkeiten bei Therapeutin und Patientin.

Wenn ein Platz auf einer spezialisierten Station gefunden wurde, kann in einer Beratung mit den Mitarbeitern der Station entschieden werden, ob die ambulante Therapeutin die Behandlung während des stationären Aufenthalts fortsetzt. Die Entscheidung kann zusammenhängen mit

- dem Grund für die stationäre Behandlung (die Therapeutin ist z.B. ausgebrannt, die ambulante Behandlung ist in einem starken Maße festgefahren),
- der Stationspolitik, die *auswärtige Therapeutinnen* zulässt oder nicht,
- praktischen Umständen wie z.B. einem langen Anfahrtsweg zur Klinik oder finanziellen Aspekten.

Wird beschlossen, dass die ambulante Therapeutin die Behandlung fortsetzt, empfiehlt es sich, den genannten Empfehlungen für die erste Variante zu folgen mit der Maßgabe, dass ein Training für die Mitarbeiter der Station nicht zur Sprache kommt.

Wenn die Fortsetzung der Behandlung durch die ambulante Therapeutin während der stationären Behandlung nicht möglich ist, die ambulante Behandlung jedoch nach der stationären Behandlung fortgesetzt werden soll, müssen Vereinbarungen getroffen werden über Kontakte während des Klinikaufenthaltes. Es kann z.B. vereinbart werden, dass die ambulante Therapeutin regelmäßig über die Entwicklungen der Patientin während der stationären Behandlung auf dem Laufenden gehalten wird und dass sie sich, wenn möglich, mit der Patientin und der stationären Therapeutin in regelmäßigen Abständen unterhält.

Kann die ambulante Therapeutin die Behandlung nach der stationären Behandlung nicht fortsetzen, entsteht eine Situation, die in der dritten Variante besprochen wird. Kann kein Platz auf einer spezialisierten Station gefunden werden, bleibt, wenn die stationäre Behandlungsindikation unvermindert gilt, die stationäre Behandlung auf einer allgemeinpsychiatrischen Station. In diesem Fall gelten die Empfehlungen, die für die erste Variante genannt wurden. Darüber hinaus wird ein bestimmtes Maß an Spaltung im stationären Team unvermeidlich sein und es muss mit dieser Spaltung umgegangen werden. Später werden einige typische Prozesse in der stationären Behandlung von DIS-Patientinnen besprochen.

Dritte Variante. In der dritten Variante wird eine Situation beschrieben, in der eine Patientin stationär auf einer spezialisierten Station behandelt wird und eine ambulante Therapeutin nicht (mehr) zur Verfügung steht. Es entstehen zwei Möglichkeiten:

- Die Station hat Therapeutinnen, die auch auf Teilzeitbasis und/oder ambulant arbeiten. In diesem Fall kann die stationäre Therapeutin die Behandlung ambulant fortsetzen. Die meisten DIS-Patientinnen schrecken nicht vor evtl. langen Reisezeiten zurück.
- Die Station hat keine derartige Therapeutin. Es ist dann zu empfehlen, so schnell wie möglich auf die Suche nach einer ambulanten Therapeutin zu gehen, die die Patientin weiter behandeln wird. Die ausgesuchte ambulante Therapeutin kann schon während der stationären Behandlung Kontakt zur Patientin und der stationären Therapeutin aufnehmen und Vorbereitungen für die ambulante Behandlung treffen. Wird nicht rechtzeitig eine ambulante Therapeutin gefunden, besteht die Gefahr, dass die stationäre Behandlung länger dauert, mit allen möglichen Folgen.

Mit der zweiten und dritten Variante vom hier beschriebenen transmuralem Modell wird schon viele Jahre auf einer spezialisierten Station in der „Klinik für Intensive Behandlungen Atlantis“ gearbeitet. Weil die Klinik mit einer ambulanten Einheit verbunden ist, entstehen keine Probleme, eine ambulante Therapeutin zu finden, die nach der stationären Behandlung die Behandlung fortsetzt.

Oftmals ist es jedoch schwierig, ambulante Therapeutinnen zu finden. Es gibt zu wenige und die wenigen, die es gibt, haben keine Zeit. Dieses allgemeine Problem muss (auch) durch die spezialisierten Stationen aufgefangen werden. Das Klinikpersonal kann zur Weiterbildung von ambulanten Therapeutinnen eingesetzt werden. Die Weiterbildung kann in Kursform, als Supervision und/oder Praktikum erfolgen. Es gibt außerdem ausgezeichnete Lehrbücher und Artikel für DIS-Therapeutinnen mit noch geringer Praxiserfahrung (Allin et al. 2005; Cloitre 2009; Herman 1992; Olthuis 1993a u. b; Lynn u. Rhue 1994; Phillips u. Frederick 1995; Dalenberg 1996; Opler et al. 2009; Putnam 1997; Courtois 1998; Chu 1998; Silberg 1998; Van der Hart et al. 2006).

Fallen in der stationären Behandlung

Patientinnen mit einer dissoziativen Identitätsstörung entbehren ein basales Vertrauen in Menschen. Ihre Erfahrungen bestehen aus Verletzungen ihrer Autonomie und körperlichen und psychischen Grenzüberschreitungen. Es ist demzufolge auch kein Wunder, dass sie andauernd Gefahren antizipieren und einer freundlichen Therapeutin Misstrauen entgegenbringen. Nach ihrer Erfahrung kann in jedem Augenblick ein Umschwung in der Begegnung stattfinden. Weil keine einzige Therapeutin sich wie eine Heilige verhalten kann, findet die Patientin früher oder später die Bestätigung für ihr Misstrauen: „Sehen Sie, man kann Ihnen nicht vertrauen!“

Im Gegensatz dazu besteht das Verlangen nach einem Retter, einer Person, die sie aus der traumatisierenden Situation erlöst. Einer oder zwei der Mitarbeiter werden idealisiert, die anderen werden zu Feinden. Spaltung im Team (Gabbard 1989, 2005), kann am besten durch wöchentliche multidisziplinäre Teamsitzungen verhindert oder aufgehoben werden, in denen beieinander Trost gefunden und Schulung angeboten werden kann. Dadurch, dass diese Treffen zwischen der Früh- und Spätschicht des Krankenpflegepersonals stattfinden, wird diese am meisten verletzte Disziplin eng in den Behandlungsprozess miteinbezogen. Spezielle Aufmerksamkeit ist dabei besonderen Vorfällen auf der Station zu schenken, wie z.B. tiefgreifenden Therapiesitzungen und Kalamitäten. Das Beste ist in diesem Fall, das Team trotz der späten Stunde und der Müdigkeit der Mitarbeiter augenblicklich zusammenzurufen, um den Vorfall ausgiebig zu besprechen und jedem Teammitglied die Gelegenheit zu geben, erlittene Emotionen zu durchleben.

Gegenseitiger Trost unter den Teammitgliedern ist auch wesentlich für die Handhabung der Stationsregeln und Behandlungsvereinbarungen. Viele der DIS-Patientinnen haben das Verlangen, *etwas Besonderes* zu sein, so wie sie früher in negativer Hinsicht *das Besondere* waren für den/die Missbraucher. Dieses Bedürfnis äußert sich einerseits in Fragen nach besonderen Vergünstigungen oder weniger strenger Anwendung der Regeln und andererseits in heftiger Eifersucht auf vermeintliche Vergünstigungen und Ausnahmen für andere Patientinnen.

Ein anderer Aspekt ist der von der Patientin auf die Station projizierte Wunsch, alle Angstausröser zu entfernen und gleichzeitig in keiner Weise gegen ihre Autonomie zu verstoßen. Stationsregeln werden schon bald als Zeichen von Beherrschung und fehlendem Respekt aufgefasst. Der chronische Angstzustand, in dem die meisten DIS-Patientinnen leben, veranlasst sie, emotional stark an den Psychiater zu appellieren, sedierende Medikamente trotz ihrer minimalen Wirkung zu verschreiben. Oft bekommen DIS-Patientinnen sich widersprechende Medikationen. Dafür verantwortlich sind die Ohnmacht des Arztes und der Fächer von Symptomen, der zu eigentlich jeder Achse-I-Diagnose passt.

Es ist sehr wichtig, stationär behandelte Patientinnen zu stimulieren, ihre eigene Verantwortung im Behandlungsprozess zu übernehmen und zu behalten. Höchstens für kurze Zeit können Teilverantwortungen durch die Station übernommen werden.

Das oftmals fehlende soziale Netz kann die gesellschaftliche Integration behindern und zu einer unnötigen Verlängerung der stationären Behandlungsdauer führen, weil es außerhalb der Station keine Auffangmöglichkeiten gibt. Freunde sind oft erschöpft durch die anhaltenden Appelle, die an sie gerichtet werden, welche übrigens eine Indikation für eine stationäre Behandlung sein können.

Gut zusammenarbeitende Teammitglieder trösten einander, besprechen Fehlschläge und helfen einander durchgehend, die negativen Folgen von Übertragung, Gegenübertragung und projektiver Identifizierung zu neutralisieren.

Es ist aus präventiver Hinsicht zu empfehlen, Teamversammlungen regelmäßig durch einen externen Fachkundigen für Gruppenprozesse leiten zu lassen. Externe Supervision kann helfen, negative Entwicklungen zu verhindern. Ambulante Therapeutinnen erleben einige dieser Probleme, die während stationärer Behandlung auftauchen, nicht bei der Behandlung von DIS-Patientinnen. Trotzdem ist die Behandlung von DIS-Patientinnen keine einfache Aufgabe. Sie erfordert Geduld, Taktgefühl und Durchsetzungsvermögen. Außerdem müssen Therapeutinnen das Anhören von grauenvollen Erfahrungen der Patientinnen vertragen können, die das Weltbild der Therapeutinnen ins Wanken bringen können. Ein gutes, professionelles Netz von Kolleginnen ist angezeigt. Es bietet Trost, hält einen Spiegel vor und verhindert, dass die Therapeutin in die Isolierung gerät. DIS-Patientinnen sind sehr einsame Menschen und können – unbeabsichtigt – die Therapeutinnen damit infizieren. Behandeln verlangt Nähe, aber sicher auch Zurückhaltung. Es handelt sich um Arbeit, schwierige Arbeit, keine Beziehung.

Nationale Zentren für chronifizierte frühe Kindheits-traumatisierungen (LCVT)

Vor einiger Zeit wurde in den Niederlanden das LCVT-Modell entwickelt. Im Rahmen dieses Modells entstanden sog. tertiäre Zentren, in denen in verschiedenen Teilen des Landes Behandlung, Forschung, Ausbildung und neue Erkenntnisse koordiniert werden. Das Modell findet Unterstützung durch Patientenorganisationen, Krankenversicherungen, die Aufsichtsbehörde für die nationale Gesundheit und den Berufsverband der in der Versorgung von Menschen mit Kindheitstraumata tätigen Berufsgruppen. Als wir das Modell entwickelten, war es uns ein wichtiges Anliegen, mit Führungskräften aus Krankenversicherungen und Regierungskreisen Kontakt aufzunehmen.

Ziel des LCVT (Landelijk Centrum voor Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering) ist eine Erhöhung professioneller Standards sowie den Zugang zu landesweit verfügbaren Behandlungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene zu erreichen, die Überlebende chronischen Missbrauchs in der Kindheit waren. Das LCVT ist eine kooperative Partnerschaft zwischen Einrichtungen für psychische Gesundheit, Forschungsinstitutionen und Patientenorganisationen.

Das zentrale Organisationsbüro ist sowohl mit einem Forschungszentrum wie mit den überregionalen TRTC (= Tertiary referral Trauma Centers) verbunden, die Diagnostik und Behandlungen anbieten. Die psychiatrische Behandlung in den TRTC findet überwiegend in ambulanter Form statt, welches eine hohe spezialisierte Expertise voraussetzt. Nach derzeitigem Wissensstand erfordert eine Behandlung für Erwachsene einen Zeitraum von wenigstens 4–5 Jahren mit durchschnittlich zwei Sitzungen pro Woche. Die Behandlung für Kinder ist im Allgemeinen kürzer.

Wer kann eine Behandlung in den „Tertiary referral Trauma Centers“ erhalten?

Die miteinander verbundenen „Tertiary referral Trauma Centers“ für frühe Kindheitstraumatisierungen (TRTC) bieten Behandlungen für Erwachsene und Kinder an. Jeder, der heute noch an den psychologischen, biologischen oder sozialen Konsequenzen von lang anhaltender sexualisierter Gewalt oder anderer Gewalt in der Kindheit leidet, hat Anspruch auf die Behandlung. Wir kümmern uns um die verheerenden psychologischen, biologischen und sozialen Konsequenzen von lang anhaltender emotionaler, körperlicher oder sexualisierter Gewalt während der Kindheit (oder Kombinationen von diesen) ebenso wie um andere Kindheitstraumata, wie emotionale Vernachlässigung, Kriegserlebnisse, belastende medizinische Eingriffe oder traumatische Verluste ohne ausreichende familiäre Unterstützung.

Trauma wird verstanden als Reaktion des Individuums auf eine besondere Erfahrung, jedoch nicht als Ausdruck der Natur des Ereignisses. TRTC bieten Behandlungen für jede Person, die Symptome von traumabezogenen Störungen zeigt. Ob diese Symptome Distress erzeugen, kann anhand der diagnostischen Kategorien des DSM-IV zugeordnet werden.

Evidenzbasierte Versorgung

Die dem LCVT angeschlossenen Traumazentren führen ihre ambulanten Behandlungsprogramme aufgrund von evidenzbasierter Praxis durch. Um Einheitlichkeit in Diagnostik und Therapie zu gewährleisten, haben die im LCVT kooperierenden Organisationen ein erstes State-of-the-Art-Programm erstellt. Dieses dient als Instrument zur Entwicklung von LCVT-Leitlinien für Diagnostik, Behandlung und Evaluation, denen alle TRTC Folge leisten werden.

Training

Das LCVT betreut ein obligatorisches Ausbildungsprogramm für alle Kliniker, die in den TRTC arbeiten. Die Durchführung dieser Trainingsprogramme ist Pflicht für alle Behandlungszentren.

Outcome-Forschung

Die LCVT-Mitglieder verpflichten sich zu Forschungsaktivitäten. Alle Behandlungsinterventionen von Seiten der TRTC werden mithilfe gesammelter Daten systematisch überwacht, um Erkenntnisse über Behandlungserfolge, Patientenzufriedenheit und die Effektivität von Kosten zu ermöglichen.

2009 bestand das LCVT aus 8 „Tertiary referral Trauma Centres“ (TRTCs) für Erwachsene (A) und 6 für Kinder und Jugendliche (C&Y; Abb. 2.2). Die Traumazentren sind an psychiatrische Einrichtungen angeschlossen. Bis Ende 2010 wird das LCVT auf 10 Zentren für Erwachsene und 8 für Kinder und Jugendliche anwachsen.

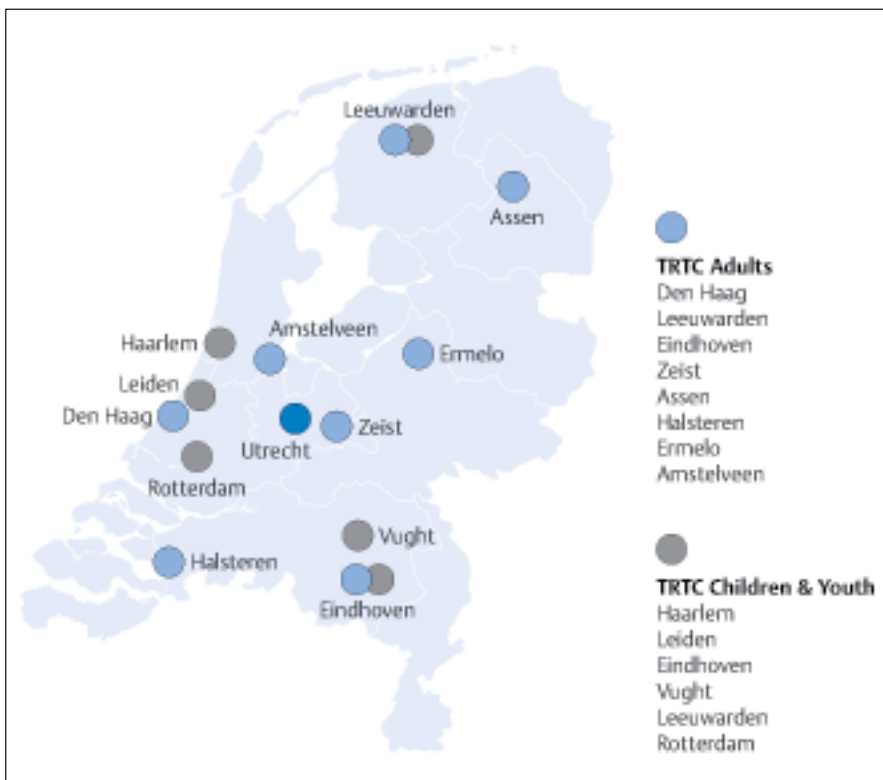


Abb. 2.2 Räumliche Verteilung der Traumazentren in den Niederlanden.

Die Behandlung von Patientinnen mit dissoziativer Identitätsstörung sollte vorzugsweise in einer ambulanten Umgebung stattfinden. Die Etablierung der LCVT leistet dabei einen wichtigen Beitrag. Patientinnen können gesellschaftlich integriert bleiben, behalten ihre eigenen Verantwortlichkeiten und werden nicht stigmatisiert. Die ambulante Therapeutin braucht ein professionelles Netz, um Trost bei Kollegen zu finden, um die vielen Hindernisse in der oft langfristigen und intensiven Behandlung zu ertragen und um Hilfe bei den vielen Fallgruben zu bekommen.

Trotz des Vorzugs einer ambulanten Behandlung werden DIS-Patientinnen nicht selten für kurze oder längere Zeit stationär behandelt. Die Aufgabe der ambulanten Therapeutinnen ist es, die Behandlung so gut wie möglich während der stationären Behandlung fortzusetzen. Die Zusammenarbeit mit dem Stationsteam fordert viel Zeit und Energie. Auf allgemeinpsychiatrischen Stationen spielen Probleme wie Unkenntnis mit der Diagnose und der Behandlung, Skepsis in Hinsicht auf die Diagnose und fehlende Erfahrung im Umgang mit den oft extremen Verhaltensweisen der Patientinnen eine große Rolle.