



Desislava Todorova

Gang durch die Hölle

GIEßEN. Flashbacks, Alpträume und kaum zu kontrollierende Gefühle: Um traumatisierten Menschen besser zu helfen, hat die Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Gießen ein besonders wirksames stationäres Konzept entwickelt.



Lisa Röbel

Die alte Holzbank unter den Obstbäumen am Rand des Klinik-Geländes hat ihre Wut erlebt. Gemeinsam mit Therapeutin Desislava Todorova war sie hier, hat aufplatzende Plastikbecher auf die Bank geschmettert, die einmal sogar komplett umflog. Heute sitzt sie entspannt auf den Holzlatten und freut sich, noch einmal zu Besuch in der Klinik zu sein.

Jahrelang hatte Lisa Röbel gehofft, sie könne ihre Hölle erfolgreich verdrängen. Und als sie – zunächst in einer ambulanten Therapie – daran rührte, wurde es erst einmal schlimmer. Um ihre innere Not weniger zu spüren, wurde sie zur Marathonläuferin und nahm 30 Kilogramm ab, während sie wie ein Schlot rauchte. Als sie im Mai vergangenen Jahres erstmals auf Station 7 der Klinik ankam, war sie unter Anspannung, zitterte am ganzen Körper und hatte extreme Schmerzen im unteren Bauch.

Welches Trauma sie erlitten hatte, erzählte sie nicht beim ersten Aufenthalt, sondern erst Monate später. Lisa Röbel war zehn, als ihr Zuhause aus den Fugen geriet. Erst trennten sich die Eltern. Die Mutter verließ die Familie und dann wurde auch noch die Großmutter krank, die ihr ein Halt gewesen war. Was sie aber erst nach Monaten verriet: Sie wurde drei Jahre lang missbraucht. Als Mädchen schaltete Röbel in eine Art Überlebensmodus: „Ich dachte: Wenn ich nicht daran denke, dann existiert es nicht“, sagt die heute 32-Jährige. Und so habe sie gelebt, „ohne darüber nachzudenken, was passiert, wenn es Abend wird.“ Mit 13 gelang es ihr, sich zu befreien. Sie alarmierte das Jugendamt, kam in eine Pflegefamilie. Vom Missbrauch sagte sie nichts. In den darauffolgenden Jahren machte sie einen Schulabschluss, heiratete, bekam drei Kinder und wurde Erzieherin mit der Abschlussnote eins. Sie habe versucht, sich etwas Neues aufzubauen, sagt sie im Rückblick:



„Innerlich war ich total kaputt.“ Aber erst mit 30 wurde ihr klar, dass sie ihr Leben „aufräumen“ müsse.

NEUE THERAPIE

Die dreifache Mutter ist eine von mehr als 100 Trauma-Patienten, die jedes Jahr aufgenommen werden. Viele haben sexuellen Missbrauch und Gewalt erlebt. Meist kommen sie erst Jahre nach den Geschehnissen, wenn es ruhiger wird in ihrem Leben. Die Vitos Klinik in Gießen ist eines der wenigen psychiatrischen Krankenhäuser mit einer Station, die auf Menschen mit Traumafolgestörungen spezialisiert sind. Und die Patienten werden nach einem neuen dreistufigen Therapiekonzept behandelt, das der Ärztliche Direktor Prof. Michael Franz gemeinsam mit der Psychotherapeutin Dr. Sara Franz (früher: Sara Lucke) entwickelt hat. Vereinfacht gesagt werden die Betroffenen von Anfang an – bereits in jeder ersten Krisenphase – traumaspezifisch behandelt (siehe Interview).

Lisa Röbel hat einen dicken rosafarbenen Aktenordner dabei. Darin stecken die drei Hefter für die drei Therapiestufen: Der gelbe Hefter steht für die Zeit der akuten Krise, in der sie sich so weit stabilisierte, dass eine weitere psychotherapeutische

Behandlung möglich war. In dieser Phase gehe es auch darum, Suizidgefährdung abzuwenden, sich nicht mehr selbst zu verletzen und wieder regelmäßig zu essen und zu trinken, berichtet Todorova.

Röbel stellte in dieser Zeit ihren ersten sogenannten Notfallkoffer zusammen. Bei ihr stecken ein Motorikwürfel, ein Igelball, Haargummis und eine Salbe darin. Am wichtigsten war ihr eine Wärme-Salbe mit Cayenne-Pfeffer, die brennt, wenn man heiß duscht oder badet. Andere nutzen scharfe Gerüche wie Ammoniak, Chili-Bonbons, Tabasco oder Knetbälle. Diese „Skills“ helfen den Patienten, von ihrem hohen Spannungslevel herunterzukommen, ohne sich selbst zu verletzen. In der zweiten Phase, in der eine ausführliche Diagnostik folgte, lernte sie weitere Strategien zur Krisen- und Stressbewältigung.

DAS TRAUMA DURCHARBEITEN

Die meisten Trauma-Patienten können die Exposition, die in der dritten Phase folgt, erst mit diesen „Skills“ aushalten. Dann geht es nämlich darum, das Trauma noch einmal durchzuarbeiten und zu bewältigen. Lisa Röbel hat viele Zeichnun-

gen aus dieser Phase. Zum Beispiel die von der Frau mit Schmetterlingsflügeln auf nur einer Seite des Rückens – die andere Seite blieb verdeckt. Detailliert sollte sie die schlimmsten Erfahrungen aufschreiben, vorlesen und musste sich – als Teil der Therapie – immer wieder damit konfrontieren: „Man geht wirklich durch die Hölle“, sagt Rößel. Doch je länger sie sich damit befasst habe, umso mehr Distanz habe sie bekommen. „Irgendwann begreift man, dass es Vergangenheit ist“, sagt sie.

Seit 2020 erprobt die Klinik das neue Konzept auf der Trauma-Station und hat sehr gute Erfahrungen gemacht. Der Unterschied zur konventionellen Behandlung von akuten Krisen auf allgemeinspsychiatrischen Stationen sei riesig, sagt die therapeutische Leiterin der Station, Desislava Todorova. „Die Patienten stecken nicht mehr jahrelang in Krisenschleifen“, ergänzt Oberarzt Dr. Nikolaus Galland. Allerdings durchlaufen nicht alle Patienten das komplette Programm. Zwischen den drei Phasen gehen die Patienten immer wieder für drei bis vier Wochen nach Hause, um ihre neuen Fähigkeiten im Alltag zu erproben. Und, wo es möglich ist, entscheiden sich manche dann für eine ambulante Therapie.

INTENSIVE TEAMARBEIT

Aber auch die Krisen-Patienten profitieren von denen, die schon weiter fortgeschritten sind. Sie erleben am Beispiel der anderen, dass man Wege finden kann, mit dem Trauma umzugehen, was ungeheuer motiviert. Zum Behandlungsmodell gehört zudem intensive Teamarbeit. Auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Pflege, Sozialarbeit sowie Physio- und Ergotherapie sind in den drei Behandlungspfaden speziell geschult. Die Bezugspflegerkräfte sind umfassend informiert und übernehmen einen Teil der therapeutischen Gruppen: „Das Konzept funktioniert nur, wenn alle an einem Strang ziehen“, sagt Galland.

Seit Oktober ist Lisa Rößel wieder bei ihrem Mann und ihren drei Kindern. Sie hat auch ihren Job als Erzieherin in einer Kinderkrippe wieder aufgenommen – allerdings nur noch als halbe Stelle. Es geht ihr so gut mit ihrer Familie und ihrem Beruf, dass sie ihr Notfallset kaum braucht. Wenn sie unruhig wird, reicht es, auf einem Bordstein zu balancieren. Die Armbänder, die sie in der Klinik knüpfte, hat sie allerdings nicht mehr ausgezogen. Die längst verblassten schwarzen, gelben, weißen und blauen Bänder erinnern sie daran, wie schlecht es ihr teilweise ging und wie gut es endete. „Das hat etwas Tröstliches“, sagt sie. „Man kann das Leid gut lindern“, weiß Oberarzt Galland: „Ungeschehen machen kann man es nicht.“

● Gesa Coordes



Oberarzt Dr. Nikolaus Galland



ZURÜCK INS LEBEN

Interview mit Prof. Michael Franz, Ärztlicher Direktor des Vitos Klinikums Gießen-Marburg

Sie haben eine Schwerpunkt-Station für Trauma-Patienten und -Patientinnen in Gießen aufgebaut. Was zeichnet sie aus?

Menschen mit einer Trauma-Störung haben etwas erlebt, durch das sie sich hilflos, ausweglos, tödlich bedroht fühlen und das tiefe Verzweiflung hervorruft. Nach schwerem Missbrauch oder Vergewaltigung tritt sie in bis zu 60 Prozent der Fälle auf, nach schweren Unfällen in drei bis elf Prozent der Fälle. Leider schämen sich viele Betroffene der Symptome ihrer Trauma-Störung. Dabei handelt es sich im Grunde um eine besondere Verarbeitungsform des Gedächtnisses, die bei jedem Menschen ab einer gewissen Dosis von Traumata auftreten kann. Die Betroffenen erleben Alpträume und haben Flashbacks, in denen sie Aspekte des Traumas so wieder erleben, als würden sie im Hier und Jetzt passieren. Deshalb vermeiden sie Gedanken, Gefühle und Aktivitäten, die mit dem Trauma zusammenhängen. Gleichzeitig ist ihr Körper ständig angespannt, sie können nachts nicht mehr schlafen, sich nicht konzentrieren und sind sehr reizbar.

Die Vitos Klinik in Gießen gehört zu den wenigen in Deutschland, die sowohl eine Borderline- als auch eine Trauma-Station haben. Für diese Patienten haben Sie ein Konzept entwickelt.

Borderline- und Trauma-Patienten kommen in der Regel in Ausnahmeständen, höchstem Leid und großer Not zu uns, mit schweren Selbstverletzungen. Sie haben oft Suizidversuche hinter sich und können ihre Emotionen kaum regulieren. Um eine Therapie auf der konventionellen Station zu machen, müssen die Patienten aber absprache- und durchhaltefähig, therapiemotiviert und nicht suizidal sein. Deshalb kamen bislang nur die leichteren Fälle auf die Therapie-Stationen. Borderliner und krisenhafte Patienten mit Trauma kamen in der Regel erst wochenlang auf eine Akutstation neben schizophrenen oder

bipolaren Patienten. Viele hatten es noch nie geschafft, erfolgreich ein wirksames störungsbezogenes Therapieprogramm zu absolvieren. Deshalb haben wir ein Konzept entwickelt, bei dem die Patienten selbst mit der akutesten Krisenstörungsspezifisch behandelt werden. Wir arbeiteten auf der Basis der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT), zu der ein individueller Notfallkoffer, ein strukturiertes Wochenprogramm, Spannungsprotokolle und Hausaufgaben gehören. Diese Therapie wenden wir zum Teil schon während Krisenintervention und Diagnostik an. In der zweiten Phase wird Commitment, Bindung, aufgebaut und in der dritten Phase folgt die klassische Trauma- oder Borderline-Behandlung.

Wie helfen Sie den Patienten?

Es geht am Ende darum, die unkontrollierten Trauma-Netzwerke im Gehirn wieder zu trennen und mit dem Gedächtnisspeicher zu verbinden. Dazu gehört das Erlernen von Stabilisierungstechniken und eine gute Beziehung zum Therapeuten. Dann nutzen wir verschiedene Formen von Trauma-Therapie, Elemente von DBT und vereinzelt auch andere traumafokussierende Verfahren. Dadurch wird das traumatische Erlebnis in eine traurige, belastende Erinnerung überführt, die man selbst steuern kann. Und das ist etwas anderes, als sein Leben durch unkontrollierbare Gefühle und Bilder massiv einschränken zu müssen.

DBT gehört zu den klassischen Therapien für Borderline-Patienten. Wie sind Sie darauf gekommen, die Methode auszuweiten?

Eine Arbeitsgruppe um den Psychiater Martin Bohus in Mannheim hat sie mit einer Traumatherapie verbunden. Daran haben wir uns zunächst orientiert. Denn beide Erkrankungen können ineinander übergehen, wenn es sich um frühe, schwere und wiederholte Traumatisierungen handelt. Wenn man als



Kind häufig geschlagen oder sexuell missbraucht wurde, dann sieht das später oft wie eine Mischung aus Borderline- und Trauma-Störung aus. Beide Patientengruppen werden häufig auch depressiv, süchtig, dissoziativ und haben sehr viel Angst. Um das alles zu behandeln, braucht man ein strukturiertes Programm. DBT besteht aus praxisorientierten Modulen, mit denen die Patienten lernen, mit schwierigen Gefühlen umzugehen und sich selbst zu regulieren. Ich durfte mit Teams in Vitos Kurhessen, dann bei Vitos Gießen-Marburg vom Dachverband der DBT zertifizierte Borderline-Stationen schaffen, die in Gießen wurde jetzt rezertifiziert. Auch diese Stationen folgen einem dreigliedrigen Behandlungspfad. Die Trauma-Patienten brauchen dagegen nicht alle Elemente der DBT. Bei ihnen wird sie durch klassische Traumatherapie und andere Methoden ergänzt.

Wie erfolgreich sind Sie mit Ihrem Ansatz?

Er ist sehr erfolgreich, weil wir endlich die akuten Krisen-Patienten und Patientinnen erreichen. Damit füllen wir eine Versorgungslücke, die vielen Kliniken zu schaffen macht. Auf den anderen Stationen haben wir keine Problem-Patienten aus dem Trauma- oder dem Borderline-Bereich mehr. Wir bekommen Anfragen aus ganz Deutschland. In Berlin gibt es eine Klinik, die nach unserem Buch arbeitet. Andere DBT-Therapeuten wollen bei uns hospitieren. In Zukunft wollen wir eine über die DBT hinausgehende modulare Psychotherapie entwickeln und unser Modell in Gießen ausweiten, damit alle Patienten von Anfang an störungsangemessen behandelt werden können und nicht erst Wochen auf der Akut-Station zubringen, bevor sie irgendwann vielleicht Psychotherapie erhalten. Das ist das Entscheidende. ● Das Interview führte Gesa Coordes