

Detrance-Arbeit – mit der Technik des Debriefings

Gisela Perren-Klingler

Fallbeschreibung

In einem Kurs «Notfallpsychologie für PsychologInnen und PsychotherapeutInnen» in Montevideo meldete sich eine Frau A. zur Demonstration der Technik des Debriefings. Sie war mir während der drei vorangegangenen Tage aufgefallen durch ihr dissoziiertes Verhalten und durch Sprechen über verschiedenste Phobien (Vögel, Federn, Plätze). Sie hatte aber auch über ihre zwei Töchter gesprochen, sodass ich von ihr bereits relativ viel wusste, unter anderem auch überzeugt war, dass sie viele Ressourcen hat.

Sobald ich sie nach dem traumatogenen Ereignis fragte, das sie bearbeiten wolle, wurde ihr Blick dissoziativ und mit tonloser Stimme sagte sie «Totgeburt». Das Ereignis hatte vor sieben Jahren stattgefunden, ihre erste Schwangerschaft hatte mit einer Totgeburt geendet.

Totgeburten können sehr traumatisch erlebt werden, und deshalb nahm ich ihren Auftrag, dieses Ereignis mit ihr mit der Technik des Debriefings zu bearbeiten, an. Es war klar, dass dies kein klassisches Debriefing sein konnte, da das Ereignis dazu viel zu lange zurücklag. Trotzdem beschloss ich, mit der Technik des Debriefings vorzugehen, weil ich auch die Ressourcen der Frau wahrgenommen hatte.

Ich begann mit der **Phase 2** des Prozesses. (Phase 1, die informierte Zustimmung und der Aufbau einer Beziehung hatten in den drei vorhergehenden Tagen stattgefunden).

Die erste Sicherheitssäule wurde erarbeitet: Ein gewöhnlicher Freitag Abend, vor sieben Jahren, als sie bei der Arbeit war und die Bewegungen des Kindes noch spürte. Die **zweite Säule der relativen Sicherheit**, nach dem Ereignis, das Ende der Geschichte, war, als das Kind geboren war und sie wusste, dass es tot war.

Die Geschichte zwischen diesen beiden, die Zeit limitierenden Säulen wurde minutiös erarbeitet, in-

dem ich viele kognitive Fragen stellte und A. auch immer wieder anhalten musste, mit ihrem Blick in Kontakt zu mir zu bleiben:

Am Samstagmorgen beim Aufwachen spürte sie keine Bewegungen mehr, und ging mit ihrem Mann zu ihrer Hebamme. Da diese keine Herztöne hören konnte, schickte sie sie zum Gynäkologen. Ihre Eltern und ihr Ehemann begleiteten sie während der ganzen Zeit. Da der Geburtshelfer auch keine Herztöne feststellen konnte, schickte er sie auf die Geburtshilfe-Abteilung; dort wurde mit Sonographie festgestellt, dass es keine Herztöne mehr gab, das Kind also tot war. Der Gynäkologe informierte sie mit ihrem Mann zusammen darüber und schickte sie nach Hause, damit sie das Notwendige für die kurze Hospitalisation hole. Am Samstagnachmittag wurde die Geburt eingeleitet. Nach der Geburt wollte sie das Kind nicht sehen; es wurde nach Montevideo in die Pathologie geschickt, von dort aber nicht zurückgeschickt, sondern entsorgt. Ich fragte sie nach dem Geschlecht und Namen des Kindes. Sie sagte mir, es sei ein Mädchen gewesen, den Namen hätte sie noch nie ausgesprochen. Erst nach intensivem Insistieren nannte sie den Namen des Mädchens, «Sonja». Ich wusste, dass sie in der Zwischenzeit ja zwei weitere gesunde Mädchen geboren hatte, und meine Befürchtung, dass eines der lebenden Mädchen den Namen der toten Schwester trüge, konnte so als falsch abgetan werden.

Mit insistierendem Nachfragen einerseits und immer wieder Beharren auf Blickkontakt andererseits, hatten wir die Geschichte genau erarbeitet. Nun wurde A. mit der Geschichte ihrer Totgeburt nochmals (oder ein erstes Mal?) konfrontiert, allerdings in der Form des «Du», als ich ihr ihre Geschichte nochmals minutiös nacherzählte. In dieser Phase wurden die Gefühle bewusst so niedrig gehalten, dass sie keine dissoziative Ab-

wehr vor Überschwemmung durch Gefühle benötigte.

In der Phase 3, der Gedankenphase fragte ich sie nun, was ihr so durch den Kopf gegangen sei und was sie jetzt denke. Tonlos, sagte sie *«ich trag den Tod in mir»*.

P: *«Und was gib das für ein Gefühl...»* – direkter Übergang zu **Phase 4, Emotionen:**

A: *«Hass»*

P: *«auf wen?»*

A: *«auf den Arzt!»*

P: *«warum?»*

A: *«weil das Kind tot ist»*

P: *«Sie denken, dass der Arzt am Tod des Kindes schuld ist?»*

A: *«nein, ich weiss, das er dafür nichts kann»*

Ein weiteres Gefühl, das dann aufkam, war Panik, weil sie nicht verstehe, wie das geschehen konnte. Relativ lange sprechen wir über Unverständliches in der Medizin und im Leben überhaupt, und warum Menschen früh oder spät, alt oder jung, oder sogar ungeboren sterben. Je länger wir so über mögliche Gefühle und Gedanken sprachen, umso mehr wurde mir bewusst, dass bis jetzt überhaupt nicht von Trauer gesprochen wurde. (Wahrnehmung dessen, was nicht gesagt wird). Ich sprach sie darauf an:

P: *«Ein Kind, das Sie während acht Monaten in sich getragen haben, das sich bewegt hat und auf das Sie sich freuen, stirbt plötzlich und sie sind nicht traurig?»*.

Der bis dahin unstete dissoziative Blick wurde plötzlich stetig, ruhig und sie begann mir zu erzählen, dass sie weder mit ihren Eltern noch mit ihrem Mann je wieder über die Geburt gesprochen hätte, und dass sie das Kind untereinander auch nie mehr erwähnt hätten. Zwei Jahre später sei dann die erste lebende Tochter geboren worden, und vier Jahre später die Zweite.

Die Trauer, wohl ein wichtiges Gefühl beim Verlust eines Kindes, auch wenn es noch ungeboren war, war von A. nicht selbst erwähnt worden. Sie hatte auch nie von Sonja Abschied genommen, da sie sie ja weder gesehen, noch beerdigt hatte. Ich erarbeitete mit ihr die körperlichen Korrelate dieses Gefühls unter Zuhilfenahme der kinästhetischen Submodalitäten (Phase 4, typische Trancearbeit). Als sie das Gefühl mit allen Submodalitäten in sich spürte, fragte ich sie nach dem Namen des Gefühls:

A: *«Trauer und Einsamkeit»*

P: *«Trauer und Einsamkeit?... Traurige Einsamkeit ... oder einsame Trauer?...»*

A: *«Traurige Einsamkeit» ...*

P: *«Traurige Einsamkeit... stimmt das so?»*

A: *«Ja, traurige Einsamkeit...»* gleichzeitig gab sie mit dem Kopf ein Ja Zeichen, und eine Sekunde später ein zweites, erleichtertes Nicken mit dem ganzen Körper, d.h. es wurde eine voll kongruente Antwort erreicht.

In der Phase 5, der Information über normale und natürliche Reaktionen auf traumatogenen Stress und Techniken für das Stress Management, sprach ich mit ihr über ihre Dissoziation, die es ihr überhaupt ermöglicht habe, etwas so Schwieriges, die Geburt eines toten Kindes zu leisten und überstehen. Doch jetzt sei es an der Zeit, sich an ihren lebenden Kindern zu freuen, und Sonja in Frieden zu beerdigen, auch wenn sie keine Leiche habe. Ich wies sie auf die im Kurs geübte Atemübung hin, die zu Assoziation führt, lustvolle Spiele mit ihren beiden Mädchen und weitere körper- und lustbetonte Aktivitäten, Sport, Sex, Essen usw.

Das **Ritual der Phase 6** ergab sich ganz natürlich: Wenn Sonja schon kein Grab hat, kann sie ihr doch etwas pflanzen: nach längerem Suchen sagte sie, sie möchte in ihrem Garten einen rosa Jasmin pflanzen. Ich erinnerte sie daran, dass sie ihren Mann einbeziehen und nachher auch mit ihren Eltern darüber reden sollte.

Sie willigte ein, und wir machten ab, dass die zweite Sitzung in acht Wochen, die ja nicht mit mir stattfinden konnte, mit einer meiner Schülerinnen, die im Kurs assistiert hatte, festgesetzt würde. In dieser Sitzung sollte – wie in jedem psychologischen Debriefing – darüber gesprochen werden, wie das Ritual verlaufen sei und was sich in der Zwischenzeit sonst noch geändert hätte. Nachher sollte sie mir auch eine E-Mail zukommen lassen.

Die Intervention dauerte ungefähr zwei Stunden. Danach schickte ich sie in Begleitung einer Kursteilnehmerin an die frische Luft, um sie nicht mit den Fragen der Kursteilnehmer zu belästigen. Nach 30 Minuten kamen beide Frauen zufrieden zurück.

Die Begleiterin erzählte mir später allein, dass A. draussen plötzlich unbändige Lust auf Schokolade gekriegt habe, und sie, da sie nur einige Pesos auf sich gehabt hätten, eine kleine Tafel Schokolade gekauft und zusammen verspiesen hätten. Beim ersten Biss habe A. gesagt, wie unglaublich gut es

sei, die Schokolade auf der Zunge vergehen zu lassen (assoziativ!!!). Dann sei ihr in den Sinn gekommen, dass sie das letzte Mal Schokolade gegessen habe, als das Kind sich noch bewegte, an jenem Freitag Abend; nachher habe sie nie mehr Schokolade gegessen.

Von der zweiten Sitzung acht Wochen später berichtete mir die Kollegin folgendes:

In den Nächten nach der Sitzung habe A. immer wieder von meinen Augen geträumt, Augen, die sie nicht losliessen und sie gehalten und geschützt hätten («ojos contenedores», «zusammenhaltende Augen»).

Sie habe einen Jasmin, allerdings einen blauen gepflanzt, weil sie keinen rosa Jasmin gefunden habe.

Die multiplen Phobien vor Vögeln, Federn usw. seien verschwunden, und sie könne jetzt mit ihren beiden Mädchen die Tauben, die hinter ihrem Haus leben, füttern und zum Jasminstrauch hingehen.

Ungefähr zehn Wochen später erhielt ich ein E-Mail von A. selbst, in welcher sie mir dankte und mir kommentierte, dass sie nie gewusst habe, wie allein sie sich gefühlt habe, obwohl ihr Mann und ihre Eltern sie die ganze Zeit begleitet hätten. Doch jetzt hätte sie die Trauer um Sonja mit ihrem Mann besprochen und geteilt, und könne zum Jasminstrauch gehen, wenn sie an Sonja denken wolle.

Ein Jahr später traf ich sie an einem Kongress und sie sagte mir, dass Sonja nun ein Mitglied der Familie geworden sei, und dass auch beide Töchter von ihr wüssten.

Kürzlich hätte sie mitgehört, wie ihre ältere, nun 9 jährige Tochter jemandem sagte, sie sei die Älteste, aber eigentlich hätte sie eine um 2 Jahre ältere Schwester, Sonja, die vor der Geburt gestorben sei. A. fuhr weiter, dass das sie so glücklich gemacht hätte.

Kommentar

Die Intervention illustriert einige Aspekte nicht klassischer hypnotischer Interventionen.

Offensichtlich war A. (ich bezeichne sie nicht als Patientin, da sie im Rahmen eines Kurses sich als Demonstrationsperson angeboten hatte) in einer negativen Dauertrance und deswegen die meiste Zeit dissoziiert, so wie ich sie wahrgenommen hatte. Obwohl sie die verschiedenen Techniken eines Debriefings kannte, musste ich sie dazu zwin-

gen, mir in den verschiedenen Phasen zu folgen. Obwohl sie in den vorhergehenden Tagen gelernt hatte, dass Dissoziation ein typisches Zeichen von traumatischem Stress ist, nahm sie ihre eigene Dissoziation nicht wahr.

Dissoziation kann hier einerseits als zentraler Bewältigungsmechanismus verstanden werden, dank dem sie die eingeleitete Geburt ihres toten Kindes aktiv ertragen konnte. Andererseits wird die pathogene Seite der bleibenden Dissoziation klar, als sie sich davon nicht mehr befreien konnte, sondern quasi permanent darin verblieb und zusätzlich auch Phobien entwickelte.

Dadurch war sie auch ohne formelle Tranceinduktion leicht hypnotisierbar; im hypnotischen Feld arbeitete auch ich in Trance, vergass Zeit und Zuschauer, und liess mich einerseits von ihrer Physiologie, andererseits von meinen in der Interaktion auftretenden Fantasien/Gedanken, leiten. Das war besonders einfach, da ich ja eine klare Struktur in den 7 vorgeschriebenen Schritten des Debriefings zur Verfügung hatte.

Selbstverständlich ist nicht jede längere Zeit zurückliegende Störung, die auf einem traumatischen Ereignis beruht, mit nur zwei Sitzungen zu beheben. Doch könnte es manchmal von Nutzen sein, diese Technik anfänglich zu benutzen. Und zwar aus folgenden Gründen:

1. Ermöglicht dies, früh in einer Therapie, einem Patienten zu zeigen, dass man ihn vor überwältigenden Gefühlen schützen kann.
2. Betont es aber auch, wie wichtig es ist, Gefühle im Körper zu aktualisieren, ernst zu nehmen und so die durch das traumatische Ereignis dissoziierten (abgespaltenen) Gefühle «heimzuholen», bis dorthin, wo die Symbolisierung über das Wort stattfindet.
3. Erhält man als Therapeut früh in der Behandlung eine klare Sicht des traumatischen Ereignisses, was einen vor eigenen (Worst-case) Szenarien schützt.
4. Wird der Patient von Anfang an auf die salutogenen Anteile seiner Reaktionen hingewiesen, wird Unverständliches normalisiert und die Selbstkohärenz dadurch gefördert.
5. Kann man als Therapeut die traumatisch bedingte «Dauer»-Trance früh in der Therapie nutzen und damit «Widerstandsphänomene» umgehen.

In traumatischen Ereignissen «lernen» Menschen zwangsweise – über die Stress Achse- sich physisch und psychisch anzupassen. Allerdings ist der Preis, das Weiterdauern der Reaktionen über die Überlebenssituation hinaus, häufig sehr hoch. Daraus können dann eben post-traumatische Belastungsstörungen, dissoziative Störungen und alle andern co-morbid auftretenden Störungen entstehen.

Selbstverständlich finden solche Phänomene immer in einem sozialen Kontext statt, wo die Umgebung häufig nicht weiss, wie sie sich verhalten soll und nicht getraut nachzufragen. Die «Mauer des Schweigens», die im letzten Jahrhundert nach den beiden Weltkriegen, aber auch in Bezug auf familiäre und sexuelle Gewalt gegen Kinder bewusst oder unbewusst aufgebaut worden ist, wirkt sicher häufig pathogen – denken wir nur an unsere Borderline- oder auch viele psychosomatisch erkrankte Patienten. Es soll hier keineswegs der Besessenheit Recht gegeben werden, immer die «Causa», das «Trauma» in Therapien zu suchen, häufig ist Aktuelles und Systemisches wichtiger zu bearbeiten. Doch manchmal ist die «Parzivalsfrage» («sire, woran leidet ihr?») eben doch angebracht. Sie salutogenetisch zu stellen – mit Blick auf die adaptativen und überlebens-orientierten Anteile – ändert unsere Gegenübertragung und gibt auch Patienten die Möglichkeit, sich nicht mehr als Opfer, sondern als Überlebende wahrzunehmen.