

WORKSHOP 3

Sexualisierte Gewalt ansprechen?

Opferperspektive

Mythen

Scham und Schuld

Hintergründe von Traumatisierung

LERNZIELE

1. Sensibilisierung
2. Mythen abbauen
3. Sekundäre Viktimisierung verhindern
4. Berücksichtigen, dass Scham- und Schuldgefühle auftreten
5. Grundwissen Traumatologie
6. Hintergründe ressourcenorientiert betrachten
7. Eigene Haltung reflektieren

Schwierigkeiten im Kontakt

- Verstrickung, Überidentifizierung
- Wunsch, Klientin retten zu wollen
- Selbst verzweifelt zu werden, Hilflosigkeit zu spüren/Überflutung eig. Traumata
- „Rettungsphantasien“
- Zu starke Nähe
- Herunterspielen
- Unglauben
- Schuldzuweisungen

Auswirkungen der traumatischen Erfahrung auf Gedanken, Gefühle und Verhalten

- Beziehungen
- Werte
- Vorstellung von Sicherheit
- Vertrauen
- Selbstwertgefühl
- Selbstvertrauen
- Selbstwirksamkeit
- Zentrale Erfahrung dabei ist die **Hilflosigkeit** und der **Kontrollverlust**

Schuldgefühle

Ressourcenorientiert betrachtet können sie:

- Kontrolle ermöglichen
- Sicherheit versprechen
- Ausschluss und Angriffe verhindern

Modell n. Lazarus, 1991

<u>Emotion</u>	<u>Bewertung</u>	<u>Handlungstendenz</u>	<u>Evolut. Funktion</u>
Schuld	Ich habe kraft meines Willens gegen ein moralisches Verbot von mir verstoßen	Sühne, Unterwerfung unter Regeln der primären Sozialgemeinschaft	Schutz vor Ausschluss aus der Sozialgemeinschaft
Scham	Ich entspreche nicht meiner Rollenerwartung Ich habe bedeutsame Regeln verletzt	Verstecken Verbergen	Schutz vor Angriffen hierarchisch Höherer

Mythen

wirken sich aus auf **Verhalten, Gedanken und Gefühle** der Betroffenen
und des sozialen Umfeldes

- Betroffene Frau provoziert Übergriff
- Frau wünscht sich Anmachen
- Es wird ihr nicht geglaubt
- Wenn man sich wehrt, passiert nichts
- Sexuelle Gewalt passiert nur durch Fremde
- Wenn man genügend aufpasst, passiert nichts
- Folgen sexueller Gewalt werden überschätzt

Eine chronische PTB entwickelt sich nur dann, wenn die Betroffene das traumatische Ereignis und/oder seine Konsequenzen so verarbeiten, dass sie eine **schwere gegenwärtige Bedrohung** wahrnehmen.

Dahinter stehen individuelle Unterschiede in der

- **Interpretation des Trauma** und/oder seiner Konsequenzen
- **Art des Trauma-Gedächtnisses** und seiner Verbindung zu anderen autobiographischen Erinnerungen

Aufrechterhaltende Mechanismen der PTB sind die hinter den dysfunktionalen Interpretationen stehenden **Emotionen**

Überleben sicherndes Verhalten

- Flucht
- Angriff
- Dissoziieren-Totstellreflex
- Täter introzieren
- Gelernte Hilflosigkeit

Typische Denkfehler bei Scham und Schuldgefühlen

- Interpretation der Situation im Nachhinein
- Übertriebene Wahrnehmung für Ereignis verantwortlich zu sein
- Übertriebenes Verantwortungsgefühl für Handlungen anderer
- Doppelstandards
- Überzeugung, das eigene Verhalten sei nicht gerechtfertigt gewesen
- Übertriebene Bewertung des eigenen Verhaltens als Falsch
- Emotionale Schlussfolgerung

Gedächtnis und Erinnerung - Traumagedächtnis; Dissoziationen

- | | |
|---|---|
| <p>A.</p> <p>Bewusstsein zugängliche
Gedächtnisinhalte →
deklaratives / explizites
Gedächtnis</p> <ul style="list-style-type: none">• d.h. können bewusst
kognitiv verarbeitet
werden | <p>B.</p> <p>Unbewusste
Gedächtnisprozesse →
prozedural / implizit
Gedächtnis</p> <ul style="list-style-type: none">• d.h. eher verdeckt
ablaufend, häufig
unkontrolliert |
|---|---|

zu A. :

- nutzbares
Faktenwissen/Semantisches
Wissen
- erzählbare Erinnerungen an
Ereignisse und
Episoden/autobiographische
Gedächtnis
- kognitiv

neuronal beteiligt:

- Hippocampus,
Temporallappen, präfrontaler
Cortex

zu B.:

- automatisch ablaufende
Handlungsroutinen
- unbewusst ablaufende
Erinnerungswirkungen →
Priming-Effekte*
- konditionierte Reaktionen
- Dissoziationen

neuronal beteiligt: Thalamus,
Amygdala, sensorischer
Cortex

Grundsätze im Umgang mit traumatisierten Menschen

- Offenheit/keine Angst vor der Thematik
- Sprechen Sie die „Sprache“ der Patientin

- Akzeptanz/Glauben schenken
- Wertschätzung
- Struktur und Klarheit
- Transparenz
- Klare eigene Position und Abgrenzung
- Unterstützung bei der Wiedergewinnung von Kontrolle
- Orientierung am Anliegen der Betroffenen

Verhaltensempfehlungen für Helfer_innen:

- Normalisierung durch Erklärung der zu erwartenden Symptomatik
- Beschreibung der physiologischen Reaktion
- Wertung aller Symptomatik als autonomen Versuch der Integration durch den Körper
- Zuversicht in positive Veränderung nach Abschluss des Prozesses zu vermitteln
- Auch bei über 6-8 Wochen andauernder Symptomatik Ruhe bewahren und auf erfolgreiche Integration bei erfolgreicher Hilfestellung verweisen