



Psychische Erste Hilfe (PEH) Trainer_innen-Handbuch



Funded by the
European Union



ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ

Aus Liebe zum Menschen.

A large grid of dots for writing notes, consisting of 20 columns and 30 rows of small, evenly spaced dots.

INHALTSVERZEICHNIS

GRUNDLAGEN DER PEH	4
Für wen ist PEH geeignet?	5
KRISEN UND STRESS	7
Lebensphasen	8
PSYCHISCHE GESUNDHEIT/KRANKHEIT	12
MÖGLICHKEITEN DER HILFESTELLUNG	13
Handlungsprinzipien	13
Ablauf der PEH: Das Basismodell – wie helfe ich?	14
RESILIENZ	19
Selbstschutz	19
Eigener Umgang mit dem Erlebten	19
Was kann ich tun, um meine Resilienz zu stärken?	21
Stressbewältigung	21
Wann brauche ich selbst Hilfe?	22
Welche Hilfe gibt es?	22
Die 3 „Psych-Berufe“:	22
Informations- und Beratungsstellen:	22
TRAUER	23
Traueraufgaben (William Worden)	23
Trauer bei Kindern	24
Vorschulkind (ca. 2 – 6 Jahre)	25
Schulkind (6–11 Jahre)	25
Kind > 11 Jahre	25
FACHINPUT ANGSTSTÖRUNGEN	26
FACHINPUT PSYCHOSEN	31
FACHINPUT DEPRESSION	35
FACHINPUT SUIZIDALITÄT UND SUIZID	38
FACHINPUT: SUCHT & SELBSTVERLETZUNG	43
Das BASIS-Modell: Erste Hilfe für Suizid	47
Resilienz (stärken) und persönliche Grenzen	48
Stressbewältigung: Gesunde Arbeits- und Lebensgewohnheiten	49
Erholung und Reflexion	50

Impressum:

Herausgeber: Österreichisches Rotes Kreuz (ÖRK), Generalsekretariat

1040 Wien, Wiedner Hauptstraße 32, ZVR: 432857691

E-Mail: psychosozial@roteskruz.at, www.roteskruz.at

Redaktion: Birgit Rippel, Mag. Monika Stickler

Erstellung: Mag. Petra Erasin, Birgit Rippel, Mag. (FH) Hannes Buxbaum, Mag. Doris Doppler, Florian

Lumpert, Mag. Monika Stickler

Fachliche Beratung und Begutachtung: PhDr. Dr. Cornel Binder-Krieglstein, Dr. Barbara Juen

1. Auflage, Jänner 2023

2. Auflage, Februar 2024

©ÖRK



GRUNDLAGEN DER PEH

Was ist PEH?

Gemäß internationalen Richtlinien (Sphere Projekt, 2011: Inter-Agency Standing Committee IASC, 2007) beschreibt psychische Erste Hilfe (PEH) mitmenschliche, unterstützende Reaktionen gegenüber leidenden und hilfsbedürftigen Individuen. PEH beinhaltet folgende Themen:

- „Da-Sein“ – gemeinsames Aushalten der momentanen Situation
- Angebot praktischer Hilfe und Unterstützung, ohne dabei aufdringlich zu sein
- einschätzen von Bedürfnissen und Anliegen
- Menschen helfen, sich um Grundbedürfnisse zu kümmern (z. B. Nahrung, Wasser, Schlafmöglichkeit, ...)
- Menschen zuhören, ohne sie zum Reden zu zwingen
- Menschen helfen, dass sie Information, Betreuung und soziale Unterstützung bekommen
- gegebenenfalls Menschen unterstützen, professionelle Hilfe (z.B. Psycholog_nnen) aufzusuchen
- Menschen vor weiterem Schaden bewahren

Was ist PEH nicht?

- PEH ist KEINE fachliche Beratung/Therapie.
- PEH ist KEIN Ersatz für professionelle Behandlung durch Psycholog_nnen, Psychotherapeut_nnen oder Fachärzte/Fachärztinnen für Psychiatrie.
- PEH ist nicht auf Profis beschränkt. Sie kann von jedem Menschen angewendet werden.
- PEH muss keine detaillierte Besprechung des auslösenden Ereignisses beinhalten.
- PEH ist keine Analyse dessen, was jemandem passiert ist oder ein Versuch einer zeitlichen Einordnung.
- Es geht nicht darum, Druck auszuüben, Gefühle und Reaktionen auf das Ereignis auszudrücken.

Ziele der PEH:

- Maßnahmen zu setzen, die sich an die emotionalen und sozialen Bedürfnisse der Betroffenen richten, um ihre eigenen Ressourcen einzusetzen und ihre Resilienz zu stärken.
- Die betroffenen Personen dahingehend zu unterstützen, einen Überblick über anstehende Maßnahmen zu erlangen, die Tätigkeiten selbst bzw. mit Begleitung zu erledigen und so ihre Handlungsfähigkeit wiederzugewinnen.

Für wen ist PEH geeignet?

PEH ist für Menschen (aller Altersstufen), die (vor kurzem) einem außergewöhnlich belastenden Ereignis ausgesetzt waren. Doch nicht jeder, der einem solchen Ereignis ausgesetzt war, braucht oder möchte PEH. Drängen Sie sich den Menschen, die keine Hilfe wollen, nicht auf, aber bleiben Sie verfügbar für jene, die Unterstützung annehmen. Personen können auf Notfälle und Krisen ganz unterschiedlich reagieren. Einige der möglichen Reaktionen sind folgende:

- körperliche Symptome wie z.B. zittern, Kopfschmerzen, extreme Müdigkeit, Appetitverlust, Schmerzen
- weinen, Traurigkeit, depressive Stimmung, Trauer
- Angst, Furcht
- übermäßig wachsam und leicht schreckhaft sein
- Sorge haben, dass etwas Schlimmes passieren wird
- Schlaflosigkeit und Alpträume
- Irritierbarkeit, Zorn, Wut
- Schuldgefühle, Scham (weil man überlebt hat oder weil man nicht in der Lage war, anderen zu helfen...)
- Verwirrung, emotionale Taubheit, sich unreal fühlen (wie in einem Film)
- zurückgezogen oder sehr still wirken
- nicht auf andere reagieren, nicht sprechen
- Desorientiertheit (zum Beispiel den eigenen Namen wissen, aber nicht woher man kommt oder was passiert ist)
- Nicht in der Lage sein, für sich selbst und/oder die eigenen Kinder zu sorgen (zum Beispiel nicht essen oder trinken, es ist unmöglich, einfache Entscheidungen zu treffen)

Manche Personen können sehr leichte oder auch gar keine akute Belastungsreaktionen zeigen. Die meisten Menschen werden sich mit der Zeit gut erholen, besonders dann, wenn sie ihre Grundbedürfnisse erfüllen können und Hilfe und Unterstützung erhalten.

Dennoch werden manche Menschen mit schweren und länger dauernden Stressreaktionen mehr als nur PEH oder psychosoziale Unterstützung brauchen.

Das wird besonders dann der Fall sein, wenn sie ihren Alltag nicht bewältigen können oder wenn sie eine Gefahr für sich oder andere darstellen. Stellen Sie sicher, dass stark belastete Personen nicht allein gelassen werden und versuchen Sie, ihnen sichere Orte zur Verfügung zu stellen, bis ihre Reaktionen abnehmen oder sie weiterführende oder professionelle Hilfe bekommen (FreundInnen oder Familie, Nachbarn, Gemeindemitglieder, lokale Institutionen oder Gesundheitspersonal).

Manche besonderen Zielgruppen benötigen spezielle Betreuung. Vor allem Kinder und Jugendliche, insbesondere jene, die von Bezugspersonen getrennt sind, brauchen Unterstützung.

Des Weiteren achten Sie verstärkt auf Personen mit bereits bestehenden Gesundheitsproblemen und Beeinträchtigungen, ältere Menschen, schwangere Frauen, Personen mit geistigen Beeinträchtigungen oder mit sensorischen Defiziten (sehen, hören etc.). Auch Menschen mit Gewalterfahrungen zählen zu speziell schützenswerten Zielgruppen.

Wann wird PEH angeboten?

Obwohl viele Personen über lange Zeit Hilfe und Unterstützung brauchen, ist PEH darauf ausgerichtet, Menschen unmittelbar nach einem belastenden Ereignis zu helfen.

In der Regel wird PEH beim Erstkontakt mit den Betroffenen, also üblicherweise während oder kurz nach dem belastenden Ereignis, angewendet. Abgesehen davon kann bei lang andauernden, besonders kritischen Belastungen (Naturkatastrophen, Fluchtszenarien etc.) PEH manchmal auch Tage oder Wochen nach dem Ereignis stattfinden.

Wo wird PEH angeboten?

PEH kann überall angeboten werden, wo es für alle Beteiligten sicher ist. Dies kann an öffentlichen Orten sein, wie z. B. im Versorgungsraum nach einem Unfall oder bei Einrichtungen, in denen Menschen weiter betreut werden (Gesundheitszentren, Warteräume von Krankenhäusern, provisorische Notunterkünfte, Schulen, Zentren für Essensausgabe usw.), aber auch in der Familie und in der Nachbarschaft.

Idealerweise wird PEH dort durchgeführt, wo ein ausreichendes Maß an geschützter Atmosphäre und Intimität als Gesprächsrahmen vorhanden ist.

KRISEN UND STRESS

Was verstehen wir unter Krisen?

Eine Krise ist ein inneres Geschehen, das dadurch gekennzeichnet ist, dass eine Person das Gefühl hat, dass ihre Bewältigungsmöglichkeiten erschöpft sind. Eine Krise kann sich auch in Beziehungen entwickeln in dem Sinne, als die Möglichkeiten der Interaktionspartner erschöpft sind, gemeinsam Probleme zu lösen.

Menschen, die in der Krise stecken, haben oft den Eindruck, sie nicht überwinden zu können. Jede Krise fordert uns heraus, unsere vorhandenen Ressourcen und Kräfte freizulegen. Daher passt auch das obenstehende chinesische Zeichen, das sowohl für Krise als auch für Chance verwendet werden kann.

Rückblickend können einer überstandenen Krisenzeit auch positive Aspekte abgewonnen. So kann eine Krise eben im Nachhinein eine Chance sein, durch die wir wachsen, reifen und uns weiter entwickeln können.

Ein Schlüssel für den positiven Umgang mit Krisen kann die Erinnerung an bereits bewältigte Herausforderungen sein und die hierbei angewandten Handlungs- und Bewältigungsstrategien.

Psychosoziale Krise:

Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen oder Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und vom Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern (in Anlehnung an G. Caplan und J. Cullberg).

Soziale Krise:

Eskalierende Konflikte meist im nahen sozialen Umfeld.

Aus dieser Form der Krise kann sich eine traumatische Krise entwickeln.

Traumatische Krise:

Ausgelöst wird diese durch schwere psychische und physische Belastungen, die außerhalb der üblichen Erfahrungen liegen. Diese haben oft besonders tiefgreifende Folgen, da sie beinahe in jedem Fall die normalen Anpassungsstrategien des Menschen überfordern.

Die Auslöser können hier sein:

- Tod, drohender Tod oder schwere Verletzung / Erkrankung naher Bezugspersonen
- Miterleben von Tod, drohendem Tod oder schwerer Verletzung / Erkrankung anderer Personen
- Eigene schwere Verletzung / Erkrankung oder Lebensgefährdung
- Bekanntwerden von Diagnosen
- plötzliche Beziehungsbedrohung wie Untreue oder Trennung
- soziale Kränkung und Versagen
- Äußere Katastrophen (z. B. Hochwasser)

Krise, Ratlosigkeit

危机

Gefahr Chance, Möglichkeit



Veränderungskrisen:

Lebensveränderungen gehören zum Leben und werden von vielen Menschen als positiv erlebt, können aber auch Belastungen auslösen. Beispiele sind: Verlassen des Elternhauses, Heirat, Schwangerschaft, Umzug, altersgemäße Pensionierung etc. Lebensveränderungskrisen setzen meist nicht schlagartig ein, sondern entwickeln sich innerhalb einiger Tage bis zu maximal einigen Wochen.

Lebensphasen



Welche Herausforderungen im Laufe des Lebens fallen Ihnen spontan ein?

Welche Herausforderungen haben Sie schon bewältigt? Notieren Sie diese für sich.

Bedeutende Lebensereignisse

Jedes Ereignis, welches das Gleichgewicht zwischen einer Person und ihrer Umwelt gefährdet und dazu führt, dass sich diese Person Veränderungen stellt und diese durch das Erlernen neuer Handlungsweisen, Gefühle und Gedanken bewältigen muss.

Die sogenannte Life Event Skala aus dem Jahr 1967 von den Psychiatern Thomas Holmes und Richard Rahe wurde nach einer Untersuchung, die Krankenakten von mehr als 5.000 Patienten analysierte, erstellt. Sie wollten herausfinden, ob stressige Lebensereignisse zu Krankheiten führen.

Die Patienten wurden zu über 40 Ereignissen befragt und es ergab sich ein Wirkzusammenhang. Seither gilt die Hypothese, dass Situationen, die in ihrer Summe den Grenzwert von 300 Punkten überschreiten das Risiko einer stressbedingten Erkrankung stark erhöhen.

Hierunter fallen positiv und negativ bewertete Lebensereignisse, beispielsweise der Tod von nahen Angehörigen, Krankheitsdiagnosen aber auch Schwangerschaft und Heirat, sowie mehr oder weniger alltägliche Ereignisse (Ferien, Weihnachten, Änderungen der familiären Gewohnheiten etc.)

Wie Menschen durch Krisen beeinflusst werden

Verschiedene Arten von belastenden Ereignissen passieren in der Welt. Es handelt sich dabei um Krieg, Naturkatastrophen, Unfälle, Feuer und zwischenmenschliche Konflikte/Krisen (z.B. Gewalt). Personen, Familien oder ganze Gemeinschaften können davon betroffen sein. Menschen verlieren ihr zu Hause oder Angehörige, sie werden von ihren Familien und Gesellschaften getrennt oder werden Zeuge von Gewalt, Zerstörung oder Tod.

Grundsätzlich gehen wir davon aus, dass Reaktionen auf ein belastendes oder gar traumatisches Ereignis normal sind. Es würde uns irritieren, wenn eine Person beispielsweise erlebt, wie das eigene Haus von einer Flutkatastrophe in Mitleidenschaft gezogen wird und ganz entspannt und scheinbar unverändert weiter macht.

Dennoch fühlen sich die folgenden, normalen Reaktionen für die Betroffenen möglicherweise beängstigend oder verwirrend an. Daher ist es besonders wichtig, mit den Betroffenen zu besprechen, dass ihre Reaktionen normal und in Ordnung sind.

Obwohl jeder von diesen Ereignissen in irgendeiner Weise betroffen ist, gibt es ein weites Spektrum der Reaktionen und Gefühle, die Menschen in solchen Situationen haben. Viele Personen können sich überwältigt fühlen, verwirrt oder über das Geschehene verunsichert. Sie können mit Angst reagieren oder aber erstarren und sich entfremdet fühlen. Einige Personen zeigen milde Reaktionen, andere reagieren stärker.

Auch das Nichtvorhandensein von Reaktionen bzw. sehr schwache Reaktionen können irritierend sein, weil die betroffene Person eigentlich etwas anderes von sich erwartet hätte.

Wie jemand reagiert, hängt von vielen Faktoren ab, wie z.B.

- Art und der Schweregrad des Ereignisses/der Situation
- Erfahrungen mit vorangegangenen Krisen
- Lebensalter
- Ausmaß der Unterstützung durch andere Menschen
- körperliche Gesundheit
- psychische Probleme der Betroffenen und/oder ihrer Familie
- kultureller Hintergrund und Traditionen

Welche Stressreaktionen sind normal?

Normale, akute Stressreaktionen:

- Wahrnehmungsveränderungen (Zeitgefühl, Tunnelblick, Zeitlupe, Fühlen von Hitze, Kälte usw.)
- Fremde Umwelt (Gefühl in einem Film zu sein, zu träumen, ...)
- Emotionale Taubheit (Gefühl emotional nichts zu empfinden, eingefroren zu sein, ...)
- Erinnerungslücken (Teilaspekte der Situation werden ausgeblendet, sind nicht erinnerbar, dissoziative Amnesie)
- Unwirklichkeit (Gefühl, außerhalb des Körpers zu stehen, sich selbst zuzusehen, Depersonalisationserleben)
- Erstarrung ("Schockzustand", Überwältigung)
- Schlafstörungen
- Unruhe/Übererregtheit

Wann ist eine Weitervermittlung an Fachkräfte nötig?

Es gibt Situationen, in denen Menschen über die PEH hinaus, mehr Unterstützung brauchen. Erkennen Sie Ihre Grenzen und suchen Sie selbst Unterstützung durch Fachkräfte (wenn verfügbar) oder durch andere Menschen in der Umgebung, die dafür geeignet sind (z. B. Kolleg_innen aus der Krisenintervention, Psycholog_innen, Psychosoziale Zentren, Seelsorger_innen usw.) Dies trifft vor allem dann zu, wenn Reaktionen auftreten, die mit PEH nicht verbessert werden können.

Personengruppen, die unmittelbar professionelle Hilfe brauchen:

- Menschen mit schweren, lebensgefährlichen Verletzungen, die medizinisch versorgt werden müssen
- Menschen, die derart außer oder neben sich sind, dass sie für sich und ihre Kinder nicht mehr sorgen können
- Menschen mit Selbstverletzungen
- Menschen, die andere gefährden
- Personen, die nicht in der Lage sind, ein strukturiertes Gespräch zu führen und emotional massiv überwältigt sind.

Anzeichen für die Notwendigkeit von Weitervermittlung nach der PEH:

- Reaktionen sind massiv oder nehmen zu
- Änderungen des Verhaltens, sozialer Rückzug
- Missbrauch von Alkohol, Medikamenten und/oder Drogen
- extrem starke Gefühle (z.B. Schuldgefühle, Angriffe auf den Selbstwert, etc.)
- anhaltende physische Symptome, aufgrund derer Hilfesuchende nicht in der Lage sind, im Alltag zu funktionieren (dauerndes Zittern oder Übererregtheit)
- ausgeprägte Schlafstörungen
- Verhaltensweisen, die Personen gefährden
- Einschränkungen in Lebensfähigkeit, Arbeitsfähigkeit und/oder Beziehungsfähigkeit

Wenn PEH in unmittelbarer Umgebung stattgefunden hat (Freundeskreis, Familie, Arbeitsplatz), ist es möglich, mit dem Betroffenen weiter in Kontakt zu bleiben. Dann weisen folgenden Anzeichen auf die Notwendigkeit einer Weitervermittlung hin:

Sollte eine Person an eine Fachkraft weitervermittelt werden müssen, könnten Sie beispielsweise folgende Formulierung verwenden: „Es kann schwerfallen, Menschen, die uns nahestehen, zu erzählen, was wir gerade durchmachen. Das geht jedem von uns so. Manchmal hilft es, wenn uns ein Außenstehender zuhört, um die Dinge in einem neuen Licht zu sehen, z. B. erfahrene Spezialist_innen, die wissen, wie man mit dieser Art von Problemen fertig wird.“

oder

„Ich habe den Eindruck, dass das Erlebte eine starke Auswirkung auf Sie hat. Ich würde mich wohler fühlen, wenn wir eine Fachkraft hinzuziehen, die uns bei den nächsten Schritten weiterhilft und bei Bedarf auch längerfristig für Sie da sein könnte.“

Traumatische Ereignisse

Außergewöhnliche Ereignisse liegen außerhalb des Bereichs alltäglicher menschlicher Erfahrungen, welche das Leben oder die persönliche Integrität bedrohen und Gefühle von intensiver Furcht, Schrecken und Hilfslosigkeit hervorrufen.

Klassische Definition (nach ICD10 - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“) Ein traumatisches Ereignis ist ein Ereignis, das mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß einhergeht oder den tatsächlichen oder drohenden Tod, tatsächliche oder drohende ernsthafte Körperverletzung oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit von einem selbst oder anderen einschließt, sowie bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde beziehungsweise mit starker Angst, Hilflosigkeit oder Grauen erlebt wird.

Die derzeit aktuelle, fünfte Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), also eine Sammlung aller psychischen Erkrankungen herausgegeben von der American Psychiatric Association, definiert Trauma umfassender als Konfrontation mit folgenden Ereignissen:

- „Konfrontation mit tatsächlichem/r oder drohendem/r Tod oder
 - sexueller Gewalt oder
 - ernsthafter Verletzung auf eine (oder mehrere) der folgenden Arten:
1. direktes Erleben eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse
 2. persönliches Erleben eines oder mehrerer solcher traumatischen Ereignisse bei anderen Personen
 3. erfahren, dass einem nahen Familienmitglied oder einem engen Freund ein oder mehrere traumatische Ereignisse zugestoßen sind. Im Falle von tatsächlichem oder drohendem Tod des Familienmitglieds oder Freundes muss das Ereignis bzw. müssen die Ereignisse durch Gewalt oder einen Unfall bedingt sein.
 4. Die Erfahrung wiederholter oder extremer Konfrontation mit schrecklichen Details von einem oder mehreren traumatischen Ereignissen (z.B. Ersthelfer, die menschliche Leichenteile aufsammeln oder Polizisten, die wiederholt mit schockierenden Details von Kindesmissbrauch konfrontiert werden). Beachte: Eine Konfrontation durch elektronische Medien, Fernsehen, Spielfilme oder Bilder erfüllt das Kriterium 4 nicht, es sei denn, diese Konfrontation ist berufsbedingt.“

PSYCHISCHE GESUNDHEIT/KRANKHEIT

Psychische Gesundheit und psychische Störungen (nach Robert Koch Institut)

Psychische Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung für Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und sozialer Teilhabe. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit reichen von leichten Einschränkungen des seelischen Wohlbefindens bis zu schweren psychischen Störungen.

Sie gehen mit erheblichen individuellen und gesellschaftlichen Folgen einher und beeinflussen die körperliche Gesundheit und das Gesundheitsverhalten. Aufgrund ihrer weiten Verbreitung in der Bevölkerung haben insbesondere Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen und Demenzerkrankungen große Public-Health-Relevanz.

www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Psychische_Gesundheit/Psychische_Gesundheit_node.html , 28.2.2023, 13.09

Wieso ist die Auseinandersetzung mit dem Thema wichtig?

- Psychische Erkrankungen sind weit verbreitet.
- Psychische Gesundheit betrifft uns alle.
- Sie hat soziale und wirtschaftliche Auswirkungen.
- Über psychische Erkrankungen zu sprechen ist noch immer ein Tabu in unserer Gesellschaft.
- Professionelle Hilfe ist nicht immer verfügbar.

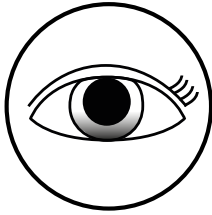
Dazu einige Zahlen: In Österreich gab es im Jahr 2021, 442.000 Menschen mit chronifizierten Krankheitsverläufen psychischer Erkrankungen.

Die Dunkelziffer liegt deutlich höher. man schätzt auf bis zu 1,2 Millionen Menschen! Dies verursacht Kosten von rund 12 Milliarden Euro, das sind 3–4% des BIP: Weiters fallen bei psychischen Erkrankungen 40 Krankenstandstage/Betroffenen/Jahr an, bei somatisch Erkrankten sind er nur 11 Tage. Die Wartezeit auf professionelle Hilfe liegt bei mehreren Monaten bis zu einem Jahr!

MÖGLICHKEITEN DER HILFESTELLUNG

Handlungsprinzipien

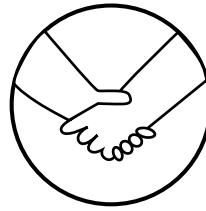
Die drei Grundprinzipien Psychischer Erster Hilfe sind



LOOK
Schau hin.



LISTEN
Hör zu.



LINK
Vernetze.

Einschätzung der Situation,
Reaktionen der Betrof-
fenen.

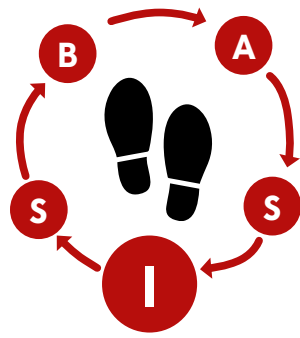
Zugehen auf die Betrof-
fenen, zuhören und beru-
higen.

Aktivierung des sozialen
Netzwerks und ggf. an
professionelle Hilfe weiter-
leiten.

Bedürfnisse der Betroffenen

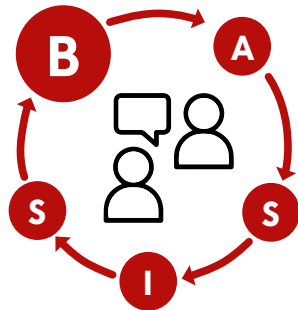
Ziel der Psychologischen Ersten Hilfe ist es immer, die Grundbedürfnisse der Menschen in der belastenden Situation zu erfüllen. Optimalerweise ist es möglich, dass die Personen diese selbst erfüllen. Sollte dies nicht möglich sein, helfen Sie dabei und sorgen Sie dadurch dafür, dass die betroffene Person wieder handlungsfähig wird.

Ablauf der PEH: Das Basismodell – wie helfe ich?



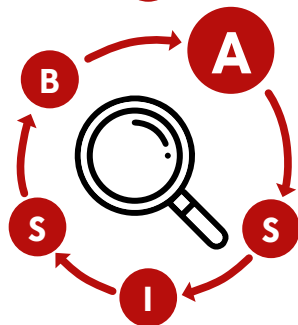
- B** Beziehung herstellen
- A** Anerkennung der Situation
- S** Struktur geben
- I** Information über weitere Schritte
- S** Soziale Netze anbieten

Das BASIS Modell ist der rote Faden der PEH. Es sollte Ihnen beim Umgang mit Betroffenen helfen.



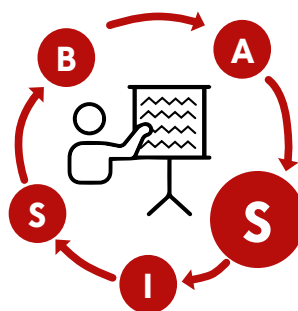
Beziehung herstellen

- Die Situation abschätzen – wie geht es der Person?
- Sich vorstellen.
- Einen geeigneten Ort suchen, um weitere Stressreaktionen zu vermeiden.



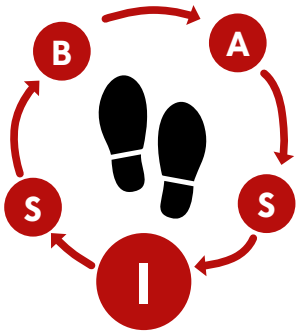
Anerkennung der Situation

- Die Situation abschätzen – was ist passiert?
- Wie kann ich die Person am besten unterstützen?
- Abgrenzung – halte ich das aus?



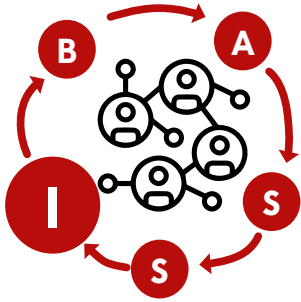
Struktur geben

- Schilderung des Ereignisses;
- Helfen, das Gespräch zu strukturieren;
- Selbstständigkeit fördern;
- Sicherheit geben durch Information über weiteren Verlauf;



Information über weitere Schritte

- Information über Stressreaktionen/Situation (Normalisierung);
- Informieren über potenzielle Hilfsmöglichkeiten;



Soziale Netze anbieten

- Weitere Betreuung durch soziales Netz fördern.
- Motivation zur Nutzung von Freunden, Familie, Partner etc.;
- Wenn notwendig die Person unterstützen, professionelle Hilfe aufzusuchen.

Dos and Don'ts der PEH

Dos	Don'ts
nur gesicherte Informationen geben	Tipps und Ratschläge
Sprache anpassen	Floskeln („Das wird schon wieder“)
einen ruhigen Platz finden zum Sitzen und Reden	Problem lächerlich machen
Ablenkungen, wenn möglich, geringhalten	Betreuten etwas überstülpen
Aktives Zuhören	Lügen
evtl. Weitervermittlung an Psycholog_innen	falsche Versprechungen

A large grid of small dots for taking notes, located on the right side of the page.

Ziele und Herausforderungen

Zu beachten:

- Wortwahl
- Lautstärke
- Gestik
- Mimik
- Einschätzung der Situation
- Frage zum richtigen Zeitpunkt finden
- eigene Meinung irrelevant Selbstschutz

Aufgabe:

- genaues Zuhören
- Offenheit
- Empathie
- Akzeptanz
- Echtheit: Authentisches Auftreten/Ehrlichkeit in der Haltung gegenüber dem Betroffenen

Aktives Zuhören

Aktives Zuhören bedeutet, der Person gezielt zuzuhören. Wie der Name schon verrät, soll das Zuhören immer aktiv, also zugewandt, interessiert und empathisch sein.

Aktives Zuhören ist wertvoll, da es hilft, Vertrauen aufzubauen, Missverständnisse zu vermeiden und durch non-direktives Feedback zu lernen. Das chinesische Zeichen oben bedeutet „zuhören“. Im Chinesischen werden mehrere Zeichen zusammengefügt, um ein neues zu kreieren. Dieses Zeichen für „zuhören“ inkludiert: Augen, Ohren und Herz.

Der König symbolisiert die Wertschätzung dem anderen gegenüber. Beim Aktiven Zuhören sind diese vier Elemente ausschlaggebend.

Das Aktive Zuhören schützt uns auch davor, Missverständnissen aufzuliegen oder unsere eigenen Gedanken, Meinungen und Wertvorstellungen zu sehr einzubringen. In der PEH wollen wir unsere professionelle Rolle finden und während der Betreuung aufrechterhalten.

Dazu gehört es auch, eigene Meinungen zurückzuhalten und an anderer Stelle zu besprechen. Beispielsweise glauben viele Menschen, dass sie in einer gerechten Welt leben. Deshalb glauben auch viele, dass Menschen bekommen, was sie verdienen und verdienen, was sie bekommen. Mitunter geben wir auch den Opfern die Schuld an ihrem Unglück. Zum Beispiel: „Hättest du nicht so einen kurzen Rock getragen, wäre das nicht passiert.“

Harriet Lerner, eine amerikanische Psychologin und Familientherapeutin, argumentiert, dass Menschen sich so verhalten, weil sie sich selbst schützen wollen und weiterhin glauben wollen, dass wir in einer sicheren, stabilen und geordneten Welt leben.

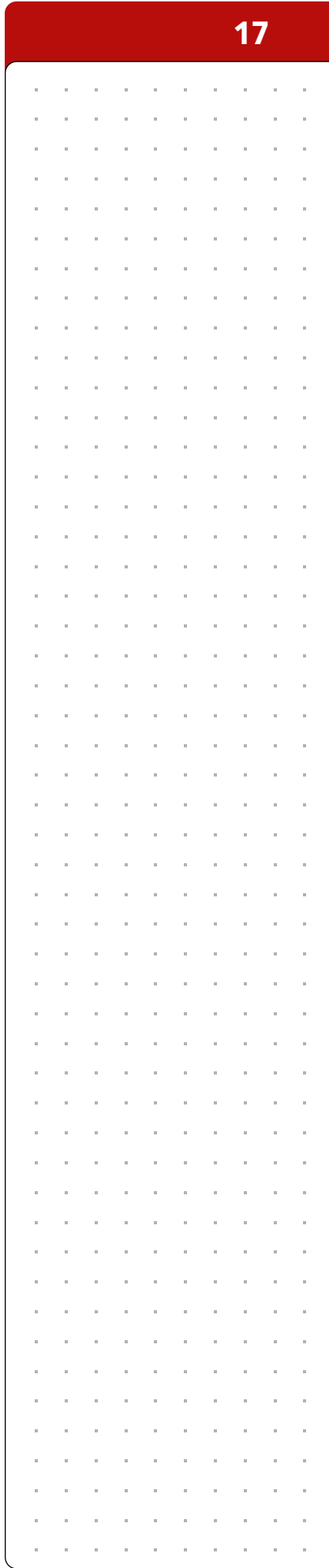
Deshalb ist es umso wichtiger, beim Aktiven Zuhören keine vorschnellen Bewertungen zu machen. Sie sollten stets empathisch und offen sein. Ihre Rolle ist es, die Person zu unterstützen, ausreden zu lassen, ihr eine Struktur und wenn sie es möchte, weitere Informationen zu geben.

Grundprinzipien Aktives Zuhören

- ausreden lassen
- Pausen zulassen
- Aufmerksamkeit – Konzentration (z.B. Blickkontakt)
- keine vorschnellen Bewertungen
- Rückfragen stellen – Feedback geben
- zusammenfassen

Techniken

- Nonverbales Spiegeln: Körpersprache beachten (z.B. Hinwendung des Oberkörpers und Kopfes)
- Verbales Spiegeln: Wiedergeben der Inhalte
- Zusammenfassen und Paraphrasieren: Die Aussage mit Ihren eigenen Worten wiederholen
- Emotionen verbalisieren: „Du wirkst traurig, ist alles okay?“
- Unklarheiten klären: Wenn etwas nicht klar ist, einfach nachfragen z.B. „du hast vorher erwähnt, dass du so nicht mehr weiter machen kannst, was meinst du damit?“
- Nachfragen: „Du hast gesagt, dass es dir nicht gut ging, was ist passiert?“
- Bestätigungslaute: Zum Beispiel: „ah“, „mhm“, „ach so“, ...



GRUNDREGELN FÜR FEEDBACK:

5 Regeln: So geben Sie effektives Feedback

- Sagen Sie Ich statt Du.
- Geben Sie vorwurfsfreies Feedback.
- Bleiben Sie sachlich, werden Sie nicht persönlich.
- Beschreiben Sie Ihre persönliche (=subjektive) Wahrnehmung
- Halten Sie den Spiegel vor – keine Rechtfertigung oder Anweisung.

5 Regeln: So nehmen Sie Feedback souverän entgegen

- Vereinbaren Sie Offenheit und Sachlichkeit.
- Hören Sie zu – nicht rechtfertigen oder verteidigen.
- Stellen Sie Verständnisfragen.
- Sortieren Sie aus, was Sie betrifft - lassen Sie den Rest fallen.
- Bedanken Sie sich für die Rückmeldung.

Persönliche Grenzen und Distanzzonen

Im Kontakt geht es auch immer darum passenden Abstand und Position zueinander zu finden. Dies ist nicht immer einfach, da wir alle individuelle Komfortzonen haben – diese sind geprägt von der Persönlichkeit, der Kultur, der Situation und anderen Faktoren.

Klassischerweise gehen wir von einem passenden Abstand von einer Armlänge aus.
<https://karrierebibel.de/distanzzonen-intimsphaere/>

Wichtig ist, dass wir auf nonverbale Signale unseres Gegenübers und auch auf unser Wohlbefinden achten. Ich kann nämlich nur dann empathisch sein, wenn ich mich im Kontakt wohlfühle.

RESILIENZ

Selbstschutz

Verantwortungsvoll zu helfen, heißt auch, dass Sie auf ihre eigene Sicherheit, Gesundheit und ihr Wohlbefinden zu achten.

Als Helfer_in kann man von den Erlebnissen und Eindrücken, denen man ausgesetzt ist, betroffen sein. Beispielsweise kann auch im eigenen Leben oder in der eigenen Familie eine Krise stattfinden. Daher gilt als Grundregel für alle Helfenden, dass man zuerst auf sich selbst schaut, bevor man anderen hilft. Es ist wichtig, dass Sie besondere Aufmerksamkeit auf Ihr Wohlbefinden legen, und dass Sie physisch und emotional in der Lage sind, anderen zu helfen.

Schauen Sie auf sich, dann können Sie gut auf andere schauen. Auch die Teamarbeit ist besonders wichtig und eine unterstützende Ressource.

Auch Helfende können von den erlebten Geschichten und Situationen mitgenommen sein und Belastungsreaktionen entwickeln.

Eigener Umgang mit dem Erlebten

- Wirkung auf sich selbst spüren
- auf eigene Kräfte achten
- eigene „Batterie“ wieder aufladen
- eigene Bereitschaft für nächste Betreuung überprüfen
- kritische „Abschlussbewertung“

Eigene Grenzen

Als Helfer/Helferin ist es fast schon eine Pflicht, vor allem und in erster Linie auf sich selbst, die eigenen Ressourcen und Grenzen zu schauen. Natürlich kann man diese im Ausnahmefall auch einmal überschreiten und nach dem Helfen erschöpft sein und Erholung brauchen, aber genau darum geht es hier:

Zu wissen, wo meine Grenzen sind, diese wahrzunehmen und dafür zu sorgen, dass ich wieder zu Kräften komme. Psychosoziale Arbeit ist anstrengend und das fängt bereits da an, wo man für jemanden anderen von ganzem Herzen da ist. Auch die Erfahrungen der Menschen, die wir unterstützen kann belastend sein.

So spricht man auch von Mitgefühlser schöpfung, wenn man auf Grund der schweren Erfahrungen anderer an die eigenen Belastungsgrenzen kommt.

Vor allem in helfenden Berufen oder auch in ehrenamtlichen Bereichen, wo es darum geht für jemanden anderen da zu sein, kommt es auch zu Belastungen, die in den Bereich Burn Out fallen.

Anstrengende Lebensumstände können Menschen belasten, manchmal auch bis zu einem Punkt, an dem sie das Gefühl haben: Ich kann nicht mehr, ich bin erschöpft, leer und ausgebrannt.

Dahinter steht, dass durch die empfundenen großen Belastungen der Umgebung die eigenen Bedürfnisse über längere Zeit vernachlässigt wurden. Es gibt hier eine wichtige Unterscheidung zwischen Burnout und Erschöpfung. Entfremdung von der (beruflichen) Tätigkeit und die verringerte Leistungsfähigkeit hinzu. Betroffene erleben ihre Arbeit zunehmend als belastend und frustrierend.

Sie können eine zynische Haltung gegenüber ihren Arbeitsbedingungen und Kollegen entwickeln, gepaart mit starker emotionaler Distanz und zunehmender Abstumpfung ihren beruflichen Aufgaben gegenüber.

Zusätzlich leidet beim Burnout die alltägliche Leistung im Beruf, im Haushalt oder bei der Pflege Angehöriger. Betroffene empfinden ihre Tätigkeit als sehr negativ, sind unkonzentriert, lustlos und beklagen, dass sie keine Ideen mehr haben.



Manchmal steckt hinter einem Burnout auch so etwas wie das Helfersyndrom, das beschreibt, dass Menschen sich nur als wertvoll und bedeutsam empfinden, wenn sie anderen helfen können.

Helfersyndrom:

- Konzept zum ersten Mal 1977 vom Psychoanalytiker Wolfgang Schmidbauer beschrieben
- Annahme, dass Menschen mit einem Helfersyndrom in ihrer Kindheit nicht genug Liebe und Anerkennung erhalten haben und dadurch ein geringes Selbstwertgefühl haben
- erlerntes Verhaltensmuster, bei dem man sich in Beziehungen überwiegend als Helfer anbietet, um so Anerkennung und Zuneigung zu erhalten
- häufiges Übernehmen von Aufgaben oder Überstülpen von Hilfe, ohne dass man darum gebeten wurde
- Schwierigkeiten, „nein“ zu sagen
- die Probleme anderer zu den eigenen machen

Überwindung des Helfersyndroms

- erkennen und akzeptieren, dass man über ein gesundes Maß hinaus anderen hilft und dabei eigene Bedürfnisse deutlich vernachlässigt
- erkennen und akzeptieren, dass man im Grunde aus eigennützigen Motiven hilft
- Selbstbewusstsein stärken und sich selbst öfters etwas Gutes tun
- evtl. fachliche Hilfe holen

Definition Resilienz

Resilienz ist die psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken (Wustmann, 2004: 18)

- inkludiert interne (z.B. Hormone) als auch externe (z.B. Scheidung) Faktoren, die eine Person beeinflussen können
- Resilienz ist dynamisch, kann sich verändern und entwickeln



Denken Sie an eine Ihnen bekannte Person, die Sie als resilient bezeichnen würden. Notieren Sie die persönlichen Eigenschaften dieser Personen sowie die Eigenschaften ihrer Umgebung, um zu begründen, warum diese Personen gewählt wurden.

Was kann ich tun, um meine Resilienz zu stärken?

- **Bewegung:** Wir wissen, dass Bewegung und Sport bei milder bis mäßiger Depression helfen können, Stress abzubauen und Körper und Psyche guttun. Es muss nicht immer Leistungssport sein, auch ein Spaziergang hat eine positive Wirkung.
- **Schlafrhythmus:** Schlaf ist wichtig für unsere Entwicklung und generell unsere Gesundheit.
- **Gute Ernährung:** Was wir konsumieren, hat einen Effekt auf unsere Psyche
- **Gemeinschaft:** Menschen, die aktiv in einer Gemeinschaft (u.a. Freundeskreis, Familie) beteiligt sind, sind resilienter. Es ist auch gut, Kontakt mit Freunden und Familie aufrecht zu halten, dadurch kann man sein Netzwerk stärken.
- **mit einem Freund reden:** Über meine Gefühle offen und in der passenden Situation reden
- **Hilfe bitten:** Wir alle werden manchmal überwältigt: Das ist okay und es ist gut, um Hilfe zu bitten
- **Machen Sie eine Pause!** Es ist gut, sich Zeit für zu nehmen, ein paar Minuten „Ich-Zeit“ können schon helfen, weniger gestresst zu sein. Hören Sie auf Ihren Körper; wenn er müde ist, nehmen Sie sich die Zeit, eine Pause zu machen.
- Tun Sie etwas, was Sie gerne tun!
- Akzeptieren Sie, wer Sie sind! Keiner ist perfekt, und das ist okay
- Helfen Sie anderen! Wenn man anderen Personen hilft, hat es auch positive Auswirkungen auf einen selbst.

Stressbewältigung

Gesunde Arbeits- und Lebensgewohnheiten

Eine Hauptursache der Belastung für die HelferInnen ist der tägliche Stress am Arbeitsplatz, besonders in Krisensituationen. Lange Arbeitszeiten, große Verantwortung, Fehlen einer klaren Arbeitsplatzbeschreibung, schlechte Kommunikation oder Management, und die Arbeit in unsicheren Bereichen, sind häufige Beispiele für alltags- oder berufsbezogenen Stress, der HelferInnen ungünstig beeinflussen kann.

Als Helfer_in fühlen Sie sich für die Sicherheit und Versorgung von Menschen verantwortlich und gehen eine zusätzliche Belastung ein, die natürlich auch sehr erfüllen sein kann. Allerdings können Sie Zeuge oder sogar Betroffener schrecklicher Ereignisse, wie beispielsweise Zerstörung z.B. Erdbeben Lawinen, Verletzung, Tod oder Gewalt sein.

Sie werden mit großer Wahrscheinlichkeit Geschichten von Schmerz und Leid anderer Menschen hören. Diese Erfahrungen können Sie beeinflussen. Daher ist es wichtig, sich zu überlegen, wie Sie am besten mit Ihrem Stress umgehen und wie Sie und dich nach einem Einsatz auch wieder gut regulieren.

Meistens hilft das, was man auch normalerweise im Leben macht, um Stress zu bewältigen: Natur, liebe Leute, Bewegung, Hobbies nachgehen. Die emotionalen Themen nach einem Einsatz, die Helfende beschäftigen, sind oft das Gefühl, unzureichend geholfen zu haben, wenn man zum Beispiel nicht allen, die Hilfe benötigt hätten, helfen konnten.

Meistens ist es auch so, dass wir uns gewahr sein müssen, dass die schwierige Situation für den Betroffenen nach unserem Einsatz nicht zu Ende ist, aber wir haben ihn einen wichtigen Teil des Weges begleitet. Klar ist: Der Helfende ist nicht für die Lösung aller Probleme verantwortlich! Sie tun, was Sie können und geben den Betroffenen Hilfe zur Selbsthilfe.

Erholung und Reflexion

Sich Zeit für Ruhe und Reflexion zu nehmen, ist ein wichtiger Bestandteil der Beendigung unserer Helfer-Rolle. Die Krisensituation und die Bedürfnisse der Menschen, die wir unterstützt haben, können sehr herausfordernd sein, und manchmal ist es schwierig, ihre Schmerzen und ihr Leiden zu erleben.

Nach der Bewältigung einer Krisensituation nehmen Sie sich am besten Zeit, die gemachte Erfahrung für sich selbst in Ruhe zu reflektieren. Die folgenden Vorschläge können zur Wiederherstellung der Einsatzbereitschaft hilfreich sein:

- Mit einem Vorgesetzten, Kollegen oder jemandem dem Sie vertrauen, über Ihre Erfahrungen zu sprechen, kann guttun.
- Vergegenwärtige Sie sich, was Sie tun konnten, um anderen zu helfen, auch scheinbar Kleines zählt.
- Reflektieren und akzeptieren was Sie gut gemacht haben, was nicht so gut gelungen ist und vor allem die Grenzen dessen, was man unter den gegebenen Umständen tun konnte.
- Nehmen Sie sich, wenn möglich, Zeit zum Ausruhen und Entspannen, bevor Sie wieder in das Alltagsleben zurückkehren.
- Wenn Sie nach Einsätzen belastende Gedanken oder Erinnerungen über das Erlebte haben, Sie sich sehr nervös oder sehr traurig fühlen, Probleme mit dem Schlafen haben, oder zu viel Alkohol konsumieren, ist es wichtig, die Unterstützung einer Person Ihres Vertrauens zu bekommen. Sprechen Sie in dem Fall auch mit Spezialisten für psychische Gesundheit oder ÄrztInnen, wenn diese Schwierigkeiten länger andauern und Sie und ihr Leben belasten.

Wann brauche ich selbst Hilfe?

- Reaktionen sind massiv oder nehmen zu
- Änderungen des Verhaltens
- Missbrauch von Alkohol, Medikamenten und/oder Drogen
- sozialer Rückzug
- extrem starke Gefühle (z.B. Schuldgefühle, Selbstwert, etc.)
- anhaltende physische Symptome, aufgrund derer Sie nicht in der Lage sind, im Alltag zu funktionieren
- ausgeprägte Schlafstörungen
- Verhaltensweisen, die Personen gefährden
- Einschränkungen: Alltag, Entscheidung, Arbeitsfähigkeit und/oder Beziehungsfähigkeit

Welche Hilfe gibt es?

Die 3 „Psych-Berufe“:

- Psycholog_innen (Klinische und Gesundheitspsycholog_innen)
- Psychiater_innen (Fachärztinnen/Fachärzte für Psychiatrie)
- Psychotherapeut_innen (Quellenberuf, Psychotherapieschulen)

Informations- und Beratungsstellen:

Ö3-Rot Kreuz Kummernummer 16–24 Uhr, Tel: 116 123

**Helpline Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (BÖP),
Mo bis Do 9–13 Uhr**

Tel: 01/504 8000

Kinder: Rat auf Draht 0–24 Uhr, 147

Kriseninterventionszentrum Wien, Lazarettgasse 14A,

Mo bis Fr 10–17 Uhr

Tel: 01/406 95 95

Telefonseelsorge 0–24 Uhr; 142

TRAUER

Trauer ist der psychische Zustand, der einem aktuellen oder wahrgenommenen Verlust eines bedeutsamen Objekts, eines Zustands oder einer bedeutsamen Beziehung folgt. Dies kann Reaktionen auf der psychischen, der körperlichen und der Verhaltensebene bewirken.

Trauer ist sowohl ein Gefühl als auch ein bestimmtes Verhalten (Abschiedsrituale, weinen, zur Beerdigung gehen), aber auch der Prozess der Verlustbewältigung, der lange Zeit dauert und aus verschiedenen Phasen besteht (Schock, Verzweiflung, Wut, Akzeptanz und Sinnfindung). Trauer bezieht sich nicht nur auf den Tod, sondern kann auch das Resultat eines Verlustes sein.

Zum Beispiel kann jemand, der bei einem Unfall paralysiert wurde, um den Verlust der Beine so trauern wie jemand, der ein Familienmitglied verloren hat.

Traueraufgaben (William Worden)

- Aufgabe 1: Den Verlust als Realität akzeptieren: Der Tod eines nahestehenden Menschen löst häufig das Gefühl der Unwirklichkeit aus. Die erste Aufgabe besteht deshalb darin, sich der Realität zu stellen und den Verlust zu akzeptieren. Es geht nicht darum, den Verlust gutzuheißen, sondern sich der Wirklichkeit zu stellen, dass die geliebte Person tot ist und nicht mehr wieder kommt.
- Aufgabe 2: Den Trauerschmerz und die damit verbundenen Emotionen aushalten lernen: Der Schmerz, der durch den Verlust ausgelöst wird, wird unterschiedlich erlebt. Dabei können unterschiedliche Gefühle wie Wut, Angst Sehnsucht, Einsamkeit, Liebe, Leere, usw. den Trauerprozess begleiten. All diese Gefühle sind in der Trauer normal und müssen anerkannt und durchlebt werden.
- Aufgabe 3: Sich an eine Welt ohne die verstorbene Person anpassen: Trauernde müssen neue Aufgaben übernehmen, die vorher der/die Verstorbene hatte und sich in der neuen Rolle zurechtfinden. Das kann zu einem stärkeren Selbstbewusstsein führen und Chancen bieten sich weiterzuentwickeln.
- Aufgabe 4: Eine dauerhafte Verbindung zur verstorbenen Person inmitten des Aufbruchs in ein neues Leben finden: das ist wahrscheinlich die schwierigste Aufgabe. Mit der verstorbenen Person eine dauerhafte Verbindung finden, um uns einerseits zu erinnern, andererseits auch die Aufgabe zu bewältigen, in ein neues Leben aufzubrechen. Es geht darum, positive Gedanken an die Person zu bewahren, sich jedoch an das Leben ohne sie anzupassen.

A large grid of small dots for writing notes, spanning the right side of the page.

Trauer bei Kindern

Im Allgemeinen neigen wir dazu, alles, was mit Tod und Sterben zu tun hat, von Kindern fernzuhalten. Kinder verarbeiten Trauer und Verlust anders als Erwachsene, je nach Alter und Entwicklungsstand hat ein Kind völlig unterschiedliche Vorstellungen vom Tod. Kinder können – anders als Erwachsene - ihre Gefühle nur begrenzt erkennen und verbal ausdrücken.


In der Psychischen Ersten Hilfe können wir Kindern dabei helfen, Gefühle zu erkennen, zu verstehen und zu akzeptieren. Zusätzlich haben Kinder Angst, anders zu sein als ihre gleichaltrigen Freunde (vor allem Schulkinder).


Daher können sie sich manchmal - im Gegensatz zu Erwachsenen - nur schwer Trost von Freunden holen. Außerdem empfinden Schulkinder weinen oft als kindisch und mögen es nicht, wenn sie jemand dabei sieht. Kinder können auf traumatische Ereignisse mit erhöhter Ängstlichkeit oder Verhaltensänderungen reagieren. Kleinere Kinder können wieder frühere Verhaltensweisen zeigen, wie z.B. Bettnässen, Daumenlutschen oder weinen.


In der Psychischen Ersten Hilfe geht es auch oft darum, Bezugspersonen von Kindern zu beraten, welche möglichen Reaktionen ihre Kinder zeigen können und sie in der ersten Phase zu begleiten.


Dafür ist es noch wichtig zu wissen, dass Kinder große Gefühle wie Angst, Wut oder Trauer nur begrenzt ausleben (können) und recht schnell wieder zu einer alltäglichen Tätigkeit wechseln (spielen, fernsehen etc.). Außerdem äußern Kinder Gefühle oft körperlich (Bauchweh, Kopfweh etc.).

Je nach Alter zeigen sich folgende typische Reaktionen:

- 
 - stabile Bindungen zu bestimmten Personen
 - Trauerverhalten: weinen und suchen

< 2
Jahren
- 
 - magisches Denken
 - Endgültigkeit des Todes ist unbegreiflich

2-6
Jahren
- 
 - begreifen, dass der Tod endgültig ist
 - begreifen nicht, dass alle sterben können

6-11
Jahren
- 
 - begreifen die Unvermeidbarkeit & Unvorhersehbarkeit des Todes

>11
Jahren

Kinder < 2 Jahre

Ab etwa 7 – 8 Monaten haben Kinder schon stabile Bindungen zu bestimmten Personen aufgebaut. Bei Verlust eines Elternteils suchen sie aktiv nach ihm, weinen und sind verzweifelt. Sie zeigen normales Trauerverhalten, können aber noch nicht verstehen, dass die verstorbene Person nicht mehr wiederkommt.

Vorschulkind (ca. 2 – 6 Jahre)

In dieser Altersspanne denkt das Kind magisch – das bedeutet, dass sein Denken nicht von Rationalität geleitet wird. Sein Denken basiert auf einem niedrigen Wissensstand und fördert schafft sich selbst Erklärungen wie „Ich war nicht brav, deshalb ist meine Mutter gestorben“ - Das Kind glaubt, dass seine Handlungen den Tod herbeiführen können. Zusätzlich kann das Kind auch davon überzeugt sein, dass der Tod wie ein Schlaf ist. Das kann dazu führen, dass das Kind Angst vor dem Einschlafen entwickelt. Letztendlich ist auch die Endgültigkeit des Todes noch unbegreiflich.

Schulkind (6–11 Jahre)

In dieser Altersspanne begreift das Kind schon, dass der Tod endgültig ist. Jedoch begreift es nicht, dass alle Menschen sterben können. Auch jüngere Schulkinder meinen, dass der Tod nur den Alten und Schwachen „passiert“.

Kind > 11 Jahre

Ab dem 11. Lebensjahr machen sich Kinder Gedanken über die Unvermeidbarkeit und die Unvorhersehbarkeit des Todes. Kinder begreifen auch, dass der Tod jedem Menschen zustoßen wird und dass auch junge Menschen sterben können.

Wichtige Punkte, wenn man mit Kindern über Trauer spricht

Ziel

- das Abschiednehmen ermöglichen und durch Begleitung erleichtern
- dem Kind helfen, den Tod oder Verlust zu begreifen
- eigene Gefühle und die des Kindes ansprechen und normalisieren

Gestaltung des Gesprächs

- das Kind altersgerecht informieren
- sich von den Fragen des Kindes leiten lassen
- die Fragen ehrlich und sofort beantworten
- kontinuierliche Zuwendung und Unterstützung geben

Wie spricht man mit Kindern über den Tod?

Es ist darauf zu achten, einfach und klar zu sprechen, wenn man Kindern den Tod erklärt. Vor allem Fakten sollten richtig geschildert werden, weil die Kinder früher oder später dahinterkommen.

Wichtig zu bedenken ist, dass Kinder die Dinge, die man sagt, oft wörtlich nehmen, z.B. wenn das Wort „Schlaf“ für den Tod gebraucht wird, kann das Kind Angst entwickeln, schlafen zu gehen.

Emotionen sollten angesprochen werden, man sollte dem Kind zuhören und seine Gefühle akzeptieren.

Grid area for notes.



FACHINPUT ANGSTSTÖRUNGEN

Es ist normal und menschlich, Angst zu empfinden. Angst hat in der geschichtlichen Entwicklung des Menschen eine wichtige Funktion. Sie schützt uns und weist uns auf drohende Gefahren hin.

Die Kampf-oder-Flucht-Reaktion (fight – flight – freeze) **ist unsere natürliche und evolutionäre** Art und Weise auf Gefahren zu reagieren. Diese Alarmreaktion soll in der Person eine erhöhte Abwehr- und Flucht-Bereitschaft aktivieren und Energie bereitstellen. So ist es also völlig normal, in belastenden, stressigen, außergewöhnlichen Situationen Angst zu empfinden.

Angst entwickelt sich zu einer psychischen Störung, wenn sie die Lebensführung beeinträchtigt. (Lebens-, Arbeits- und Beziehungsfähigkeit).

Beispielsweise versucht sich die Person zu schützen, indem sie sich zurückzieht und eventuell belastende Situationen, die eine Angst auslösen könnten, komplett vermeidet (z.B. verlässt das Haus nicht und vermeidet Menschen).

Dem sozialen Umfeld gegenüber erscheinen diese intensiven Sorgen oft unangemessen und übertrieben, aber für die Person sind ihre Ängste real und sehr blockierend.

Formen der Angststörung und Möglichkeiten zu helfen

Allgemeine Strategien, um Angst zu reduzieren

Sport treiben, um Energie abzubauen, Konfrontation mit der Angst, Darüber sprechen, wohltuende Aktivitäten, Entspannungstraining, auf die Ernährung achten (kein Alkohol oder Koffein)

Es gibt verschiedene Angststörungen. Drei Beispiele sind: Generalisierte Angststörung, Panikstörungen und Phobien. Es kann auch vorkommen, eine Kombination einer Angststörung und einer Depression zu haben.

Generalisierte Angststörung

Eine generalisierte Angststörung bezieht sich auf eine Furcht in bestimmten Situationen, die aber nicht umgebungsbedingt beschränkt ist.

Diese Angst wird den Alltag der Person leiten und dadurch ihr Leben beeinträchtigen. Die Symptome können folgende Beschwerden inkludieren: ständige Nervosität, zittern, Muskelspannung, schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle oder Oberbauchbeschwerden.

Die Auslöser der Angst können unterschiedlich sein und sich auch verändern.

Panikstörung

Eine Panikstörung ist ein plötzliches Auftreten der Angst, gekoppelt mit wiederkehrenden Panikattacken.

Das plötzliche Auftreten der Panikattacken bedeutet, dass sie unvorhersehbar sind. Aufgrund dieser Unberechenbarkeit können sie eine noch größere Panik auslösen. Während der Panikattacke verspüren die Betroffenen extreme Angst, kombiniert mit physischen Symptomen (wie Atemnot, Erstickungsgefühle, Herzklopfen, Herzrasen und Schwindel).

Es kann auch sein, dass sich eine Furcht vor dem Sterben, vor Kontrollverlust oder die Angst, wahnsinnig zu werden, entwickelt. So eine Panikattacke kann verschiedene Ursachen haben. Beispielsweise kann ein Soldat, der vom Krieg zurückkehrt, beim Lärm von Feuerwerken, eine Panikattacke erleiden, weil es ihn unbewusst an den Krieg erinnert. Manchmal entstehen Panikattacken aber auch aus einer Überforderung im Leben und Hochstresssituationen.

Wie unterstützt man jemanden, der eine Panikattacke hat?

Wenn jemand eine Panikattacke hat, sollte man zuerst sicher gehen, dass es kein medizinischer Notfall ist. Wenn Sie Bedenken haben, dass die Person in Gefahr ist, sollten Sie sofort die Rettung rufen.

Typisch für Menschen, die eine Panikattacke erlebt haben, ist es, dass sie in weiterer Folge die Plätze oder Situationen vermeiden, in der die Panikattacke passiert ist.

Das allerdings führt dazu, dass sich die Erfahrung manifestiert und nicht bearbeitet wird. Möglicherweise versucht die Person auch Situationen zu vermeiden, in denen der Körper ähnliche Symptome zeigt (Herzrasen, Atemnot etc.), also beispielsweise Sport.

Was kann man tun?

- Versuchen Sie, die Person zu beruhigen: Atemübungen können hilfreich sein:
 - Man kann mit der Person gemeinsam Atemübungen machen (tief einatmen für drei Sekunden, halten für drei Sekunden, ausatmen für drei Sekunden)
- Hören Sie der Person zu und lassen Sie sie ausreden.
- Erklären Sie der Person, dass die Attacke bald aufhören wird.
- Sprechen Sie in einem ruhigen Tonfall und langsamen Tempo.
- Bleiben Sie bei der Person und wirken Sie beruhigend auf sie ein.
- Versuchen Sie, die Person wieder ins Hier und Jetzt zu bringen, zum Beispiel mit der 5-4-3-2-1 Übung. Vereinbaren Sie mit der Person, dass Sie sie während dieser Übung mit „DU“ ansprechen werden!

Bei dieser Achtsamkeitsübung werden die verschiedenen Sinnes-modalitäten aktiviert, um sich wieder mit dem Körper zu verbinden und die Angst damit für den Moment aufzulösen.

- **5 Dinge, die du sehen kannst:** Was siehst du im Hier und Jetzt? Wo bist du? Was siehst du? (Die Form deiner Fingernägel, die Maserung des Holztisches oder das tiefe saftige Grün einer Zimmerpflanze, ...).
- **4 Dinge, die du anfassen/fühlen kannst:** Berühre Gegenstände in deiner Umgebung –was fühlst du im Hier und Jetzt? Jeder Gegenstand fühlt sich anders an. Deine Kleidung liegt flach auf deinem Körper auf und fühlt sich weich an. Das Glas in deiner Hand hat feine Noppen als Zierde und ist noch warm von dem Tee, den du dir gemacht hast. Du kannst dir auch einfach der Schwerkraft bewusstwerden und wie sich verschiedene Teile deines Körpers anfühlen, die auf einem Stuhl oder Matratze aufliegen.
- **3 Dinge, die du hören kannst:** Geräusche sind ebenfalls im Hier und Jetzt. Du wirst niemals im Stande sein, die Zukunft zu hören und auch in der Vergangenheit aufgenommene Musik, kann nur genau im Jetzt abgespielt werden. Also – was hörst du? Brummen draußen Autos vorbei? Zwitschern Vögel fröhlich vor sich hin? Läuft deine Waschmaschine? Kannst du deine Nachbarn hören? Konzentriere dich auf die verschiedenen Klänge in und um deinen Raum.
- **2 Dinge, die du riechen kannst:** Was riechst du gerade im Hier und Jetzt? Zwar gewöhnt man sich schnell an den Geruch eines Raums, aber dennoch solltest du ein paar Gerüche finden können, die sich abheben. Vielleicht hast du gerade Kaffee gekocht oder der Geruch von frischen Keksen strömt durch dein Haus. Dein Oberteil riecht wie frisch gewaschen und deine Lavendel-Handcreme zaubert dir ein Lächeln auf's Gesicht.
- **1 Sache, die du schmecken kannst:** Was schmeckst du genau jetzt? Welcher Geschmack ist in deinem Mund? Vielleicht die Tasse Kaffee, die du eben getrunken hast? Oder erfrischt dir deine Zahnpasta noch den Atem?

Phobien

Eine weitere Angststörung ist die Phobie. Eine Person, die unter einer Phobie leidet, empfindet eine extreme Angst gegenüber einer bestimmten Situation, die eigentlich ungefährlich wäre. Die Vorstellung allein, dass die phobische Situation eintreten könnte, erzeugt meist schon Erwartungsangst.

Es gibt viele verschiedene Phobien, und auch solche, die kulturell bedingt sind. Beispiele von Phobien sind:

- Agoraphobie (eine Gruppe von Phobien, mit Befürchtungen, das Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, in Menschenmengen und auf öffentlichen Plätzen zu sein, allein mit Bahn, Bus oder Flugzeug zu reisen),
- soziale Phobien (eine intensive Angst vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen und ihre potenzielle Kritik – Resultat: Vermeidung von sozialen Situationen) und spezifische (isolierte)
- Phobie (z.B. Klaustrophobie - die Angst vor engen Räumen, Agoraphobie – Platzangst, Arachnophobie. die Angst vor Spinnen, Akrophobie Höhenangst, Triskaidekaphobie – Angst vor der 13, usw., ...).

Wie unterstützt man jemanden, der eine Phobie hat?

- Entfernen Sie die Quelle der Angst, oder nehmen Sie die Person aus der Situation, die die Phobie auslöst.
- Versichern der Person, dass Sie bei ihr bleiben und dass alles okay wird.
- Wenn die Person anfängt in Panik zu verfallen, orientieren Sie sich am Vorgehen für eine Panikattacke.

Angst und depressive Störungen

Es kommt sehr häufig vor, dass eine Person sowohl eine Angststörung als auch eine depressive Störung hat. In dieser Situation sind beide Erkrankungen ausgeprägt und es ist möglich, dass die Person zuerst unter einer Angststörung litt und die intensive Belastung der Angst zu einer Depression führte.

Zwangsstörung

Eine Zwangsstörung wird von wiederkehrenden Zwangsgedanken und Zwangshandlungen charakterisiert. Zwangsgedanken beziehen sich auf Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die die Person konstant beschäftigen und dadurch auch quälen, weil sie keine Kontrolle über sie haben.

Zwangshandlungen sind Rituale, die ständig wiederholt werden müssen, obwohl sie keinen Sinn ergeben und die Person plagen (z.B. Waschwang - 20-mal hintereinander die Hände waschen, Kontrollzwang, Ordnungszwang, Zählzwang, ...).

Einer der Gründe, wieso dieses Verhalten fortgesetzt wird, obwohl es als sinnlos und ineffektiv betrachtet wird, ist das Vorhandensein einer ständigen Angst. Diese Angst basiert auf der Befürchtung, dass wenn sie aufhören, sie sich selbst einen Schaden zufügen oder Unheil anrichten könnten. Wenn sie versuchen, das Zwangsverhalten zu unterdrücken, kann sich die Angst verstärken.

Wie unterstützt man jemanden der eine Zwangsstörung hat?

- Akzeptieren Sie die Gefühle und Gedanken der Betroffenen, und welche Auswirkung sie auf diese haben können (auch wenn sie nicht rational sind).
- Ermutigen Sie die Person, einen Termin mit ihrem Hausarzt zu vereinbaren.
- Wenn sie es wollen, lassen Sie die Betroffenen über ihre Symptome und Zwänge sprechen
- Zwangsstörungen können auch für nahestehende Personen stressig sein, daher ist es auch hilfreich, solche Personen durch Aktives Zuhören zu unterstützen.

Behandlungsmöglichkeiten für Angststörungen

- Psychologische Therapien, wie kognitive Verhaltenstherapie
- Medikamente
- Selbsthilfe-Strategien

Selbsthilfe-Strategien für Angststörungen (von SMHFA, 2014)

Mantras

Ein Mantra stammt vom Buddhismus (und dem Hinduismus) und ist das repetitive Rezitieren von bestimmten Phrasen, was einen beruhigenden Effekt auf das Gehirn hat. Bei Angststörungen kann es helfen ein Mantra zu verwenden (z.B. „Ich bin ruhig.“, „Ich habe die Kontrolle.“), um mit stressigen Gedanken umzugehen und die Kontrolle über die oft irrationalen Gedanken zu finden. Am besten sucht man sich einen ruhigen Ort aus, schließt die Augen, und wiederholt sein Mantra mehrere Male (laut oder im Kopf).

Beschreiben der Umwelt

Beim Beruhigen kann es auch helfen, seine Umgebung im Detail zu beschreiben. Zum Beispiel „Ich sehe einen großen Kastanienbaum, der langsam seine Blätter verliert. Hinter dem Baum ist ein Zaun, der schwarz gestrichen ist.“ Sie sollten das in so vielen Details wie möglich beschreiben. Sich auf etwas anderes zu fokussieren, kann dabei helfen, unangenehme Gedanken aus dem Kopf zu bekommen, so ähnlich wie bei der 5-4-3-2-1 Übung.

A large red-bordered box containing a grid of small dots for writing notes.



Sorgenzeit

Am Ende des Tages nimmt man sich 15 Minuten Zeit, um allen Sorgen Platz zu machen. Wenn man schon am Morgen damit startet, sich über etwas Sorgen zu machen, sagt man sich selbst, dass man diese Sorgen erst am Abend, während der vorgesehenen 15 Minuten durchdenken wird.

Was oft in der Zwischenzeit passiert, ist, dass die Sachen, die einem ursprünglich irrsinnige Sorgen gemacht haben, durch die Ablenkungen des Tages nicht mehr so schlimm erscheinen oder gar schon vergessen sind.

Und was ist passiert?

In einem Notizbuch, das man bei sich trägt, werden all die Sachen, die Sorgen machen, notiert und die Wahrscheinlichkeit bewertet, dass sie tatsächlich passieren würden (z.B. 60% Chance, dass ich krank werde, wenn ich mir die Hände nicht 20-mal hintereinander wasche). Am Ende der Woche liest man das Notizbuch und sieht, wie viele von den Sorgen wirklich eingetroffen sind.

Ein Ziel am Tag

Manchmal versucht man Ängste und Sorgen damit zu bekämpfen, dass man den Tag möglichst vollstopft. Man sollte sich nicht mit Aufgaben überfordern, sondern sich auf eine Aufgabe am Tag konzentrieren, die man dann auch schaffen kann. Dies verbessert den Selbstwert und die Erfolgsüberzeugungen und letztendlich ist man auch produktiver.

Atemübungen und Körperstellung

Bei aufkommender Angst hilft es auch mit Körperhaltung und Atemtechniken dagegen zu wirken. Sitzt man beispielsweise gekrümmt, fällt es dem Körper leichter Emotionen wie Angst und Druck zu erzeugen.

Wenn möglich sollte man versuchen vom Bauch aus zu atmen. Dafür platziert man eine Hand auf die Brust und eine auf dem Bauch und versucht, Bauch auszuatmen – hier sollte sich die Hand am Bauch bewegen, aber die Hand auf der Brust sollte still bleiben. Bauchatmungen verbrauchen weniger Energie als Brustatmungen, sie senken auch den Blutdruck und helfen der Verdauung.

FACHINPUT PSYCHOSEN

Psychose

Die Psychose ist ein allgemeiner Sammelbegriff, der mehrere Eigenschaften umfasst. Eine Psychose wird durch den Verlust des Realitätsbezugs charakterisiert. Dieser kann durch psychische Erkrankungen, die als Psychose bezeichnet werden, auftreten. Ähnlich Symptome können auch durch Medikamente, Alkohol- oder Drogeneinfluss oder durch ein Trauma entstehen.

Die zwei Haupterkrankungen der Psychose sind die Schizophrenie und die Bipolare Störung (manisch-depressive Erkrankung). Von 100 Personen in der Bevölkerung, wird in etwa eine Person mit Schizophrenie diagnostiziert (ähnlich auch für Bipolare Störungen). Das bedeutet, dass in etwa 80.000 Personen in Österreich schizophren sind.

Zeichen der Psychose

Es ist wichtig, die Zeichen von der Psychose zu erkennen, um die Betroffenen zu unterstützen und zu ermutigen, professionelle Hilfe aufzusuchen. Die Symptome der Psychose können von Person zu Person unterschiedlich sein und sich auch im Laufe der Zeit verändern.

SUBSTANZINDUZIERTE PSYCHOSE

Eine Substanzinduzierte Psychose kann durch Drogen- oder Alkoholkonsum entstehen. Die Symptome halten meistens nur für die Dauer der pharmakologischen Wirkung der Substanzen an.

Jedoch können Drogen bei anfälligen Personen eine Psychose fördern Alkohol kann die Wirkung von anti-psychotischen Medikamenten stören.

Häufige Symptome bei der Entwicklung einer Psychose:

- 1. Eine Veränderung in Emotionen und Motivation:** weniger Energie und Motivation, geringerer Appetit, Depressionen, Angstzustände, leicht irritiert, misstrauisch
- 2. Eine Veränderung in Denkweise und Wahrnehmung:** Konzentrationsprobleme, ein Gefühl, dass andere oder man selbst sich verändert hat, ungewöhnliche Ideen, eine Veränderung in der Wahrnehmung vom Umfeld (z.B. eine Intensivierung oder Reduktion von Gerüchen, Lärm oder Farben)
- 3. Eine Veränderung im Verhalten:** Probleme beim Schlafen, soziale Isolierung, nicht in der Lage, die vorherigen und gewohnten Rollen fortzusetzen (Arbeit, Schule etc.)

Häufige Symptome einer Psychose:

- 1. Ungewöhnliche Wahrnehmungen (Halluzinationen):** In der Psychose ist oft schwer zu unterscheiden was real ist und was nicht. Jemand, der eine Psychose hat, hört vielleicht Stimmen, obwohl keiner da ist, sieht, schmeckt, riecht, fühlt Dinge, die andere Personen nicht wahrnehmen.
- 2. Ungewöhnliche Gedanken (Wahnvorstellungen):** Während einer Psychose wird eine Person oft paranoid. Sie glaubt vielleicht, dass jemand sie verletzen will, oder dass sie verfolgt wird - dies wird als „paranoid delusion“ bezeichnet. Auf der anderen Seite (einer „grandiose delusion“) glauben manche Betroffene, dass sie die „Auserwählten“ sind, und sind davon überzeugt, dass sie einzigartig sind. In einer Psychose ist es auch normal, dass eine Person es schwierig findet, ihre Gedanken zu ordnen, deshalb wirkt der Gedankenfluss von außen chaotisch und ergibt wenig Sinn. Daher kann es auch manchmal schwer sein, eine Konversation mit einer Person, die an einer Psychose leidet, zu führen, weil sie abgelenkt und überfordert wirkt.

Schizophrenie

Schizophrenie ist eine Erkrankung, die zu Störungen der Informationsverarbeitung, zu Halluzinationen und Wahnideen führen kann. Es hat - entgegen der weitverbreiteten Meinung, die sich auch Literatur und Film zunutze machen - nichts mit einer gespaltenen Persönlichkeit zu tun.

Obwohl wir nicht wissen, was die genauen Faktoren sind, die eine Schizophrenie auslösen, scheint es, als ob es eine Kombination von biologischen (ein chemisches Ungleichgewicht im Gehirn – Neurotransmitter) und genetischen Faktoren, Gehirnstruktur und -funktion und Umwelt zu sein. Aus medizinischer Sicht ist ein Schwerpunkt der Behandlung auf das neurochemische Ungleichgewicht im Gehirn bezogen, insbesondere in Bezug auf Dopamin. Darüber hinaus gibt es auch Forschung, die darauf hindeutet, dass es einen Zusammenhang zwischen umfangreichem Cannabisverbrauch und der Entwicklung der Schizophrenie gibt.

Jedoch ist nicht klar, wie diese Beziehung entsteht, und ob Cannabis wirklich Schizophrenie auslöst, verschlechtert, oder ob schizophrene Personen anfälliger für Cannabis sind.

Drei Viertel der schizophrenen Patienten sind erstmals im Alter zwischen 16 und 25 betroffen. Obwohl Männer und Frauen gleichmäßig betroffen sind, neigen Männer dazu, früher als Frauen Symptome zu entwickeln.

Es braucht oft bis zu zwei Jahren, bis eine Diagnose gestellt wird, weil die Fachkraft (Psychiater_in, Klinische/-r Psycholog_in) sicher gehen muss, dass das nicht nur eine einzige Episode war. Die Anfangsphasen der Schizophrenie werden oft übersehen, weil sie dem allgemeinen Verhalten eines Teenagers ähneln (und dies das Alter ist, in dem sich Schizophrenie meist entwickelt).

Die Symptome können das Folgende inkludieren:

- wenig Interesse an persönlicher Hygiene
- Paranoia
- abgestumpfte Emotionen
- sich von anderen zurückziehen und viel Zeit alleine verbringen
- Launenhaftigkeit

Bipolare Erkrankung (manisch-depressive Erkrankung)

Bei der bipolaren Störung schwankt die Stimmung zwischen himmelhoch-jauchzend (manisch) und zu Tode betrübt (depressiv), wobei die Ausprägung und der Verlauf sehr verschieden sein können.

Es ist normal, Stimmungsschwankungen zu haben, aber wenn man bipolar ist, sind diese Schwankungen viel intensiver. Bei der Bipolaren Störung kann eine Psychose Teil der Symptomatik sein, weil eine Störung des Realitätsvermögens vorliegt – sie sehen, denken, interpretieren und verhalten sich anders als die Norm.

Deshalb treffen die Patienten/-innen Entscheidungen oder gehen Risiken ein, die sie normalerweise nicht eingehen würden. Eine Manie klingt vielleicht lustig und aufregend, beinhaltet aber sehr bedeutende Risiken und kann den Betroffenen dadurch auch emotional überwältigen.

Wie in der Schizophrenie, kann es auch lange dauern, bis die bipolare Erkrankung festgestellt wird. Das Hauptproblem bei der Diagnose ist, dass man feststellen muss, dass es eine manische und eine depressive Episode gab und das kann einige Zeit dauern. Die Manie ist das Gegenteil zur Depression und eine Person, die manisch ist kann die folgenden Verhaltensweisen zeigen:

- sehr gesprächig
- findet es schwierig, bei einem Gesprächsthema zu bleiben
- hat viele Ideen
- braucht wenig Schlaf

- ist übertrieben zuversichtlich
- weiß nicht, was real ist und was nicht
- ist übermäßig aktiv, so sehr, dass sie ihre physische Gesundheit beeinträchtigt
- verschwendet Geld so sehr, dass ihre finanzielle Sicherheit gefährdet ist
- geht ungewöhnliche und gefährliche Risiken ein

Was hilft bei einer Psychose?

Frühintervention

Eine Frühintervention kann dazu beitragen, dass sich die Situation nicht verschlechtert. Noch dazu kann es helfen, die vollständige Entwicklung der Psychose zu verhindern (oder zu reduzieren).

Selbsthilfe und Unterstützung

Die Betroffenen können von den folgenden Strategien profitieren:

- Entspannungsmethoden anwenden
- regelmäßige Bewegung
- Schlaf und eine gesunde Ernährung
- Vermeidung von übermäßig stressigen Situationen
- Tagesstruktur aufrechterhalten
- Selbsthilfegruppen nützen

Ein effektives Unterstützungssystem ist absolut entscheidend für die Besserung eines/-r von Psychose Betroffenen.

Therapie

Eine Therapie kann den Betroffenen helfen, mit der Psychose umzugehen. Bei der Behandlung der Psychose wird häufig die kognitive Verhaltenstherapie angewandt. Auch wenn die Erkrankung dadurch nicht „geheilt“ wird, kann es der Person helfen, dass sie im Falle einer Episode nicht so beunruhigt ist. Die Betroffenen können lernen, mit ihrer Erkrankung umzugehen und Beziehungen aufrechterhalten und arbeitsfähig zu sein.

Medikamente

Die meisten Menschen mit einer akuten psychotischen Erkrankung benötigen Medikamente. Medikamentöse Therapien für Psychosen inkludieren anti-psychotische Medikamente, Stimmungsstabilisierungsmedikamente und Antidepressiva.

Wie kann man eine Person mit Psychose unterstützen?

Hier möchten wir wieder an das BASIS-Modell erinnern, das in seinen Grundzügen auch bei psychotischen Menschen hilfreich ist.

- Das Herstellen einer Beziehung ist unerlässlich für den Fortschritt der Betreuung.
- Abklären, ob die Person die aktuelle Situation richtig einschätzen kann – weiß die Person, dass sie gerade psychotisch ist?
- Mit Strukturierungshilfen und eventuell einem Reality-Check - nämlich dem Besprechen der gemeinsamen Realität und ob man sich auf diese einigen kann - wird Struktur in die Situation gebracht.
- Informieren Sie, wie Sie weiter vorgehen werden bzw. wie die betroffene Person den Tag gestalten wird.
- Stellen Sie zum Abschluss sicher, dass der Betroffene nicht allein ist.

Wie verhalte ich mich gegenüber einer Person mit Halluzinationen?

Halluzinationen sind Sinneseindrücke, die eine Person wahrnimmt, andere Personen allerdings nicht. Also sieht/hört/riecht/spürt die betroffene Person etwas, das von anderen nicht wahrgenommen wird.

Es ist wichtig zu beachten, dass die Betroffenen ihre Wahrnehmung (also Halluzinationen) als real empfinden, diese können oft beängstigenden oder gar bedrohlichen Charakter haben. Wenn die Person paranoide Verhaltensweisen zeigt, ist es am besten, ruhig zu bleiben, die Situation, in der sich die Person gerade befindet zu verstehen und ernst zu nehmen und so zu vermeiden, dass die Paranoia stärker wird.

In der Regel ist es nicht hilfreich, der Person ihre Wahrnehmungen auszureden.

Was mache ich, wenn es Kommunikationsschwierigkeiten gibt?

Personen, die an einer Psychose leiden, sind oft nicht in der Lage, klar zu denken, deshalb sollte man viel Geduld haben.

Nehmen Sie es nicht persönlich, wenn der Betroffene Ihnen nicht zuhört. Es empfiehlt sich, möglichst kurz und deutlich zu sprechen und wenn nötig Sätze zu wiederholen.

FACHINPUT DEPRESSION

Eine Depression beeinflusst unsere Lebens-, Arbeits- und Beziehungsfähigkeit auf vielfältige Weise. Emotional berichten erkrankte Personen von einer anhaltenden gedrückten Stimmung, Interessensverlust, Motivations- und Freudlosigkeit, vielen Sorgen und großer Traurigkeit. Dazu kommen häufig Symptome wie ein geringes Selbstwertgefühl und Schuldgefühle. Außerdem sind Personen belastet durch eine Hemmung von Antrieb und Denken, sie fühlen sich also verlangsamt und behäbig, sowie vielfältige körperliche Symptome, die von Schlaflosigkeit über Appetitstörungen bis hin zu Schmerzzuständen reichen.

Die Mehrheit der Betroffenen hegt früher oder später Suizidgedanken, 10 bis 15% aller Patienten mit wiederkehrenden schwer ausgeprägten depressiven Phasen sterben durch Suizid.

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation erleiden jedes Jahr etwa sieben Prozent der Bevölkerung Europas eine Depression. In Österreich sprechen wir von etwa 400.000 Betroffenen.

Wie äußert sich eine Depression?

Typisch für die Erkrankung sind folgende drei Hauptsymptome:

- **Niedergedrückte Stimmung:** Die Betroffenen leiden sehr unter einer tiefen Niedergeschlagenheit. Die depressive Stimmung ist fast ununterbrochen vorhanden, bessert sich nicht durch übliche Ressourcen und hält mindestens zwei Wochen an.
- **Innere Leere und Verlust von Interessen:** Charakteristisch ist auch, dass Betroffene weder Freude noch andere Gefühle empfinden. Innerlich fühlen sie sich leer. Das Interesse an sozialen Kontakten, Arbeit und Hobbys erlischt. Aufmunterungsversuche durch die Mitmenschen haben keinen Effekt. Positive Erlebnisse verbessern die Stimmung nicht.
- **Antriebslosigkeit und Müdigkeit:** Depressive Menschen sind nur schwer oder gar nicht in der Lage, alltägliche Aufgaben zu bewältigen. Sie fühlen sich ständig geistig und körperlich erschöpft. Selbst das morgendliche Aufstehen wird zum Kraftakt, sodass manche das Bett gar nicht mehr verlassen wegen ihrer Depression. Müdigkeit wird zum Normalzustand.

Typisch für Depressionen sind zudem die folgenden Nebensymptome:

- Starke Selbstzweifel
- Schuldgefühle und Selbstvorwürfe
- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen
- Extremes Schlafbedürfnis oder Schlafstörungen
- Starke Unruhe und innere Erregtheit
- Verlust des sexuellen Interesses

Körperliche Symptome bei Depressionen

Viele Menschen mit Depression berichten auch von zahlreichen körperlichen Beschwerden denen keine organische Ursache zuzuschreiben ist:

- Herz-Kreislauf-Beschwerden
- Kopf- und Rückenschmerzen
- Magen- und Darmprobleme
- Schlafstörungen
- Appetitlosigkeit, seltener: gesteigerter Appetit
- Morgentief
- Sexuelle Unlust



Wie wird eine Depression festgestellt?

Mit folgenden Fragen könnte man herausfinden, ob eine Depression vorliegt. Je öfter mit ja beantwortet wird, desto wahrscheinlicher ist das Vorhandensein depressiver Symptome.

- War Ihre Stimmung in den letzten Wochen oft niedergeschlagen oder gedrückt?
- Haben Sie sich in letzter Zeit oft freudlos gefühlt?
- Waren Sie in letzter Zeit häufig antriebslos und müde?
- Hatten Sie in letzter Zeit gehäuft Selbstzweifel, Schuldgefühle oder negative Gedanken?
- Leiden Sie unter Schlafstörungen?
- Hatten Sie in letzter Zeit Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?
- Hat sich in letzter Zeit Ihr Appetit verändert?
- Wie lange dauern diese Symptome schon an?

Welche Arten/Formen der Depression gibt es?

Unipolare Depression

Die unipolare Depression zählt als die „klassische Version“: Hierbei treten typische Depressionssymptome wie Traurigkeit und Antriebslosigkeit über einen Zeitraum von mehreren Wochen oder Monaten auf. Eine solche depressive Episode geht häufig vorbei, insbesondere dank der Therapie. Nach einer Zeit ohne Beschwerden besteht jedoch die Gefahr, dass erneut eine depressive Episode auftritt.

Bipolare Depression

Bei einer bipolaren Depression oder bipolaren Störung wechseln sich depressive Episoden mit manischen Phasen ab. Typische Merkmale einer Manie sind ein übermäßiges Hochgefühl, überdrehtes Verhalten und Maßlosigkeit.

Winterdepression

Manche Personen berichten von einer saisonal bedingten Depression, die eher im Winter auftritt. Die Symptome sind einer unipolaren Depression sehr ähnlich, aber meist etwas milder ausgeprägt.

Depressionen bei Kindern und Jugendlichen

Depressionen treffen auch Kinder und Jugendliche. Sie zeigt sich bei ihnen oft durch Symptome wie Traurigkeit, Rückzug, aber auch Wutanfälle. Insbesondere die Pubertät als Zeit des Umbruchs mit hormonellen Turbulenzen und Stress macht die jungen Menschen für Depressionen besonders anfällig.

Altersdepression

Alt werden ist für viele Menschen ein Prozess, der vor allem Verluste mit sich bringt: Der Verlust der Arbeit und Struktur, das Konfrontiert sein mit dem Tod etc. bringen mit sich, dass viele Personen im Alter eine Depression entwickelt. Dazu kommen noch körperliche Faktoren und hormonelle Veränderungen.

Postnatale Depression

Bei manchen Frauen entsteht eine Depression nach der Geburt, umgangssprachlich wird sie auch Wochenbettdepression (Baby Blues) genannt. In einigen Fällen tritt eine Depression auch in der Schwangerschaft erstmals auf.

Wie wird eine Depression behandelt?

Neben klassischen Behandlungsmethoden wie beispielsweise der Psychotherapie sind bei einer Depressionsbehandlung auch Medikamente sehr wichtig, da sie auf das Gleichgewicht der Hormone und Neurotransmitter einwirken. Zu den Antidepressiva zählen vor allem die Selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI). Diese erhöhen den Spiegel des „Glückshormons“ Serotonin im Gehirn und wirken dadurch stimmungsaufhellend. Außerdem gibt es auch die Trizyklischen Antidepressiva: Sie hemmen die Wiederaufnahme von Serotonin und Noradrenalin.

Es gibt auch andere Behandlungsmethoden, wie beispielsweise absichtliches Wachbleiben zur Stimmungsaufhellung oder auch die Elektrokrampftherapie gewisser Gehirnareale.

Wie unterstützt man jemanden der eine Depression hat?

▪ Kleine Schritte

Ganz wichtig ist es nicht zu viel zu erwarten, weil man sich sonst sehr schnell überfordert und erst recht keine Erfolgserlebnisse hat. Mit einer depressiven Person vereinbart man am besten kleine, überschaubare Schritte, zum Beispiel ein paar Minuten nach draußen an die frische Luft gehen, selbst etwas zu essen kochen oder einen Kaffee mit einer Freundin trinken.

Sollte so ein kleiner Schritt gelingen ist es super, wenn man der depressiven Person viel Anerkennung dafür gibt.

▪ Dabeibleiben

Die depressive Symptomatik ist hartnäckig und mit ein paar guten Tipps ist es meistens nicht getan. Leider helfen Ratschläge und gut gemeinte Ideen sehr oft nicht, weil die depressive Person selbst ohnehin wüsste was gut für sie wäre – lediglich die Kraft und Energie fehlen, sowie die Gewissheit, dass es klappen könnte. Also da sein, geduldig sein und dranbleiben!

▪ Sport und Bewegung

Motivieren Sie eine depressive Person sich zu bewegen, am besten an der frischen Luft. Seinen Körper zu spüren hat eine antidepressive Wirkung und anstrengende Bewegung baut auch aufgestaute Stresshormone ab.

▪ Vergessene Ressourcen aktivieren

In der Depression vergisst man, was einem früher gut getan und Freude bereitet hat. Fragen Sie nach was früher Spaß gemacht hat. Vielleicht hilft es in Fotos zu stöbern oder auch ein altes Tagebuch zur Hand zu nehmen.

▪ Blickwinkel verändern

Bei einer Depression hat man oft so etwas wie eine dunkelgraue Brille auf. Nicht, dass es so leicht gelingt diese durch eine rosarote auszutauschen, aber man könnte versuchen, gemeinsam kleine positive Dinge zu finden. Überlegt gemeinsam was am letzten Tag/in der letzten Woche gut gelaufen ist, wo ein kleines Lächeln möglich war oder man sich gefreut hat. Etwas, wo eine Person nett und zuvorkommend war, oder wo man selbst jemandem anderen etwas Gutes getan hat. Diese Erlebnisse kann man zählen, sammeln, aufschreiben oder als Collage verbildlichen.

FACHINPUT SUIZIDALITÄT UND SUIZID

Suizidalität

Personen mit Psychose sind suizid- und selbstverletzungsgefährdet. Eine von 10 Personen mit einer Psychose stirbt an Suizid.

Wenn man sich Sorgen macht, dass eine Person suizidgefährdet ist, sollte man sie fragen, ob sie Suizidgedanken hat und bei der Bewältigung der Situation unterstützen (siehe Kapitel zum Thema Suizidalität). Wenn jemand suizidgefährdet ist, sollte man möglichst ruhig bleiben und nicht in Aktionismus verfallen, da das die Situation stressiger wirken lässt.

Es geht nun darum, sich der betroffenen Person voll und ganz zuzuwenden und empathisch zu bleiben. Wenn der Betroffene an Wahnvorstellungen leidet, sollten diese nicht verstärkt werden, aber es ist wichtig, trotzdem Interesse an der Welt des Betroffenen zu zeigen. Zum Beispiel könnte man sagen „Ich kann die Stimmen nicht hören, die du hörst, aber ich glaube dir, wenn du sagst, dass du sie hörst“.

Wenn Sie sich Sorgen machen, dass die Situation außer Kontrolle gerät (z.B. der Betroffene eine Gefahr für sich selbst oder andere ist), sollten Sie sofort Hilfe rufen (144).

Wichtig zu beachten:

- Selbstschutz hat immer Vorrang! um Hilfe rufen ist keine Schande - niemand muss so eine Situation alleine bewältigen!
- ruhig bleiben – im Verhalten und Tonfall
Eine ruhige und reizarme Umgebung schaffen (Radio/Fernseher abschalten)
- Position und Körpersprache beachten
Wenn möglich nebeneinandersitzen
- Zu viel Blickkontakt und physischen Kontakt vermeiden, achtsame Beziehungsgestaltung
- Vertrauen herstellen
- Viel Zeit und Geduld in den Aufbau der Beziehung stecken und versuchen die aktuellen Bedürfnisse der Personen zu explorieren und diese nach Möglichkeit erfüllen. Bedürfnisse können Nähe oder Distanz sein, Ruhe oder ein Gespräch führen, Bezugspersonen aufsuchen oder sich zurückziehen.

Weitere Schritte

Besonders wichtig ist es, dass die Betreuung der Person gut und mit Weitblick abgeschlossen wird. In der Betreuung versuchen wir, einen Anhaltspunkt zu finden, wie akut und ernstzunehmend die Suizidalität ist und wie sehr die Person in ihrer psychotischen Welt verstrickt ist.

Kann ich mit ihr ein geordnetes Gespräch führen? Bekomme ich klare Antworten auf meine Fragen? Kann sie emotional passend reagieren, lacht sie beispielsweise, wenn eine lustige Situation entsteht?

Anhand dieser Anhaltspunkte und vor allem nachdem wir die Gefahr der Selbstgefährdung eingeschätzt haben, entscheiden wir wie weiter vorgegangen wird.

Auch für psychotische Personen ohne suizidale Gedanken ist eine Weiterbetreuung unerlässlich. Hier ist eine tragfähige Beziehung der erste Schritt: Die betroffene Person konnte sich anvertrauen, ohne verurteilt zu werden.

Suizid

In Österreich sterben jeden Tag im Durchschnitt etwa 3 Personen an Suizid.

Leider ist Suizidalität weiterhin ein Tabu in unserer Gesellschaft, obwohl (oder gerade, weil) Österreich im Vergleich zu anderen EU-Staaten eine relative hohe Suizidrate hat. Besonders wenn es um Suizidalität geht, kann jeder seinen Teil beitragen um eine Person in Not unterstützen. Das ist nicht nur die Aufgabe von Experten, sondern jeder Mensch kann mithelfen.

Deshalb ist es wichtig, dass wir verstehen, was wir tun können, um jemanden, der Suizidgedanken hat, zu unterstützen, denn immerhin werden 80% der Suizide angekündigt.

Vorurteile zum Thema Suizid

Mythos: Spricht man jemanden auf Suizid an, bringt man ihn erst auf die Idee sich umzubringen.

Wirklichkeit: Die Möglichkeit, Suizidgedanken mit jemanden besprechen zu können, bringt für den Betroffenen meist eine erhebliche Erleichterung.

Mythos: Wer von Suizid spricht, tut es nicht.

Wirklichkeit: ca. 80% der Menschen, die einen Suizid begehen, kündigen diesen vorher an, und geben der Umwelt die Chance, ihnen zu helfen.

Mythos: Wer sich wirklich umbringen will, ist nicht aufzuhalten.

Wirklichkeit: Die meisten Suizide werden im Rahmen von akuten Krisen durchgeführt. Die Bewältigung der Krise kann somit auch den Suizid verhindern. Die kann oft sehr kurz sein.

Einfluss- und Risikofaktoren

Jeder kann in schwierigen Lebenssituationen von Suizidgedanken betroffen sein, doch zumeist verschwinden diese mit der Stabilisierung wieder.

Die Wahrscheinlichkeit, dass diese Gedanken konkret werden, ist umso höher, wenn psychische Gesundheitsprobleme oder Substanzmissbrauch präsent sind.

Das bedeutet nicht, dass jede Person, die suizidal ist, eine psychische Erkrankung hat, oder dass jeder, der an einer schweren Krankheit leidet, immer suizidal ist.

ÜBERBLICK ÜBER POTENZIELLE EINFLUSS- UND RISIKOFAKTOREN

Alkohol-, Medikamenten-, Drogensucht

Psychiatrische Erkrankungen: v.a. Depression

Suizidankündigung und Suizidversuch (Suizidrisiko bleibt längerfristig erhöht)

Trennung, Isolation, Mobbing, Trauma

Geschlecht, Alter, Erwerbsstatus

Gefängnisarrest

Merkmale einer suizidalen Person

Eine suizidale Person fühlt sich meistens eingeengt, und wirkt depressiv und antriebslos.

Die Person findet, dass sie schon länger nichts mehr erlebt habe, was sie glücklich oder zufrieden macht.

Darüber hinaus scheint es, als ob es in der Zukunft auch nicht besser werden wird.

Es ist nicht immer klar, ob problematische Beziehungen zu den Mitmenschen, die Ursache oder die Folge der depressiven Stimmungslage sind.

Aus der Praxis berichtet ist es oft so, dass Betroffene „sich aus Liebe und Fürsorge“ suizidieren möchten („Ihr seid ohne mich viel besser dran, habt dann eine große Sorge weniger, ich bin euch eh nur im Weg!“).

Ein weiteres Symptom der suizidalen Einengung ist die Flucht in die Irrealität. Der Wunsch, tot zu sein, verbindet sich mit der Fantasie, dass im Tod das Glück zu finden sei, welches im Leben nicht mehr gefunden wird.

Die Durchführung des Suizids wird gedanklich immer wieder durchgespielt, ebenso die Reaktionen der Umwelt darauf. Je nachdem wie konkret diese Gedanken schon sind, lässt sich auf das erhöhte Suizidrisiko schließen.

Merkmale von suizidgefährdeten Personen:

- **Gefühle:** wütend, traurig, Schamgefühle, einsam, isoliert, hoffnungslos
- **Situation:** Gesundheitsprobleme (physisch und psychisch), Missbrauch, Suchtprobleme, Beziehungsprobleme, Probleme in der Arbeit, Schule, Universität, Erfahrungen mit Suizid
- **Gedanken:** Flucht, Schuldgefühle, Einsamkeit, Fokus auf Tod und Suizid
- **Verhalten:** Weinen, Alkohol oder Drogenmissbrauch, emotionale Ausbrüche, Rücksichtslosigkeit, vorheriges Suizidverhalten

Physische Veränderungen:

Mangel an Interesse oder Lust, weniger Energie, Probleme beim Schlafen, Verlust von sexuellem Interesse, Appetitlosigkeit, Anstieg von kleinen Krankheiten

Einschätzen der Suizidalität

Wahrnehmen von Suizidgefährdung

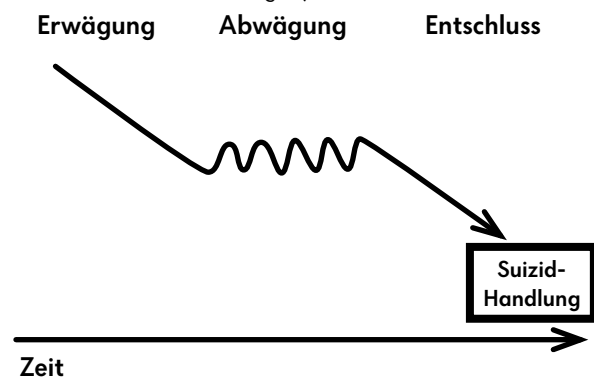
- Hinweise aus der Vorgeschichte (frühere Suizidversuche)
- Hinweise aus der Umwelt (Äußerungen von Angehörigen)
- Hinweise aus der Lebenslage (Krise, Trennung, Probleme in Beruf/Schule)

Bewertung der aktuellen Situation

- Art der Suizidgedanken (z.B. sich aufdrängende Zwangsgedanken)
- Stadium der suizidalen Entwicklung
- Grad und Art der Einengung
- Ausmaß der sozialen Integration
- Konkrete Vorbereitungen (Testament, Medikamente sammeln, Sachen verschenken)

Suizidale Entwicklung (nach Pöldinger)

Pöldinger hat die suizidale Entwicklung mit drei Verlaufsstadien beschrieben. (gelten nicht bei Kurzschlusshandlungen)

**Erwägung**

Suizid wird in Betracht gezogen, charakterisiert von:

- Aggressionshemmung
- Soziale Isolierung
- Rolle von Suizid im Umfeld

Während dieser Phase kommt es zur ersten gedanklichen Auseinandersetzung mit der Thematik Suizid. Suizidgedanken beginnen sich aufzudrängen und zunehmend zu manifestieren.

Hier wird das soziale Umfeld eine große Rolle spielen. Personen, die anfangen über Suizid nachzudenken isolieren sich oft von ihrem sozialen Umfeld und empfinden Aggressionshemmungen. Zusätzlich sind Personen oft gegenüber „suggestiven Momenten“ empfindlich, wie Suizide in der Familie oder in den Medien.

Abwägung und Ambivalenz

Kampf zwischen Selbsterhaltung und Selbstzerstörung, charakterisiert von:

- Suizidandeutungen bis hin zur direkten Ankündigung
- Hilferuf (Appelle)
- Kontaktsuche

Im zweiten Stadium der suizidalen Entwicklung ist die gedankliche Beschäftigung mit dem Suizid schon weiter fortgeschritten und konkretisiert.

Obwohl Personen oft versuchen sich sozial zu isolieren, gibt es auch Hilferufe, die von der suizidalen Person als Kontaktaufnahme mit ihrer sozialen Umwelt verstanden werden kann.

Mit Hilferuf meint man, sowohl das offene Reden von Selbsttötung, leise Andeutung in diese Richtung, also auch Drohungen und Voraussagen (z.B. „Ich kann nicht mehr weiter“ – „Ich werde mir noch das Leben nehmen“). Während dieser Phase kann es sein, dass die Person ihre Optionen bedenkt – die Für und Wider des Suizids.

Entschluss

Der Entschluss sich das Leben zuzunehmen, charakterisiert von:

- Scheinbare Beruhigung vor dem Entschluss - „Die Ruhe vor dem Sturm“
- Indirekte Suizidankündigungen
- Vorbereitungshandlungen
- Suizidhandlung

Im Vergleich zum zweiten Stadium sind Suizidandrohungen nun indirekt, und es beginnen die Vorbereitungshandlungen.

Während der Vorbereitungshandlungen, schenkt die Person vielleicht persönliche Gegenstände her, schreibt Testamente, oder interessiert sich insbesondere für Dinge, die sie zum Suizid brauchen (z.B. Zugfahrpläne, hohe Dosen an Medikamenten).

In diesem Stadium wirken die Betroffenen oft ruhig oder sogar glücklich, weil die Entscheidung sich das Leben zuzunehmen, zu einer emotionalen Erleichterung führen kann. Deshalb entsteht für das soziale Umfeld oft ein positiver Eindruck – weil es scheint, als ob es der Person wieder besser geht. In Wirklichkeit hat der Suizidale allerdings nur seinen inneren Kampf beendet, und den Entschluss zum Suizid unumstößlich gefasst.

Umgang mit Suizidgefährdeten

- Ansprechen der Suizidalität (offen und direkt) – keine Metaphern oder Klischees verwenden
- Ruhig bleiben – auf Tonfall und Körpersprache achten
- Der Person zuhören, sie aussprechen lassen
- Auf Selbstschutz achten

Fehler im Umgang

- vorschnelle Tröstung
- Appelle, Ratschläge, Belehrungen
- argumentierende Diskussion
- herunterspielen des Problems
- Provokationen persönlich nehmen
- Lügen
- zu rasche Suche nach Veränderungsmöglichkeiten

FACHINPUT: SUCHT & SELBSTVERLETZUNG

Sucht

Beim Thema Sucht ist der Unterschied zwischen Genuss, Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit sehr wichtig. Genuss ist für Menschen wesentlich im Leben und bereichert den Alltag.

Als normalen Gebrauch oder Genuss bezeichnet man einen moderaten oder gelegentlichen Konsum. Man freut sich beispielsweise am Abend über ein gemütliches Glas Wein mit Freunden.

Der missbräuchliche Konsum umfasst drei Kategorien:

- Risikokonsum (gelegentlicher Missbrauch)
- schädlicher Konsum oder wiederholter Missbrauch
- die Abhängigkeit

In Österreich gibt es eine Kultur, die sehr auf Alkohol basiert – wenn jemand heiratet, stirbt, Geburtstag hat, einen neuen Job bekommt, eine Ausbildung absolviert oder einfach nur Wochenende ist, wird oft darauf getrunken. Allerdings ist Alkohol eine komplexe Substanz, die eine enorme Auswirkung auf die Menschen haben kann, besonders auf seine Psyche.

Menschen tendieren dazu, Alkohol oder Drogen als Selbstmedikation zu sich zu nehmen, um mit psychischen Problemen umzugehen. Zumindest für eine kurze Zeit kann die Betäubung durch Alkohol helfen, längerfristig hält dieses Gefühl jedoch nicht an, sondern verschlechtert die Situation.

Rat Park (Alexander & Fraser, 1978)

Die Hypothese war, dass Drogen nicht unbedingt eine Sucht verursachen, sondern das Umfeld.

Wissenschaftler bauten ein Gehege, in dem Ratten Zugang zu Drogen hatten, die Ratten, aber die Ratten wurden jedoch unterschiedlich behandelt (Gruppe A: sozial isoliert, kleines Gehege, nichts zu tun. Gruppe B: andere Ratten, Essen, Spielzeug, großes Gehege).

Am Ende stellen sie fest, dass die Ratten, die (sozial) beraubt und benachteiligt wurden (Gruppe A), sich zu Drogen wendeten und süchtig wurden. Die glücklichen Ratten (Gruppe B), die auch Zugang zu den Drogen hatten, wurden nicht süchtig.

Alkohol

Alkohol ist ein Getränk, das Ethanol enthält. Auch bei kleinen Dosen Alkohol (wenn die Person selbst noch behauptet, nüchtern zu sein) gibt es eine bemerkbare Beeinträchtigung der Leistung (z.B. Autofahren).

Alkohol beeinflusst den Teil des Gehirns, der für Stress, Angst und Depression zuständig ist und kann dadurch beispielsweise vorübergehend leichte soziale Angst durch die Verringerung von Hemmungen reduzieren.

Dies kann der Person helfen sich in sozialen Situationen kurzzeitig besser zu fühlen. Alkohol hat einen komplexen Effekt, wobei niedrige Dosen leicht stimulieren, aber hohe Dosen die entgegengesetzte Wirkung haben (d.h. sie sind sedierend oder machen depressiv).

Alkohol hat eine angstreduzierende, eine beruhigende und eine schlaffördernde Wirkung. Weil Alkohol so einen komplexen Effekt auf das Gehirn hat, ist der Entzug auch äußerst schwierig und langwierig.

Alkohol und Drogen können eine psychologische Erkrankung verschlechtern, selbst Koffein führt besonders bei Angstzuständen durch die aktivierende Wirkung oft zu einer Verstärkung der Symptome.

Auch der Entzug von gewohnten Substanzen kann psychiatrische Symptome verursachen. Medikamentöse Behandlung kann dabei helfen, eine körperliche Sucht zu therapieren, doch ohne stabiles soziales Umfeld ist ein Entzug zumeist nicht nachhaltig.

65% von SUIZIDFÄLLEN involvieren ALKOHOL 	Pro Kopf/pro Jahr trinken Österreicher:innen ca. 13,8 LITER ALKOHOL 
IN ÖSTERREICH GIBT ES 340.000 ALKOHOLIKER:INNEN 	
80% von SCHIZOPHRENEN rauchen Zigaretten 	1/5 der Österreicher:innen haben schon mal CANNABIS probiert 



Essstörungen

In Österreich leiden circa 7.500 Jugendliche an Essstörungen. Diese sind besonders problematisch, weil sie sozial oft positiv bewertet werden, besonders in den sozialen Medien (z.B. Pro Ana/Pro Mia Blogs) und dadurch auch viele falsche Informationen über Essstörungen kursieren.

Eine österreichische Studie hat gezeigt, dass nur 42% der unter 15-Jährigen mit ihrem Körpergewicht zufrieden waren. Obwohl die meisten Studien behaupten, dass hauptsächlich Frauen von Essstörungen betroffen sind, bedeutet das nicht, dass Männer nicht diese Symptomatik zeigen.

Anorexia Nervosa

Anorexie (oder Magersucht) ist die Verweigerung das dem Alter und der Körpergröße entsprechende Minimum des Körpergewichtes zu halten und dadurch an extremem Untergewicht zu leiden.

Obwohl die Person untergewichtig ist, besteht eine ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme, unter dem Motto man kann nie „zu dünn“ sein.

In der Anorexie besteht eine gestörte Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts.

Darüber hinaus gibt es eine übertriebene Betonung auf die Wichtigkeit des Gewichts für den eigenen Selbstwert.

Es gibt zwei Typen der Magersucht: Restriktiver Typus (Beschränkung von Nahrungsaufnahme) und „Binge-Eating/Purging“ Typus (bei diesem Typ gibt es „Fressanfälle“ die von selbst-induziertem Erbrechen oder Missbrauch von Medikamenten die Harnausscheidung und/oder Darmausscheidung fördern. (Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder Klistieren).

KONSEQUENZEN DER ANOREXIE

- Hohe Komorbidität (u.a. Depression, OCD)
- 5% Suizidrate
- 8% Sterbensrate
- Körperliche Konsequenzen: Müdigkeit, Hypothermie, geschwächtes Herz, Lanugobehaarung (mehr Behaarung die bei niedrigem Körpergewicht den Körper schützt, unregelmäßige Periode)
 - Durchschnittliche Behandlungsdauer: 6 – 7 Jahre

Bulimia Nervosa

Die Bulimie besteht aus wiederkehrenden Episoden des „Binge-Essens“ oder „Fressanfällen“ (übermäßiges Essen innerhalb von 2 Stunden), gepaart mit Kompensationsverhalten, um eine Gewichtszunahme zu verhindern.

Während diesen „Fressanfällen“ konsumiert die Person eine erheblich größere Nahrungsmenge, als die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.

Die Person hat das Gefühl, dass sie ihr Essverhalten nicht kontrollieren kann. Nach der „Fressattacke“ geht die Person zum Kompensationsverhalten über.

Hier gibt es wieder zwei Typen: der Bulimie „Purging“ Typus (Kompensationsverhalten: induziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder Klistieren) und „Nicht Purging“ Typus (Kompensationsverhalten: fasten, übermäßiger Sport). Auch in der Bulimie ist die Figur extrem wichtig für den Selbstwert der Person.

Selbstverletzung

Selbstverletzung ist ein Verhalten, bei dem Betroffene (zumeist Jugendliche) sich selbst absichtlich auf verschiedene Art und Weise Schmerzen zufügen.

Häufige Methoden der Selbstverletzung an der eigenen Haut involvieren zum Beispiel Ritzen, Schneiden, Verbrennen, Kratzen oder auch Verletzungen durch Nadelstiche oder extremes Nagelbeißen.

Verletzungen der Haut sind die gängigsten Methoden der Selbstverletzung, es gibt es auch andere Formen des selbstverletzenden Verhaltens, z. B. kann auch exzessives Sport-Treiben oder die Verweigerung von Nahrung selbstverletzend sein.

In der Regel sind weibliche Personen häufiger betroffen als männliche, auch die LGBTQ¹ Szene hat eine erhöhte Häufigkeit des Auftretens von selbstverletzendem Verhalten.

Selbstverletzung ist zumeist eine Erleichterung, die den Betroffenen hilft, einen Ausweg aus einer schwierigen Situation zu finden.

Für viele ist Selbstverletzung eine Möglichkeit, Emotionen auszudrücken, die besonders in Zeiten der emotionalen Verzweiflung oder einer akuten seelischen Belastung (Trennung oder Probleme in der Schule) entstehen.

Es kann aber auch eine psychische Erkrankung dahinterstecken, wie eine Depression oder Essstörung. Es bestehen zwar höhere Gefahren der Suizidalität bei Personen, die sich selbst verletzen, aber es gibt auch Menschen, die sich selbst verletzen und nicht suizid-gefährdet sind und die Situation“ unter Kontrolle“ haben.

Large grid area for notes, consisting of a red header bar and a white grid below it.

¹ Lesbian, Gay, Bisexuelle, Transgender, Queer

Wie kann man bei selbstverletzendem Verhalten helfen?

Situation abschätzen

Selbstverletzung ist ein Symptom und keine psychische Erkrankung. Es kann allerdings sein, dass jemand der sich selbst verletzt eine psychische Erkrankung hat. Deshalb ist es wichtig festzustellen, ob die Person professionelle Hilfe braucht.

Sollte die Verletzung akut sein, ist im ersten Moment eine medizinische Abschätzung indiziert, ggf. Erste Hilfe zu leisten und möglicherweise ist sogar ein Besuch im Krankenhaus notwendig. Außerdem ist in der Situation abzuklären, ob die Person Suizidgedanken hat oder gar unter einer suizidalen Einengung leidet.

Die Gefühle ernst nehmen

Die Gefühle der betroffenen Person müssen ernst genommen werden. Nachdem das selbstverletzende Verhalten oft Jugendliche betrifft, sind die Gründe durch das intensive Erleben der Emotionen im Jugendalter im ersten Moment oft nicht nachvollziehbar.

Dennoch führen sie in der Person zu einem intensiven emotionalen Stress. Des Weiteren kann vom selbstverletzenden Verhalten ausgehend nicht immer auf eine psychische Störung geschlossen werden. Wir können also nicht davon ausgehen, dass eine Person, die sich selbst verletzt z.B. automatisch depressiv ist.

Vielleicht ist die Selbstverletzung eine Möglichkeit, um mit Stress umzugehen, eine aktuelle Krise zu bewältigen, sich selbst zu spüren etc. Hier ist es wichtig über die Gefühle und die aktuelle Situation zu sprechen. Manchmal tendieren Menschen auch zur Selbstverletzung, wenn sie Probleme haben, ihre Gefühle auszudrücken oder anzusprechen.

Nach alternativen Handlungsweisen suchen

Sobald man die Situation und die Gründe für die Selbstverletzung weitgehend verstanden hat, ist es in weiterer Folge sinnvoll, nach alternativen Handlungsweisen zu suchen.

Vielleicht verletzt sich die Person selbst, wenn sie alleine und gestresst ist. Hier kann man sie beispielsweise ermutigen, dass, sie in so einer Situation, Freunde/-innen angerufen oder andere soziale Aktivitäten setzt.

Auch Ausdrucks- und Entspannungstechniken, wie beispielsweise kreatives Gestalten, Musik, Yoga, autogenes Training etc. sind sinnvolle Alternativen. Wenn man herausfindet, dass das selbstverletzende Verhalten vor allem dann auftritt, wenn die Person wütend ist, bieten sich sportliche Tätigkeiten an oder auch das Rauslassen der Aggressionen (gegen ein Polster boxen).

Sollte der Wunsch nach Intensität (sich selbst spüren) hinter dem Verhalten liegen, gibt es auch andere Möglichkeiten, wie z.B. ein Gummiband gegen die Haut schnalzen lassen, einen Eiswürfel in den Mund nehmen oder auf die Haut drücken oder sich kalt duschen.

Professionelle Hilfe aufsuchen

Die erwähnten Methoden sind Möglichkeiten, akut Hilfe herbeizuführen. Wenn das Problem anhält oder sich verschlechtert, sollte jedenfalls professionelle Hilfe aufgesucht werden.

5 JÄHRIGE
verletzen sich
auch selbst



FRAUEN neigen
stärker zu
Selbst-
verletzung –
3x häufiger



Mitglieder der
LGBTQIA+ COMMUNITY
sind in der Regel anfälliger



Menschen mit
NEGATIVEN
KINDHEITSER-
FAHRUNGEN
sind
anfälliger



1 IN 10
15-16 JÄHRIGE
haben sich
selbst verletzt



Das BASIS-Modell: Erste Hilfe für Suizid

Im Allgemeinen wollen Menschen es oft vermeiden über Suizid zu reden, aber das Beste, was man tun kann, ist offen darüber sprechen.

Wenn man sich Sorgen macht, dass jemand Suizidgedanken hat, sollte man sie darauf ansprechen. Das BASIS-Modell sollte angewendet werden, wenn man Bedenken hat, ob jemand suizidal ist.

Zur Erinnerung:



Wenn man Bedenken hat, dass jemand suizidgefährdet ist, sollte man die Person ansprechen und fragen, ob sie Suizidgedanken hat.

Auf Grund der gesellschaftlichen Stigmatisierung dem Thema Suizid gegenüber, haben Betroffene oft Angst, ihr Gedanken anzusprechen. Wenn wir die Verantwortung dafür übernehmen und den ersten Schritt machen, indem wir die Person aktiv darauf ansprechen, weiß sie, dass es okay ist, darüber zu reden. Wenn eine Person die Frage verneint, haben wir zumindest das Gespräch angeboten.

Letztendlich müssen wir jeder Person selbst überlassen, ob sie über ihre Sorgen und Probleme sprechen möchte. Jedenfalls weiß sie für die Zukunft, dass sie auf das Gesprächsangebot zurückkommen und über Suizid reden kann.

Natürlich können wir nie mit hundertprozentiger Sicherheit sagen, ob jemand suizidgefährdet ist, aber zumeist ist es eine gute Möglichkeit sich auf sein Bauchgefühl zu verlassen. Wenn man sich Sorgen macht, dass jemand suizidgefährdet ist, ist es jedenfalls besser, nachzufragen und falsch zu liegen, als die Situation zu ignorieren. Ganz wichtig ist es, wenn man sich entscheidet es anzusprechen, klar und offen zu sein. Gerade bei „verschlüsselten“ Botschaften (d.h. Suizid ist impliziert, aber nicht direkt angesprochen) muss man gezielt nachfragen und durch direktes Ansprechen der Suizidalität der Sache auf den Grund gehen.

Ein großer rechteckiger Bereich mit einem roten Kopfbereich oben rechts, der die Zahl 47 enthält. Der Rest des Bereichs ist ein weißes Gitternetz, das für Notizen oder eine Checkliste vorgesehen ist.

Resilienz (stärken) und persönliche Grenzen

Was kann ich tun, um meine Resilienz zu stärken?

- Bewegung: Es ist klinisch bewiesen, dass Bewegung und Sport bei mild bis mäßige Depression helfen kann
- Schlafrhythmus: Schlaf ist wichtig für unsere Entwicklung und generell unsere Gesundheit
- Gute Ernährung: Was wir konsumieren, hat einen Effekt auf unsere Psyche
- Gemeinschaft: Menschen, die aktiv in einer Gemeinschaft (u.a. Freundeskreis, Familie) beteiligt sind, sind resilienter. Es ist auch gut, Kontakt mit Freunden und Familie aufrecht zu halten, dadurch kann man sein Netzwerk stärken.
- Mit einem Freund reden: Über Gefühle offen reden
- Um Hilfe bitten: Wir alle werden manchmal überwältigt; es ist okay und nahestehende Personen um Hilfe zu bitten
- Eine Pause machen: Es gut Zeit für sich zu nehmen, ein paar Minuten „allein-Zeit“ können schon helfen weniger gestresst zu sein. Hören Sie auf Ihren Körper; wenn er müde ist, nehmen Sie sich die Zeit, eine Pause zu machen.
- Tun Sie etwas, was Sie gerne tun
- Akzeptieren Sie, wer Sie sind: Keiner ist perfekt, und das ist okay
- Helfen Sie anderen: Wenn man anderen Personen hilft, hat es auch positive Auswirkungen auf einen selbst.

Stressbewältigung: Gesunde Arbeits- und Lebensgewohnheiten

Eine Hauptursache der Belastung für HelferInnen ist der tägliche Stress am Arbeitsplatz, besonders in Krisensituationen.

Lange Arbeitszeiten, große Verantwortung, Fehlen einer klaren Arbeitsplatzbeschreibung, schlechte Kommunikation oder Management, und die Arbeit in unsicheren Bereichen, sind häufige Beispiele für berufsbezogenen Stress, der HelferInnen ungünstig beeinflussen kann. Als Helfer_in fühlen Sie sich für die Sicherheit und Versorgung der Menschen verantwortlich.

Sie können Zeuge oder sogar Betroffener schrecklicher Ereignisse, wie beispielsweise Zerstörung, Verletzung, Tod oder Gewalt sein. Sie können auch Geschichten von Schmerz und Leid anderer Menschen hören.

Diese Erfahrungen können Sie und die anderen HelferInnen beeinflussen.

Überlegen Sie wie Sie am besten mit Ihrem eigenen Stress umgehen können, welche Unterstützung Sie gegebenenfalls benötigen werden und wie Sie Ihre KollegInnen unterstützen können. Überlegen Sie, was Ihnen in der Vergangenheit geholfen hat, Stress zu bewältigen und was Sie für sich tun können, um einsatzbereit zu bleiben. Menschen können unterschiedliche Belastungen nach einer krisenhaften Situation empfinden. Sie können das Gefühl, haben, unzureichend geholfen zu haben oder sie sind frustriert, wenn sie nicht allen, die Hilfe benötigt hätten, helfen konnten.

Denken Sie daran, dass Sie nicht für die Lösung aller Probleme verantwortlich sind! Tun Sie, was Sie können, um Betroffenen Hilfe zur Selbsthilfe zu geben. Beobachten Sie andere Helfer_innen um zu sehen, wie sie arbeiten und tauschen Sie sich über ihre Erfahrungen aus. Bemühen Sie sich, sich gegenseitig zu unterstützen und voneinander zu lernen.

Erholung und Reflexion

Sich Zeit für Ruhe und Reflexion zu nehmen, ist ein wichtiger Bestandteil der Beendigung Ihrer Helfer-Rolle.

Die Krisensituation und die Bedürfnisse der Menschen, die Sie unterstützt haben, können sehr herausfordernd sein, und manchmal ist es schwierig, in der Empathie zu bleiben und nicht mitzuleiden.

Nach der Bewältigung einer Krisensituation nehmen Sie sich Zeit, die gemachte Erfahrung, für sich selbst in Ruhe zu reflektieren. Die folgenden Vorschläge können zur Wiederherstellung der Einsatzbereitschaft hilfreich sein:

- Mit einem Vorgesetzten, Kollegen oder jemanden dem Sie vertrauen über Ihre Erfahrungen zu sprechen, kann guttun.
- Vergegenwärtigen Sie sich, was Sie tun konnten, um anderen zu helfen, auch scheinbar Kleines zählt.
- Reflektieren und akzeptieren Sie, was Sie gut gemacht haben, was nicht so gut gelungen ist und vor allem die Grenzen dessen, was man unter den gegebenen Umständen tun konnte.
- Nehmen Sie sich, wenn möglich, Zeit zum Ausruhen und Entspannen nach den Einsätzen, bevor Sie wieder in das Alltagsleben zurückkehren.
- Wenn Sie nach Einsätzen belastenden Gedanken oder Erinnerungen über das Erlebte haben, sich sehr nervös oder sehr traurig fühlen, Probleme mit dem Schlafen haben, oder zu viel Alkohol konsumieren, ist es wichtig, die Unterstützung einer Person Ihres Vertrauens zu bekommen. Sprechen Sie mit Spezialisten für psychische Gesundheit oder ÄrztInnen, wenn diese Schwierigkeiten länger als einen Monat andauern.

Was kann ich tun, um meine Resilienz zu stärken?

- **Bewegung:** Es ist klinisch bewiesen, dass Bewegung und Sport bei milden bis mäßigen Depressionen helfen kann
- **Schlafrhythmus:** Schlaf ist wichtig für unsere Entwicklung und generell unsere Gesundheit
- **Gute Ernährung:** Was wir konsumieren, hat einen Effekt auf unsere Psyche
- **Gemeinschaft:** Menschen, die aktiv in einer Gemeinschaft (u.a. Freundeskreis, Familie) beteiligt sind, sind resilienter. Es ist auch gut, Kontakt mit Freunden und Familie aufrecht zu halten, dadurch kann man sein Netzwerk stärken.
- **Mit einem Freund reden:** Über Gefühle offen reden
- **Um Hilfe bitten:** Wir alle werden manchmal überwältigt; es ist okay und nahestehende Personen um Hilfe zu bitten
- **Eine Pause machen:** Es gut Zeit für sich zu nehmen, ein paar Minuten „allein-Zeit“ können schon helfen weniger gestresst zu sein. Hören Sie auf Ihren Körper; wenn er müde ist, nehmen Sie sich die Zeit, eine Pause zu machen.
- Tun Sie etwas, was Sie gerne tun
- Akzeptieren Sie, wer Sie sind: Keiner ist perfekt, und das ist okay
- Helfen Sie anderen: Wenn man anderen Personen hilft, hat es auch positive Auswirkungen auf einen selbst.

A large grid of small dots, arranged in approximately 30 rows and 20 columns, intended for writing or drawing.

A large grid of small dots for writing notes, occupying the left side of the page. The grid consists of approximately 30 columns and 40 rows of dots.