

# INSTITUT FIR PSYCHOLOGESCH GESONDHEITSFÖRDERUNG

IPG zu Bartreng



FORTBILDUNG vom  
2007 am

# CENTRE DE LOGOPEDIE

# **PSYCHOLOGISCHE ERSTE HILFE für KINDER**

**Dr. Lucien NICOLAY (2006)**  
**Psychothérapeute spécialisé en  
psychotraumatologie**

# « Notfall » 1

Medizinisch:

- Vergiftungen
  - Verletzungen
  - Erkrankungen
- => LEBENSGEFAHR durch Störung der VITALFUNKTIONEN

Oder:

Ursache(n) (z.B. Naturkatastrophen, Unfälle, zwischenmenschliche Notfälle), Umstände, Anzahl beteiligter Personen, Auswirkungen = NOTFALL?

# « Notfall » 2

Auswirkungen:

- Körperlich
  - Psychisch
  - Sozial
- => WECHSEL-  
WIRKUNGEN  
K-P-S

WICHTIG: Sie werden individuell wahrgenommen & verarbeitet!

# « Notfall » 3

Definition von LASOGGA & GAASCH (2002):

Notfälle sind Ereignisse, die aufgrund ihrer subjektiv erlebten Intensität physisch &/ oder psychisch als so beeinträchtigend erlebt werden, dass sie zu negativen Folgen in der physischen &/oder psychischen Gesundheit führen können.

# « Notfall » 4

Weitere **psychologische** Merkmale:

- Unerwartetheit, ohne Vorbereitung hereinbrechend
- Intensives Erleben, Veränderungen der gesamten Lebenssituation bewirkend, existenzielle Bedeutung
- Unausweichliches Ausgeliefert-Sein, Kontrollverlust
- Dringend auf Hilfeleistung anderer angewiesen-Sein
- Gefühle der Überforderung, Verlust des seelischen Gleichgewichts, misslingende eigene Problemlösungsversuche, Versagen eigener Bewältigungsstrategien
- Psychosoziale Krise

# « Notfall » 5

## FAZIT:

« Notfall » lässt sich analog zu **psychisch traumatisierenden Ereignissen** definieren.

D.H. Geschehen außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung, ohne vergleichbare Vorerfahrungen, die Ressourcen zur selbstständigen Bewältigung übersteigend; siehe Typ I- / Typ II-Traumata!



# « Notfall » 6

## **Psychisches Trauma** (309.81, DSM-IV-TR, 2000):

Das direkte persönliche Erleben oder die Beobachtung einer Situation, die mit dem Tode oder der Androhung des Todes, einer schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit zu tun hat. Die Reaktion der Person auf das Ereignis muss intensive Angst, Entsetzen oder Hilflosigkeit umfassen!

# Klassifikation 1

Nach 3 Dimensionen:

1. Notfalltyp mit Notfallursache (Unfall, Naturkatastrophe, zwischenmenschl. Nf.)
2. Betroffene Personen/-gruppen (Art & Anzahl)
3. Zeit/zeitliche Ausdehnung (Tageszeit, Dauer)

# Klassifikation 2: Zwischen- menschliche & medizinische Nfe.

## Einmalig

Einbruch, Raubüberfall,  
Vergewaltigung, Mord,  
Terrorakt, Suizid, S.-  
versuch, ...

Herzinfarkt, Schlaganfall,  
Vergiftung, Fehlgeburt,  
Geburt eines behind.  
Kindes, Eröffnung 1  
schweren Krankheits-  
diagnose, ...

## Chronisch

Kindesmissbrauch,  
Entführung, Krieg,  
Aufstand, Revolution,  
Folter, Todesfall v. Be-  
zugspersonen, unge-  
wollte Schwangerschaft,  
vermisste Person, ...

Epidemien, Seuchen, ...

# Klassifikation 3: Naturkatastrophen & technisch verursachte Notfälle

## Einmalig

Erdbeben, Erdrutsch,  
Schneesturm, Lawinen-  
abgang, Vulkanausbruch,  
Sturm, Hurrikan,  
Blizzard, Tierangriff, ...

Verkehrs-, Haus-,  
Arbeits-, Freizeitunfall,  
Brand, Explosion, Berg-  
werksunglück, Talsper-  
ren-, Pipelinebruch, ...

## Chronisch

Überschwemmung,  
Waldbrand, Dürre,  
Hungersnot, ...

Austreten von Giftstoffen,  
Freiwerden von Radio-  
aktivität, ...

# FAZIT & FOKUS

Notfälle sind außerordentlich komplexe Situationen (viele Dimensionen).

Hier: psychologische Dimension im Mittelpunkt, bei denen bei mindestens einer Person eine medizinische Hilfeleistung durch den Rettungsdienst notwendig wird

# Notfälle mit Kindern

- Unfälle in Schulen, KGn, Foyers, Maisons Relais & auf Spielplätzen
- Medizinische Notfälle bei Familien-/Kinderfesten
- Medizinische Notfälle im häuslichen Bereich, die Kinder miterleben (z.B. akute Erkrankungen eines Elternteils)
- Kriminelle Akte bzw. Gewaltverbrechen, bei denen Kinder z.B. als Augenzeugen anwesend sind
- Brandeinsätze, bei denen Kinder aus dem Gebäude evakuiert werden sowie
- Andere Einsätze des Rettungsdienstes in Anwesenheit von Kindern

# Unfälle & Schule

- Unfälle im Unterricht
- Verkehrsunfälle auf Klassenfahrten oder auf Schulgelände
- Feuer im Schulgebäude
- Amokläufe
- Sexualdelikte
- Gewalt gegen Lehrer oder Schüler
- Schwere Erkrankungen von Lehrern oder Schülern
- Suizid/Suizidversuche von L. oder SS.
- Tode eines Mitglieds der Schulgemeinde
- Notfallsituationen im Umfeld der Schule, die sich auf Schule auswirken
- Katastrophen, schwere Unglücke, Terrorakte, die eine große Betroffenheit auslösen & deshalb ebenfalls schulische Maßnahmen erfordern

# Das unverletzt-betroffene Kind

= Schwerpunkt dieser Präsentation:

- Notfall wird körperlich unverletzt miterlebt
- durch « bloßes » Erleben ist ein Kind psychisch betroffen (« unangenehm berührt » bis « leidtragend », d.h. bestürzt, entsetzt, verwirrt, fassungslos)

N.B. Unverletzt gebliebene Kinder sind oft psychisch schwerer betroffen als Verletzte!



# Primäre & sekundäre Betroffenheit

Unabhängig von Verletzungen, sind Menschen **primär** betroffen (« Notfallopfer/-patient »), wenn sie **UNMITTELBAR** am Notfallgeschehen beteiligt sind (z.B. Schulbusinsasse bei Unfall)

**Sekundär** betroffen sind Menschen, die Geschehen aus nächster Nähe/aus geringer Distanz miterleben (Augen-zeugen, Schaulustige, Helfer)

N.B.: Tertiäre Betroffenheit via Klatsch oder Medien möglich

# Erste Hilfe 1 (MEH)

**Medizinische Erste Hilfe (MEH)** ist die Durchführung einer einfachen, vorläufigen, aber stets sehr wirkungsvollen medizinischen Hilfeleistung durch Laien/« Ersthelfer », um drohende oder bestehende Gefahren für die Gesundheit von Betroffenen in einem Notfall abzuwenden, ihren Zustand zu stabilisieren & somit einer Verschlimmerung der Situation entgegen zu wirken.

# Erste Hilfe 2 (PEH)

**Psychologische Erste Hilfe (PEH)** wird verstanden als psychologisch angemessenen Umgang mit Personen in akuten Notsituationen wie z.B. Unfällen. Es handelt sich um eine besondere Art der verbalen & nonverbalen Zuwendung zum Betroffenen. (Nicht gemeint ist die längerfristige Betreuung im Rahmen von psychotherapeutischen Maßnahmen!)

# Ziele/Funktionen der PEH

Ermutigung & Stärkung des Selbstvertrauens;  
Realisierung von Bedürfnissen des Betroffenen;  
Förderung von Sicherheit & Kontrolle des Betroffenen/Patienten durch die Reduktion von Angst & Hilflosigkeit. ODER:

« Halte- & stabilisierend-orientierende Funktion » ODER:

**Psychische Stabilisierung & kurzfristige Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit der Betroffenen.**

# Kindliches Erleben eines Nfs

**TEUFELSKREIS:** Wahrnehmung => Schreck/  
Schockreaktion => fragende Unsicherheit =>  
belastende Gefühle von Angst & Schuld =>  
verstärktes Informationsbedürfnis => Vermin-  
derung der verbalen Ausdrucksfähigkeit =>  
zunehmende Erregung => verminderte Fähigkeit  
zur zielgerichteten Informationsaufnahme & -  
verarbeitung => Gefühle der Überforderung &  
Hilflosigkeit => Eintritt in « psychischen  
Gefahrenbereich » => Passivität & völliger  
Kontrollverlust => verstärkte Verunsicherung =>  
evt. psychosoziale Probleme/**psych. Störung**

# Auswirkungen & Folgen eines Nfs (1)

## Mögliche Symptome danach:

Tachykardie, Schwitzen, Erröten, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Ängste/ Phobien, aggressive Verhaltensweisen, Vermeidungsverhalten, Konzentrationsschwächen, rasche Ermüdbarkeit & Unaufmerksamkeit, erhöhte Reizbarkeit/Ärger, Verzweiflung/Depression, Gedächtnis- & Erinnerungsschwierigkeiten, Hyperaktivität oder Rückzug/Regression, evt. Suizidgefährdung, Alkohol & Medikamentenabusus/-abhängigkeit, ...

# Psychische Notfallfolgen (2)

## Posttraumatische Belastungsreaktionen:

- Wiederkehrende, sich aufdrängende Erinnerungen (z.B. in Albträumen & als Flashbacks)
- Sich ständig wiederholende repetitive Verhaltensweisen, wie z.B. Das « traumatische Spiel » (Nachspielen des Geschehens ohne Bewusstsein für ursächlichen Zusammenhang)
- Ängste in Bezug auf das (Notfall-)Ereignis &
- Eine veränderte Einstellung zu Menschen, zum Leben & zur Zukunft sowie Verlust des Vertrauens & negative Erwartungen an das Leben (weil « Zerschmetterlichkeit » erfahren wurde)

# Weitere Komplikationen (3)

- Eltern neigen zur Überprotektion notfallbetroffener Kinder, was Veränderungen & Einschränkungen des kindlichen Verhaltens auslösen kann. So kann das Kind sogar seine Freundeskreis verlieren (Desintegration)! Lehnt es sich auf, drohen Konflikte.
- Eltern wie gleichaltrige Nicht-Betroffene wollen oft nicht mehr weiter/immer wieder über den Notfall reden, was aber dem Bedürfnis des betroffenen Kindes aber noch entgegen käme & der Verarbeitung nützen würde. Möglicherweise fühlt es sich in der Folge unverstanden, allein gelassen, stigmatisiert & abgelehnt.
- Schließlich kommen neben psychosozialen Problemen möglicherweise hinzu: Entwicklungsrückstände/ Schulprobleme durch eventuelle Fehlzeiten oder erlittene Schäden möglich.



# Traumakompensatorische Strategien der Kinder (4)

Zur Wiederherstellung von Kontrolle & zum Vermeiden einer Wiederholung

(= ätiologisch, restaurativ, präventiv zu verstehen):

- Hyperaktives & tyrannisches Verhalten
- Fantasievolle, kreative Überlegungen
- Bewusstes & veränderndes Szenespiel
- ...

# Protektive Faktoren bewahren vor Spätfolgen (1)

0. Der Notfall ist Folge einer Naturkatastrophe & nicht von Menschen verursacht worden (= notfallbezogen; Trauma 1)
1. Eine relativ schnelle Öffnung der Person gegenüber anderen vertrauten Personen.
2. Gute Beziehungen der Betroffenen zur eigenen Familie.
3. Fähigkeit der Betroffenen sich selbstständig Unterstützung zu holen.
4. Eine dauerhaft gute Beziehung zu mindestens einer Bezugsperson.
5. Überdurchschnittliche Intelligenz.
6. Ein robustes, aktives & kontaktfreudiges Temperament
7. Sicheres Bindungsverhalten
8. Eine geringe Risiko-Gesamtbelastung

N.B.: 1 – 8 = personenbezogene Merkmale

# Protektive Faktoren bewahren vor Spätfolgen (2)

9. Eine Soziale Umgebung, die Verarbeitung zulässt & individuelle Bewältigungsstrategien unterstützt.
10. Familie & Freunde, die keine Sekundärtraumatisierung vornehmen, z.B. durch Schuldzuweisungen.
11. Soziale Unterstützung in der Schule.
12. Ein gutes Ersatzmilieu nach Mutterverlust
13. Aufwachsen in Großfamilie mit kompensatorischen Beziehungen zu Großeltern & entsprechender Entlastung der Eltern.
14. Soziale Förderung, z.B. durch Jugendgruppen

*N.B.: 9 – 14 = umfeldbezogene Merkmale*

# Risikofaktoren bzw. zusätzlich traumatisierende Faktoren (1)

*Notfallbezogen:*

- Notfall als Folge menschlichen Handelns
- Notfall (subjektiv!) lebensbedrohlich
- &/oder lang andauernd.
- Es wurden schwere oder als schwer erlebte körperliche Verletzungen verursacht.

# Risikofaktoren bzw. zusätzlich traumatisierende Faktoren (2)

## *Personenbezogen:*

- Mütterliche Berufstätigkeit im 1. Lebensjahr
- Unsicheres Bindungsverhalten nach dem 12./18. Lebensmonat
- Früher Verlust der Mutter
- Sexueller/aggressiver Missbrauch
- Häufig wechselnde frühe Beziehungen
- Ein Altersabstand zum nächsten Geschwisterkind unter 18 Monaten
- Geburt als uneheliches Kind
- Schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen
- Kontakte zu Einrichtungen der sozialen Kontrolle
- ?Jungen vulnerabler, - aber Mädchen häufiger PTBS?

# Risikofaktoren bzw. zusätzlich traumatisierende Faktoren (3)

*(Fortsetzung)*

- Niedrigere sozioökonomische Schichtzugehörigkeit
- Frühere belastende (Vor-)Erfahrungen
- Geringere Schulbildung
- **Je jünger ein Kind, desto größer das Risiko einer PTBS-Entstehung**
- « Pubertierende » Kinder größeres Risiko
- Empfinden einer starken Angst im Notfall
- Empfinden einer Mitschuld für die Verursachung

# Risikofaktoren bzw. zusätzlich traumatisierende Faktoren (4)

## *Umfeldbezogen:*

- Alleinerziehende Mutter
- Autoritäres väterliches Verhalten
- Schlechte Schulbildung der Eltern
- Großfamilien & sehr wenig Wohnraum
- Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils
- Chronische Disharmonie im Umfeld
- Abwesenheit der Eltern (Trennungsschock, Separationstraumata, Deprivations-/Hospitalismus-schäden)
- Konfliktreiche & belastete Familienverhältnisse
- Psychische Störungen der Mutter oder des Vaters

# Klinische Klassifikation (1)

## **ANPASSUNGSSTÖRUNGEN** *(akut; <6 Monaten nach Beendigung des Belastungsfaktors oder seiner Folgen)*

*Mit depressiver Stimmung, mit Angst, mit beiden gemischt; mit Störungen des Sozialverhaltens, mit emotionalen Störungen & gemischt sowie unspezifisch (Rückzug, Leistungseinbußen, somatische Symptome)*

- Die Entwicklung der voranstehenden Symptomen, als Reaktion auf einen identifizierbaren Belastungsfaktor, die innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Belastung auftreten.
- Diese Symptome sind insofern klinisch bedeutsam als sie zu deutlichem Leiden führen, welches über das hinausgeht, was man bei der Konfrontation mit diesem Belastungsfaktor erwarten würde sowie zu bedeutsamen Beeinträchtigungen in sozialen oder beruflichen / schulischen Funktionsbereichen führen.
- Die Symptome sind nicht Ausdruck einer Einfachen Trauer.



# Klinische Klassifikation (2)

## POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG (PTBS)

*akut: < 3 Monate oder chronisch: > 3 Monate;*

*mit verzögertem Beginn der Symptome: 6 Monate danach*

## AKUTE BELASTUNGSSTÖRUNG (ABS)

*Symptome dauern mindestens 2 Tage & höchstens 4 Wochen & manifestieren sich auch innerhalb von max. 4 Wochen nach traumatischem Ereignis*

# PTBS & ABS (3)

- A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien erfüllt waren
  - 1. Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die den tatsächlichen oder drohenden Tod oder eine ernsthafte Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderen Personen beinhalteten
  - 2. Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen; bei Kindern kann sich dies durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern!

# PTBS 1

- B. Das traumatische Ereignis (E) wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:
1. wiederkehrende & eindringliche belastende Erinnerungen an das E., die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können. Bei jüngeren Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden.
  2. wiederkehrende, belastende Träume von dem E.. Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten.
  3. Handeln oder Fühlen als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet Gefühl, das E. wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen & dissoziative Flashback-Episoden. Bei jüngeren Kindern kann eine traumaspezifische Neuinszenierung auftreten.
  4. intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des E. symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
  5. körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumat. E. symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

# PTBS 2

- C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens 3 der folgenden Symptome liegen vor:
1. Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,
  2. bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,
  3. Unfähigkeit einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,
  4. deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,
  5. Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,
  6. eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),
  7. Gefühl der eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben)

# PTBS 3

- D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousals (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens 2 der folgenden Symptome liegen vor:
  - 1. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen,
  - 2. Reizbarkeit & Wutausbrüche,
  - 3. Konzentrationsschwierigkeiten,
  - 4. Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz)
  - 5. Übertriebene Schreckreaktion.
- E. Das Störungsbild dauert länger als 1 Monat an.
- F. Es verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen/ schulischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

# ABS 1

- B. Entweder während oder nach dem extrembelastenden Ereignis zeigte die Person mindestens 3 der folgenden dissoziativen Symptome:
1. subjektives Gefühl von emotionaler Taubheit, von Losgelöstsein oder Fehlen emotionaler Reaktionsfähigkeit,
  2. Beeinträchtigung der bewussten Wahrnehmung der Umwelt (z.B. « wie betäubt sein »),
  3. Derealisationserleben,
  4. Depersonalisationserleben,
  5. dissoziative Amnesie (z.B. die Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern).
- C. Das traumatische E. wird ständig auf mindestens eine der folgenden Arten wiedererlebt: wiederkehrende Bilder, Gedanken, Träume Illusionen, Flashback-Episoden, Gefühl des Wiedererlebens, starkes Leiden bei Reizen, die daran erinnern.

# ABS 2

- D. Deutliche Vermeidung von Reizen, die an das Trauma erinnern (z.B. Gedanken, Gefühle, Gespräche, Aktivitäten, Orte oder Personen)
- E. Deutliche Symptome von Angst oder erhöhtem Arousal (z.B. Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, übertriebene Schreckreaktionen, motorische Unruhe).
- F. Die Störung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen, schulischen o.a. wichtigen Funktionsbereichen oder beeinträchtigt die Fähigkeit der Person, notwendige Aufgaben zu bewältigen, z.B. notwendige Unterstützung zu erhalten oder zwischenmenschliche Ressourcen zu erschließen, indem sie z.B. Familienmitgliedern über das Trauma berichten.
- G. Die Störung dauert mindestens 2 Tage & höchstens 4 Wochen und tritt innerhalb der ersten 4 Wochen nach dem traumatischen E. auf.
- H. Das Störungsbild geht nicht auf die körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück & wird nicht besser durch eine Kurze Psychotische Störung erklärt & beschränkt sich nicht auf eine Verschlechterung einer bereits vorhandenen Achse I- oder II-Störung.

# 14 PEH-Regeln von 2001

I. *Medizinische* Notfälle bei Kindern sind zugleich *psychische* Notfälle für *alle* Beteiligten

N.B.

Machen Sie sich diese Tatsache bewusst & setzen Sie sich mit ihr auseinander!



*II. Dass alle Beteiligten & Sie selbst auch aufgeregt sind, ist verständlich & vollkommen normal!*

III. Auch eine optimale PEH kann die psychischen Belastungen für ein Kind im Notfallgeschehen nicht völlig nehmen, sondern nur vermindern! Der Umgang mit verletzten & akut erkrankten Kindern *ist* schwierig & situationsbedingt bleibt er es häufig auch – ganz unabhängig vom Verhalten des Helfers!

## IV. Möglichst nur *ein* Helfer sollte behutsam Kontakt zum betroffenen Kind aufnehmen.

N.B.

Dabei kann helfen, Warn- oder Sicherheitskleidung abzulegen, sich dem Kind langsam zu nähern, sich auf sein körperliches Niveau herunter zu beugen, sich mit Vornamen vorzustellen & nach dem des Kindes zu fragen. Ist das Kind besonders ängstlich & hat man genug Zeit, sollte man zunächst versuchen, den Kontakt zum Kind über die Eltern aufzubauen.

V. Vor allem Körperkontakt *der Bezugspersonen* zum betroffenen Kind wirkt meist beruhigend & sollte demnach ermöglicht werden.

N.B.

Als fremder Helfer ist dies schwieriger & sollte nur vorsichtig & nicht gleich zu Beginn erfolgen, also erst, wenn Vertrauen besteht & Körperkontakt toleriert werden kann.

VI. Durchaus empfehlenswert ist es, für Ablenkung zu sorgen. Besonders hilfreich sind Strategien, die die kindlichen Aufmerksamkeit gerade *ausgehend vom Geschehen* nutzen & das Kind zu aktivem Handeln anregen.

N.B.

Nicht « zutexten » oder bagatellisieren! Ablenkung ist auch kein Allheilmittel!

VII. Die Vermittlung von Information ist sehr wichtig! Sie ist aber nur dann möglich & sinnvoll, wenn man bestrebt ist, sie dem Entwicklungsstand des Kindes anzupassen & wenn zuvor auch Angst abgebaut wurde. Auf Schuldgefühle ist zu achten! Fragen sind ausdrücklich erlaubt & sollen wahrheitsgemäß beantwortet werden!

N.B.

Das Geschehen sollte in leicht verständlichen Worten erklärt werden. Nicht verhätscheln oder unterschätzen!

## VIII. Auf bevorstehende Maßnahmen sollte ein Kind vorbereitet werden.

Folgende Fragen helfen dabei:

1. Was wird von wem & wie getan?
2. Was wird das Kind bei der Durchführung der Maßnahme empfinden?
3. Welches Verhalten wird vom Kind während der Durchführung der Maßnahme erwartet?
4. Was kann das Kind selbst tun, um die Durchführung der M. positiv zu beeinflussen?

N.B.

Kindgerechte Medien (Puppe, Bilderbuch) können dabei hilfreich sein.

IX. Als Ziel der Informationsvermittlungs- bzw. Erklärungsversuche sollte angestrebt werden, dass das Kind nicht nur über das Geschehen *Bescheid* weiß, sondern weiß, was es selbst im Geschehen tun kann. Das Kind sollte möglichst aktiv in die Situationsgestaltung bzw. Behandlung einbezogen & für jede hilfreiche Verhaltensweise belohnt werden.



X. Die Anwesenheit bzw. Die Einbeziehung von Bezugspersonen eines Kindes in die Hilfeleistung ist dann sinnvoll anzustreben, wenn diese nicht selbst zu aufgeregt sind. Außerdem darf die Anwesenheit von Bezugspersonen nicht zu einer Verunsicherung der Helfer führen.

XI. Einem verletzten oder erkrankten Kind sollen so weit wie möglich Freiräume geschaffen werden, um eigene Entscheidungen zu treffen, sich sprachlich zu äußern & um sich wie gewünscht zu bewegen. Zur Nutzung dieser Freiräume sollte ein Kind ermutigt werden. Zu lügen, Zwangsmaßnahmen anzuwenden bzw. Druck auf ein Kind auszuüben sollte ein Helfer unbedingt vermeiden!

XII. Der Helfer sollte – soweit wie möglich -  
Ruhe bewahren & im Notfallgeschehen *für  
Ruhe sorgen*. Eigene Aufregung des  
Helfers & die Hektik im Umfeld können  
sich sonst auf das Kind übertragen &  
seine psychische Belastung verstärken.

XIII. Einem verletzten oder erkrankten Kind sollte unbedingt sein Lieblingstier gegeben werden, weil dies meist eine enorm beruhigende Wirkung auf das Kind ausübt. Steht das Lieblingstier nicht zur Verfügung, muss von Helfern so rasch wie möglich für entsprechenden Ersatz gesorgt werden.

XIV. PEH benötigen nicht nur verletzte oder erkrankte, sondern auch alle anderen Kinder, die in einem Notfallgeschehen *anwesend* sind. Die körperliche Unversehrtheit eines Kindes darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass bei ihm trotzdem enorme psychische Belastungen auftreten. *Jedes* Kind in einem Notfallgeschehen braucht deshalb besondere Aufmerksamkeit & kein Kind darf übersehen werden, nur weil es selbst nicht krank oder verletzt ist!

# Psychologischer Leitgedanke (1)

Es kommt vor allem darauf an, Gefühle des Kontrollverlustes & der Hilflosigkeit bei den betroffenen Kindern dadurch zu mindern, dass sie zu einer hilfreichen eigenen Aktivität angeleitet werden:

« Was das Kind (entwicklungsbedingt) *schon* kann & was es (krankheits- oder verletzungsbedingt) *noch* kann, soll das Kind auch tun! (Karutz 2001)

# Zum Leitgedanken (2)

Anstatt das Kind *ausschließlich* - womöglich noch in einem falsch verstandenen Sinne - zu trösten & auf diese Weise regressive Verhaltensweisen zu fördern, eventuell noch vorhandene Ressourcen & Handlungspotenziale zu schwächen & es regelrecht in eine passive Haltung zu drängen, sollte einem Kind die Gelegenheit gegeben werden, sich soweit wie möglich in das Notfallgeschehen einzubringen & auf die Durchführung notwendiger Maßnahmen Einfluss zu nehmen & sich an der Situationsbewältigung von vorneherein zu beteiligen.

# K-A-S-P-E-R-L-E

## REGELN

## für die PEH

## bei KINDERN

(überarb. 2001; nach Karutz, 2002)



# K

- Kein Kind darf übersehen werden, jedes Kind sollte betreut werden!
- Kontaktaufnahme sollte langsam & möglichst nur durch einen Helfer erfolgen!
- Körperkontakt vorsichtig herstellen, nach Möglichkeit durch Bezugspersonen des Kindes!

# A

- Aktivität ermöglichen!
- Ablenkung immer behutsam versuchen!

# S

- Situation & Maßnahmen erklären!
- Situation vom Kind mitgestalten lassen!
- Schuldgefühle beachten & ggfs intervenieren! (« Du bist nicht Schuld! »)

# P

- Personen einbeziehen, die dem Kind nahe stehen! (Eltern, Großeltern Geschwister, Freunde – auf Wunsch!)

# E

- Entscheidungsfreiheit lassen!
- Ermutigen, Fragen zu stellen & Schmerzen zu äußern

# R

- Ruhe bewahren & im Umfeld für Ruhe sorgen!

# L

- Lieblingsstofttier oder Ersatz besorgen & Kind geben!
- Loben hilfreichen Verhaltens!

# E

- Ernst nehmen & nicht « betüddeln »!
- Ehrlich sein, z.B. Fragen nach der Schmerzhaftigkeit bevorstehender Maßnahmen ehrlich beantworten!



# F-R-I-T-Z-C-H-E-N

REGELN für die PEH  
bei UNVERLETZT  
BETROFFENEN  
KINDERN (nach Karutz, 2003)

# F

Für Nähe selbstgewählter Bezugspersonen sorgen!

(Jüngere Kinder wählen gerne Erwachsene, ältere bevorzugen Gleichaltrige)

# R

**Reizaufnahme / Wahrnehmung auf die Hilfeleistung lenken, ggfs. Abschirmen!**

(Abschirmen oder Zuschauen lassen hängt von der Bedürfnislage des Kindes ab. Psychische Lage des Notfallpatienten beachten! Keine Eigengefährdung! Keine Behinderung der Rettungsarbeiten!)



Informationsbedürfnis befriedigen & das  
Verständnis fördern!

(Kinder haben großes Informations-  
bedürfnis; Unwissenheit & Ungewissheit  
werden als Belastung empfunden!)

# T

Thematisieren, dass & vor allem wie  
geholfen wird!

(Kinder sollen die Hilfeleistung als solche  
erkennen: Die Ambulanz fährt nicht sofort  
ins Krankenhaus, weil der Verletzte erst  
einmal im Auto behandelt wird.)

# Z

**Zulassen & erklären ungewöhnlicher Verhaltensweisen!**

(Ungewöhnliche Verhaltensweisen = normale Reaktion auf Miterleben des Notfalls. Schockreaktion von Dritten verständlich machen, um belastenden Fehlinterpretationen entgegen zu wirken)

# C

## Chancen nutzen!

(Kinder wollen & können am Notfallort selbst aktiv werden. Hilfreiche Aktivitäten dürfen sie tun: Tür aufhalten, Notfallkoffer tragen, ...)

# H

Hilfe, i.S. von professioneller Hilfe  
verständigen bzw. sicherstellen &  
SICHTBAR leisten!

(Kinder empfinden & leiden sehr stark mit  
& wünschen rasche & kompetente Hilfe-  
leistung. Der Anblick der Hilfeleistung  
beinhaltet ein für die Bewältigung des  
Geschehens u.U. hilfreiches Potenzial.)



# E

## Entfernen belastender Spuren!

(Der Anblick von blutverschmierten Sachen, von Verpackungsmaterial von Medikamenten, von beschädigten Fahrzeugen, Gegenständen & Räumen kann als Belastung empfunden werden)

# N

**Nachsorge ohne Panik, aber mit langfristiger Gesprächsbereitschaft & besonderer Aufmerksamkeit bei Notfällen « mit Verknüpfungspotenzial »!**

(Nicht jedes beteiligte Kind ist traumatisiert; allerdings beschäftigen sich Kinder lange & intensiv mit dem Erlebten. « Ähnlichkeiten » mit selbst erlebten Notfällen -auch in Vergangenheit- können erneut belasten)

**P-U-M-U-C-K-E-L**

**REGELN für die  
PEH bei KINDERN  
im GROSS-  
SCHADENSFALL**

(Bildungsinstitut 2001; Karutz 2003)

# P: Planung

In allen Planungen für Notfallsituationen ist explizit und umfassend eine Kinderbetreuung einzuplanen. Auch unverletzt betroffene Kinder dürfen nicht übersehen werden!

# U: Unterbringung

Die Unterbringung & Betreuung von Kindern muss in Sicherheit passieren, - in einem abgeschirmten, beheizten & lärmgeschützten Raum!

Die betreuungsbedürftigen Kinder dürfen niemals von ihren Eltern/Bezugspersonen getrennt werden.

# M: Materialbeschaffung

Ersatzbekleidung in Kindergrößen,  
Malstifte, Zeichenblöcke, Knetmasse,  
Kindermusik, Plüschtiere auf Vorrat haben  
oder beschaffen

# U: Unterstützung

In vielen Fällen entwickeln Kinder spontan & unaufgefordert eigene & oftmals sehr hilfreiche Ideen, um das Geschehen zu bewältigen. Vorschläge & Anregungen von Kindern sollten deshalb ernst genommen & nach Möglichkeit umgesetzt werden.

# C: Coordination

Gute Koordination extrem wichtig!

Möglichst von Person, die einsatztaktisch, führungstechnisch & pädagogisch zugleich qualifiziert ist (z.B. Lehrer, Pädagoge mit Zusatzausbildung einer Hilfsorganisation).



# K: Kameradschaft

Eine Gruppe von Kindern kann sich oftmals selbst sehr gut stützen, & ein konstruktives Miteinander von Kindern wirkt sich meist sehr hilfreich aus. Kinder sollen demnach gemeinsam an einer Aufgabe arbeiten können, & sie sollten ausdrücklich füreinander Verantwortung tragen.

# E: Eigenaktivität

Jedes eigene Tun von Kindern mindert ihre Hilflosigkeit. Insofern sollte Aktivität initiiert & ermöglicht werden.

# L: Lob, Lieblings- spielzeuge, ...

Hilfreiches Verhalten von Kindern sollte ausdrücklich positiv verstärkt - gelobt – werden. Süßigkeiten wirken meistens ein wenig beruhigend & typische Lieblings-spielzeuge wie Stofftiere haben fast immer eine positive Wirkung.

# W-I-N-N-E-T-O-U

## REGELN für die PEH bei TRAUERNDEN KINDERN

(Bildungsinstitut 2001; Karutz 2003)

# W

**Wenden Sie sich trauernden Kindern zu!**

betr. Aufmerksamkeit, Liebe, Zuneigung,  
Sicherheit, Absprachen einhalten, für klar  
strukturierten Tagesablauf sorgen



## **Informieren Sie trauernde Kinder!**

Informationen über laufende Begräbnisvorbereitungen, Abschiednehmen.  
Todesursache in einfachen Worten mitteilen.

# N

**Nicht einengen, zensieren oder  
bevormunden!**

Lassen Sie trauernde Kinder eigene Entscheidungen treffen, z.B. bezüglich der Art des Abschiednehmens, des eventuellen Ansehens des Verstorbenen, die Auswahl eines Abschiedsgrußes als Sargbeigaben, ...

# N

**Nichts verheimlichen, nicht ausschließen, sondern einbeziehen!**

Lassen Sie trauernde Kinder an allem Anteil nehmen, auch an Ihrer eigenen Trauer. Erklären Sie trauernden Kindern, warum Sie selbst traurig sind & sich möglicherweise ungewohnt verhalten.



# E

**Ermutigen Sie trauernde Kinder,  
Fragen zu stellen & eigene Gefühle zu  
zeigen!**

**Erlauben Sie trauernden Kindern, so  
zu trauern, wie sie es eben tun!**

Es gibt keine « ordnungsgemäße » Trauer!  
Also keine Irritation, sondern Geduld, Toleranz &  
Verständnis, - auch für Zorn, Unruhe &  
Verhaltensänderungen

# T

**Thematisieren Sie (gemeinsame)  
Erinnerungen an den Verstorbenen!  
Teilen Sie Ihre Trauer!**

Auch Fotos, Videos anschauen

# O

**Offene & v.a. ehrliche Gespräche sind hilfreich, wenn Kinder sie wünschen!**

Bitte Kinder nicht « zutexten », sondern ihre Fragen ehrlich & in einfachen Worten beantworten!

# U

**Unternehmen Sie etwas, wenn ein Kind Schuldgefühle entwickelt & langfristig anhaltende Verhaltensänderungen zeigt!**

Sagen Sie ihm ggf. explizit, dass es unschuldig ist & keine Verantwortung für den Tod trägt. Z.B. Bettnässen, Daumenlutschen oder Schulschwierigkeiten sind Indikatoren für die Notwendigkeit professioneller Hilfe.

# Belastungsfaktoren & ... (1)

Wahrnehmung des  
Notfallgeschehens:

Abschirmen vom Nfg  
Bedecken von Verletzungen  
Kommunikation auf gleicher Ebene

Unsicherheit:

Anwesenheit von Bezugspersonen  
Verlässliche Nähe anderer Helfer  
Gemeinschaft mit anderen Kindern  
Unterbringung an einen sicheren Ort  
Sicherung physiologischer  
Grundbedürfnisse

Informationsbedürfnis:

Kindgerechte Vermittlung von  
Informationen  
Ehrliche Antworten auf gestellte  
Fragen

# ... Interventionsmöglichkeiten (2)

Verminderung der verbalen  
Ausdrucksfähigkeit:

Schaffung alternativer  
Ausdrucksmöglichkeiten

Angst:

Behutsame Ablenkungsversuche  
Einbezug von Kindern in Hilfeleistung  
Anregung zum Spiel  
Hilfeleistung durch Teddybären

Schuldgefühle:

Unbegründete Schuld verneinen  
Realistische Erklärung anbieten

Zunehmende Erregung:

Langsam agieren & sprechen  
Jede Hektik im Umfeld vermeiden  
Warme, gezuckerte Getränke  
verabreichen

## (Fortsetz.) (3)

Verminderte Fähigkeit zur  
zielgerichteten  
Informationsaufnahme:

Kinder ernst nehmen  
Vorschläge & Anregungen von  
Kindern aufgreifen & nach  
Möglichkeit umsetzen

Überforderung,  
Handlungsunfähigkeit &  
Hilflosigkeit sowie  
Kontrollverlust:

Delegation einfacher Aufgaben an  
Kinder  
Gemeinsame Aktivität von  
Kindern anregen  
Entscheidungsfreiheit lassen & zu  
deren Nutzen ermutigen

# Umsetzung an Schulen (1)

## **Mitglieder für Krisen-/Notfallteam zusammenstellen:**

Schulleitung, Sicherheitsbeauftragter,  
Klassenlehrer, Schulpsychologen,  
Schulsanitätsdienst, Assistant social, ...  
& evt. externe Fachleute (Vertreter aus  
Trägerschaft oder Ministerium, Notfall- &  
Traumapsychologen, spezialisierte Kinder- &  
Jugendlichenpsychotherapeuten, Vertreter der  
Elternvereinigung, ...)



# Aufgaben eines schulischen Notfallteams (2)

- Erstellen möglicher Notfallszenarien & konkreter Notfallpläne
- Führen einer Liste von Kontaktadressen von psychol. Hilfsdiensten & Psychotraumatologen
- Verfassen verschiedener Musterbriefe zur Information der Erziehungsberechtigten & der Schulgemeinde
- Koordination besonderer Maßnahmen bei Notfällen
- Begleitung des schulischen Lebens im Übergang von der Notfallsituation zum gewohnten Schulalltag
- Organisation von notfallbezogenen Sonderveranstaltungen (Trauerfeier, Gedenkdienst, ...)
- Beratung von Lehrern, Erziehern im Hinblick auf die Durchführung von Maßnahmen zur Psychol. 1.Hilfe
- Ansprechpartner für externe Hilfskräfte sein

# Umsetzung an Schulen (3)

## **Psychoedukative Maßnahmen für die gesamte Schulgemeinschaft zur Vorbereitung auf Notfallsituationen**

Denn:

Notfallsituationen werden besser verarbeitet, wenn ihre psychischen Auswirkungen & die möglichen Reaktionsweisen der Betroffenen bereits im Vorfeld (z.B. im Unterricht) thematisiert worden sind.

Also: Für Offenheit & Transparenz sorgen!

# Übersicht: Vorbereitung auf Notfälle in der Schule (4)

- **Aufbau eines Krisenteams**
- **Psychoedukation der gesamten Schulgemeinde**
- **Thematisierung möglicher Notfallszenarien im Unterricht**
- **Notfalltraining bzw. Notfallübungen in der Schule**

# Verhalten in Notfällen (generell) (5)

- Zeigen Sie Ihre eigenen Gefühle & akzeptieren Sie die Gefühlsäußerungen Ihrer Schüler!
- Informieren Sie die Schulgemeinde rasch & häufig ggfs auch schriftlich mit « Infobriefen »!
- Verheimlichen Sie nichts & antworten Sie ehrlich auf Fragen Ihrer Schüler!
- Zeigen Sie Interesse an den Äußerungen Ihrer Schüler & hören Sie Ihnen aufmerksam zu!
- Machen Sie Ihren Schülern keinesfalls Vorwürfe!
- !!! Schüler, die ohnehin in schwierigen schulischen oder familiären Situationen sind, bedürfen in Nfs einer besonders aufmerksamen Betreuung !!!

# Inhalte der Psychoedukation (6)

- Symptome akuter Belastungsreaktionen (Was kann mir passiert sein?)
- Normalität akuter Belastungssituationen (Wie ich mich fühle ist normal!)
- Hinweise zur Selbsthilfe (Was tut mir gut? Welche eigenen Ressourcen kann ich nutzen? Was hat mir bisher in Notlagen geholfen?)
- Entspannungsübungen/körperliche Übungen (Was kann ich tun?)
- Kontaktpersonen (An wen wende ich mich, wenn es mir schlecht geht? Wer kann mir helfen?)

# FRITZCHEN, PUMUCKEL & WINNETOU am CL?!

Diskussion zur Umsetzung

- mit **sprach**entwicklungsgestörten &
- mit stark schwerhörigen & resthörigen Schülern
- mit mehrfach beeinträchtigten Schülern

# **Standard- CHECKLISTEN**

**(Kopieren & austeilen!)**

# PEH *im* Notfallgeschehen (1)

- Leisten Sie Verletzten zuerst medizinische Erste Hilfe; ggf. Schüler einbeziehen
- Alarmieren Sie Rettungsdienst, Polizei & Feuerwehr (**112**, 113)
- Schirmen Sie den Unfall-/Tatort weiträumig ab & schützen Sie (prinzipiell) Kinder vor Anblicken des Notfallgeschehens (Ausnahmen?)
- Erklären Sie den unmittelbar anwesenden Schülern, dass den Verletzten auf bestmögliche Weise geholfen wird; dass alles dazu getan wird
- Informieren Sie Schüler von nun an regelmäßig über die Fakten des Nf-geschehens
- Benachrichtigen Sie frühzeitig psychosoziale Fachkräfte & beziehen Sie diese in der Notfallnachsorge an Schule mit ein
- Sorgen Sie dafür, dass das Nf-team der Schule schnellstmöglich zusammentritt



# PEH unmittelbar *nach* Nfg (2)

- Sofern die Unterrichtszeit endet, lassen Sie das Schulgebäude auf jeden Fall geöffnet & organisieren Sie, dass nach Möglichkeit einige Lehrer (freiwillig) vor Ort bleiben & für die Schüler als Ansprechpartner für Fragen & Informationen zur Verfügung stehen
- Lassen Sie die Spuren eines Notfalls nach Absprache mit der Polizei schnellstmöglich beseitigen
- Stellen Sie schnellstmöglich den Kontakt jüngerer Kinder zu ihren Eltern her
- Unterstützen Sie ggf. spontane Gruppenbildungen unter Jugendlichen
- Ein Gesprächspartner sollte jederzeit zur Verfügung stehen & in der Nähe bleiben, ohne sich aufzudrängen

# PEH an den **ersten** Tagen ... (3a)

- Versichern Sie den Schülern (sofern zutreffend!), dass Sie jetzt in Sicherheit sind
- Führen Sie Gruppengespräche, in denen Schüler sich über das Erlebte austauschen können (Erkenne dabei, ob einzelne Schüler noch weitergehende Hilfe benötigen!)
- Respektieren Sie, wenn Schüler schweigen möchten; niemand soll zum Sprechen über Erlebtes gezwungen werden
- Informieren Sie Ihre Schüler über Symptome möglicher Schock- & Belastungsreaktionen (siehe Inhalte der Psychoedukation! Folie 101) & fördern Sie deren Verständnis

## ... danach (3b)

- Ermutigen Sie Ihre Schüler, sich gegenseitig zu unterstützen, sich zu helfen & miteinander zu sprechen
- Ermöglichen Sie Ihren Schülern eine weitgehend selbstständige & freiwillige Gestaltung des Schultages (Aufenthalt, Beschäftigung)
- Bieten Sie Ihren Schülern Ablenkmöglichkeiten (Sport!)
- Empathie & Mitgefühl von Schülern kan häufig in hilfreiche Aktivität umgesetzt werden; z.B. können gemeinsame Briefe an primäre Opfer & deren Angehörige geschrieben werden
- Organisieren Sie ggf. einen Elternabend oder versenden Sie Briefe mit nf-psychologischen Informationen an Eltern Ihrer Schüler
- Dafür geschulte Fachkräfte sollten Einzelgespräche mit offensichtlich besonders betroffenen Schülern führen

# PEH in **Folgezeit** nach Nfg (4a)

- Entsprechend geschulte Fachkräfte sollen bei Bedarf weitere Einzelgespräche mit besonders betroffenen Schülern durchführen
- Organisieren Sie ein gemeinsames Erinnern, evt Ritual
- Sofern jmd verstorben ist: Organisieren Sie eine Gelegenheit für VISUELLEN Abschied vom Verstorbenen
- Organisieren Sie ggf. die Teilnahme Ihrer Schüler an Trauerfeier oder Beerdigung
- Thematisieren Sie ggf. die Sitzordnung in der Klasse; klären Sie, wie mit der Sitzordnung verfahren werden soll

## Fortsetzung «... i. Folgezeit » (4b)

- Schaffen Sie alternative Ausdrucksmöglichkeiten (Musik, Zeichnen, ...) Diese *müssen* aber *nicht* nfbezogen genutzt werden
- Thematisieren Sie Nfg an Jahrestagen & bei Ereignissen mit »Verknüpfungspotenzial«
- Sagen Sie Ihren Schülern, dass bestimmte Ansprechpartner dauerhaft zur Verfügung stehen, wenn sie über Erlebtes sprechen möchten
- Zeigen Sie Verständnis für posttraumatische psychische Reaktionen, einschl. Leistungsabfall durch Konzentr.- oder Gedächtnisschwierigkeiten, Müdigkeit, ...
- Seien Sie aufmerksam, wenn Ihre Schüler langfristig, länger als 1 Monat anhaltende Symptome von PTBR zeigen. Sprechen Sie mit Schülern & Eltern über Möglichkeiten fachpsychologischer Hilfe

# Medizin. Rettungskette & ... (1)

- a) SOFORTMASSNAHMEN: Wiederbelebung, Blutstillung, ...)
- b) NOTRUF: Rettungsdienst
- c) ERSTE HILFE (Wundversorgung, Lagerung, ...)
- d) RETTUNGSDIENSTL. HILFELEISTUNG
- e) HILFELEISTUNG im KRANKENHAUS

# ... assoziierte psychol. Hilfe (2)

- a) VORBEREITUNG AUF NF: EH-Kurs, Notfalltraining, Psychoedukation
- a) PSYCH. SOFORTMASSNAHMEN: Abschirmen(?), informieren, Gefühle validieren
- b) NOTRUF: psychosoziale Fachkräfte, Krisenteam der Schule
- c) PSYCHOL. ERSTE HILFE: Sprechen & zuhören, Spuren beseitigen, Kontakt zu Eltern herstellen, Gruppenbild. fördern, niemanden alleine lassen
- d) KRISENINTERVENTIONSANGEBOTE: Gruppengespräche, Sicherheit vermitteln, Unterstützung vorhandener Ressourcen

MERCI!

A vill flott Iddiën bei  
der Ëmsetzung!