

Psychische Situation von Kindern in Notfällen

Anregungen für die Psychische Erste Hilfe

Von Dipl.-Päd. Harald Karutz, Bildungsinstitut am Elisabeth-Krankenhaus Essen

Kinder erleben Notfallsituationen als einen psychischen Ausnahmezustand. Selbst dann, wenn sie körperlich unverletzt geblieben sind, können sich offenbar langfristig anhaltende Folgeschäden entwickeln, so dass eine belastungsvermindernde Psychische Erste Hilfe (PEH) noch am Ort des Geschehens zu fordern ist, die den jeweiligen Entwicklungsstand eines Kindes und daraus resultierende Besonderheiten bezüglich der Wahrnehmung, des Erlebens und typischer Reaktionsweisen von Kindern in Notfällen berücksichtigt und einer psychischen Traumatisierung präventiv entgegenwirkt¹.

Im folgenden, zweiteiligen Beitrag werden basierend auf einer Beschreibung der psychischen Situation von Kindern in Notfällen (Abb. 1) dementsprechend konkrete Hinweise gegeben, wie im Rahmen der psychosozialen Betreuung auf welche einzelnen Belastungsfaktoren und Bedürfnisse von Kindern reagiert werden kann.

Frühere Veröffentlichungen an anderer Stelle², in denen bislang ausschließlich die Psychische Erste Hilfe bei verletzten und akut erkrankten Kindern thematisiert wurde, werden dabei insofern ergänzt, dass die hier präsentierten Hinweise – durch die Einbeziehung weiterer Fachliteratur und umfassender theoretischer Überlegungen – nunmehr auch bei der Betreuung unverletzt betroffener Kinder, und zwar sowohl in alltäglichen Notfallsituationen als auch in Großschadenslagen bzw. bei

einem Massenansturm von Verletzten (MANV) umgesetzt werden können.

Besonders angesprochen sind mit dieser Thematik natürlich Helfer in Betreuungseinheiten, Kriseninterventionsteams und der Notfallseelsorge; zugleich aber auch Führungskräfte sowie Mitarbeiter der Feuerwehren und des Rettungsdienstes.

Erster Teil

Die psychische Situation von Kindern in Notfällen

Zunächst kann die psychische Situation von Kindern in Notfällen – wie bei jedem Erwachsenen auch – als ein komplexes Zusammenwirken verschiedenster Belastungsfaktoren und Moderatorvariablen beschrieben werden, wodurch sich individuell sehr unterschiedliche Reaktionsweisen ergeben³. Einige Besonderheiten, die jedoch speziell bei Kindern zu berücksichtigen sind, gehen aus Abb. 2 hervor: Neben wahrnehmungspsychologischen Aspekten und dem aktuellen Stand des Wissens, Denkens und Empfindens sind hier vor allem die Entwicklung der Sprache bzw. der Sprachfähigkeit eines Kindes, unterschiedliche Erziehungseinflüsse, die Anwesenheit und das Verhalten von Bezugspersonen sowie nicht zuletzt auch die jeweilige Art der Hilfeleistung zu nennen.

Wahrnehmung des Notfallgeschehens

(Eigene) Verletzungen und das Notfallgeschehen insgesamt werden sehr genau und aufmerksam wahrgenommen. Hier ist erstaunlich, auf welche Details Kinder aufmerksam werden, die Erwachsenen mitunter verborgen bleiben dürften. Eine bewusste Wahrnehmungskonzentration (Filterung) auf einzelne Aspekte des Geschehens fehlt, so dass bereits nach kürzester Zeit eine massive Reizüberflutung einsetzt, die die Fähigkeit, das Erlebte zu verarbeiten, weit übersteigt.

Verstärkt wird diese Tatsache durch die kindliche Lageperspektive (Froschperspektive), aus der heraus die Umgebung, insbesondere anwesende Helfer und deren Handlungen, u. U. überdimensional und bedrohlich verzerrt erscheinen können. Außerdem ist darauf hinzuweisen, daß die kindliche Wahrnehmung in besonderem Maße durch Gerüche geprägt wird, so dass vor allem unbekannte und eher unangenehme

¹ Siehe z. B. Riediger, G.: Was leistet eine schnelle und qualifizierte Notfallhilfe? In: Notfallmedizin 9 (1983), S. 211; Akademie Brudershilfe-Familienfürsorge (2001): Pressemitteilungen und Materialien zur Studie „Unfallbeteiligtes Kind“ sowie Larsen, F., Larsen, U.: Kein Kinderspiel. In: Feuerwehr-Magazin (2001), 2, S. 92.

² Siehe Karutz, H.: KASPERLE: Psychische Erste Hilfe bei Kindern. In: Rettungsdienst 22 (1999), S. 1008-1012 und Karutz, H. (2001): PEHK: Psychische Erste Hilfe bei verletzten und akut erkrankten Kindern. In: Referateband zum 4. Bundeskongress Notfallseelsorge, S. 130-150.

³ Siehe z. B. Lasogga, F., Gasch, B. (2000): Psychische Erste Hilfe, S. 21ff.

me Gerüche (z. B. nach Desinfektionsmitteln oder verbrannten Gegenständen) zusätzliche Angst auslösen können⁴.

abhängig vom jeweiligen Entwicklungsstand ohnehin auf Informationsdefizite bzw. auch auf das Vorhandensein

schwierigen Suche nach Antworten verbundenen Verunsicherung zahlreiche Ängste (z. B. vor dem Verlassensein; da

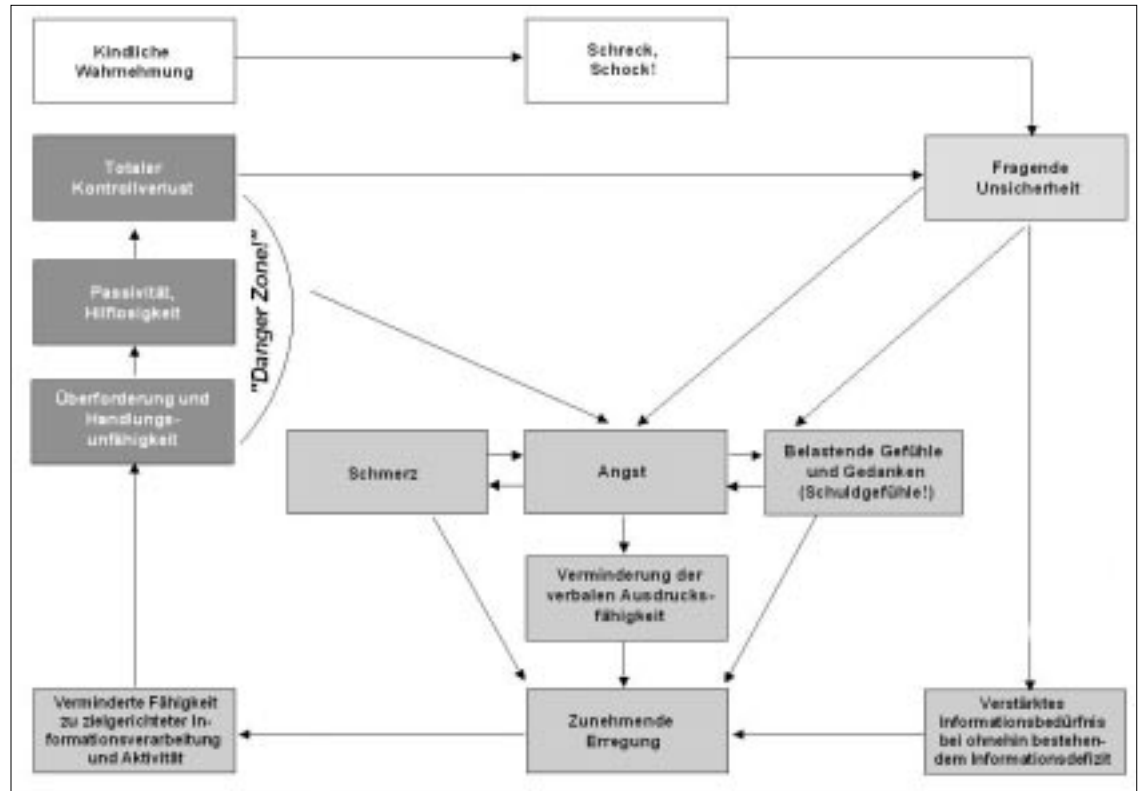


Abb. 1: Die psychische Situation von Kindern in Notfällen.

Schockzustand und „fragende“ Unsicherheit

Rasch verursacht wird ein akuter Schockzustand im Sinne eines erheblichen Erschreckens, ein fassungsloser (mitunter jedoch nur innerer) Aufschrei. Setzen daraufhin erste Verarbeitungsprozesse ein, entsteht eine in vielerlei Hinsicht Fragen beinhaltende und Fragen aufwerfende⁵ Unsicherheit, zunächst verbunden mit der nachvollziehbaren Feststellung, im Angesicht der miterlebten Situation eben tatsächlich nicht sicher zu sein.

Verstärktes Informationsbedürfnis

Auf der Suche nach Antworten wird das kindliche Bedürfnis nach Information und Aufklärung verstärkt, wobei

von sogenanntem „falschem“ Wissen hinzuweisen ist⁶. Kindern fehlen entsprechende Vorerfahrungen mit vergleichbaren Notfällen, geeignete Bewältigungsstrategien sind meist noch nicht vorhanden.

Weil Kinder außerdem nicht dazu in der Lage sind, die tatsächlichen und häufig sehr komplexen (Kausal-) Zusammenhänge von äußeren Umständen und einzelnen Abläufen in einer Notfallsituation zu überblicken, neigen sie dazu, für das Geschehene irrationale bzw. magisch-mystische „Ersatzerklärungen“ zu finden, um auf diese Weise vorhandene Lücken in ihrem kindlich geprägten Selbst- und Weltverständnis zu schließen⁷.

Gefühle, Gedanken, Angst

Gleichzeitig resultieren aus der mit vielen Fragen bzw. der

vor, nicht mehr geliebt zu werden; vor Schmerzen; vor bestimmten Wahrnehmungen bzw. Anblicken, Geräuschen und Gerüchen; vor dem was noch passiert), Gedanken und Gefühle.

In besonderem Maße sind hierbei Schuldgefühle zu nennen, die in mehreren Eigenarten des kindlichen Denkens begründet sind: Zu der bereits genannten Tendenz, magisch-mystische Erklärungen für Geschehenes zu finden, kommt hier vor allem noch eine Egozentrierung des Denkens und die normalerweise bis zum Al-

⁴ Siehe De Kuiper, M. (1999): Schmerz und Schmerzmanagement bei Kindern, S. 39.

⁵ Z. B. die Fragen: „Was ist eigentlich passiert?“, „Was ist mit mir passiert?“ und „Was wird noch passieren?“

⁶ Siehe Lohaus, A. (1990): Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern, S. 29-39.

⁷ Siehe Lohaus, A., a.a.O., S. 60ff sowie Fischer, G., Riedesser, P. (1999): Lehrbuch der Psychotraumatologie, S. 248ff.

ter von etwa sechs Jahren fehlende Möglichkeit zum Perspektivwechsel hinzu. Das bedeutet, Kinder können sich nicht in andere Personen und deren Intentionen hineinversetzen; sie erklären alles Wahrgenommene stattdessen unmittelbar aus sich selbst heraus und auf sich selbst bezogen.

Führt das bereits beschriebene Informations- bzw. Wissensdefizit in Verbindung mit diesen Denktendenzen dann letztlich zum Scheitern anderer Erklärungsversuche, bleibt einem Kind im Endeffekt nur noch die Möglichkeit, eigene Schuld anzunehmen und beispielsweise von der Verursa-

selbst auch körperlich verletzt worden ist – physische Schmerzen noch eine zusätzliche Verstärkung dieser negativen Gefühle und Gedanken bewirken, wobei sich insbesondere zwischen Schmerzen und Ängsten mitunter eigene Eskalationsmechanismen entwickeln können.

Verminderung der verbalen Ausdrucksfähigkeit

Im weiteren Verlauf können Ängste besonders bei Kindern dazu führen, dass deren verbale Ausdrucksfähigkeit herabgesetzt wird (und somit „die

dass Kinder sich offenbar gerade deshalb nicht mehr trauen, über das Geschehene bzw. Erlebte zu sprechen, weil sie befürchten, dass durch das, was sie sagen, möglicherweise eine weitere Verschlimmerung der Situation eintreten könnte. Ein Kind, das beispielsweise Bauchschmerzen empfindet, nimmt es u. U. in Kauf, die Schmerzen zu ertragen und verschweigt sie aus der Angst heraus, ansonsten zusätzlich zu den aktuellen Schmerzen noch die folgende (ebenfalls durchaus schmerzhaft) Behandlung ertragen zu müssen, in deren Rahmen möglicherweise z. B. Injektionen ge-

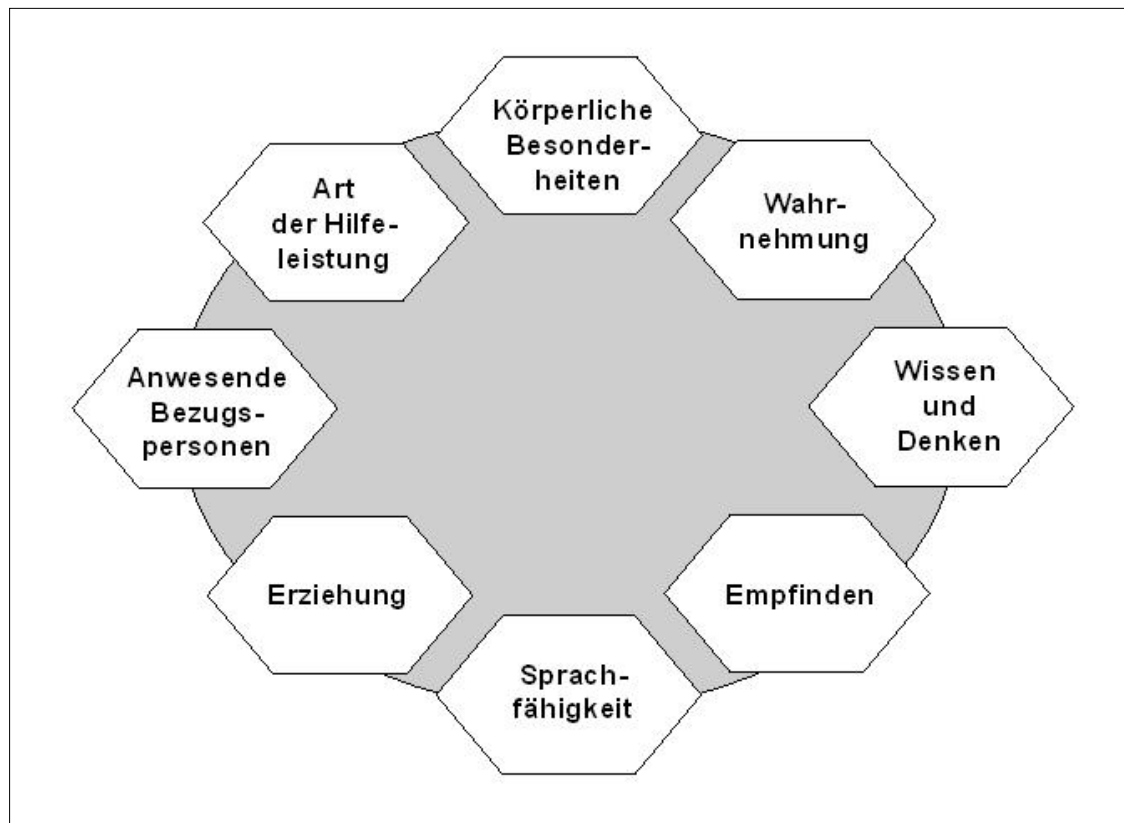


Abb. 2: Besonderheiten, die das kindliche Erleben einer Notfallsituation verdeutlichen.

chung der Notfallsituation durch ein eigenes Fehlverhalten auszugehen, woraufhin häufig die Entwicklung regelrechter Bestrafungsphantasien folgt – auch wenn dafür objektiv betrachtet überhaupt kein Grund zu erkennen ist⁸.

Schließlich muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass – sofern ein Kind

Worte fehlen“), so dass es Kindern – vor dem Hintergrund einer ohnehin noch nicht abgeschlossenen Sprachentwicklung – jetzt erst recht nicht (mehr) möglich ist, Ängste zu formulieren, Erregung in Worten auszudrücken und letztlich auch Fragen zu stellen.

In besonderem Maße muss hierbei berücksichtigt werden,

ben werden oder eine Operation zu erwarten sein könnte (Dissimulationsversuch)⁹.

Dass die ständige Zunahme von Angst durch die ansons-

⁸ Siehe Lohaus, A., a.a.O., S. 15, 40, 46, 63 u. 113 sowie Fischer, G., Riedesser, P., a.a.O.

⁹ Siehe De Kuiper, M., a.a.O., S. 6ff sowie Lohaus, A., a.a.O., S. 19.

ten (d. h. bei Erwachsenen) häufig erleichternd wirkende Äußerung von Belastungen somit nicht verhindert werden kann, wird auf diese Weise nachvollziehbar: Während Erwachsene durch verbale Äußerungen mehr oder weniger explizit auf ihre Situation und

gen eines Kindes als ein Besorgnis erregender innerer Rückzug zu betrachten, der meist mit erheblichen psychischen Belastungen verbunden sein wird und der im Angesicht der überwältigenden bzw. überfordernden Erfahrungen in einem Notfallgeschehen

bestehende Informationsdefizit führen nunmehr dazu, dass Kinder in einem Notfallgeschehen – zumindest sofern sie keine entsprechende Hilfeleistung erfahren – kaum mehr handlungsfähig sind. Sie wissen nicht, wie sie sich verhalten sollen, und selbst wenn sie es wüssten, wären sie zur Ausführung zielgerichteter Aktivität wohl kaum in der Lage, weil der hohe Erregungsgrad jede bewusst koordinierte Handlung erheblich erschweren bzw. sogar unmöglich machen würde (affektive Hemmung)¹⁰.



Kinder können psychische Folgeschäden erleiden, auch wenn sie körperlich unverletzt geblieben sind. (Foto: Harald Karutz)

Bedürfnisse hinweisen können und dadurch selbst in hohem Maße dazu beitragen, Helfer auf sinnvolle Interventionsansätze aufmerksam zu machen, fehlt Kindern diese Möglichkeit. Mitunter ist sogar denkbar, dass das im weiteren Verlauf einsetzende Schweigen bzw. die äußerliche Teilnahmslosigkeit (Apathie) eines Kindes als vermeindliche Tapferkeit oder fehlende Betroffenheit missinterpretiert werden könnte.

Festzustellen ist jedoch: Solange Kinder noch weinen und schreien können, verfügen sie über (wenn auch wenig effektive) Strategien, Belastungen zu verringern, und wengleich das Schreien oder Weinen nicht unbedingt hilfreich zur Situationsbewältigung beiträgt, ist es zumindest eine Möglichkeit, anwesende Helfer oder Bezugspersonen auf die eigene psychische Situation aufmerksam zu machen und auf diese Weise eine hilfreiche Reaktion – z. B. in Form folgender Zuwendung – zu veranlassen. Demgegenüber ist gerade das stille bzw. apathische Schwei-

letztlich den Beginn einer „psychischen Kapitulation“ kennzeichnet.

Zunehmende Erregung

Die beschriebene Verminderung der verbalen Ausdrucksmöglichkeiten führt – in Zusammenhang mit der auch unmittelbaren Wirkung von belastenden Gefühlen und Gedanken sowie dem nach wie vor bestehenden Informationsdefizit – zu einer massiven Zunahme der psychischen Erregung: Steht einem Kind im Notfallgeschehen gerade das Sprechen nicht mehr als Ventil für die Reduzierung angestauter Erregung zur Verfügung (und ist keine alternative Gelegenheit zur Erregungsabfuhr vorhanden), wird dieser Erregungsanstieg verständlich.

Verminderte Fähigkeit zu zielgerichteter Informationsverarbeitung und Aktivität

Vor allem die gesteigerte Erregung und das noch immer

Überforderung, Handlungsunfähigkeit, Passivität, Hilflosigkeit, Kontrollverlust

In der Folge wird das Gefühl, überfordert zu sein – v. a. wenn noch immer keine entsprechende Intervention erfolgt – zunehmend stärker. Letztlich sind sie hilflos dem Geschehen ausgesetzt, erleben das Geschehen, ohne darauf noch in irgendeiner Weise Einfluss nehmen zu können, vollkommen passiv und erleiden schließlich einen völligen Verlust der Kontrolle, so dass die beginnende Entwicklung des Gefühls der Hilflosigkeit als Eintritt in eine regelrechte „Danger Zone“ beschrieben werden kann: Mit dem Eintritt in diesen „psychischen Gefahrenbereich“ kann davon ausgegangen werden, dass eine psychische Traumatisierung zunehmend wahrscheinlich wird – und zwar abhängig vom jeweiligen Ausmaß der Überforderung, der Hilflosigkeit, der Passivität und des Kontrollverlustes, den ein Kind in dieser Situation subjektiv empfunden hat.

Der zweite Teil des Beitrags folgt in der nächsten Ausgabe.

¹⁰ Siehe Lohaus, A., a.a.O., S. 19ff.

Psychische Situation von Kindern in Notfällen

Anregungen für die Psychische Erste Hilfe - Teil 2

Von Dipl.-Päd. Harald Karutz, Bildungsinstitut am Elisabeth-Krankenhaus Essen

Nachdem die psychische Situation von Kindern in Notfällen im ersten Teil dieses Beitrags beschrieben wurde, beinhalten die folgenden Ausführungen vielfältige Hinweise für eine „Psychische Erste Hilfe“, worunter die psychosoziale Betreuung von Kindern am Einsatzort verstanden werden soll.

Zweiter Teil

Anregungen für die Psychische Erste Hilfe

Grundsätzlich dürfte bereits deutlich geworden sein: Das wesentlichste Anliegen einer Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern sollte darin bestehen, das Erreichen der beschriebenen „Danger Zone“ als „psychischem Gefahrenbereich“ zu verhindern und möglichst frühzeitig bzw. schon präventiv zu bewirken, daß Gefühle der Hilflosigkeit und des Kontrollverlustes nicht erst entstehen. In diesem Sinne ist besonders eine Anleitung von Kindern zu eigener hilfreicher Aktivität, zur aktiven (und letztlich wie auch immer getreten) Einflußnahme auf das Notfallgeschehen zu fordern, und als grundlegende Orientierungshilfe kann festgestellt werden: Was ein Kind (entwicklungsbedingt) schon tun kann - und was es (situationsbedingt, d. h. auch nach dem Beginn erster Maßnahmen der Psychischen Ersten Hilfe)

noch bzw. wieder tun kann, das sollte es auch tun!¹

Die Darstellung einzelner Interventionsmöglichkeiten - und zwar konkret bezogen auf die unterschiedlichen Bela-

stung zu, d. h. betroffene Kinder sollten schnellstmöglich aus dem Schadensgebiet herausgeleitet und an einen sicheren Ort gebracht werden, so daß sie vor belastenden An-

Belastungsfaktor	Interventionsmöglichkeit
<ul style="list-style-type: none"> Wahrnehmung des Notfallgeschehens 	<ul style="list-style-type: none"> Abschirmung vom Notfallgeschehen Bedecken von Verletzungen Kommunikation auf gleicher Ebene
<ul style="list-style-type: none"> Unsicherheit 	<ul style="list-style-type: none"> Anwesenheit von Bezugspersonen Verlässliche Nähe anderer Helfer Gemeinschaft mit anderen Kindern Unterbringung an einem sicheren Ort Sicherstellung physiologischer Grundbedürfnisse
<ul style="list-style-type: none"> Informationsbedürfnis 	<ul style="list-style-type: none"> Kindgerechte Vermittlung von Informationen Ehrliche Antworten auf gestellte Fragen
<ul style="list-style-type: none"> Verminderung der verbalen Ausdrucksfähigkeit Angst 	<ul style="list-style-type: none"> Schaffung alternativer Ausdrucksmöglichkeiten Behutsame Ablenkungsversuche Einbezug von Kindern in die Hilfeleistung Anregung zum Spiel Hilfeleistung durch Teddybären
<ul style="list-style-type: none"> Schuldgefühle 	<ul style="list-style-type: none"> Unbegründete Schuld verneinen Realistische Erklärungen anbieten
<ul style="list-style-type: none"> Zunehmende Erregung 	<ul style="list-style-type: none"> Langsam agieren und sprechen Jede Hektik im Umfeld vermeiden Warme, gezuckerte Getränke verabreichen
<ul style="list-style-type: none"> Verminderte Fähigkeit zur zielgerichteten Informationsverarbeitung 	<ul style="list-style-type: none"> Kinder ernst nehmen Vorschläge und Anregungen von Kindern aufgreifen und nach Möglichkeit umsetzen
<ul style="list-style-type: none"> Überforderung, Handlungsunfähigkeit, Hilflosigkeit, Kontrollverlust 	<ul style="list-style-type: none"> Delegation einfacher Aufgaben an Kinder Gemeinsame Aktivität von Kindern anregen Entscheidungsfreiheit lassen und zu deren Nutzung ermutigen

Tab. 1

stungsfaktoren, denen Kinder in Notfällen ausgesetzt sind - ist nun Gegenstand des folgenden Textes. (Tab. 1)

Wahrnehmungsbezogene Intervention

Der raschen Abschirmung vom Notfallgeschehen kommt hierbei die wohl größte Bedeu-

blickten (z. B. von Verletzten und Zerstörungen), aber auch der entsprechenden Geräusch- und Geruchskulisse geschützt sind.

¹ Siehe Karutz, H. (2001): Psychische Erste Hilfe bei Kindern in akuten Notfall-situationen. Unveröff. Diplomarbeit an der Universität Duisburg.



Sofern Kinder selbst verletzt sind, sollten sichtbare Zeichen (z. B. Wunden) ebenfalls rasch bedeckt werden. Die besondere Perspektive von Kindern kann schließlich dadurch berücksichtigt werden, daß man sich auf das körperliche Niveau der Kinder herab beugt, d. h. sich herunterbeugt bzw. hinsetzt und auf diese Weise eine Kommunikation „auf gleicher Augenhöhe“ anstrebt.

Sicherheit vermitteln

Die fragende Verunsicherung bzw. das Empfinden einer existentiellen Unsicherheit führt zur Forderung nach der Vermittlung eines (neuen) Si-

Kommunikation ist auf „gleicher Augenhöhe“ anzustreben.



cherheitsgefühls. Hierzu sollte die Anwesenheit der Bezugspersonen (Eltern) eines Kindes schnellstmöglich herbeigeführt und aufrecht erhalten werden, wobei der unmittelbare Kontakt zu den Eltern übrigens sogar dann noch ein Sicherheitsgefühl vermittelt, wenn die Eltern selbst (leicht) verletzt worden sind.

In Studien, die während des zweiten Weltkrieges durchgeführt wurden, ließ sich z. B. feststellen, daß Kinder, die massive Bombenangriffe gemeinsam mit ihren Eltern erlebt haben, diese Erfahrung offenbar besser verarbeiten konnten und weniger häufig psychisch traumatisiert wurden, als Kinder, die in durchaus guter Absicht von ihren Eltern getrennt und in ländliche Regionen bzw. dortige Kinderheime verschickt wurden, um vor den Luftangriffen der Alli-

ierten geschützt zu sein (Separationstrauma)².

Nicht verschwiegen werden darf allerdings der Hinweis darauf, daß die Formulierung des Grundsatzes, Kinder nach Möglichkeit bei ihren Eltern sein zu lassen, häufig eine begleitende Psychische Erste Hilfe für die Eltern erforderlich machen wird: Ansonsten wäre durchaus denkbar, daß sich eigene Ängste der Eltern auch auf ein Kind übertragen und sich wechselseitige Eskalationsmechanismen entwickeln³.

Sind Verwandte, vor allem die Eltern, von vornherein nicht anwesend und können in kürzerer Zeit auch nicht herbeigeholt werden, steht die Gewährleistung einer verlässli-

chen Nähe durch andere Menschen als „ersatzweise“ Bezugspersonen im Vordergrund der Hilfeleistung, wobei die Helfer von Betreuungseinheiten und der Notfallseelsorge natürlich in ganz besonderem Maße gefordert sind.

Darüber hinaus ist keineswegs ausgeschlossen, daß sich mehrere betroffene Kinder in einem Notfallgeschehen auch selbst gegenseitig unterstützen und ein gewisses Gefühl von Sicherheit vermitteln: Allein die Erkenntnis, nicht alleine zu sein – und gleichaltrige Kameraden um sich zu wissen, denen es ähnlich ergeht wie einem selbst, kann hilfreich sein bzw. positive gruppenspezifische Prozesse unter Kindern in Notfällen in Gang setzen.

Ein weiterer Ansatz, um Sicherheit zu vermitteln, ist die schon zur Abschirmung empfohlene Verbringung betroffe-

ner Kinder an einen geschützten, warmen (!) Ort abseits des unmittelbaren Schadensgebietes, an dem nicht zuletzt auch physiologische Grundbedürfnisse von Kindern gestillt werden können sollten, d. h. es sollten ausreichende Getränke (oft tritt großer Durst auf!), Nahrungsmittel und Decken (Wärmeerhaltung bei rasch auskühlenden Kindern!) zur Verfügung stehen.

Verminderung des bestehenden Informationsdefizits

Naheliegender ist hier die altersgemäße Vermittlung von Informationen, wobei einige Besonderheiten zu beachten sind:

Erstens ist die Vermittlung von Informationen offenbar nur wenig zweckmäßig, solange ein zu hohes Angstlevel besteht: Eine affektive Hemmung verhindert in dieser Situation die adäquate Informationsaufnahme und -verarbeitung von vornherein, so daß vor dem Beginn von Informations- bzw. Aufklärungsversuchen stets anzustreben ist, kindliche Ängste wenigstens teilweise zu reduzieren⁴.

Zweitens sollte die kindgerechte Vermittlung von Informationen grundsätzlich in einer einfachen Sprache erfolgen, d. h. mit kurzen, klar formulierten Sätzen, eindeutigen Aussagen und einer allgemein verständlichen Wortwahl – jedoch ohne (!) dabei in eine regelrechte Babysprache zu verfallen: Auf diese Weise würden sich Kinder auch bzw. sogar gerade in einem Notfallgeschehen nicht ernst genommen und unverstanden fühlen⁵.

² Siehe Fischer, G., Riedesser, P. (1999): Lehrbuch der Psychotraumatologie, S. 248.

³ Siehe De Kuiper, M. (1999): Schmerz und Schmerzmanagement bei Kindern, S. 40; Hofmann, M.: Das Kind als Patient im Rettungsdienst. In: Rettungsdienst 22 (1999), S. 991 sowie Glanzmann, G. (1997): Psychologische Betreuung von Kindern. In: Bengel, J. (Hg.): Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst, S. 125-135.

⁴ Siehe Lohaus, A. (1990): Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern, S. 84.

Drittens ist nicht die Vermittlung aller Informationen hilfreich: In einigen Fällen ist vielmehr denkbar, daß Informationen, die von Helfern – wenn auch in guter Absicht – sozusagen unaufgefordert mitgeteilt werden, zusätzliche

stigt oder was es gerne wissen würde, sollte nach alternativen Ausdrucksmöglichkeiten gesucht werden: Denkbar ist hier z. B., Kinder ganz bewußt zu körperlicher Bewegung aufzufordern oder ihnen Knetmasse, Malbücher und entsprechende

se Aufgaben erteilt, die tatsächlich zweckmäßig und angebracht sind⁸. So ist unter Umständen denkbar, unverletzte Kinder in Großschadensereignissen beim Aufbau und bei der Einrichtung einer Registrierungsstelle o. ä. mithelfen zu lassen.

Ansonsten kann eventuell auch die Anregung zum Spielen (z. B. mit Modellautos oder Puppen) eine hilfreiche und stabilisierende Ablenkung betroffener Kinder bewirken.

In unbestrittener Weise wirksam ist es außerdem, Kindern in Notfällen Teddybären oder andere (weiche!) Stofftiere zu schenken: Eine bestimmte Größe und Fellbeschaffenheit vorausgesetzt, spenden sie Trost und geben Wärme, Halt und Geborgenheit.

Zur Abschirmung sollten betroffene Kinder an einen geschützten, warmen Ort abseits des unmittelbaren Schadensgebietes gebracht werden.



Ängste hervorrufen bzw. zur Entwicklung zusätzlich belastender Sorgen führen. Aus diesem Grund sollte die Vermittlung von Informationen insbesondere im Sinne der Beantwortung gestellter Fragen betrachtet werden, die dann selbstverständlich ehrlich erfolgen muß, um keinen Vertrauensverlust zu provozieren, sobald ein Kind bemerkt, daß es belogen worden ist.

Viertens kann an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, daß Informationen in besonderem Maße dann hilfreich sind, wenn ein betroffenes Kind mit ihnen „etwas anfangen“ kann, d. h. wenn sie geeignet sind, hilfreiche Aktivität des Kindes zu ermöglichen. Wissen, das nicht umgesetzt werden kann, ist im Notfall verständlicherweise weniger nützlich als solches Wissen, aus dem sich eine praktische (Handlungs-) Konsequenz ergibt⁶.

Förderung von Ausdrucksmöglichkeiten

Sofern man erkennt, daß ein Kind entwicklungsbedingt noch nicht (oder situationsbedingt nicht mehr) verbalisieren kann, was es bedrückt, beäng-

Zeichenstifte zur Verfügung zu stellen, um auf diese Weise Gelegenheiten zu schaffen, sich von Gefühlen und Gedanken entlasten zu können.

Ängste verringern

Als Strategie zur Reduzierung von Ängsten sollten Ablenkungsversuche – entgegen einer offenbar weit verbreiteten und durchaus üblichen Praxis – zunächst einmal kritisch betrachtet werden: In vielen Fällen bewirkt Ablenkung offenbar nur, daß betroffene Kinder sich in ihrer Situation nicht ernst genommen fühlen und verwundert darüber sind, welche eigenartigen Verhaltensweisen der die Ablenkungsstrategie verfolgende Helfer zeigt. Im Übrigen ist es offenbar ein Irrglaube anzunehmen, daß ein abgelenktes Kind weniger Angst oder Schmerz empfinden würde⁷; und darüber hinaus ist eine wirksame Ablenkung in vielen Fällen schlichtweg nicht möglich.

Wenn überhaupt, dann scheint eine Ablenkung vor allem in dem Sinne empfehlenswert, daß sie ausgehend vom Geschehen und auf das Geschehen bezogen durchgeführt wird, indem man beispielsweise

Irrrationale Schuldgefühle verneinen

Um der beschriebenen Entstehung von besonders belastenden Schuldgefühlen entgegenzuwirken, sollten Helfer den betroffenen Kindern zunächst realistische Erklärungsansätze vermitteln, mit denen das Notfallgeschehen, sofern möglich, auf eine verständliche und leicht nachvollziehbare Weise begründet wird⁹. Wenn ein Kind bereits Schuldgefühle äußert, die offensichtlich unbegründet sind, sollte von den betreuenden Helfern ggf. auch explizit widersprochen werden.

Eine schwierige Situation ergibt sich allerdings, wenn in gewissem Sinne eine tatsächliche Schuld des betroffenen Kindes festzustellen ist¹⁰. Dies-

⁵ Siehe Heinz, W. (1998): Das Kind als Notfallpatient. In: Stepan, T. (Hg.): Zwischen Blaulicht, Leib und Seele, S. 267.

⁶ Siehe Karutz, H., a.a.O.

⁷ Siehe De Kuiper, M., a.a.O., S. 6.

⁸ Siehe Karutz, H., a.a.O.

⁹ Siehe Lohaus, A., a.a.O., S. 46.

¹⁰ Inwiefern Kinder überhaupt schuldig sein können bzw. dazu in der Lage sind, Verantwortung für Ihr Handeln zu übernehmen, kann und soll hier nicht diskutiert werden. Gleichwohl könnte eine philosophische Betrachtungsweise dieser Thematik durchaus Ansatzpunkte für die weitere Aufarbeitung von und den Umgang mit Schuldgefühlen eines Kindes bieten.

bezüglich sei zunächst angemerkt, daß die abschließende Aufarbeitung von begründeten Schuldgefühle im Rahmen einer Psychischen Ersten Hilfe letztlich ohnehin nicht geleistet werden kann. Wichtiger scheint hier zu sein, dem Kind zu vermitteln, daß auch weiterhin – und zwar völlig unabhängig von der eventuellen Schuld – eine verlässliche Nähe zu den Betreuungshelfern gewährleistet ist, d. h. daß das Kind nicht alleine gelassen

Die Erkenntnis, nicht alleine zu sein und gleichaltrige Kameraden um sich zu wissen, denen es ähnlich ergeht wie einem selbst, kann hilfreich sein bzw. positive gruppenspezifische Prozesse in Gang setzen.

(Fotos: H. Karutz)



wird und auch keinen „Liebesverlust“ zu befürchten hat. Eventuell können behutsam relativierende Aussagen hilfreich sein („Das hast Du ja nicht gewollt!“ / „Das so etwas passieren würde, könntest Du nicht wissen!“). Unterstellungen oder Bagatellisierungen sind allerdings, auch wenn sie in guter Absicht geäußert wurden, absolut unangebracht!

Beruhigung

Um den erhöhten Erregungsgrad betroffener Kinder zu verringern, sollten alle Handlungen, Bewegungsabläufe bzw. auch die jeweiligen Maßnahmen von Helfern an der Einsatzstelle möglichst langsam (d. h. keinesfalls unnötig schnell!), ruhig und zielgerichtet durchgeführt werden. Jede Hektik ist zu vermeiden, und auch das Sprechen sollte ruhig und langsam erfolgen. Zusätzlich beruhigend wirken warme, gezuckerte Getränke.

Fähigkeit zur Informationsverarbeitung fördern

Die elementarste Voraussetzung dafür, die Fähigkeit zur Informationsverarbeitung eines Kindes zu fördern ist, dass ein Kind unbedingt ernst genommen wird. Geschieht dies nicht (z. B. indem man ein Kind in durchaus guter Absicht „betüddelt“), können regressive Verhaltenstendenzen womöglich noch verstärkt wer-

wältigung des Notfallgeschehens beitragen und auch tatsächlich bewältigt werden können.

Darüber hinaus ist es sinnvoll, gemeinsame (und durchaus auch ritualisierte!) Handlungen von Kindern anzustreben, so daß die Gemeinschaft der betroffenen Kinder gestärkt wird. Eine Anregung könnte es beispielsweise sein, daß unverletzte Kinder Bilder für die Verletzten malen, gemeinsam singen oder evtl. auch beten.

Hilflosigkeit vermindern

Damit das Gefühl von Hilflosigkeit vermindert wird, sollte Kindern in Notfällen immer eine möglichst große Entscheidungsfreiheit gelassen bzw. eingeräumt werden, und es empfiehlt sich, Kinder ausdrücklich dazu zu ermutigen, eigene Entscheidungen zu treffen.

Schlußbetrachtung

Im vorliegenden Beitrag wurden zahlreiche Möglichkeiten einer Psychischen Ersten Hilfe bei Kindern in Notfällen erläutert, wobei letztlich immer die Anleitung zu eigener Aktivität bzw. zu hilfreicher Beschäftigung im Vordergrund stehen sollte.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, daß auch der organisatorischen bzw. der auf die Ausstattung bezogenen Vorbereitung entsprechender Einsatzsituationen eine große Bedeutung zukommt: Zahlreiche Materialien (Teddybären, Decken, Getränke, Malstifte, Papier, Knete und Spielzeug) müssen in ausreichenden Mengen vorhanden und rasch verfügbar sein.

Für die Koordination der Betreuung betroffener Kinder sollte außerdem ein Mitarbeiter zur Verfügung stehen, der nach Möglichkeit sowohl über eine einsatztaktische bzw. führungstechnische als auch über eine pädagogische Qualifikation verfügt.

Aktivität fördern

Um die Aktivität von Kindern in Notfällen zu fördern, sollten zunächst leichte, d. h. altersgemäße Aufgaben verteilt werden, die hilfreich zur Be-