

# Psychische Erste Hilfe bei Kindern

## Teil 1: Die psychische Situation von Kindern im Notfallgeschehen

Autor:

Dipl.-Päd.

**Harald Karutz**

Bildungsinstitut

am Elisabeth-

Krankenhaus

Essen,

Beethovenstr. 15,

D-45128 Essen,

h.karutz@

elisabeth-essen.de

*In pädiatrischen Notfallsituationen sind grundsätzlich alle Beteiligten, vor allem jedoch die betroffenen Kinder, extremen Belastungen ausgesetzt. Die Erkenntnis, dass der Entwicklung verschiedenster Folgeschäden durch eine frühzeitige und sachgerechte Erstversorgung vorgebeugt bzw. entgegengewirkt werden kann, gilt in diesem Zusammenhang für Körper und Psyche eines Notfallpatienten gleichermaßen und hat inzwischen auch zu der gut begründeten Forderung nach einer situations- und altersgerechten Betreuung von verletzten oder akut erkrankten Kindern geführt (1, 7, 9, 10, 11, 27). Vor diesem Hintergrund ist an der Universität Duisburg eine erziehungswissenschaftliche Diplomarbeit entstanden, in der die psychische Situation von Kindern in Notfallsituationen untersucht und ein praxisnahes Konzept für die Psychische Erste Hilfe bei Kindern (PEHK) entwickelt wurde (12).*

### Grundsätzliches

Worauf es bei der Betreuung verletzter und akut erkrankter Kinder demnach ankommt, scheint vor allem die pädagogische Anleitung bzw. Hilfe zur Selbsthilfe zu sein: Einem verletzten oder akut erkrankten Kind sollten Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie es selbst aktiv werden kann, um auf das Notfallgeschehen einzuwirken, um hilfreich zu dessen Bewältigung beizutragen und auf diese Weise der eigenen Ohnmacht und Hilflosigkeit entgegenzuwirken. Beschränkt sich die psychische Hilfeleistung ausschließlich darauf, Trost zu spenden oder Versuche der

**Abb. 1:** Alptraum für alle Beteiligten: Notfallmeldung „Bewusstloses Kleinkind“



**Abb. 2:** Fehlendes Gefahrenbewusstsein ist die Ursache für viele Kindernotfälle

Ablenkung zu unternehmen, können Kinder sich in vielen Fällen unverstanden oder nicht ernst genommen fühlen; sie werden zudem in eine schädliche, weil belastungsverstärkende Passivität gedrängt und müssen das Notfallgeschehen ertragen, indem sie nicht zuletzt auch den Helfern machtlos ausgeliefert sind (12, 13, 14, 16, 26).

Im Einzelnen wurden in der genannten Diplomarbeit vierzehn Regeln formuliert, die bei der eigenen Vorbereitung auf Kindernotfälle, bei der Kontaktaufnahme zu den betroffenen Kindern, bei der Vermittlung von Informationen sowie der Gestaltung der Situation berücksichtigt werden sollten. Zudem wurden die einzelnen Regeln systematisiert und dabei unterschiedlichen Prioritäten bzw. Zielsetzungen zugeordnet.

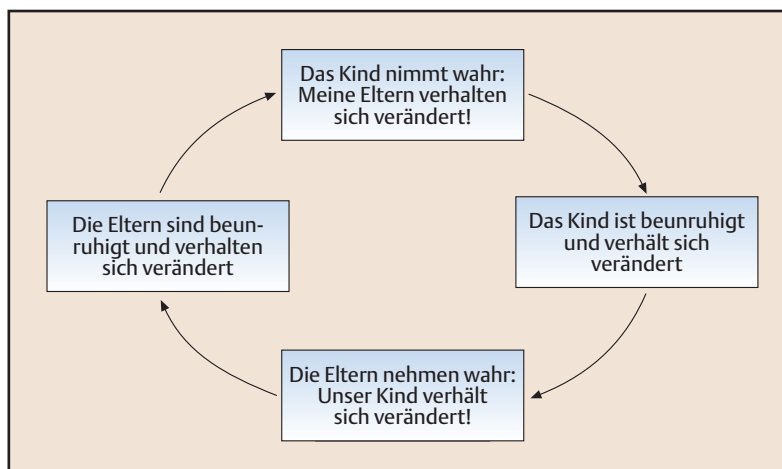
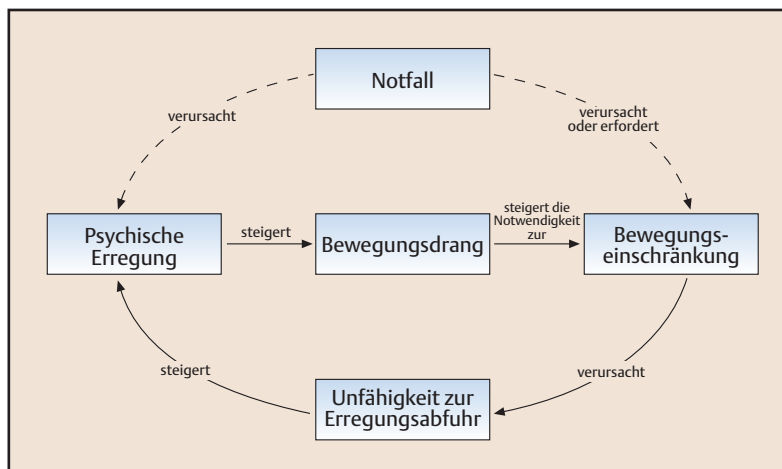
Im folgenden Beitrag werden zunächst – basierend auf den Ergebnissen der Diplomarbeit – die Besonderheiten des kindlichen Erlebens einer Notfallsituation beschrieben; anschließend werden konkrete Regeln für die PEHK vorgestellt und diskutiert.

### Die psychische Situation von Kindern in Notfällen

Die psychische Situation eines Betroffenen im Notfallgeschehen kann zunächst – bei Kindern und Erwachsenen durchaus gleichermaßen – als ein komplexes Gefüge von Belastungsfaktoren und Moderatorvariablen mit zahlreichen Beeinflussungsmöglichkeiten und Wechselwirkungen untereinander beschrieben werden. Ausführliche Darstellungen dieser strukturellen bzw. grundsätzlichen Zusammenhänge finden sich inzwischen bei mehreren Autoren (3, 6, 8, 23, 25); gleichwohl ist auf zahlreiche Besonderheiten des kindlichen Erlebens hinzuweisen: So sind Notfallgeschehen zunächst natürlich auch für einen erwachsenen Betroffenen neu und belastend. Dennoch sind die Qualität der Neuheit sowie die mit ihr verbundene Art bzw. Ausprägung der Belastung bei Kindern und Erwachsenen unterschiedlich.

Während Erwachsene in ihrem Leben meist schon mehrere verschiedene Notfallsituationen (mit-)erlebt haben, dürften Kindern (zumindest bis zu einem gewissen Alter) vergleichbare Erfahrungen fast vollständig fehlen. Zudem wirkt sich aus, ob und wie ein Kind gelernt hat, möglichst selbstständig auf neue Situationen zu reagieren: In diesem Zusammenhang kann nicht zuletzt auch auf das Phänomen der erlernten Hilflosigkeit verwiesen werden (20).

Weitere Besonderheiten sind aus wahrnehmungspsychologischer Sicht zu nennen: Erstens nehmen auf dem Boden liegende Menschen, Kinder jedoch in besonderem Maße, ihre Umgebung aus einer ungewöhnlichen und verzerrten



**Abb. 4:** Bewegungsdrang und Bewegungseinschränkungen im Teufelskreis

**Abb. 5:** Übertragungsmechanismen zwischen Eltern und Kind



**Abb. 3:** Das Eintreffen des Rettungsdienstes am Notfallort kann Erleichterung bewirken, aber auch Ängste verstärken ...

Perspektive wahr. Auf diese Weise können die Mitarbeiter des Rettungsdienstes, deren Geräte oder auch nur deren einzelne Bewegungen bedrohlich erscheinen und somit Angst auslösen. Vor allem bei der Kontaktaufnahme zu verletzten oder akut erkrankten Kindern muss dieses Erkenntnis berücksichtigt werden. Zweitens neigen Kinder offenbar mehr als Erwachsene dazu, sich nach Gerüchen zu orientieren und auf diese Weise ihre Umwelt zu deuten. Ein unbekannter Geruch (z.B. nach Desinfektionsmittel im RTW) kann demnach Angst auslösen, vor allem wenn er scharf und unangenehm ist (2).

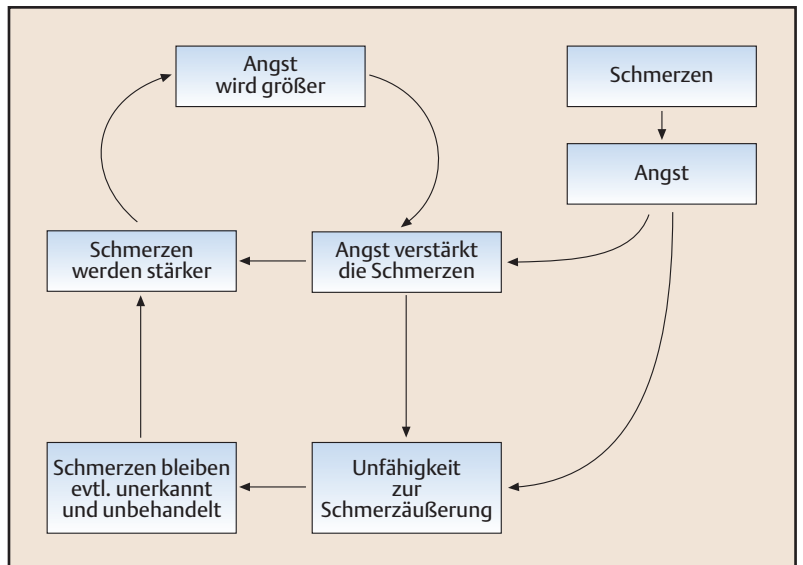
Die mit Notfällen u.U. verbundenen Bewegungseinschränkungen (z.B. bei Frakturen) verursachen bei Kindern ebenfalls besondere Belastungen: So verspüren Kinder einerseits schon von Natur aus einen viel stärkeren Bewegungsdrang als Erwachsene, so dass die Bewegungseinschränkung auch zu einer deutlicheren Einschränkung des Lebensraumes führt (26). Andererseits haben Kinder in der Regel noch nicht eine solche Körperbeherrschung gelernt, wie dies bei Erwachsenen der Fall ist. Einem verletzten Kind dürfte es von daher weitaus größere Probleme bereiten, z.B. zu Untersuchungszwecken ruhig liegen zu bleiben oder bei der Durchführung einzelner Hilfsmaßnahmen still zu halten. Letztlich kann von einer regelrechten Paradoxie gesprochen werden, weil der Notfall (im Sinne der Erregungsabfuhr) womöglich sogar den natürlichen Bewegungsdrang noch steigert, während er zugleich

jedoch – verletzungs- oder krankheitsbedingt – eine Bewegungseinschränkung verursacht bzw. erforderlich macht. Besonders problematische Situationen können sich insbesondere dadurch ergeben, dass ein Kind, je aufgeregter es ist und umso mehr es sich bewegen möchte, auch umso mehr in seiner Bewegungsfreiheit eingeschränkt werden muss, sofern dies etwa für die Behandlung im Notfallgeschehen notwendig ist. Die Anwendung von Zwang bzw. das regelrecht gewaltsame Festhalten des Kindes lässt sich dann häufig nicht vermeiden, wodurch wiederum die psychische Erregung und folglich auch der Bewegungsdrang gesteigert werden.

**Abb. 6:** Der Beginn der Hilfeleistung entscheidet über den weiteren Verlauf des Einsatzgeschehens

**Abb. 7:** Die Anwesenheit von Bezugspersonen ist häufig, aber nicht immer hilfreich

Unter Umständen entwickelt sich eine kreis- bzw. spiralförmig verlaufende Eskalation, die zur ständigen Zunahme von Belastungen für das Kind führt, wie sie in **Abb. 4** dargestellt ist.



**Abb. 8:** Schmerz- und Angstverstärkung bei Kindern

Auch die eventuelle Anwesenheit von Eltern bei der notfallmedizinischen Versorgung ihres Kindes ist mit Problemen verbunden und muss kritisch reflektiert werden: Sie kann sich sehr positiv auswirken, wenn sie beruhigend wirkt und sie den Kindern das Gefühl gibt, in Sicherheit zu sein (2). Sind die Eltern im Notfallgeschehen jedoch selbst sehr aufgeregt (und verhalten sie sich – wie auch immer – anders als üblich), wird ein Kind dies bemerken – und die Aufregung bzw. Angst der Eltern überträgt sich in diesen Fällen auf das Kind (2, 10). Die Problematik kann schließlich noch dadurch verstärkt werden, dass die Angst und Aufregung u.U. auch wieder vom Kind zu den Eltern zurück übertragen wird, so dass sich im ungünstigsten Fall ein weiterer Teufelskreis entwickelt (**Abb. 5**).

Um nun im Notfallgeschehen entscheiden zu können, ob Eltern bei der rettungsdienstlichen Versorgung ihres Kindes anwesend sein sollen oder nicht, ist allerdings noch ein weiterer Hinweis von Bedeutung: Wenn man sich nämlich dafür entscheidet, die Eltern in die Hilfeleistung einzubeziehen (weil sie offenbar ruhig bleiben und demzufolge ihre Anwesenheit zunächst auch als sinnvoll erscheint), kann gerade ihre ruhige – und oftmals sehr aufmerksame (!) – Anwesenheit dann wiederum zu einer stärkeren Verunsicherung der u.U. ja auch selbst schon aufgeregten Rettungsdienstmitarbeiter führen, die sich jetzt eventuell beobachtet und unter einen besonderen Erfolgsdruck gesetzt fühlen. Nicht zu vergessen ist in diesem Zusammenhang: Kindernotfälle treten zu selten auf, um als Rettungsassistent bzw. Notarzt eine solche Routine zu entwickeln, wie man sie z.B. bei der Versorgung von Herzinfarktpatienten beobachten kann (9).

Wenn das Kind nun aber die Verunsicherung der Rettungsdienstmitarbeiter spürt, wird seine eigene Angst und Unsicherheit auch dadurch wieder zunehmen, so dass sich von nun an – neben den bereits beschriebenen Wechselwirkungen zwischen dem Kind und seinen Eltern – noch weitere zwischen dem Kind, seinen Eltern und auch dem Rettungsdienstpersonal entwickeln können. Im Endeffekt könnte also die Anwesenheit der zunächst ruhig gebliebene-

nen Eltern im Notfallgeschehen genau das verursachen, was man durch sie verhindern wollte.

Der Zusammenhang von Schmerzen, Angst und der noch nicht abgeschlossenen Sprachentwicklung eines Kindes beinhaltet weitere Besonderheiten: So ist die wechselseitige Verstärkung von Schmerz und Angst bei Erwachsenen und Kindern zunächst gleichermaßen zu beobachten. Bei einer genaueren Betrachtung sind bei Kindern allerdings einige zusätzliche Mechanismen sichtbar, die bei Erwachsenen in dieser Form eher selten auftreten dürften. Die Problematik kann hier nämlich darin bestehen, dass große Angst bei Kindern eine Äußerung des Schmerzes, wie sie bei Erwachsenen meist selbstverständlich ist, möglicherweise verhindert (2).

Ein Grund dafür ist, dass Kinder vor einer Behandlung (die zwangsläufig folgen würde, wenn die Schmerzen geäußert werden) teilweise noch mehr Angst haben als vor den momentanen Schmerzen: Immerhin wird offenbar nicht selten befürchtet, dass gerade durch diagnostische oder therapeutische Maßnahmen eine Verschlimmerung der Situation eintritt. So werden Schmerzen u.U. gezielt verschwiegen, bleiben folglich unentdeckt, unbehandelt und nehmen noch weiter zu. Daraus resultiert dann wiederum (im Rahmen des auch bei Erwachsenen beobachtbaren Kreislaufs), dass auch die Angst verstärkt wird (2).

Als weiterer Grund dafür, dass Kinder Schmerzen nicht so wie Erwachsene – d. h. mit entsprechenden Worten – äußern, muss letztlich die entwicklungsbedingte Unfähigkeit zu solchem Verhalten genannt werden (2, 15, 18). Während Erwachsene also jederzeit den Teufelskreis aus Angstverstärkung und Schmerzverstärkung durchbrechen können, indem sie auf ihre Schmerzen hinweisen und sie dadurch selbst in hohem Maße zu einer gezielten, schmerzlindernden Behandlung beitragen, fehlt Kindern diese Möglichkeit (Abb. 8).

Neben der Sprachentwicklung ist aber auch der Stand der kognitiven Entwicklung zu beachten: So neigen Kinder z.B. dazu, Schuldgefühle zu entwickeln, weil sie die Verursachung einer Notfallsituation mit eigenem Fehlverhalten in Verbindung bringen. Erkrankungen und Verletzungen können von Kindern regelrecht als eine Bestrafung empfunden werden (7, 12, 18, 19, 24).

Die Unfähigkeit zur Perspektivenübernahme bzw. zur gedachten Rollenübernahme erschwert es Kindern außerdem, Intentionen anderer Personen adäquat zu erkennen bzw. zu beurteilen. Da gleichzeitig die Tendenz besteht, sich an unmittelbar Wahrnehmbarem zu orientieren, werden auftretende Schmerzzustände oder andere unangenehme Zustände mit den Personen in Zusammenhang gebracht, die sie hervorrufen. Auftretende negative Konsequenzen werden somit als unmittelbare Absicht des medizinischen Personals aufgefasst, dem deshalb auch Attribute wie „gut“ oder „böse“ zugeschrieben werden (18, 19).

Der Sinn u.U. schmerzhafter Maßnahmen wird von Kindern bis zum sechsten Lebensjahr ebenfalls meist nicht ge-



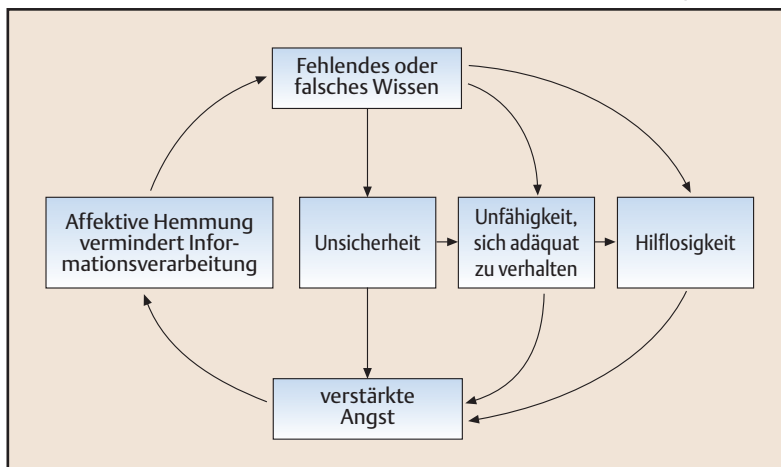
Abb. 9: Auch nach dem eigentlichen Notfallgeschehen ist die Betreuung betroffener Kinder wichtig ...

sehen. Wenn z.B. eine Spritze Schmerzen verursacht, können Kinder durch die alleinige Orientierung am unmittelbar Wahrnehmbaren nicht erkennen, dass diese – für das Kind doch unangenehme Maßnahme – gleichzeitig helfen soll. Der nur scheinbare Widerspruch, der darin besteht, dass (kurzfristig) Unangenehmes (langfristig) Angenehmes (nämlich eine Besserung des Gesundheitszustands) bewirken soll, ist für Kinder zunächst unauflösbar (12, 18).

Da Kinder meist bis zum sechsten Lebensjahr außerdem Teil-Ganzes-Relationen nicht erkennen können, lässt sich schlussfolgern, dass für sie nicht – wie bei Erwachsenen – allein die subjektive Bedeutung eines einzelnen erkrankten oder verletzten Körperteils von Bedeutung sein kann. Vielmehr wird eine Erkrankung oder Verletzung als Schädigung des gesamten Körpers empfunden (18). Generell ist etwa bis zum sechsten Lebensjahr noch kein endgültig differenziertes Körperbewusstsein entwickelt, so dass Kinder auch keine Angaben darüber machen können, was ihnen weh tut bzw. wo (d.h. in welchem Bereich des Körpers) Schmerzen lokalisiert sind (9). Dadurch, dass nur ein sehr geringes Wissen über die Existenz, die Lage und die Funktion einzelner Organe besteht, wird diese Problematik nochmals verstärkt: Oftmals bewirkt erst der spätere schulische Sachkundeunterricht einige ansatzweise Vorstellungen über die Lage und die Funktion von Organen (18).

Schließlich führt der fehlende Zeitbegriff dazu, dass Kinder in den ersten Lebensjahren keine verlässlichen Zeitanga-

Abb. 10: Die Auswirkung von fehlendem oder falschem Wissen im Teufelskreis



*Teil 2 des Beitrages lesen Sie in der nächsten Ausgabe. Literatur in der Ausgabe Juli 2002, die den dritten und letzten Teil enthalten wird*

ben machen können, wenn es z.B. bei der Anamneseerhebung darum geht, herauszufinden, wie lange Schmerzen schon bestehen. Auch sind Zeitangaben von Helfern wenig sinnvoll, um Kinder über die Dauer bevorstehender Maßnahmen zu informieren: Ein verletztes oder akut erkranktes Kind dieser Altersgruppe erlebt das Notfallgeschehen stets nur im jeweils aktuellen Augenblick. Zusammenfassend lässt sich feststellen: Die psychische Situation von Kindern in Notfällen ist zwar strukturell mit der eines Erwachsenen vergleichbar – dennoch führen entwicklungsbedingte Besonderheiten zu einem spezifisch anderen Erleben des Notfallgeschehens. Hinzuweisen ist hier auf Wissensdefizite, aber auch auf die Entstehung (zumindest teilweise) falschen Wissens. Die große Unsicherheit, die Handlungsunfähigkeit sowie die daraus resultierende Hilflosigkeit und Angst eines Kindes im Notfall werden vor diesem Hintergrund verständlich (**Abb. 10**).

### **Langfristige Auswirkungen von Kindernotfällen**

In einer aktuellen Studie der Akademie Bruderhilfe-Familienfürsorge wurde festgestellt, dass von 47 Kindern, die an einem Verkehrsunfall beteiligt waren, immerhin 38% noch mehrere Jahre nach dem Notfallgeschehen unter den verschiedensten Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung litten. Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, erhöhte Schreckhaftigkeit, Konzentri-

onsschwierigkeiten, Traurigkeit, Alpträume sowie Angst- und Unruhezustände wurden dabei genannt (1).

Anderen Quellen sind Veränderungen der gesamten familiären Interaktionsstruktur bzw. des elterlichen Verhaltens sowie Verzögerungen der weiteren Entwicklung betroffener Kinder als weitere denkbare Spätfolgen einer Notfallsituation zu entnehmen. Auswirkungen auf die kindliche Einschätzung der eigenen Krankheitsanfälligkeit, die wiederum weitere Folgen verursacht, kommen noch hinzu: So wäre zu erklären, dass ein Kind nach einem Unfall z.B. nicht mehr mit Freunden Fußball spielen möchte, weil es zu große Angst vor einer erneuten Verletzung hat. Unter Umständen ziehen solche Mechanismen sogar die soziale Desintegration eines Kindes (etwa aus einem Freundeskreis) nach sich. Auch bleibende körperliche und geistige Einschränkungen, die durch einen Notfall verursacht wurden, können ähnliches bewirken (12).

Vor diesem Hintergrund müssen mit der Psychischen Ersten Hilfe bei verletzten und akut erkrankten Kindern mindestens zwei, allerdings eng zusammenhängende Zielsetzungen verfolgt werden: Während es zunächst natürlich gilt, die psychischen Belastungen im eigentlichen Notfallgeschehen zu vermindern, soll darüber hinaus auch der Entwicklung bzw. Ausprägung langfristiger Spätfolgen entgegengewirkt werden (1, 12, 27). 