

Herzlich Willkommen

Intensiv - Workshop: Psychische Erste Hilfe bei Kindern und Jugendlichen

Referentin: M.Sc. Kristin Schmelzer

Ablaufplan



Einführung und Vorstellungsrunde

Block 1: **Notfälle und Erste Psychische Hilfe**

Block 2: **Gesprächsführung**



Übung Krisengespräch



Fragerunde und Abschluss



Block 1: Notfälle und Erste Psychische Hilfe

Was sind Notfälle
und was genau ist
Psychische Erste
Hilfe?

Wie verlaufen
Krisen?

Was sind Mögliche
Reaktionen bei
Kindern und
Jugendlichen?

Heute im Fokus: Notfälle

Kennzeichen von Notfällen:

- Sie treten **plötzlich** auf
- Die Person ist **überrascht und unvorbereitet**
- Die Person ist **überwältigt** von der Intensität des Geschehens
- Sie dauern **relativ kurz**
- Sie können zu **negativen Folgen** in der physischen/psychischen Gesundheit führen

Was ist Psychologische Erste Hilfe?

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

- Angebot praktischer Hilfe und Unterstützung, ohne dabei aufdringlich zu sein
- Einschätzen von Bedürfnissen und Anliegen
- Menschen zuzuhören, ohne sie zum Reden zu zwingen
- Menschen trösten und ihnen zu helfen sich zu beruhigen
- Menschen helfen, dass sie Information, Betreuung und soziale Unterstützung bekommen
- Menschen vor weiterem Schaden zu bewahren

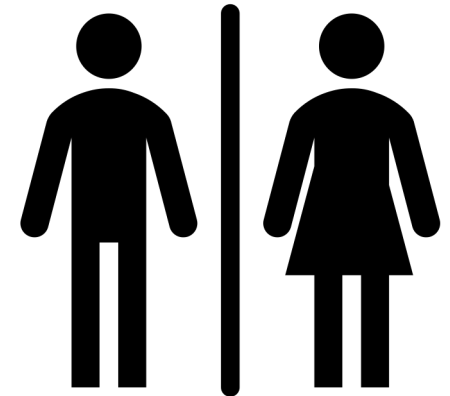
Wichtig: es ist keine langfristige psychologische Unterstützung oder Therapie

Was sind kritische und potentiell traumatische Ereignisse?

- Bedrohung des eigenen Lebens oder der eigenen Unversehrtheit
- eigene schwere körperliche Verletzungen oder Schädigungen
- Erleben absichtlicher Verletzung oder Schädigung
- direkter Kontakt mit schwer verletzten, sterbenden oder toten Personen
- gewaltsamer oder plötzlicher Verlust nahestehender Personen
- Beobachtung von Gewalt gegenüber nahestehenden Personen



Intensität



Identifikation



Unvermitteltheit



Hilflosigkeitserleben

Wie verläuft eine Krise?



1) Schockphase, Akutphase

Seelische Aufruhe/ inneres
Chaos
ziellose Aktivitäten oder
„Betäubung“
meistens erinnert man sich
später kaum an diese Zeit



2) Reaktionsphase

Psychische
Abwehrmechanismen (z.B.
Verleugnung) helfen, die
unvermeidliche Konfrontation
mit der Realität zu ertragen.



3) Bearbeitungsphase

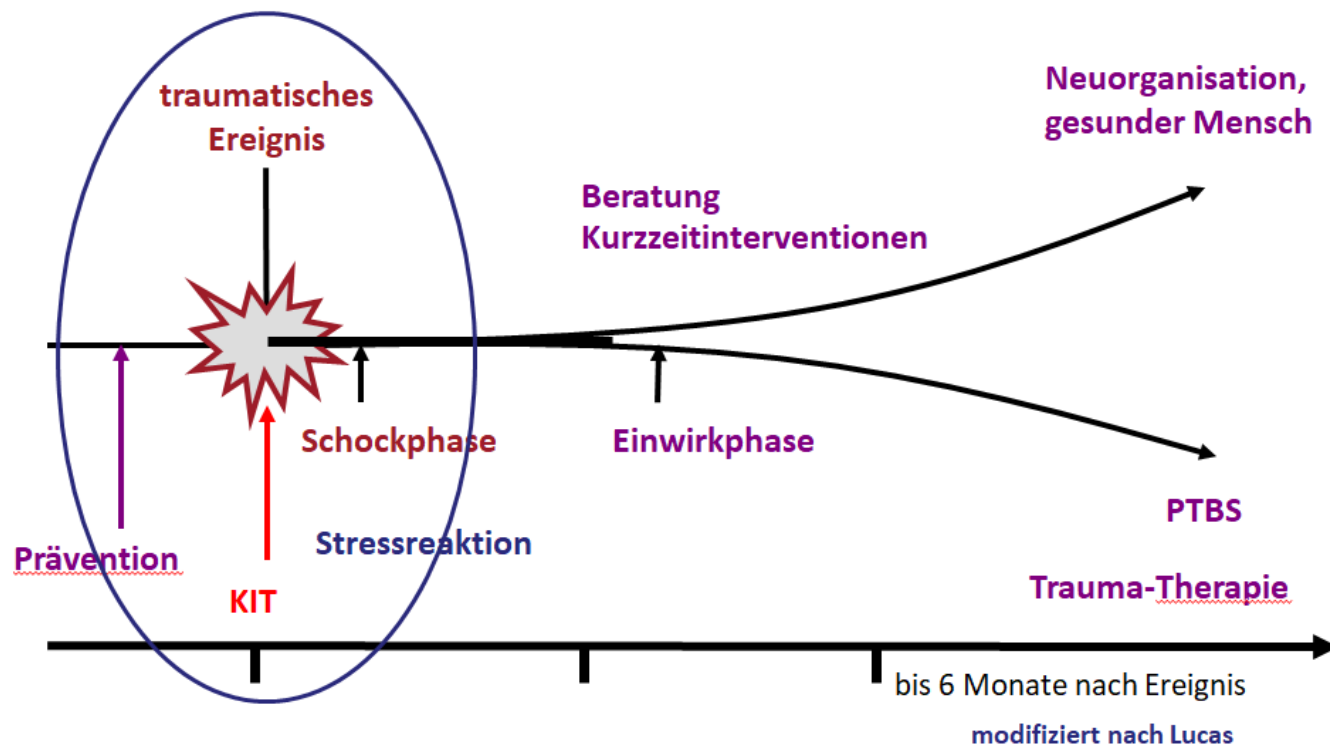
Trauer
gelingende Anpassung
Verarbeitung



4) Neuorientierung

Integration der Krisenerfahrung
Selbstwertgefühl
wiederhergestellt

Reaktionsmuster



Reaktionsmuster

STRESS



Stress entsteht durch...

- ... Schock über das Ereignis, emotionale Betroffenheit
- ... Angst vor dem eigenen Versagen
- ... Hunger und/oder Durst, Schlafentzug, fehlende Erholungsphasen
- ... Reizüberflutung durch zu viele Informationen
- ... Orientierungslosigkeit durch fehlende Informationen
- ... persönliche, negative Bewertung der Situation („Schwarzsehen“)
- ... Zwang, entscheiden und handeln zu müssen

Mögliche Reaktionen

- Erstarrt sein, Betäubung, Teilnahmslosigkeit
 - Unruhezustand, Überaktivität: Umherrennen, Fluchtreaktionen, panische Angst
 - aggressives Verhalten
 - Weinen, Schreien, Zittern, Atemnot, Schwitzen, Erröten
 - innerpsychische Zustände: erlebte Todesangst, erlebte Hilflosigkeit, Verlust der Kontrolle
- **Typischerweise gemischt und wechselnd**



Mögliche Reaktionen

**„Normale Reaktionen
gesunder Menschen
auf ein unnormales Ereignis!“**

Mögliche Reaktionen

„Normale Reaktionen gesunder Menschen auf ein unnormales Ereignis!“

- Diese Reaktionen können mehrere Wochen andauern, klingen aber meist nach dem 4. Tag deutlich ab.
- Dieser Verlauf ist typisch bei über 90% der Betroffenen.
- Anfangs „wie betäubt“ (Schock): Bewusstseinsbeeinträchtigung, Desorientierung, eingeschränkte Aufmerksamkeit
- Danach gemischtes und wechselndes Bild: Ärger, Angst, Verzweiflung, Überaktivität, Rückzug

Posttraumatische Belastungsstörung



Trauma nach DSM-5

Konfrontation mit

- **tatsächlichem oder drohendem Tod** oder
- **ernsthafter Verletzung** oder
- **sexueller Gewalt**

auf eine (oder mehrere) der folgenden Arten:

- Direkte Erfahrung
- Persönliche Zeugenschaft
- In der nahen Familie bzw. bei nahen Freunden
- Die wiederholte Konfrontation mit aversiven Details

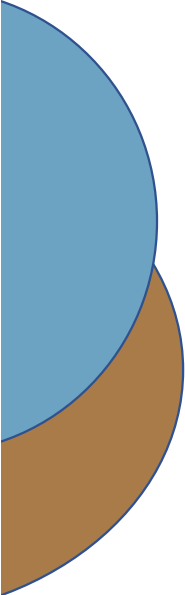


Bild von rawpixel.com auf Freepik

(DSM-5: American Psychiatric Association 2013)

Posttraumatische Belastungsstörung (Trauma + ...)

B. Wiedererleben (≥ 1)	C. Vermeidung (≥ 1)	D. Neg. kognitive/ emotionale Veränderungen (≥ 2)	E. Übererregung (≥ 2)
Intrusionen	von belastenden Erinnerungen, Gefühlen, Gedanken	Unfähigkeit wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern	Ein- und Durchschlafstörungen
Alpträume	von potenziellen Auslösern in der Umwelt	Verzerrte Kognitionen bzgl. Ursache & Folge des Traumas → Schuldzuschreibung	Erhöhte Reizbarkeit
Flashbacks		Negative Erwartungen & Überzeugungen	Konzentrations- schwierigkeiten
Physiologische Reaktion auf Auslöser		Dauerhafter negativer emotionaler Zustand	Hypervigilanz
Emotionale Belastung durch Auslöser		Entfremdung, Losgelöstsein vom sozialen Umfeld	übermäßige Schreckreaktionen
		Unfähigkeit positive Gefühle zu empfinden	Riskantes/ selbstzerstörerisches Verhalten



Posttraumatische Belastungsstörung

- Symptome dauern für mindestens 1 Monat an
- verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen und
- sind nicht besser durch Substanz Einfluss oder eine andere Erkrankung erklärbar.

Differenzialdiagnostik

Akute Belastungsreaktion

- ähnliche Symptome zu PTBS, die allerdings min. 3 Tage und höchstens einen Monat andauern

Anpassungsstörung

- Emotionale oder behaviorale Symptome als Reaktion auf identifizierbaren Belastungsfaktor (innerhalb 3 Monate danach)

Kinder

und potentiell
traumatische
Ereignisse





Alter	Todesvorstellung	Besonderheiten der Reaktion
0 bis 2/3	<ul style="list-style-type: none">keine	<ul style="list-style-type: none">Weinen und SchreienPrimäre emotionale Reaktion
3 bis 6/7	<ul style="list-style-type: none">Sieht den Toten als schlafend und denkt, dass die Körperfunktionen weitergehen („Wie kann er unter der Erde denn jetzt atmen?“)Glaubt, dass der Tod rückgängig gemacht werden kann (z.B. schreien oder kitzeln um den Toten aufzuwecken)	<ul style="list-style-type: none">Primäre und sekundäre emotionale Reaktion (beginnt Emotionen zu benennen)Somatisierung (Bauchschmerzen)Möglicherweise Zurückfallen in frühere VerhaltensmusterOrientiert sich in seinen Reaktionen an BezugspersonenWenige Emotionsregulationsstrategien (z.B.) verlässt Raum mit traurigen Menschen
6/7 bis 12	<ul style="list-style-type: none">Erkennt: Irreversibilität, Unvermeidbarkeit und AllgemeingültigkeitPersonifiziert den Tod	<ul style="list-style-type: none">kann Gedanken und Gefühle ausdrückenSorge um eigene HandlungenSchuldgefühle
12 bis 18	<ul style="list-style-type: none">Kann auch abstrakte Elemente des Todes verstehen (Spiritualität)	<ul style="list-style-type: none">Erhöhtes RisikoverhaltenSucht Peer Support

Kasperles Helfer (Erben)



Karutz, H. (2015). [15 Jahre Psychische Erste Hilfe für Kinder: Jetzt helfen KASPERLES Erben].
https://www.harald-karutz.de/wp-content/uploads/2019/02/Karutz_Artikel_Kasperle.pdf

KASPERLE

Tab. 1: Das Regelwerk KASPERLE zur Psychischen Ersten Hilfe für Kinder (4)

K	Die Kontaktaufnahme sollte nur durch eine Person erfolgen. Dieser Helfer sollte sich dem Kind möglichst langsam nähern und auf seine Ebene herunterbeugen. Anschließend sollte er sich vorstellen und nach dem Namen des Kindes fragen.
A	Insbesondere bei jüngeren Kindern kann Ablenkung hilfreich sein. Nach Möglichkeit sollten Kinder sich mit einer beliebigen Aktivität selbst ablenken.
S	Die Selbstkontrolle eines Kindes kann durch die Übertragung einfacher Aufgaben gestärkt werden.
P	Eltern oder andere Personen, die einem Kind nahestehen , sollten nach Möglichkeit in die Begleitung einbezogen werden.
E	Helfer sollten zu ihren Maßnahmen einfache Erklärungen geben. Fragen sind stets ehrlich zu beantworten.
R	Die Reaktionen von Kindern gegenüber Helfern können auch ablehnend sein. Ein solches Verhalten sollte man professionell aushalten und hinnehmen.
L	Lieblingsspielzeuge oder Stofftiere können trösten. Wenn ein Kind kein eigenes Stofftier bei sich hat, sollte es eines geschenkt bekommen.
E	Kinder sollten ausdrücklich dazu ermutigt werden, Fragen zu stellen sowie Ängste und Bedürfnisse zu äußern. Individuelle Wünsche sind nach Möglichkeit zu erfüllen.

Ziele der psychischen Ersten Hilfe

- Betroffenen in seiner aktuellen psychischen Zerrissenheit annehmen
- Sicherheit herstellen
- Handlungskontrolle herstellen
- durch Gespräche helfen, Gedanken und Erinnerungen zu ordnen Unterstützung
- bewältigende Ressourcen suchen
- Kontakte und Hilfen vermitteln

Grenzen der Psychischen Ersten Hilfe

- Personen mit Verletzungen, die medizinisch versorgt werden müssen
- Personen mit Selbstverletzungen oder drohender Selbstverletzung
- Personen, die andere gefährden

→ Es ist kein Therapieersatz!

Weitervermittlung

1. Kinder- und Jugendtelefon – Nummer gegen Kummer

Telefon: 116 111

Website: www.nummergegenkummer.de

2. Elterntelefon – Nummer gegen Kummer

Telefon: 0800 111 0 550

Website: www.nummergegenkummer.de

3. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)

Datenbank auf der Website um nach Kinder- und Jugendpsychiatern in Ihrer Nähe zu suchen.

Website: www.dgkjp.de

4. Jugendämter

Die Kontaktdaten des örtlichen Jugendamtes finden Sie in der Regel auf der Website Ihrer Stadt oder Gemeinde. Jugendämter können eine Vielzahl von Unterstützungsangeboten vermitteln, einschließlich Familienberatung, psychosoziale Unterstützung und in einigen Fällen auch psychologische oder psychiatrische Hilfe.

5. Schulpsychologischer Dienst

In vielen Bundesländern gibt es schulpsychologische Dienste, die bei schulischen und psychischen Problemen von Schülern unterstützen können. Die Kontaktdaten sind meist auf den Websites der jeweiligen Landesschulbehörden zu finden

→ Im Akuten Notfall zu Sicherung des Betreuungsbedarfs: Kontakt mit NotfallpsychologIn aufnehmen, z.B. mit Hilfe des Notfallpsychologenregisters: <http://www.notfallpsychologenregister.de/>



Block 2: Gesprächsführung

Wie führe ich
ein
Krisengespräch

Das BELLA
Konzept

Do's and
Don'ts

Techniken der Kommunikation

1. Aktives Zuhören
2. Non-direktive Gesprächsführung (Fragen stellen)
3. Ich-Botschaften
4. Paraphrasieren
5. Spiegeln

1. Aktives Zuhören

- Positive Absichten „unterstellen“
- Aufmerksamkeit schenken
- Interesse zeigen
- Ausreden lassen
- Kopfnicken
- Nachfragen
- Wiederholen
- Zusammenfassen
- Kurze Aufmunterungen wie „mmh“, „ja“



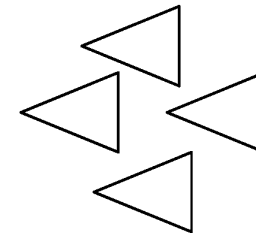
2. Non-direktive Gesprächsführung

- Zentral: Man erfährt mehr durch Zuhören als durch Reden
- W-Fragen
 - Was – Wie – Wer – Wo – Wovon – Woher – Wann

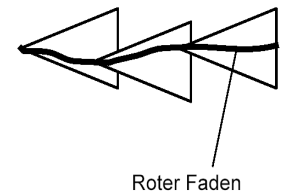
Nicht zulässige W-Fragen:

- Warum – Wollen – Werden/Waren...

a = falsch



b = richtig



Nur Fragen stellen, die allgemein gefasst sind!

Keine speziellen Anregungen oder Kommentare zum Inhalt geben

Kein „Springen“ zwischen verschiedenen Themen – roten Faden behalten

3. Ich-Botschaften

Geben Sie dem Gegenüber die Möglichkeit den Eindruck zu bestätigen oder zu revidieren

- Achtung: „Ich finde, Sie sind wehleidig.“ = „Sie sind wehleidig.“
→ keine ICH- sondern eine DU- Botschaft




ungünstig	besser
„Sie haben mich völlig falsch verstanden!“	
„Sie sind egoistisch.“	
„Das dürfen Sie nicht so sehen.“	

4. Paraphrasieren

- 
- Wiederholen von Gehörtem mit eigenen Worten
 - Ziel: Sicherstellen, dass man die Aussage des Gegenübers richtig verstanden hat.

Beispiel:

- 
- Originalaussage: "Heute in der Schule war blöd. Niemand wollte mit mir spielen, und mein Lieblingsbuch war schon ausgeliehen."
 - Paraphrasierung: "Es klingt, als hättest du heute einen schwierigen Tag in der Schule gehabt, weil du niemanden hattest, mit dem du spielen konntest und du auch nicht das Buch bekommen hast, das du so gerne lesen wolltest."

5. Spiegeln

- Emotionale Zustände und Gefühle des Gegenübers zurückspiegeln
- Ziel: Zeigen, dass man die Gefühle des Anderen wahrgenommen hat

Beispiel:

Originalaussage: "Mein Bruder hat mein Spielzeug genommen, ohne zu fragen. Der ist doof."

Spiegeln: "Du klingst frustriert, weil dein Bruder dein Spielzeug genommen hat, ohne dich zu fragen. Möglicherweise fühlst du dich auch ein bisschen verärgert darüber?"

"Ich weiß gar nicht wann ich die ganzen Aufgaben erledigen soll."

→ "Es klingt, als würdest du dich von der Arbeitslast überwältigt fühlen."

ABC Schema

- getrennte Besprechung von...
 - „ALL“: Sachverhalt → Fakten/äußere Tatsachen
 - „BACK“: Emotionen → Gefühlsebene/innere Tatsachen
 - „COPING“: Ressourcen → Bewältigung und Normalität
- Strukturierung:
 1. Besprechen der äußeren Tatsachen (Sachverhalte)
 2. Kann: Besprechen der inneren Tatsachen (Gedanken, Gefühle, Körperempfindungen)
 3. Besprechen der Auswirkungen
 4. Besprechen der Normalität (normale Erklärungen finden)
 5. Besprechen der bewältigenden Ressourcen
 6. Besprechen der nächsten Schritte

Das Krisengespräch (1/6)



1

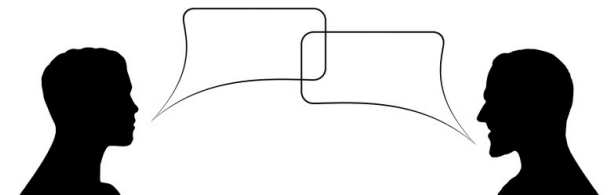
Planung

- Überlegen Sie sich, was Sie sagen wollen
- Planen Sie Struktur und Ziel des Gesprächs
- Überlegen Sie sich Zeit und Ort, ggf. Vorankündigung
(ungestört, neutral und ruhig, zu einer “guten Zeit“)
- Rufen Sie sich ins Gedächtnis, welche Verhaltensweisen Ihnen aufgefallen sind
- Finde Sie heraus, welche Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen

Das Krisengespräch (2/6)

2 Vor Beginn des Gespräches

- Angenehme Gesprächsatmosphäre schaffen
- Auf einer Augenhöhe kommunizieren
- Ruhe bewahren – Vermittlung von Sicherheit und Kompetenz
- Situation entspannen („Setzt dich doch erst einmal.“)



Das Krisengespräch (3/6)

3 Das Gespräch

a) Verringerung der Stresssymptomatik, Maßnahmen zur Selbsthilfe und Ressourcen aktivieren

- Erzählen fördern – reden, reden, reden!!!
- Ordnen von Kognitionen und Emotionen
- Erhöhung des Kontrollgefühls
- Struktur und Informationen geben
- Respektieren von Abwehrmechanismen (z.B. Schweigen zulassen)
- Erarbeitung und Aktivierung individueller Ressourcen:
soziale Unterstützung, Kompetenzen, positive Erfahrungen...



Das Krisengespräch (3/6)

3 Das Gespräch

b) Psychoedukation

- Grundlegende Informationen vermitteln
- dient der Orientierung, der Verringerung der Hilflosigkeit und der Zurückgewinnung der Selbstkontrolle
- Beschreibung der Reaktion als **normale Reaktion auf das Geschehene**



Das Krisengespräch (3/6)

3 Das Gespräch

- c) (aktive) Bewältigungsstrategien, Affektregulation
 - Problemlöseorientierte Bewältigungsreaktionen
 - positive Neubewertung der Situation
 - Konstruktiver Ausdruck, Mitteilung von Gefühlen

- d) Diagnostik und Weiterleitung
 - Entscheidung zur Weiterleitung zu Notfallpsychologen/Psychotherapeuten/Psychiater

- e) Aufnehmen und Stützen
 - Folgetermine, Begleitung in die Zukunft
 - Praktische Hilfe und Unterstützung



Das Krisengespräch (4/6)

4

Nach dem Gespräch: Wie geht es Ihnen?

→ Wenn die Erwartungen an das Gespräch nicht erfüllt wurden:

Seien Sie sich bewusst, dass Ihr Handeln dennoch etwas bewirken kann (z.B. könnte sich die betroffene Person nun einer anderen Person anvertrauen)

→ Wenn Sie sich nach dem Gespräch nicht gut fühlen:

Suchen Sie sich eine Ansprechperson, die Sie unterstützt und berät (unter Beachtung der Privatsphäre und Vertraulichkeit)

Das Krisengespräch (5/6)

5 Allgemeine Kommunikationsregeln:

- Nicht-beurteilende Akzeptierung
- Abholen im „Hier und Jetzt“
- Vertrauensaufbau: einfühlsam sein → Beziehung aufbauen
- Der betroffenen Person das Gefühl geben, dass sie selbst die Richtung und das Tempo des Gesprächs vorgibt
- Wichtiges von Unwichtigem trennen
- Auf konkrete Verhaltensweisen hinarbeiten, auch wenn es keine „Lösung“ gibt

Das Krisengespräch (6/6)

6

BELLA – Konzept

Beziehung aufbauen

Erfassen der Situation

Linderung der Symptome

Leute einbeziehen

Ansatz zur Problembewältigung



In Bezug auf Alter und Geschlecht:


Wortwahl, Nähe und Distanzregulation beachten

SAFER – Model (1/2)

Stufe	Intervention	Ziel
1. Situation stabilisieren	Betroffenen von den Stressoren wegbringen	<ul style="list-style-type: none">• Emotionale Eskalation abschwächen• Beurteilung des aktuellen psychischen Zustandes
2. Krise anerkennen	Betroffenen beschreiben lassen, was passiert ist und was seine persönlichen Reaktionen auf die Krise sind	<ul style="list-style-type: none">• zur emotionalen Entlastung ermutigen• Erregung reduzieren• Gefühl der Sicherheit vermitteln


SAFER– Model (2/2)

Stufe	Intervention	Ziel
3. Verstehen fördern	Die Symptome als normale, verständliche Reaktion erklären	<ul style="list-style-type: none"> • Rückkehr zur rationalen Infoverarbeitung • Symptome als normale Reaktion anerkennen
4. Zur angemessenen Bewältigung ermutigen	Grundlagen des Stress- und Krisenmanagements in Erinnerung rufen	<ul style="list-style-type: none"> • Bewältigung verbessern • sofort umsetzbare Pläne entwickeln
5. Wiedererlangung situationsangepasster eigenständiger Funktionsfähigkeit oder Überweisung	Beurteilung der aktuellen Funktionsfähigkeit als angemessen oder Aufsuchen weiterer Hilfe	<ul style="list-style-type: none"> • Wiedererlangung des inneren Gleichgewichts • Bereitstellung weiterer Akuthilfe



Ziele der der psychologischen Ersten Hilfe

- Betroffenen in seiner aktuellen psychischen Zerrissenheit annehmen
- Sicherheit herstellen
- durch Gespräche helfen, Gedanken und Erinnerungen zu ordnen
Unterstützung, nicht Behandlung oder Therapie
- bewältigende Ressourcen suchen
- Kontakte und Hilfen vermitteln



Aufgaben der akuten psychologischen Ersten Hilfe

- Bin ich selbst handlungsfähig? Wenn ja:
- zeitnahe Kontaktaufnahme zu Betroffenen
- Wegbringen der/des Betroffenen aus der direkten Ereignisumgebung
- Schützen vor äußeren Einflüssen wie KollegInnen, Polizei...
- „Anwalt der Betroffenen“
- bei Bedarf: Anforderung ärztlicher Hilfe, ggf. Begleitung zum Arzt, Vermittlung von weiterführender Krisenintervention
- Gewährung von emotionaler Unterstützung (beruhigen, zuhören, reden)

Katalog kritischer Handlungen

Basic No-Gos

- vorwurfsvollen Fragen („Wieso hast du nicht einfach...?“)
- Sensationsgier
- Bagatellisierung („XY geht es ja noch viel schlimmer!“)
- Provokation

Advance No-Gos

- mehr mit Dritten unterhalten als mit der Betreuungsperson
- unecht sein: Verständnis vortäuschen
- betroffene Personen wie Kranke behandeln
- kein roter Faden in der Aufgabenerledigung (orientierungsloses Herumstehen oder Hin- und Herlaufen)
- Hektik oder „routinierte Abgestumpftheit“
- Falsche Versprechungen oder Informationen



Merksätze

Ruhiges und sicheres Auftreten hilft gegen Angst.

Verlangsamung hilft gegen Übererregung.

Struktur hilft gegen Chaos.

Handeln hilft gegen Hilflosigkeit.

Information hilft gegen Phantasien und Kontrollverlust.

Vorurteilsloses Annehmen hilft gegen Entfremdung und Rückzug.

Perspektive hilft gegen Ausweglosigkeit.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



pch.vector

Literatur

- Bohus, M. & Wolf, M. (2009). Interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten. Stuttgart: Schattauer.
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (n.d.): Psychosoziale Unterstützung. Abgerufen von: https://www.bbk.bund.de/DE/Servicefunktionen/Glossar/_function/glossar.html
- ?lv2=4968180&lv3=1956608 (17.11.2017)
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2017). Bürgerliches Gesetzbuch. Abgerufen von https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_618.html
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (2017). Standards in der betrieblichen psychologischen Erstbetreuung (bpE) bei traumatischen Ereignissen. DGUV-Information 206-023, 206 (23).
- DIN EN ISO 10075 – 1
- Dinkel; S. (2016). Hochsensibel durch den Tag: Raus aus der Reiz-Überflutung. Gelassen durch alle Alltagssituationen. Hannover: Humboldt.
- Everly, G.S. & Mitchell, J.T. (1997). Critical Incident Stress Management (CISM): A New Era and Standard of Care in Crisis Intervention. Ellicott City, MD: Chevron.

Literatur

- Fiedler, P. (1998). Existentielle Krisen und Krisenintervention. In: Hörmann, G., Nestmann, F. (Hrsg.). *Handbuch der psychosozialen Intervention*. Wetstdeutscher Verlag: Opladen.
- Fiedler, P. (1992). Psychosoziale Intervention und Anwendungsfelder der Klinischen Psychologie. In: Bastine, R. (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie*. Kohlhammer: Stuttgart.
- Heller, U., & Heinz, C. (2017). Psychosoziale Notfallversorgung für Feuerwehrangehörige. Abgerufen von https://www.hfuknord.de/hfuk-wAssets/docs/psnv/Leitfaden_PSNV_2016_final.pdf
- Jacobson, E. (1968). *Progressive Relaxation* (2., revidierte Aufl.). Chicago: University of Chicago Press.
- Kabat-Zinn, J. & Kresper-Grossmann, U. (2004). *Die heilende Kraft der Achtsamkeit*. Freiamt: Arbor Verlag.
- Karutz, H. (2003): Differenzielle Betreuung von Notfallpatienten?: Eine Typologie als Diskussionsbeitrag. *Rettungsdienst*, 26, 16-18.
- Karutz, H. (1999). KASPERLE: Psychische Erste Hilfe bei Kindern. *Rettungsdienst*, 22, 1008-1012.
- Karutz, H. & Lasogga, F. (2008). Kinder in Notfällen: Psychische Erste Hilfe und Nachsorge. Stumpf+Kossendey.
- Lasogga, F., & Gasch, B. (2006). Psycho-soziale Notfallhilfe: Eine Evaluation des "AKUTeams Niederösterreich". *Rettungsdienst - Zeitschrift für Präklinische Notfallmedizin*, 29(4), 44-48.

Literatur

- Lasogga, F., & Gasch, B. (2011). *Notfallpsychologie. Lehrbuch für die Praxis*. (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Litzcke, S. M., & Schuh, H. (2007). *Stress, Mobbing und Burn-out am Arbeitsplatz* (4. Aufl.). Berlin: Springer
- May, A. T., Mann, R. (2005). *Soziale Kompetenz im Notfall: Praxisanleitung nicht nur für den Rettungsdienst – ein Unterrichtskonzept*. Münster: LIT.
- Papastefanou, C., Kachler, R., Schaller, S., Schmidtke, A., Hockel, C. M., Junker, O., von Hagen, C., & Reich, A. (Hrsg.). (2013). *Krisen und Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen*. Kohlhammer: Stuttgart.
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European journal of psychotraumatology*, 5(1), 25338.
- The Sphere Project. (2011). *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Geneva: The Sphere Project. Abgerufen von <http://www.sphereproject.org>