

Betreuung der Betreuer

Ruedi Zollinger

Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste, St. Gallen

Fallbeschreibungen

Bei einem Jugendlichen wurde im Alter von 15 Jahren ein bösartiger Hirntumor festgestellt und mittels Operation und Radiotherapie behandelt. Wenige Monate danach entwickelte der Patient eine organische Psychose und musste psychiatrisch hospitalisiert werden. Später wurde er als Tagesschüler einem Schulheim für körperlich behinderte Kinder zugewiesen. Er zeigte dort grosse Verlangsamung, neuropsychologische Einschränkungen, eine Visusverminderung, wechselnde Verstimmungen sowie rasche Ermüdbarkeit und stellte für das Schulteam eine grosse Herausforderung dar [1]. In periodisch durchgeführten Besprechungen im interdisziplinär zusammengesetzten Betreuungsteam des Schulheims, zu dem auch ein Konsiliarpsychiater gehörte, kam zur Sprache, wie schwierig es für die Betreuenden war, dass sie kaum einen interaktionellen Zugang zu dem Jungen herstellen konnten. Sie hatten das unguete Gefühl, nicht zu wissen, woran sie mit ihm waren, und deshalb nicht genug für ihn tun zu können. Sie schlugen verschiedene Zusatztherapien vor. Zusammen mit dem Konsiliarpsychiater wurde die Einsicht erarbeitet, dass weder ein Zuwenig an Betreuung noch ein Zuwenig an Therapie für die Beeinträchtigung des Jungen ausschlaggebend war, sondern der Defektzustand nach der Behandlung seiner schweren Krankheit. Der Unterschied zwischen kurativer und palliativer Betreuung wurde thematisiert. Die Betreuenden mussten Abschied nehmen von einem hohen Rehabilitationsziel und sich mit der eigenen Macht- und Ratlosigkeit auseinandersetzen. Die Erkenntnis, dass ja eigentlich niemand an der Behinderung des Jugendlichen Schuld sei und die Betreuenden das ihnen Mögliche für ihn tun, bewirkte eine gewisse Entlastung im Betreuungsteam.

Im gleichen Schulheim wurde ein 8-jähriges Mädchen betreut. Dieses litt an einem malignen Hirntumor und war parallel zur Schulung seit längerer Zeit in onkologischer Behandlung. In der Besprechung mit dem Betreuungsteam des Schulheims wurde berichtet, wie schwierig es angesichts der infausten Prognose war, einen guten Mittelweg zwischen Resignation und Aktivismus bei der Betreuung des Mädchens zu finden. Zudem war für die Betreuenden die Sinnfrage belastend. Diese bezog sich nicht nur auf die Betreuung an sich, sondern war auch verknüpft mit der Frage, ob das Kind überhaupt ein erfülltes Leben haben könne, wenn es so jung sterben müsse. Zusammen mit dem Konsiliarpsychiater erarbeitete das Betreuungsteam, dass keineswegs feststehe, dass ein kurzes Leben sowieso weniger er-

füllt sei als ein langes. Diese Sichtweise wirkte entlastend. Dass die schwierige Situation nicht sinnlos erschien, half dem Betreuungsteam bei der Bewältigung der Alltagsarbeit und – in diesem Fall – auch beim Abschiednehmen.

Kommentar

Fachleute sind bei der Betreuung von Kindern mit Behinderungen grossen Belastungen ausgesetzt. Entsprechende Kriterien für die Berufswahl, die Beachtung der persönlichen Psychohygiene und gute Arbeitsbedingungen in einer klaren Organisation sind deshalb wichtig. Eine fundierte Vorbereitung auf die Tätigkeit mit gezielter Aus-, Weiter- und Fortbildung sowohl im Fachbereich als auch im interaktionellen Bereich stärken das Vertrauen der Betreuer in die eigene Fähigkeit [2]. Arbeitsbesprechungen, in welchen Fachliches, Gefühlsmässiges und Interaktionelles thematisiert werden können, helfen bei der Bewältigung der Belastung im beruflichen Alltag. Bei den angeführten Beispielen kam dabei dem konsiliarisch tätigen Psychiater eine wichtige Rolle zu.

In der westeuropäischen Gesellschaft haben Leistung, Gelingen und Erfolg einen hohen Stellenwert. Einschränkungen, wie sie bei Menschen mit Behinderungen vorhanden sind, werden tendenziell als Scheitern empfunden. Es kommt aber etwas zu kurz, wenn wir Leben nur unter dem Zwang des gelingenden Lebens wahrnehmen. Schneider-Flume [3] spricht von der Tyrannei des gelingenden Lebens, wenn nur Gesundheit gelingendem Leben entspricht, nicht aber chronische Krankheit und Behinderung. Kinder und Jugendliche mit Behinderungen, ihre Eltern und Familienangehörigen, aber auch ihre Betreuenden aus dem ärztlichen, pflegerischen und pädagogischen Umfeld sind grossen Belastungen ausgesetzt. Sie müssen sich mit irreparablen Schäden befassen. Dies legt nahe, dass nebst medizinisch-somatischer, pädagogischer und sozialer Betreuung auch eine psychologisch/psychiatrische Unterstützung eingerichtet wird [4–7]. Wie weit eine solche gehen kann, hängt nicht nur von Konzepten, sondern auch von der Motivation und den Bedürfnissen bei Menschen mit Behinderungen, Angehörigen oder Betreuungspersonen ab. Je nachdem werden Kurzbesprechungen mit stützendem Charakter, Kriseninterventionen und interdisziplinäre Besprechungen durchgeführt, oder es findet ein vertieftes Bearbeiten statt. Ein vertieftes Bearbeiten ist nicht immer möglich oder erwünscht [8].

Die Stellung der psychologisch/psychiatrischen Fachperson in einem nicht psychiatrischen Betreuungsteam muss erarbeitet und laufend geklärt werden. Welche Ziele werden verfolgt? Wird Psychologie/Psychiatrie als Konkurrenz empfunden? Machen sich an der psychologisch/psychiatrischen Fachperson unrealistische Hoffnungen nach rascher Lösung komplexer Phänomene oder auch Befürchtungen fest?

Quintessenz

Betreuende von Kindern mit Behinderungen sind speziellen Belastungen ausgesetzt und brauchen Unterstützung. Interdisziplinäre Besprechungen unter Mitinbezug von Fachleuten aus dem psychologisch/psychiatrischen Bereich tragen dazu etwas bei.

Korrespondenz:

Dr. med. R. Zollinger
Chefarzt, Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste St. Gallen
Brühlgasse 35/37
CH-9004 St. Gallen
ruedi.zollinger@kjpd-sg.ch

Literatur

- 1 Zollinger R. Neuropsychiatric behavioural disorder with psychosis following the appearance of a germinoma in the pineal body. In: Bürgin D, Meng H (eds.). Childhood and Adolescent Psychosis. Basel: Karger; 2004. p. 119–24.
- 2 Lupi GA. Stressbewältigung und Debriefing im Spital. Koordinierter Sanitätsdienst. 1997;5(4):27–31.
- 3 Schneider-Flume G. Leben ist kostbar (Wider die Tyrannei des gelingenden Lebens). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 2002. Vortrag 11.10.2003; Radio DRS2 23.3.2008.
- 4 Zünd-Reinecke M. Betreuung krebskranker Kinder. In: Betrifft: Kindheit. Kinder und Jugendliche – kennen und verstehen. Eine Informationsreihe herausgegeben von Heinz Stefan Herzka. Zürich: Pro Juventute; 1993.
- 5 Thiel R. Entwicklung, Struktur und Auswertung psychosozialer Betreuung krebskranker Kinder und ihrer Familie. Hamburg: Dissertation; 1990.
- 6 Zollinger R. Pädiatrische Psychoonkologie. Schweizerische Ärztezeitung. 2002;83:146–8.
- 7 Tschuschke V. Psychologische-psychotherapeutische Interventionen bei onkologischen Erkrankungen. Psychotherapeut. 2003;2:100–8.
- 8 Bürgin D. Begleitung sterbender Kinder. In: Rösing I, Petzold H (Hrsg.). Die Begleitung Sterbender. 2. Auflage. Paderborn: Junfermann-Verlag; 1992. p. 377–90.

Assoziation? Eine 30-jährige Frau tritt 4 Tage, nachdem sie zu Hause ausgeglitten war, ins Spital ein. Sie beklagt einen schweren Thoraxschmerz. Die Temperatur liegt bei 36,6 °C, der Puls bei 100/min und der BD bei 201/59 mm Hg. Die Patientin erhält Ketorolac und wird nach Hause entlassen. 2 Tage später wird sie nicht mehr ansprechbar, stöhnend aufgefunden und hospitalisiert. Hände und Füße sind kalt, keine Nackenstarre, diffuses Exanthem im Gesicht, Nacken und Thorax. Die rektale Temperatur beträgt 39,6 °C, der Puls 156/min, die Atmung 46/min, die O₂-Sättigung 83%. Anämie (Hämatokrit 31,3%), Leukopenie (1,5 G/l), Thrombozyten (59 G/l), Bikarbonat 15 mmol/l. Thorax- und CT-Schädel sind o.B. Die Patientin erhält vergeblich Antibiotika, eine Thoraxaufnahme ergibt diffuse Verschattungen, dann fällt der BD – und die Patientin stirbt. Woran? (Auflösung siehe rechte Spalte)

Auflösung: Vor einem Monat kam die Patientin mit einer geröteten, harten und schmerzhaften «Beule» am rechten Unterschenkel. Sie wurde inzidiert. Kulturen ergaben *Staphylococcus aureus*. Die Patientin erhielt verschiedene Antibiotika, aber: Der Stamm ist MRSA-resistent (USA300, Subtyp PVL+, SCCmec Typ Va). – Community-acquired bzw. **ausserhalb des Spitals akquirierte MRSA** kann sich mittlerweile jedermann akquirieren – zumindest in den USA. (N Engl J Med. 2011;364:266–75.)