

Psychologische steun

Els Vandermeulen

Even terugblikken

Zo'n 20 jaar geleden was de brandwondenproblematiek een louter medische, somatische aangelegenheid. Dokters en verpleegkundigen gaven het beste van zichzelf om de verbrande huid zo snel mogelijk te bedekken. Psychosociale moeilijkheden werden vooral door de verpleegkundigen behandeld.

De ontploffing in een wasserij in 1983 en later de bomexplosie in een auditorium van de UCL in Sint-Lambrechts-Woluwe, brachten opeens massaal veel jonge slachtoffers in het brandwondencentrum wiens leven ineens drastisch veranderde omwille van het trauma en de uitgebreide littekens. Bij een dergelijke overrompeling had het verpleegkundig personeel de handen vol met verpleegtaken en dus amper tijd om eens naast het bed van de patiënt te luisteren naar diens verhaal. De prioriteit lag immers op het medische en op het levensbehoud van de patiënt.

In die tijd kon men in de meeste brandwondencentra wel beroep doen op een externe psycholoog in geval er zich problemen manifesteerden in verband met het niet aanvaarden van zijn littekens, bij frequente 'onverklaarbare' huilbuien of agressieaanvallen bij de patiënt. De psycholoog van toen had een vrij duister imago, een verschijning in witte schort die moeilijk te bereiken was en waarvan niemand wist wat haar of zijn aanwezigheid op het brandwondencentrum kon opleveren. Bovendien heerste er een soort concurrentiegevoel bij de verpleegkundigen, omdat de psycholoog zich bevond op hun domein. Verpleegkundigen hadden intens contact met de patiënt en kenden hun diepste geheimen.

De erkenning van het belang van psychologische ondersteuning van brandwondenpatiënten groeide naarmate de rampen zich opvolgden en naarmate de psycholoog zich meer integreerde

in het verzorgend team en in de totaalzorg van de patiënt. Een toename van de aandacht voor de psychosociale problematiek bij brandwondenslachtoffers is ook gelegen in de medische vooruitgang op vlak van chirurgie en behandelingstechnieken voor inhalatietraumata. Steeds minder lijdt het oplopen van ernstige brandwonden tot een overlijden van de patiënt en dus moeten steeds meer brandwondenslachtoffers door het leven met bewegingsbeperkingen of uitgebreide littekens. Dit heeft duidelijke implicaties op het vlak van de levenskwaliteit en het welbevinden van het individu.

Huidige rol van de psycholoog in het brandwondencentrum

Begin jaren negentig kende de rampenpsychologie, en de crisispsychologie een grote opkomst, waarbij het besef groeide dat rampen niet alleen heel wat schade toebracht aan de buitenkant maar ook aan de binnenkant van het slachtoffer. Slachtoffers van rampen met brandwonden bleken ook meer dan andere slachtoffers nood te hebben aan hulpverlening op lange termijn. De lichamelijke schade bij brandwonden is veelal onherstelbaar en gaat vaak gepaard met uitgebreide psycho-sociale problemen en/of psychische stoornissen. Mensen reageren na een ernstig ongeval vaak met grote verbijstering, hulpeloosheid, verlies van zelfvertrouwen, intense angst of afschuw.

Vandaag is de psycholoog niet meer weg te denken uit de brandwondenzorg. Vanaf het moment dat de brandwondenpatiënt wordt opgenomen, is er psychologische ondersteuning voor de patiënt maar ook voor het gezin en de nabije familie van het slachtoffer. Er wordt ruimte gegeven om de waaier van emoties enigszins te ventileren en om hun verhaal te laten vertellen van de omstandigheden waarin het ongeval zich voordeed. Ingeval het slachtoffer geventileerd en geïntubeerd is, gaat in een eerste periode de aandacht van de psycholoog vooral naar de familie. De psycholoog luistert naar hun verhaal, volgt de toestand van de patiënt van nabij en geeft de nodige informatie aan de familie. Doorheen de verschillende contacten groeit een vertrouwensrelatie die van groot belang is bij de opvang van de patiënt en zijn familie. Naarmate de sedatie bij de beademde patiënt afneemt, wordt de familie voorbereid op het

eerste contact. Het gedesoriënteerde en incoherente karakter van de uitingen van de patiënt dienen geduid te worden, alsook het eventuele optreden van hallucinaties, of de verdoofde indruk die de patiënt geeft.

Wanneer de patiënt enige tijd werd beademd en gesedeerd, is het belangrijk ook de mogelijke discrepantie die er bestaat tussen de fase van de verwerking waarin de familie zich bevindt en die waarin de patiënt zich bevindt te duiden.

De taken van de psycholoog doorheen het zorgtraject van de patiënt zijn heel divers. Dit kan gaan van het stimuleren in de groei naar autonomie en zelfvertrouwen, het bespreekbaar maken van gevoelens van angst, afschuw, machteloosheid en afhankelijkheid, het voorbereiden op heelkundige ingrepen tot het begeleiden bij de pijnlijke verbandwissels of mobilisatieoefeningen bij de kinesist. Daarnaast wordt ook begeleiding voorzien voor de familie.

Naarmate de genezing van de brandwonden vordert, wordt de patiënt voorbereid op een ontslag uit het brandwondencentrum. De stap van het vertrouwde, veilige brandwondencentrum naar huis (waar in sommige gevallen het accident plaatsvond) is voor de betrokkene zeer groot en gaat vaak gepaard met heel wat angsten en onzekerheden (zowel bij het brandwondenslachtoffer als bij diens gezinsleden).

Schoolgaande kinderen kunnen bij het hervatten van de school begeleid worden door de psycholoog en andere deskundigen om mét hun veranderd uiterlijk terug de draad op te nemen tussen de klasgenootjes. Leerkracht en klasgenootjes worden op voorhand bekend gemaakt met de brandwondenproblematiek onder meer om de kans op pestgedrag zo veel mogelijk in te dijken.

De Posttraumatische stresstoornis

De meeste mensen die een ingrijpende gebeurtenis meemaken zijn daarvan onder de indruk en hebben het een tijdlang moeilijk om hun evenwicht terug te vinden. Bij de meerderheid zullen de klachten na verloop van tijd vanzelf of mits steun van familie en vrienden verdwijnen.

De meest voorkomende psychische stoornis bij mensen met brandwonden is de posttraumatische stressstoornis. (PTSS) De prevalentiecijfers uit de literatuur voor PTSS één jaar na het ongeval variëren van 15% tot 45%. De reden van deze grote spreiding is onder andere gelegen in het al dan niet includeren van psychiatrische patiënten en de gehanteerde meetinstrumenten. (Van Loey, N., 2003, Beyond Burns. Identification and Impact of Posttraumatic Stress Disorder)

PTSS is een angststoornis waarbij een veelheid aan klachten optreden die ontstaan na het meemaken van een psychisch schokkende ervaring en die hun weerslag hebben op het dagelijks functioneren op diverse vlakken. PTSS wordt gekenmerkt door een voortdurend herbeleven van de traumatische gebeurtenis, een aanhoudend vermijden van prikkels die bij het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit en Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid. Om van PTSS te kunnen spreken moeten de symptomen langer dan 1 maand aanhouden. Indien de symptomen minder dan 1 maand aanhouden spreekt men van een acute stressstoornis (ASS). (DSM-IV)

Een belangrijk aspect in de verklaring voor het ontstaan van PTSS na een brandwondenongeval is het onvoorspelbare en oncontroleerbare karakter van het trauma en vaak ook van heel wat facetten van de daaropvolgende behandeling in het brandwondencentrum. Slachtoffers raken in één keer hun greep op het dagelijks leven kwijt. Ze worden geconfronteerd met een intens gevoel van controleverlies en ontwrichting, een plots verlies van voordien vanzelfsprekende fundamentele verwachtingen en veronderstellingen. Het vertrouwen in zichzelf en de omgeving, de zekerheid van het dagelijks bestaan, hun normale gevoel van veiligheid, voorspelbaarheid en controleerbaarheid, en de illusie van de eigen onkwetsbaarheid, gaan abrupt verloren.

Een adequate pijnbehandeling en inspanningen van verpleegkundigen, artsen, psycholoog en andere hulpverleners om een voorspelbare, controleerbare omgeving te creëren teneinde het gevoel van controle en zelfvertrouwen bij de patiënt zo snel mogelijk te herstellen, kunnen een belangrijke bijdrage leveren in de preventie van PTSS.

Slachtoffers van een trauma hebben iets meegemaakt dat ze nooit hadden verwacht. Zij worden gedwongen enigszins stabiele opvattingen en verwachtingen over zichzelf, anderen, de wereld en hun toekomst (zogenaamde schemata) aan te passen. Wanneer de bestaande schemata op een adequate wijze zijn aangepast aan de informatie die vervat zit in de traumatische gebeurtenis, spreekt men van integratie van het trauma. Het traumatische gebeuren heeft een plaats gekregen in hun levensverhaal.

De verwerkingsperiode na een traumatisch ongeval wordt gekenmerkt door een afwisseling van periodes van herbeleving van het trauma, in de vorm van flashbacks of nachtmerries, al dan niet gepaard gaande met fysische reacties zoals onder andere hartkloppingen, droge mond en zweten, met periodes van vermijding van alles wat met het trauma geassocieerd kan worden (nieuwsberichten, de plaats van het ongeval, mensen die hen aan het ongeval herinneren, onderkennen van de gevolgen van het trauma op fysisch, administratief of psychisch vlak). De verklaring voor deze afwisseling tussen herbeleving en vermijdingsreacties is gelegen in de essentie van een emotioneel schokkende gebeurtenis. Deze is enerzijds overweldigend en onherroepelijk, valt niet meer terug te draaien en is anderzijds zo negatief van aard dat men alles in het werk stelt om ze te vergeten

Niet alle slachtoffers van een psychisch schokkende gebeurtenis zijn vatbaar voor het ontwikkelen van een PTSS. Het meemaken van een trauma leidt niet per definitie tot ernstige stresssymptomatologie. Anderzijds moet ook vermeld worden dat het oplopen van lichamelijke letsels geen voorwaarde is voor het ontstaan van PTSS. Het getuige zijn van een ingrijpende gebeurtenis waarbij angst, afschuw of hulpeloosheid werd ervaren kan post-traumatische klachten teweegbrengen.

Brandwondenpatiënten die beschikken over een inadequate copingstrategie, met een psychiatrische voorgeschiedenis of een uitgesproken neurotische persoonlijkheidsstructuur, en met uitgebreide brandwonden (hand-en gelaatsverbranding) lopen meer kans op posttraumatische stressklachten.

Mensen worden tijdens hun verblijf in het brandwondencentrum vaak geconfronteerd met pijn. Zo zijn er o.a. de veelvuldige (extreem) pijnlijke wondverzorgingen en medische ingrepen die ze moeten ondergaan. Sommige mensen maken zich voortdurend zorgen over (mogelijke) pijn, anderen vertonen een grote gespannenheid (voor en/of tijdens de wondverzorging) en slagen er niet in zich te ontspannen. Hierdoor lopen zij meer risico op een PTSS.

Tevens speelt de (perceptie van) verantwoordelijkheid van het ongeval een bepalende rol in de ontwikkeling van PTSS. Slachtoffers die anderen verantwoordelijk achten voor het ongeval hebben meer moeite met de verwerking omdat ze vaak geconfronteerd worden met intense boosheid en gevoelens van frustratie. Slepende juridische procedures over verantwoordelijkheid en schuld (cfr. Gasexplosie Ghislengien) zijn niet bevorderlijk voor het psychisch welzijn van de patiënt. Mensen die vinden dat zij zelf verantwoordelijk zijn of het ongeval toeschrijven aan het toeval herstellen vaak beter na een trauma.

Ervaring binnen het brandwondencentrum en onderzoekscijfers geven aan dat een goede psychosociale ondersteuning in de acute fase na een ramp noodzakelijk is en dat slachtoffers en hun familie uitgebreid dienen geïnformeerd te worden. Hulpverleners moeten trachten een betrouwbare en voorspelbare omgeving te creëren en een duidelijk aanspreekpunt aanbieden. In de eerste weken na het trauma dient deze vorm van ondersteuning bij voorkeur dagelijks, continu en gecoördineerd te gebeuren.

In de eerste weken na een brandwondentrauma dient er verder geen bijkomende specifieke traumabehandeling ingesteld te worden, gezien een meerderheid zich spontaan zal herpakken. De initiële stressreactie na een trauma is voor velen eigenlijk een 'normale reactie op een 'abnormale' situatie. Het bedacht zijn op aanhoudende problemen is voortdurend van groot belang.

Ook de hulpverleners die actief betrokken zijn op de plaats van de ramp of in de behandeling van het slachtoffer hebben vaak nood aan opvang en ondersteuning en kunnen daarvoor beroep doen op de psycholoog van het brandwondencentrum.

Bij slachtoffers van een trauma met brandwonden als gevolg wordt tussen drie en zes maanden

duidelijk wie waarschijnlijk niet vanzelf zal herstellen. Voor hen is een bijkomende traumabehandeling nodig. (Van Loey N., Reynders C. en Faber A. in Posttraumatische stress-symptomen bij slachtoffers met ernstige brandwonden. Uit ANPI-magazine september 2005, nr.176)

Na een oppuntstelling van de bestaande hulpverlening voor brandwondenpatiënten naar aanleiding van de gasexplosie in Ghislengien op 30 juli 2004 en de eerste resultaten van een lopend onderzoek in Nederlandse en Belgische brandwondencentra naar de psychosociale gevolgen van een brandwondenongeval (uitgevoerd door Mevr. Nancy Van Loey, wetenschappelijk onderzoeker Vereniging Samenwerkende Brandwondencentra Nederland - VSBN) bleek de intensiteit en de duur van de traumagerelateerde stress bij de slachtoffers van Ghislenghien zeer groot te zijn waardoor de nood aan capaciteitsvergroting van de psychosociale ondersteuning in de Belgische brandwondencentra zich opdrong.

Teneinde een meer gestructureerd nazorgtraject te kunnen uitbouwen werd in elk brandwondencentrum van overheidswege een halftijds psycholoog en een halftijds zorgcoördinator extra aangeworven.

Research

In het kader van de psychosociale nazorg lopen er momenteel een aantal studies naar de psychosociale gevolgen van brandwonden bij kinderen. Deze studies worden uitgevoerd door Dhr. Koen Maertens, psycholoog aan de vakgroep Ontwikkelings-en levensloopspsychologie, faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen van de Vrije Universiteit Brussel in samenwerking met de Belgische brandwondencentra.

Zo wordt de impact gemeten van brandwondenkampen op de psychosociale ontwikkeling van het kind en op de beleving van de ouders. In het kader hiervan verschijnt binnenkort een eerste artikel in Journal of Burn Care & Research met als titel 'The underlying motives and experiences of children who participated in burn camps: a qualitative study'. Uit dit onderzoek, in

samenwerking met de National Burn Camps (NBC), komt ondermeer naar voor dat kinderen met brandwonden die meegaan op een brandwondenkamp er vooral op psychologisch vlak baat bij hebben. Zowel de kinderen, hun ouders als de begeleiding geven een verhoogd zelfvertrouwen aan, alsook betere copingvaardigheden, de ontwikkeling van sociale vaardigheden, het aangaan van nieuwe vriendschappen en het gevoel iets te kunnen bereiken in hun leven, als de belangrijkste voordelen van deelname aan een brandwondenkamp.

Een andere lopende studie betreft de impact van thermale kuren op de littekenvorming bij kinderen met brandwonden en beoogt gezins- en kindkenmerken die een invloed kunnen hebben op deze evolutie in kaart te brengen. De littekens van kinderen die meegaan op het thermaal kuurkamp, georganiseerd door de vzw Pinocchio, worden zowel objectief als subjectief geëvalueerd. Een objectieve evaluatie van het litteken gebeurt aan de hand van een chromameter voor de kleur en Dermalab skin testing voor de elasticiteit en de waterdamp doorlaatbaarheid. Een subjectieve evaluatie van het litteken gebeurt via de Patient Observer Scar Assessment Scale (POSAS). De eerste bevindingen wijzen op een globale verbetering van pijn, jeuk, kleur en soepelheid na verloop van tijd (gemeten door de POSAS), meer bepaald 3 en 6 maanden na de thermale kuren in vergelijking met vóór de aanvang van de kuren.

Vervolgens loopt er nog een studie, de verticale follow-up, in samenwerking met het Greet Rouffaer Huis en gesponsord door Ajax Brandbeveiliging België. Hierbij worden kinderen met brandwonden vanaf twee jaar post-burn (tot hun achttien jaar) jaarlijks op medisch, psychologisch en functioneel vlak opgevolgd.

Tijdens een consultatie gebeurt er een evaluatie van het litteken door een arts (zowel esthetisch als functioneel) en een kinesitherapeut (om de functionaliteit en bewegingsmogelijkheden in kaart te brengen). Daarnaast volgt er een gesprek bij een psychotherapeute waarin gepeild wordt naar een aantal psychosociale levensdomeinen bij het kind (met brandwonden) en het gezin. Op voorhand wordt gevraagd een aantal psychologische vragenlijsten in te vullen. Dit laat de onderzoekers toe het ontwikkelingsverloop, zowel op cognitief, sociaal-emotioneel als psychomotorisch vlak, van deze kinderen en adolescenten in kaart te brengen. Na het

samenvoegen van de informatie van de arts, kinesitherapeut en psychotherapeute kan een (vrijblijvend) advies meegegeven worden, zowel voor de kinderen/adolescenten als hun ouders of kunnen ze doorverwezen worden voor gespecialiseerde hulpverlening.

Recentelijk startte de VSBN een prospectief kinderonderzoek waarbij kinderen gedurende 18 maand opgevolgd worden. De belangrijkste focus van deze studie is een beter beeld te krijgen van de gevolgen die brandwonden kunnen hebben op kinderen met brandwonden en hun ouders op het gebied van psychisch functioneren en levenskwaliteit. Deze studie loopt in de Nederlandstalige brandwondencentra in België en Nederland. (Van Loey, 2007. Protocol Kinderonderzoek: Gedragsproblemen en levenskwaliteit bij kinderen met brandwonden)

De toekomst

In september 2006 zijn de psychologen van de Belgische brandwondencentra, gestart met het organiseren van driemaandelijks intervisiemomenten om structurele en inhoudelijke items te bespreken die gerelateerd zijn aan het psychosociale luik van de brandwondenzorg. Zo werken wij aan een meer gestandaardiseerde en gestructureerde aanpak en hopen wij op termijn te kunnen komen tot uniforme guidelines voor de psycho-sociale ondersteuning van kinderen en volwassenen met brandwonden.

Wij hopen dat ook in de toekomst de psycholoog een vaste waarde blijft in het multidisciplinaire team van de brandwondencentra. Mede door een goede communicatie en samenwerking tussen de psychologen van de verschillende centra en door continue zelfevaluatie, streven we naar een betere en uitgebreidere ondersteuning van de brandwondenpatiënt en zijn familie tijdens en na de hospitalisatie, met onder meer het uitbouwen van betere doorverwijsmogelijkheden, het ontwikkelen van een eerste schooldagproject of begeleiding bij de terugkeer naar het werk na het herstel van een arbeidsongeval.

De psychologie en de crisispsychologie in het bijzonder is een jonge wetenschap die nog voortdurend in evolutie is. De psycholoog in het brandwondencentrum staat dus nog voor heel

wat uitdagingen waarbij samenwerking met collega's binnen een multidisciplinair kader, wetenschappelijke studies en het uitwerken van gestructureerde begeleidingsstrategieën belangrijke pijlers vormen.

De psychologen van de Belgische Brandwondencentra:

BWC Antwerpen	Leen Braem
BWC Gent	Anne-Sofie Goemanne
BWC Leuven	Marianne Verhaegen
BWC Loverval	Pascaline Gomez (Laetitia De Wulf)
BWC Luik	Jean-Marc Hougardy
	Virginie Deschamps
BWC NoH	Thibaut Deprez
	Els Vandermeulen
Psycholoog /Wetenschapper VUB	Koen Maertens