

De psychosociale zorg rond het kind met brandwonden

M.E. Mees *

Gedrag in de brede betekenis van het woord speelt een belangrijke rol in het behoud van de gezondheid en in het herstel van ziekte.

Zieke kinderen blijven in de eerste plaats kinderen. Weten wat ze kunnen, waar ze mee bezig zijn op een bepaald moment in hun ontwikkeling en hoe ze omgaan met gezondheid, ziekte en dood vormt de achtergrond van het handelen van het multidisciplinaire team rond het kind met brandwonden. Leeftijd en ontwikkelingsniveau zijn van invloed op de waarnemingen en het begripsvermogen van het kind. Het cognitief vermogen en zijn emotionele aanpassing zijn de beslissende factoren die bepalen in welke mate het de spanningen aan kan tijdens en na de opname in een brandwondencentrum of een ziekenhuis.

De multidisciplinaire benadering van het kind met brandwonden.

Een goede begeleiding van het team van het ziekenhuis naar het kind en het gezin is een basis om de problemen die er na de ziekenhuisperiode komen het hoofd te kunnen bieden. Na het ongeval is het kind plotseling van het ene op het andere moment van een gezond mens, afhankelijk en ziek geworden en heeft geen controle meer over de situatie, zijn lichaamsbeeld is veranderd, het kind kan niet meer spelen en het veilige plekje thuis is er niet meer. Het kind ligt alleen in een box met apparatuur om zich heen. Ieder die binnenkomt is voor hem onherkenbaar door jas, muts en mondmasker. De onbekende en beangstigende omgeving en onherkenbaarheid van de mensen kunnen desoriëntatie tot gevolg hebben. Deze beperkingen, de pijn en de angst voor de pijn resulteren vrij snel in emotionele reacties, zoals: regressie, woede, angst en schuld. Dit uit zich bij kinderen vaak in apathie en in een zich terugtrekken, niet willen eten, nachtmerries, schreeuwen, steeds klagen over pijn en bedplassen. Vaak reageert het kind zich af op de ouders en is een goede begeleiding van de ouders noodzakelijk. De verpleging, de arts, de fysiotherapeut, de ergotherapeut, de pedagogisch medewerkster, de ziekenhuisschool, de psycholoog en de maatschappelijk werker zijn op de hoogte van het stadium waarin het kind en het gezin zich bevindt. Door regelmatig overleg kan de ene discipline de andere aanvullen. De coördinator is meestal een psycholoog of orthopedagoog.

Acute interventie en behandeling.

Casus.

Hans is 8 jaar, zit in groep 6, heeft een zus van 14 en een broer van 12. Hij raakte verbrand toen hij samen met zijn broer en een vriendje met vuur en spiritus aan het spelen was. Zijn T-shirt raakte in brand en hij rende in paniek weg. Zijn broer kon uiteindelijk de vlammen doven. Het ongeval speelde zich tegen de avond af en een paar uur later kwam Hans met zijn ouders aan bij het Brandwondencentrum. Hans was voor 48% verbrand. Drie weken lag hij aan de beademing op de intensive care afdeling. Hij verbleef 4 maanden in het Brandwondencentrum.

Aan de hand van deze casus worden een aantal belangrijke momenten tijdens de opname, de behandeling en de nazorg van Hans genoemd.

De eerste opvang en de begeleiding van de ouders tijdens de opname.

Een goed verloop van het eerste contact met de ouders is belangrijk. Tijdens die periode wordt de basis gelegd voor het vertrouwen naar het multidisciplinaire team.

Uit de praktijk blijkt dat ieder nieuw woord dat toegevoegd wordt aan de informatie aan de ouders betreffende de toestand van het patiëntje de ouders in verwarring kan brengen.

De ouders zijn zeker in het begin angstig en onzeker en nemen vaak de helft van de informatie op. Het is dus belangrijk dat er namens het team zich één persoon tot de ouders richt gedurende de eerste paar dagen.



Emoties bij de ouders.

Een schokkende gebeurtenis roept een reactie van intense machteloosheid bij de meeste ouders op en een acute ontwrichting van hun leven. Naarmate de ervaring heftiger emoties oproept en naarmate deze emoties langer duren kan er sprake zijn van traumatisering. De ouders van Hans reageerden in eerste instantie met een machteloosheid. Daarbij kwam de angst voor de dood van Hans.

De moeder van Hans was gewend om met hulpverleners te praten en probeerde haar gevoelens te uiten. De vader van Hans had veel woede naar de jongen die het vuur had aangestoken en zijn twee zoons erbij gehaald had. Na twee weken zocht hij contact met het bureau slachtofferhulp. Het feit dat hij zich daar begrepen voelde en dat zij hem steunden had veel effect op het verdere verloop van de behandeling van de ouders.

De broer van Hans, die tijdens het ongeval aanwezig was, had schuldgevoelens en was de eerste dagen nog verward.

Wij stimuleerden hem een dagboek voor zijn broertje te maken. Dit dagboek werd later erg belangrijk voor Hans.

Naast de wekelijkse gesprekken met de ouders waren er ook een aantal gezinsgesprekken waarin duidelijk werd dat iedereen verdriet en angst om Hans had, maar dat eigenlijk niemand wist hoe ze dat naar elkaar toe moesten uiten.

Het gezin had nooit geleerd steun aan elkaar te vragen.

Het is belangrijk naar de psychische gezondheid van alle gezinsleden te kijken voorafgaand aan het trauma. Zijn er eerdere traumatiseringen geweest, in welke ontwikkelingsfasen zitten de kinderen en zijn er andere bronnen van stress.

De zorg om Hans.

Tijdens de periode dat Hans aan de beademing lag, werd hij twee keer geopereerd. Na 3 weken kwam hij van de beademing af, waar-

na iedere informatie hem stapsgewijs werd meegedeeld. Hoewel hij vanzelfsprekend nog nauwelijks kon praten, doordat hij beademd was, was het belangrijk dat hij de vragen stelde. Passend bij zijn emoties. Uit de praktijk blijkt dat ouders geneigd zijn hun emoties en gevoelens met het kind te delen.

Het kind heeft zijn eigen gevoelens. Als de tijd daarvoor rijp is brengt het kind zelf de gevoelens, in wat voor vorm dan ook, naar voren.

Hoewel het vertrouwen bij Hans naar de verpleging groeide nam de angst voor de pijn steeds meer toe.

Hans reageerde met regressie in zijn gedrag en met nachtmerries waarin het ongeluk terug kwam. De psycholoog overlegde met de kinderpsychiater van het RIAGG. Hans had een wekelijks contact nodig met een kinderpsychotherapeut. Samen met de pedagogisch medewerkster werd zowel in spelvorm als in tekeningen het ongeluk verwerkt.

De confrontatie met zijn eigen wonden werd zorgvuldig voorbereid. Tijdens de verzorging van de wonden kon hij stapsgewijs zelf zijn wonden zien.

Pijn en angst

Kinderen in verschillende fasen van de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling verschillen van elkaar in de wijze waarop zij pijn ervaren en hanteren. Peuters en kleuters in de pre-operationele fase van de denkontwikkeling zijn overeenkomstig hun egocentrisch, magisch denken soms geneigd pijn te zien als straf voor eigen fouten. Wat oudere kinderen begrijpen waarom ze pijn hebben en er is een gesprek op basis van vertrouwen tussen de verpleegkundige en het kind mogelijk. Over het algemeen is de verpleging zeer intens betrokken bij de wondverzorging. Zij doen er alles aan om het kind af te leiden. Daarnaast kunnen imaginaire strategieën en hypnose in pijnsituaties gebruikt worden. Men probeert dan een dissociatie van de aandacht teweeg te brengen, waarbij de aandacht wordt gericht op stimuli, beelden en/of gedachten die geen verband houden met de bron van pijn. Wat moet het soms moeilijk voor de verpleging zijn om maanden lang, dag in dag uit, steeds het kind met pijn te confronteren. Verpleegkundigen baseren zich voor de evaluatie van de behoefte aan pijnstilling op beperkte steekproef observaties van het kind. Systematische observatie en/of meting van de pijn zou de arts meer objectieve informatie kunnen leveren.

Emoties van het kind tijdens een ziekenhuisopname.

Heimwee. Dat is iets waar iedere ouder en iedere hulpverlener mee geconfronteerd wordt. Meestal wordt dit gevoel in de loop van de tijd minder. Met name bij dat kind waarbij de ouder iedere dag op bezoek komt. Vaak keert het kind de boosheid naar zijn ouders. Ook Hans was boos omdat hij zo lang in het ziekenhuis moest blijven en veel dingen zelf niet meer kon doen. Hoe moeten we handelen met kinderen die vijandig en agressief zijn? In eerste instantie is een goede uitleg naar de ouders noodzakelijk.

In geen geval mag agressie van het kind beantwoord worden met tegen-agressie. De reactie van het kind zou dan een voortzetting van het slechte gedrag of een zich helemaal terugtrekken kunnen zijn. Streng optreden mag. Het kind moet zich zelf onder controle weten te houden. Hans wilde niet eten, omdat hij geen pijn meer kon verdragen. Op initiatief van de psycholoog werd er samen met het team een gedragstherapeutisch programma opgesteld. Hans kreeg weer moed en zijn eetgedrag veranderde. Een rollenspel waarin dokters en verpleegkundigen voorkomen kan goed helpen als er eenmaal vijandigheid is opgewekt.

Nazorg

En dan weer terug naar huis. De moeilijkste stap. De ouders missen de steun en veiligheid van het ziekenhuis. Een goede wijkverpleging, contact met de huisarts, fysiotherapie, contact met de school, een eventuele verwijzing naar maatschappelijk werk of RIAGG is heel belangrijk voordat het kind weer naar huis gaat. Vaak wordt er in het begin nog een beroep op het Brandwondencentrum gedaan. Na de ziekenhuisopname zijn er vele problemen te overwinnen.

Zodra het enigszins mogelijk is moet het kind zo snel mogelijk weer naar school. Het kind en ook de ouders moeten als het ware geen angst opbouwen om terug te keren in de maatschappij. Tijdens het verblijf van Hans in het ziekenhuis is er voortdurend contact met school geweest. Dagelijks kwam de ziekenhuis onderwijzer. Samen met zijn vader werd er een tijdje voordat Hans met ontslag ging een video-opname gemaakt, zodat de klas wist waar Hans nu al die tijd geweest was en hoe hij er uit zag. Uit verschillende studies blijkt dat het aardig goed gaat met kinderen na een opname in het ziekenhuis of brandwondencentrum, zowel sociaal als psychologisch. Ook de onderwijzers bevestigen het vaak. Het zijn de ouders van de kinderen die vaak problemen

hebben met het accepteren van de littekens en soms niet weten hoe ze het kind adequaat pedagogisch moeten opvangen. Oudergroepen zijn zeker gedurende het eerste jaar na de opname voor de ouders een goede steun. Ook worden er kampen georganiseerd voor kinderen van 8 tot 12 jaar en van 12 tot 16 jaar. Als de kinderen zich bewust worden van hun handicap, vanaf ongeveer 8 jaar, komt er een nieuwe periode. Hoe beweeg ik me in de maatschappij. Deze belangrijke periode heeft meer kans van slagen als de ouders het brandwondenkind op dezelfde wijze hebben opgevoed als hun andere kinderen.

* Drs. Mieke Mees, Psychologe N.V.O. Werkzaam op de afdeling Psychologie en het Brandwondencentrum van het Zuiderziekenhuis te Rotterdam.

Literatuur:

1. Hart O van de. Trauma, dissociatie en hypnose. Swets & Zeitlinger 1994.
2. Meyer WJ. Parental well being and behavioral adjustment of pediatric survivors of burns. *Journal of burn care & Rehabilitation*. 1994;15;1:62-64.
3. Holaday M, Blakeney P. A comparison of psychological functioning in children and adolescents with severe burns on the Rohrschach and the Child Behaviour Checklist. *Journal of Burn Care & Rehabilitation* 1994;15;5:412-415.
4. Jenkins HML. A survey of pediatric Discharge Educational Programs in North American Burn Units. *Journal of Burn Care & Rehabilitation* 1991; 12;3:243-248.
5. Kavanagh RN. Learned Helplessness and the Pediatric Burn. *Advances in Pediatrics* 1991:335-362.
6. Tarnowski K. Behavioral Aspects of Pediatric Burns. *Issues in Clinical Child Psychology* 1994.
7. Broeck N van. Behandeling van zieke kinderen. Bohn Stafleu van Loghem 1993.
8. Meyer WJ, Blakeney P. Parental well-being and behavioral adjustment of pediatric survivors of burns. *Journal of Burn Care & Rehabilitation* 1994; 15;1:62-66.
9. Hinderink EMC. Psychologische gevolgen en begeleiding van brandwonden bij kinderen. *Cursus Brandwonden en Kinderen*. Beverwijk 1993.
10. The burn is the beginning: A positive team approach to therapy and rehabilitation. *Journal of Burn Care & Rehabilitation* 1991;4:284-287.
11. Gilboa D. A team workmodel in a burn unit with the integration of a clinical psychologist. *Burns* 1994; 10:210-213.