

PSYCHOSOCIALE GEVOLGEN VAN BRANDWONDEN

N. van Loey*

Wat komt er in uw gedachten als u denkt aan brandwonden? De meeste mensen zullen denken aan pijn en littekens. Dat zijn ook de meest in het oog springende – zichtbare – gevolgen van brandwonden. Brandwonden oplopen heeft echter ook ingrijpende – onzichtbare – gevolgen die voor een deel van de mensen met brandwonden een grote invloed hebben op hun leven. Wat maakt het oplopen van brandwonden zo ingrijpend? Wat zijn de gevolgen op het psychosociale gebied? En wat is de rol van de verpleegkundige in deze problematiek? Daarover gaat deze bijdrage.

Historisch gezien is de aandacht voor psychosociale problemen na het oplopen van brandwonden een 'jong' onderzoeksgebied. Hoewel de eerste psychologische gevolgen van brandwonden beschreven zijn in 1942, na een grote discotheekbrand in Boston, kwam het onderzoek pas echt op gang in de jaren zeventig van de vorige eeuw. Dat is ook niet verwonderlijk, omdat voor die tijd de overlevingskansen gering waren. Om een voorbeeld te geven, rond 1950 overleefde slechts de helft van de mensen met 40% brandwonden (uitgedrukt in totaal verbrand lichaamsoppervlak). Tegenwoordig kan een gezonde volwassene met 80% brandwonden het ongeval overleven.

Met de toegenomen overlevingskansen komen er meer mensen die met de gevolgen van de brandwonden moeten leven. Daarom wordt kwaliteit van leven, waarbij ook de psychische gezondheid een belangrijke plaats inneemt, steeds belangrijker. De psychosociale gevolgen omvatten een breed spectrum van problemen. De meest voorkomende zijn angst, depressie en sociale problemen. Daarop richten we ons in deze tekst. Voor een vollediger overzicht verwijzen we naar Van Loey en Van Son (2003).

PROBLEMEN TIJDENS DE OPNAME IN HET ZIEKENHUIS

Posttraumatische stress symptomen

Een eerste factor die het psychisch evenwicht kan verstoren is het meemaken van een (levensbedreigend) ongeval. Het plotse en onvoorspelbare karakter van een ongeval waarbij

de lichamelijke integriteit wordt geschonden is voor veel mensen ingrijpend en kan gepaard gaan met gevoelens van angst, afschuw en hulpeloosheid. Verwerkingsreacties die daarop vaak volgen zijn: 1) frequente herbelevingen van het ongeval, bijvoorbeeld in de vorm van flashbacks en nachtmerries; 2) het vermijden van situaties, gesprekken of mensen die aan het ongeval doen denken en 3) een verhoogde prikkelbaarheid die zich kan uiten in slaapproblemen, moeite met concentreren, woede-uitbarstingen en overdreven waakzaamheid. Dit zijn normale reacties op een buitengewone ervaring. Als ze langer dan een maand aanhouden en hinder geven in alledaagse bezigheden, spreken we van een posttraumatische stress stoornis (APA, 2001). Ongeveer een kwart van de mensen met brandwonden kampt met ernstige posttraumatische stress symptomen.

Het is belangrijk dat verpleegkundigen zich bewust zijn van deze symptomen. Bijvoorbeeld de verhoogde prikkelbaarheid van de patiënt kan zich laten voelen in het contact met de verpleegkundige. Het is belangrijk deze gedragingen van de patiënt te kunnen plaatsen. Ook kan de verpleegkundige een belangrijke rol spelen in het signaleren van deze problemen naar de psycholoog. Bovendien is een samenhang aangevoeld tussen acute stresssymptomen en pijn: mensen die last hebben van acute stresssymptomen geven aan meer pijn te ervaren (Taal en Faber, 1997).

(Langdurige) pijn

Een tweede factor die aanleiding kan geven tot (langdurige) psychosociale problemen is de psychisch belastende behandeling. Ernstige brandwonden gaan gepaard met een pijnlijke en langdurige ziekenhuisopname. De dagelijks terugkerende wondverzorgingen kunnen een ware 'marteling' zijn. Ook de veelvuldige huidtransplantaties die worden ondergaan, vergen heel wat van iemands draagkracht. En niet te vergeten speelt dit zich af in een afgeschermd omgeving met beperkte bezoeksregeling.

Omgaan met pijn is dus dagelijkse realiteit. Pijn heeft allerlei ongewenste gevolgen op het lichamelijke gebied, zoals bijvoorbeeld een vertraagde wondgenezing en een verhoogd metabolisme. Daarnaast komen er steeds meer aanwijzingen dat pijn ook lange termijn gevolgen heeft. Ongeveer 50% houdt langdurige pijnklachten na het oplopen van brandwonden (Dauber e.a., 2002). Ook bleek dat angst voor de pijnlijke procedures tijdens de ziekenhuisopname kan bijdragen aan langdurige posttraumatische stress problemen tot een jaar na het ongeval (Van Loey e.a., 2003).

De relatie tussen pijn en posttraumatische stress kan mogelijk verklaard worden door de theorie die stelt dat posttraumatische stress kan ontstaan wanneer mensen geconfronteerd worden met een situatie die niet onvoorspelbaar noch oncontroleerbaar was (Foa e.a., 1992). Met andere woorden, mensen gaan ervan uit dat ze hun leven redelijk zelf in de hand hebben. Als je 's morgens

naar je werk gaat, dan verwacht je 's avonds weer veilig thuis te komen. Een ongeval kan deze assumpties schenden waarbij mensen het gevoel hebben geen controle meer te hebben. In het geval van een brandwondenongeval komt daarbovenop de pijnlijke behandeling die soortgelijke componenten heeft. Voorbeelden van oncontroleerbare factoren zijn het moeten ondergaan van verbandwisselingen waarbij de verpleegkundige het proces leidt en niet de patiënt zelf (omdat hij daar niet toe in staat is). Of twee verpleegkundigen die op hetzelfde moment aan twee verschillende (pijnlijke) ledematen verbanden verwijderen. Onvoorspelbare factoren zijn vastzittende verbanden na bijvoorbeeld een operatie, die weer extra pijn veroorzaken. Het is daarom belangrijk de situatie voor de patiënt zo controleerbaar en voorspelbaar mogelijk te maken. Dat kan door bijvoorbeeld de patiënt zo veel mogelijk zelf verbanden te laten verwijderen (als de patiënt dit wenst!), maar ook door goede communicatie (verpleegkundige geeft informatie over wat ze doet en patiënt kan aangeven wanneer ze/hij moet stoppen), betrouwbaarheid (ook werkelijk doen wat je zegt) en technische deskundigheid.

Maar omdat er geen twee patiënten hetzelfde zijn, is het misschien nog belangrijker goed naar de patiënt te kijken en luisteren. Want wat werkt voor de ene is desastreuus voor de ander. Sommigen zijn gebaat bij veel informatie terwijl anderen liever afgeleid worden. Tegenwoordig wordt er steeds meer geïnvesteerd in niet-farmacologische pijninterventies (de Jong e.a. 2007). Deze interventies zijn merendeels gebaseerd op afleiding van pijn waardoor deze minder intens beleefd wordt. Maar ook hier is het een gegeven dat niet iedereen baat heeft bij afleiding en dat het zelfs tot meer pijn kan leiden bij deze mensen. Met andere woorden, verpleegkundige zorg blijft maatwerk, en dat geldt niet alleen voor de behandeling van pijn.

De rol van de verpleegkundige ten aanzien van pijn is groot. Verpleegkundigen staan het dichtst

bij de patiënt en kunnen hierin veel voor de patiënt betekenen. Een eerste vereiste om inzicht te krijgen in de pijn van de patiënt is pijn te meten door middel van zelfrapportage van de patiënt. Het is in verschillende onderzoeken aangetoond dat verpleegkundigen niet in staat zijn pijn in te schatten (Choinière e.a. 1990). Dat is niet zo verwonderlijk omdat ook psychische processen pijnbeleving beïnvloeden. Gezien de lange termijn negatieve gevolgen van pijn, zou pijnmeting beschouwd moeten worden als even belangrijk als de vitale parameters en dus ook meermaal daags structureel gemeten moeten worden.

Symptomen van depressie

Behalve angstproblemen, waartoe de posttraumatische stress stoornis hoort, kampt ongeveer 50% van de mensen, opgenomen in een brandwondencentrum, met matig tot ernstige symptomen van depressie (Wiechman e.a., 2001). Deze duren vaak voort tot na lang na ontslag. Er is een aanzienlijke samenhang tussen depressie en posttraumatische stress, en daarmee kunnen bovengenoemde uitlokkers van angstproblemen ook leiden tot depressie. Symptomen van depressie kunnen ook uitgelokt worden door rouw. Rouw over mensen die zijn omgekomen tijdens de brand, rouw om de verwoesting van persoonlijke bezittingen (denk aan een huisbrand) en rouw om het verlies van een ongeschonden huid. Ernstige littekens leiden niet alleen tot verlies van schoonheid, maar kunnen ook betekenen dat iemand moeten leven met functiebeperkingen. Geamputeerde vingers of bewegingsbeperking ter hoogte van gewrichten leiden tot functieverlies. Rouwen kost tijd, en vergt soms professionele begeleiding om het in goede banen te leiden. Symptomen van depressie, die veelvuldig voorkomen, hebben ook weer invloed op de pijnbeleving. Wederom is aangetoond dat depressieve klachten samenhangen met meer pijn. Ze verdienen dan ook de nodige aandacht van hulpverleners tijdens opname in het ziekenhuis.

PROBLEMEN NA ONTSLAG UIT HET ZIEKENHUIS

Naast de eerder aangehaalde problemen van angst en depressie die niet per definitie ophouden bij ontslag uit het ziekenhuis, of ontstaan na ontslag, kunnen er moeilijkheden zijn die te maken hebben met de terugkeer naar het dagelijkse leven met een beschadigde huid. Dat heeft niet alleen invloed op de persoon zelf, maar ook op zijn of haar omgeving.

Ondanks alle mediaaandacht over de maakbaarheid van het lichaam, dient gezegd dat tot op de dag van vandaag diepe brandwonden leiden tot levenslange littekens. Leven met littekens in een westerse maatschappij die veel waarde hecht aan schoonheid, kan een ware 'uitdaging' zijn. Een groep die onmiddellijk met reacties van de buitenwereld wordt geconfronteerd zijn de mensen met zichtbare littekens in het gelaat. Ze worden geconfronteerd met ongevraagde opmerkingen, indringende vragen over hun uiterlijk, spot en zelfs scheldwoorden. Ondanks deze harde reacties van de buitenwereld, zijn er aanwijzingen dat mensen met zichtbare littekens niet meer psychosociale problemen ontwikkelen dan mensen met littekens die bedekt kunnen worden met kleding (Brown e.a. 2009). Dat is opvallend omdat vaak het tegendeel aangenomen wordt. Een mogelijke verklaring is dat deze groep gedwongen wordt openlijk met de littekens aan het maatschappelijke leven deel te nemen, er is geen keuze. Daarentegen is bekend dat mensen die de littekens kunnen verstoppen onder kleding, dat vaak doen en bepaalde locaties vermijden, zoals bijvoorbeeld het zwembad, of zomer en winter met lange mouwen hun littekens bedekken.

Zelfbeeld en lichaamsbeeld zijn belangrijke concepten die hierin een rol spelen. Uit (nog niet gepubliceerd) onderzoek komt naar voren dat jonge mensen, vrouwen, mensen met ernstige brandwonden een lager zelfbeeld hebben na een brandwondenongeval en meer kans hebben depressieve symptomen te ontwikke-

len. Ook mensen die het uiterlijk belangrijk vinden lopen het risico met verloop van tijd een negatiever lichaamsbeeld te ontwikkelen (Thombs e.a., 2008).

Eén van de taken van verpleegkundigen is de voorbereiding naar ontslag. Aandachtspunten hierbij zijn de eventuele partner mee in de voorbereiding te laten participeren, realistische informatie te geven en uiterst zorgvuldig om te gaan met uitspraken over het uiterlijk. Belangrijk te vermelden is dat in Nederland een groepstherapie bestaat die mensen helpt met acceptatie van littekens en het beter omgaan met reacties van de buitenwereld (Aler en Van Loey, in press). Meer informatie daarover kan verkregen worden bij de Nederlandse Brandwonden Stichting.

CONCLUSIE

Tijdens het verblijf in het ziekenhuis spelen psychologische problemen, zoals angst en depressie, een belangrijke rol. De verwerking van het trauma en het hoofd bieden aan het stresserende en pijnlijke behandeltraject staan op de voorgrond. Angst, onder andere posttraumatische stress klachten, en depressie zijn veel geziene problemen in de acute fase. Na ontslag uit het ziekenhuis komen daarbij ook de sociale problemen aan het licht. Hoe zelf om te gaan met een veranderd uiterlijk en hoe om te gaan met reacties van de buitenwereld op een geschonden uiterlijk komen aan de orde.

Psychosociale problemen tijdens en na de ziekenhuisopname hangen samen met lichamelijke problemen. Pijn en psychische problemen zoals angst en depressie zijn sterk met elkaar verweven, maar ook de littekens (of beter reacties op littekens) kunnen weer aanleiding vormen tot psychische problemen. Bovendien is nog niet duidelijk wat precies wat beïnvloedt. Zo is ook aangetoond dat patiënten met acute stresssymptomen na ontslag meer last hebben van jeuk (Van Loey e.a., 2008). Er is nog veel onderzoek nodig naar verklarende mechanismen voor pijn en jeukklachten in relatie tot psychische

problemen.

Verpleegkundigen zijn in de eerste plaats sterk op de somatische zorg gericht, niet in de laatste plaats omdat deze uitermate belangrijk en omvangrijk is in het geval van uitgebreid brandwondenletsel. Echter, gezien de verwevenheid met psychische klachten die een lange termijn verloop laten zien is aandacht voor de psychische reacties belangrijk voor goede zorg en nazorg.

***Nancy van Loey, Programmaleider psychosociaal onderzoek, Vereniging Samenwerkende Brandwondencentra Nederland (VSBN)**

LITERATUUR

- Aler B en Van Loey N. 'Verder met littekens', een groepstherapie voor mensen met een gemutileerd uiterlijk. Tijdschrift voor seksuologie In press.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition Text Revision 2001. Washington DC.
- Brown BC, Moss TP, McGrouther DA, Bayat A. Skin scar pre-conceptions must be challenged: importance of self-perceptions in skin scarring. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* 2009 (in press).
- Choinière M, Melzack R, Girard N, Rondeau J, Paquin MJ. Comparison between patients' and nurses' assessment of pain and medication efficacy in severe burn injuries. *Pain* 1990; 40: 143-152.
- Dauber A, Osgood PF, Breslau AJ, Vernon HL, Carr DB. Chronic persistent pain after severe burns: a survey of 358 burn survivors. *Pain Medicine* 2002; 3: 6-17.
- De Jong AE, Middelkoop E, Faber AW, Van Loey NE. Non-pharmacological nursing interventions for procedural pain relief in adults with burns: a systematic literature review. *Burns* 2007; 33: 811-27.
- Foa EB, Zinbarg R, Rothbaum BO. Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: an animal model. *Psychological Bulletin* 1992; 112:218-238.
- Taal LA, Faber AW. Post-traumatic stress, pain and anxiety in adult burn victims. *Burns* 1997; 23: 545-549.
- Thombs BD, Notes LD, Lawrence JW, Magyar-Russell G, Bresnick MG, Fauerbach JA. From survival to socialization: a longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury. *Journal of Psychosomatic Research* 2008; 64:205-212.
- Van Loey NE en Van Son MJ. Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management. *American Journal of Clinical Dermatology* 2003; 4: 245-272.
- Van Loey NE, Maas CM, Faber AW, Taal LA. Predictors of chronic posttraumatic stress symptoms following burn injury: results of a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress* 2003;16: 361-367.
- Van Loey NE, Bremer M, Faber AW, Middelkoop E, Nieuwenhuis MK. Itching following burns: epidemiology and predictors. *British Journal of Dermatology* 2008; 158: 95-100.
- Wiechman SA, Ptacek JT, Patterson DR, Gibran NS, Engrav LE, Heimbach DM. Rates, trends, and severity of depression after burn injuries. *Journal of Burn Care and Rehabilitation* 2001; 22: 417-424.