



# Brandwonden bij kinderen: de impact op het gezin

M. Egberts, N. van Loey\*

**Een brandwondenongeval bij een kind is een ingrijpende gebeurtenis voor het hele gezin. Niet alleen het ongeluk waardoor het kind brandwonden oploopt is schokkend, maar ook de periode daarna gaat voor een groot deel van de gezinnen gepaard met veel zorgen. De wonden van het kind worden dagelijks verschoond, iets dat door veel kinderen als pijnlijk wordt ervaren. Ouders zien de pijn en angst bij hun kind en maken zich vaak zorgen over de medische toestand van hun zoon of dochter. Eventuele huidtransplantaties kunnen extra stress met zich mee brengen. Ook gevoelens van schuld of boosheid bij ouders zijn vaak voorkomend.**

Het is niet verwonderlijk dat reacties, zoals posttraumatische stress, depressie of angst voor kortere of langere tijd optreden. In de literatuur zijn vier algemene trajecten van psychologische reacties bij ouders en kinderen beschreven (1). De inhoud van deze reacties zal later in dit artikel worden uitgelicht. De meeste gezinnen vertonen het 'veerkracht' traject: zij ervaren enkele symptomen van bijvoorbeeld posttraumatische stress, depressie of angst vlak na het ongeval, die echter snel weer terug zijn op het niveau van de periode voor het ongeval. Een kleinere groep gezinnen volgt het 'herstel' traject, waarbij de symptomen wat langer aanhouden, maar uiteindelijk ook weer verdwijnen. Een kleine groep ouders en kinderen valt binnen de 'chronische' of 'escalerende' trajecten; deze gezinnen houden tot lange tijd na het ongeval last van psychische symptomen.

In dit artikel zal eerst het belang van de manier waarop de gezinsleden het ongeval en de opname beleven besproken worden. Daarna worden voorbeelden gegeven van psychologische reacties die kinderen en ouders kunnen vertonen en welke gevolgen dit heeft voor het gezin. Er wordt afgesloten met implicaties voor de beroepspraktijk.

## Beleving ongeval en opname in brandwondencentrum

Bij zowel kinderen als ouders is het belangrijk hoe zij het ongeval en de opname beleven. Het gaat hier specifiek om de subjectieve beoordeling en reactie tijdens deze periodes, bijvoorbeeld over de ernst van de medische toestand. Hulpverleners kunnen een andere beleving hebben dan ouders of kinderen. Essentiële onderdelen van deze subjectieve beoordeling en reactie zijn bijvoorbeeld pijn en angst bij kinderen en inschatting van levensgevaar en schuldgevoelens bij ouders. Dit zijn tevens belangrijke risicofactoren voor (latere) psychische problemen bij kinderen en ouders.

Wat betreft pijn kan een onderscheid gemaakt worden in achtergrond- en procedurele pijn. Achtergrondpijn is de pijn in rust, terwijl procedurele pijn gaat om pijn bij aanraking van het verbrande lichaamsdeel, zoals wondverzorging of fysiotherapie. Procedurele pijn is lastig volledig onder controle te krijgen en kan ernstig zijn (2). Daarnaast kunnen kinderen angst voor pijn ontwikkelen, wat vervolgens de pijn weer kan verergeren. Andere angsten zijn bijvoorbeeld angst voor medische procedures of zaken die met de oorzaak van de brandwond te maken hebben (zoals heet water). Bij jonge kinderen is ook vaak sprake van scheidingsangst; zij vinden het moeilijk afscheid van hun ouder(s) te nemen en zijn bang om alleen gelaten te worden. Deze angst kan bijdragen aan latere posttraumatische stressreacties (3).

*Ook emoties die met de brandwonden te maken hebben, zoals schuldgevoelens, zijn belangrijk*

Een deel van de ouders heeft op enig moment de gedachte dat hun kind het brandwondenongeval niet zal overleven. Deze gedachte is een belangrijke voorspeller voor psychische symptomen op de langere termijn bij ouders (4,5). Ook emoties die met de brandwonden te maken hebben, zoals schuldgevoelens, zijn belangrijk. Niet alle ouders ervaren schuldgevoelens, maar deze gevoelens komen in de acute fase wel vaak voor (4). Uit ons (onpubliceerde) onderzoek blijkt dat een jaar na het ongeval nog 64 % van de moeders en 44 % van de vaders van jonge kinderen (0 - 4 jaar) last heeft van enige mate van schuldgevoelens. Voor ouders van oudere kinderen (8 - 18 jaar) geldt dit voor 34 % van de moeders en 31 % van de vaders. Schuldgevoelens lijken dus vaker voor te komen bij ouders van jonge kinderen. In een nog lopend onderzoek, waarbij ouders

worden geïnterviewd, verwoordt een moeder haar schuldgevoelens als volgt: '..., het is er gewoon. En het is voor een deel ook waar, niet dat ik schuld heb, maar wel dat ik erbij stond en ik heb die beker niet ver genoeg op het aanrecht gezet hè. Het is gewoon ontzettend stom, ontzettend stom wat er gebeurd is. En natuurlijk kan het iedereen gebeuren en natuurlijk doe je het niet met opzet, enzovoort. Maar ja, het is wel stom, dat ik kokend water op de rand van een aanrecht zet.'

### Psychologische reacties: kinderen

De schokkende aard van het brandwondenongeval en de opname in het brandwondencentrum kunnen ervoor zorgen dat kinderen posttraumatische stress symptomen ontwikkelen. De klachten die hierbij centraal staan zijn herbelevingen (ook wel intrusies genoemd), vermijding en prikkelbaarheid. Kinderen hebben bijvoorbeeld beelden van het ongeluk die plotseling weer opkomen. Bij jonge kinderen is dit soms terug te zien in hun spel, bijvoorbeeld in het naspelen van het ongeluk. Bij vermijding gaat het bijvoorbeeld om het uit de weg gaan van zaken die met het ongeluk te maken hebben, zoals heet water, de waterkoker of vuur. Een verhoogde prikkelbaarheid kan zich uiten in schrikachtigheid, plotselinge woede-uitbarstingen of concentratie- en slaapproblemen. In de fase vlak na het ongeval zijn enige van deze klachten vaak kortdurend aanwezig; dit is een gebruikelijke reactie. Het grootste gedeelte van de kinderen vertoont het eerder beschreven 'veerkracht' traject: de verhoogde klachten verdwijnen binnen een paar maanden. Bij een klein gedeelte van de kinderen ( $\pm 10\%$ ) lijken de klachten zich op de lange termijn echter te ontwikkelen tot een posttraumatische stress stoornis (6).

Naast symptomen van posttraumatische stress kunnen kinderen ook meer algemene gedragsproblemen vertonen na het oplopen van brandwonden. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden in internaliserende en externaliserende problemen. Internaliserende problemen zijn meer naar binnen gericht, zoals stil of teruggetrokken gedrag. Externaliserende problemen zijn meer naar buiten gericht, zoals agressief of opstandig gedrag. Onderzoek heeft aangetoond dat kinderen verhoogde niveaus van beide typen problemen vertonen in de acute fase (om en nabij de eerste maand) (7,8). Als de groep van kinderen met brandwonden echter een jaar na het ongeval vergeleken wordt met een normgroep van leeftijdgenoten, verschillen deze groepen niet van elkaar op het gebied van gedragsproblemen (9,10).

### Psychologische reacties: ouders

Ook ouders kunnen posttraumatische stresssymptomen ontwikkelen na een brandwondenongeval bij hun kind. Uit Nederlands onderzoek is bekend dat ongeveer 50 % van de

moeders en 27 % van de vaders in de eerste maand na het ongeval traumatische stressreacties in de klinische range rapporteert. Anderhalf jaar na het ongeval is dit percentage gedaald naar 18 % van de moeders en 6 % van de vaders (4). Herbelevingen kunnen komen in de vorm van beelden, zoals bij deze moeder: 'Dat iedereen eigenlijk van links naar rechts rende om dingetjes te zoeken om het te kunnen doven. Het was in één keer een chaos, echt een drama. En onder de douche, die beelden kan ik ook niet vergeten. Dat echt al zijn vellen eraf vielen, dat hij echt aan het schreeuwen en huilen was. Die pijn die hij had, die kan ik niet vergeten'. Herbelevingen kunnen ook bestaan uit geluiden die weer terugkomen: '...maar vooral dat gegil. Iedere keer als ik daar wegga en ze met die verbandwissing bezig zijn dan hoor ik die gil, constant.'

Andere vaak voorkomende psychische klachten bij ouders zijn symptomen van depressie. Hieronder vallen bijvoorbeeld een sombere stemming, vermoeidheid, en spanning. Onderzoek heeft aangetoond dat ongeveer 30 % van de moeders op enig moment na het ongeval depressieve symptomen in de klinische range ervaart (11, 12). Er is geen onderzoek gedaan naar deze symptomen bij vaders.

*Herbelevingen kunnen komen in de vorm van beelden, zoals bij deze moeder: 'Dat iedereen eigenlijk van links naar rechts rende om dingetjes te zoeken om het te kunnen doven...'*

De impact van het brandwondenongeval en de opname in het brandwondencentrum is niet alleen te zien in psychische klachten die een deel van de ouders ontwikkelt. Het uit zich ook in het zich zorgen maken over het kind. Ouders hebben bijvoorbeeld zorgen over de ontwikkeling van littekens, emotionele problemen bij het kind of maken zich zorgen dat hun kind te maken zal krijgen met vervelende reacties uit de omgeving (9).

### Gevolgen voor het gezin

Ouderlijke posttraumatische stresssymptomen kunnen ervoor zorgen dat ouders overbeschermend opvoedgedrag vertonen. Ook is het mogelijk dat ouders door hun eigen problemen minder gevoelig worden voor de signalen van het kind en daardoor minder sensitief op het kind kunnen reageren (13). Daarnaast kunnen ouderlijke posttraumatische stresssymptomen de observatie van het kind kleuren. Het lijkt erop dat ouders van kinderen met brandwonden die zelf meer posttraumatische stresssymptomen ervaren, ook meer problemen bij hun kind zien, terwijl hun kind deze zelf niet rapporteert (10). Ook kan het zijn dat ouders

en kinderen het moeilijk vinden binnen het gezin het onderwerp brandwonden te bespreken. Gesprekken over het ongeval, de opname en littekens worden dan, soms onbewust, vermeden. Deze vermijdingspatronen kunnen binnen een gezin blijven bestaan en adequate verwerking belemmeren.

### Conclusie en implicaties

Het grootste deel van de gezinnen is weerbaar en slaat zich zonder langdurige problemen door een stressvolle periode heen. Dat psychologische klachten in de beginperiode vaak voorkomen, lijkt een normale reactie na deze schokkende gebeurtenis. De meeste klachten verdwijnen na een korte tijd echter vanzelf. Bij een klein deel van de ouders en kinderen worden de problemen chronisch. Dit kan zijn in de vorm van posttraumatische stress symptomen, gedragsproblemen of depressieve klachten. De manier waarop gezinnen het ongeval en de opname in het brandwondencentrum beleefd hebben en het ervaren van negatieve gevoelens, kunnen een negatieve invloed hebben op het verwerkingsproces. Op dat moment is professionele hulp geïndiceerd.

*Ouders lijken vaker last te hebben van de psychische nasleep van het ongeval dan hun kinderen, en dat kan gevolgen hebben voor het kind*

Een kind met brandwonden waarbij hulp geïndiceerd is, is het meest gebaat bij een gezinsaanpak. Hierbij is er niet alleen aandacht voor het kind, maar worden ouders ook direct betrokken. Ouders lijken vaker last te hebben van de psychische nasleep van het ongeval dan hun kinderen, en dat kan gevolgen hebben voor het kind. Daarom kan ondersteuning of behandeling voor zowel het kind als de ouder nodig zijn. Binnen de gezinsaanpak kunnen ouders informatie (psycho-educatie) krijgen over hun eigen symptomen en eventueel behandeling. Het is daarbij onder andere belangrijk op mogelijke vermijdingspatronen binnen gezinnen te letten, die ook handvatten kunnen bieden voor de hulpverlening. Door middel van een gezinsaanpak kunnen ouders ook richting krijgen aangeeft hoe met het kind (en de andere kinderen binnen het gezin) om te gaan. Opvoedingsthema's als overbescherming en het verwennen van het kind kunnen hierbij aan bod komen. Tot slot is het belangrijk dat hulpverleners zich bewust zijn van het feit dat ouders een vertekend beeld kunnen hebben van het functioneren van hun kind als gevolg van hun eigen psychische problemen. Het kind zelf als bron van informatie is daarom altijd noodzakelijk.

### Literatuur

1. Price J, Kassam-Adams N, Alderfer MA, et al. **Systematic review: A reevaluation and update of the Integrative (Trajectory) Model of Pediatric Medical Traumatic Stress.** Journal of Pediatric Psychology, 2015;1-12.
2. De Jong AE, Bremer M, van Komen R, et al. **Pain in young children with burns: Extent, course and influencing factors.** Burns, 2014;40:38-47.
3. Saxe GN, Stoddard F, Hall E, et al. **Pathways to PTSD, part I: Children with burns.** American Journal of Psychiatry, 2005;162:1299-304.
4. Bakker A, Van der Heijden PG, Van Son MJ, et al. **Course of traumatic stress reactions in couples after a burn event to their young child.** Health Psychology, 2013;32:1076-83.
5. Kassam-Adams N, Fleisher CL, Winston FK. **Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in parents of injured children.** Journal of Traumatic Stress, 2009;22:294-302.
6. De Young AC, Kenardy JA, Cobham, et al. **Prevalence, comorbidity and course of trauma reactions in young burn-injured children.** Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2012;53:56-63.
7. Delgado-Pardo G, Garcia IM, Gomez-Cia T. **Psychological effects observed in child burn patients during the acute phase of hospitalization and comparison with pediatric patients awaiting surgery.** Journal of Burn Care and Research, 2010;31:569-78.
8. Liber JM, List D, Van Loey NE, et al. **Internalizing problem behavior and family environment of children with burns: A Dutch pilot study.** Burns, 2006;32:165-71.
9. Bakker A, van der Heijden PG, van Son MJ, et al. **The relationship between behavioural problems in preschool children and parental distress after a paediatric burn event.** European Child and Adolescent Psychiatry, 2014;23:813-22.
10. Egberts MR, van de Schoot R, Boekelaar A, et al. **Child and adolescent internalizing and externalizing problems 12 months postburn: the potential role of preburn functioning, parental posttraumatic stress, and informant bias.** European Child and Adolescent Psychiatry, 2015;13.
11. Kent L, King H, Cochrane R. **Maternal and child psychological sequelae in paediatric burn injuries.** Burns, 2000;26: 317-22.
12. Phillips C, Rumsey N. **Considerations for the provision of psychosocial services for families following paediatric burn injury - a quantitative study.** Burns, 2008;34:56-62.
13. Scheeringa MS, Zeanah CH. **A relational perspective on PTSD in early childhood.** Journal of Traumatic Stress, 2001;14:799-815.

\* Marthe Egberts en Nancy van Loey, Vereniging Samenwerkende Brandwondencentra Nederland (VSBN) en de afdeling klinische psychologie van de Universiteit Utrecht.