



ABC der Verbrennungen

TEIL 2: PSYCHOSOZIALE ASPEKTE

Dank der heutigen medizinischen Möglichkeiten steigt die Überlebensrate der Patienten mit schweren Verbrennungen. Damit rücken die psychischen und sozialen Herausforderungen, denen sich die überlebenden Brandopfer stellen müssen, in einen neuen Blickpunkt. Dieser Thematik ist der zweite Teil der Übersicht von [medicos] über die zwölfteilige Artikelserie «ABC of burns» gewidmet, die auch in Buchform erscheint.

Die physische Wiederherstellung des Patienten nach einem Verbrennungsereignis kann als kontinuierlicher Prozess betrachtet werden, der das kritische Stadium der Wiederbelebung und Intensivpflege, die Etappe der Akutversorgung und die langfristige Rehabilitationsphase umfasst. In allen drei Phasen braucht der Patient unterschiedliche psychologische Unterstützung, die der jeweiligen Situation angepasst werden muss. In den meisten Verbrennungszentren wirken deshalb Sozialarbeiter, Berufsberater und Psychologen im multidisziplinären Verbrennungsteam bei der Patientenbetreuung mit.

Stadium der Wiederbelebung und Intensivpflege

Während dieser Phase geht es ums Überleben. Die Spitalumgebung kann vom Patienten durch die intensive Pflege als überstimulierend oder im monotonen Gefühl des wochenlangen Liegens auch als unterstimulierend empfunden werden.

Bewusstseinsveränderungen wie starke Benommenheit, Verwirrung und Desorientierung kommen häufig vor. Auch schwerwiegendere Formen wie Delirium und kurze psychotische Reaktionen werden beobachtet. Sie sind meistens durch Infektionen, Alkoholentzug, Stoffwechselstörungen oder den Konsum von hochdosierten Medikamenten verursacht. Zusätzlich kann eine Intubation des Patienten die Kommunikation erschweren.

Behandlung

Die Patienten werden darin unterstützt, den physischen Überlebenskampf trotz aussergewöhnlicher, beängstigender Umstände in der Intensivstation mit allen greifbaren Strategien zu bewältigen, sei es nur durch Verneinung und Zurückweisung. Die psychologische Hilfe konzentriert sich dabei auf die unmittelbaren Bedürfnisse wie *Schlaf*, *Schmerzlinderung* und *Schutz der Bewältigungsstrategien*. Nicht pharmakologische Massnahmen wie Hypnose und Entspannungsübungen können die Schmerzen wirkungsvoll lindern.

Wichtig ist auch die psychologische *Unterstützung der Familienmitglieder*, die angesichts der Therapien, denen sich der Brandverletzte unterziehen muss, meist beunruhigt oder verzweifelt sind, was wiederum die Angst des Patienten fördert. Diese unerwünschte Wirkung muss den Bezugspersonen plausibel gemacht werden. Sie müs-

sen dazu angeleitet werden, dem Verletzten den Eindruck von Hoffnung und Gelassenheit zu vermitteln.

Stadium der Akutbehandlung

Hier steht die Kräftigung des Patienten im Zentrum, obwohl dieser immer noch schmerzhaft Behandlungen auf sich nehmen muss. Der Verletzte ist jetzt alarmierter, die physische und psychische Tragweite seiner Verletzungen werden ihm bewusster.

Depression und Angstgefühl

Mit solchen Symptomen muss in dieser Phase gerechnet werden. Im ersten Monat kann eine akute, nach Ablauf eines Monats eine *posttraumatische Stressbelastungsstörung* auftreten. Diese psychischen Veränderungen sind bei Verbrennungspatienten häufiger zu beobachten als bei Patienten mit anderen Verletzungen. Sie sind typisch bei Betroffenen mit ausgedehnten Verbrennungen, die stärkere Schmerzen und Schuldgefühle verspüren. Das Ausmass der Depression korreliert mit dem Grad der Schmerzen im Ruhezustand und der sozialen Unterstützung.

Schlafstörungen

Sie haben zentrale Bedeutung bei Depression und Angst. Die Spitalumgebung kann laut sein, und die Patienten werden nachts periodisch geweckt für die Analgesie und zum Überprüfen der Lebenszeichen. Die Stimmung sowie Ruhelosigkeit und Alpträume des Patienten können den Schlaf ebenfalls beeinträchtigen.

Prämorbid Psychopathologie

Im allgemeinen Vergleich haben Verbrennungspatienten einen hohen Anteil an prämorbid Psychopathologie. Existiert diese bereits vor dem Verbrennungseignis, so greift der Patient typischerweise auf bereits etablierte Muster nicht funktionierender und zerstörerischer Strategien zurück. Die häufigsten psychiatrischen Diagnosen sind Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und Medikamentenmissbrauch. Das Vorliegen einer Psychopathologie vor dem Unfall kann das Ergebnis der Behandlung beeinträchtigen, den Spitalaufenthalt verlängern oder die Entwicklung noch gravierenderer Psychopathologien begünstigen.

Kummer

Die Patienten werden sich der Auswirkungen auf ihr Leben bewusster und beginnen sich zu sorgen. Manchmal trauern sie auch um Familienmitglieder, Freunde oder Haustiere, die beim Brandgeschehen umgekommen sind, oder um den Verlust ihres Heims und verlorene Besitztümer. Zusätzlich sorgen sie sich über ihre Arbeitsstelle, Mobilität, Leistungsfähigkeit und äussere Erscheinung. Auf dem Gebiet psychischer Krankheiten tätige oder andere Mitarbeiter sollten die Patienten dabei unterstützen, die Trauerarbeit auf ihre persönliche Weise leisten zu können.

Behandlung

Eine kurze *psychologische Beratung* kann gegen Depression und Angst helfen. Manchmal sind zusätzlich Medikamente nötig. Besonders wenn der Patient keine Vorgeschichte mit Depression oder Angst hat, hilft es oft, ihn darin zu bestärken, dass sich die Symptome mit der Zeit von selber verringern.

Medikamente und Entspannungstechniken sind hilfreich, damit der Patient schlafen kann. Die Information, dass Alpträume normal sind und normalerweise nach einem Monat seltener werden, kann ebenfalls beruhigend wirken. Vielen Patienten bringt es Erleichterung, wiederholt über das Unfallgeschehen erzählen zu können. Wichtig ist es, die prämorbid Psychopathologie auch nach der Entlassung weiter zu therapieren und den Patienten in ein Behandlungsprogramm einer Interessengemeinschaft zu überweisen.

Bei der *Schmerzbehandlung* können sowohl die Schmerzen, die vorübergehend durch die Therapien entstehen, als auch der konstant bleibende Hintergrundschmerz für Patient und Personal zur Herausforderung werden. Einige Patienten berichten, dass die konstanten Schmerzen schwieriger zu ertragen sind, da ihr Ende nicht absehbar ist. In jedem Fall muss beurteilt werden, welche Art von Schmerzen das grössere Problem ist und ein *Plan für die Analgesie* mit pharmakologischen und nicht pharmakologischen Mitteln aufgestellt werden.

Opioid-Agonisten sind die meist verwendeten Analgetika. Opiate mit Langzeitwirkung werden gegen Hintergrundschmerzen eingesetzt, wobei die Verabreichung nach einem individuellen fixen Zeitplan mit Dosierschema erfolgt. Über kurze Zeit wirksame Opiate werden bei schmerzhaften Prozeduren wie Wundbehandlung verwendet. Zusätzlich zu den Opioiden können auch Medikamente wie *Stickoxid* (als Inhalation) oder *Anxiolytika* verabreicht werden. Lorazepam hat sich als wirksam erwiesen, insbesondere gegen Verbrennungsschmerzen, die von akuter Angst begleitet sind.

Zur nicht pharmakologischen Schmerzbekämpfung gehören *Verhaltenstherapie* und *Hypnose*, die besonders bei prozeduralen Schmerzen helfen. Eine neuere wirksame Methode ist der Einsatz von *virtueller Realität* während der Wundbehandlung. Sie lenkt die Aufmerksamkeit des Patienten von den Schmerzen weg.

Langzeitrehabilitation

Diese beginnt nach der Spitalentlassung, wenn sich die Patienten in ihr gesellschaftliches Umfeld reintegrieren müssen. In schweren Fällen bedeutet dies kontinuierliche ambulante physische Rehabilitation, unter Umständen auch mit Verbandwechsel und chirurgischen Eingriffen. In dieser Phase eignen sich die Patienten langsam wieder gewisse Fertigkeiten an und müssen sich gleichzeitig an ihre Einschränkungen im praktischen Alltag gewöhnen. Das erste Jahr ist eine psychologisch einzigartige Phase von grossem Leid.

Hilfe nach der Spitalentlassung

Der Patient ist von seinen langfristigen Beeinträchtigungen gefordert. Dazu gehören die Reaktionen der Leute auf sein verändertes Aussehen (Arm- und Beinschienen, Kompressionsverbände, Gesichtsentstellungen usw.). Es kann Jahre dauern, bis sich die Patienten in der Gesellschaft wieder wohl fühlen. Für einige bleibt dies ein lebenslanger Kampf.

Andersartiges Aussehen zieht die Aufmerksamkeit auf sich

Anfangs kreisen die meisten Gedanken um das, was die anderen denken mögen. Der Patient muss Folgendes wissen:

- Die meisten Menschen schauen hin aus Anteilnahme und Mitleid, andere aus Neugierde. Einige sind überwältigt durch die traumatische Verletzung, bei den wenigsten geschieht es aus grober Absicht.
- Die persönliche Einstellung des Patienten beeinflusst die Reaktionen von aussen wesentlich und ist am Ende massgebend für eine positive oder negative Erfahrung. Deshalb muss er lernen, seinen Körper anzunehmen. Dies braucht Zeit, Unterstützung, Selbstliebe und die Entwicklung von Verhaltensfähigkeiten.
- Freundlichkeit und Kommunikationsfähigkeit haben grösseren Einfluss als das andersartige Aussehen. Längerfristig werden für die Einschätzung der Persönlichkeit die Charakterzüge wichtiger sein als das Erscheinungsbild.

Bewältigungsstrategien: Lernprogramm als Teil des Behandlungsplans

Barbara Kammerer Quayle, in jungen Jahren selbst Brandopfer, langjährige Pflegerin und später Beraterin von Verbrennungspatienten, lehrt die Patienten, wie sie positiv auf Fragen und Blicke reagieren können (siehe auch Selbsthilfeorganisation: www.phoenix-society.org):

- Auf die Leute zugehen: Augenkontakt, Lächeln (überwindet Barrieren und Vorurteile). Dies signalisiert, dass sich die Person wohl fühlt und dass man auf sie zugehen kann.
- Die Blicke ignorieren: Dies kann vorteilhafter sein, wenn man müde oder der Blicke überdrüssig ist oder sich nicht daran stört.
- Negative Reaktionen (Wut, Ärger) vermeiden, da sie auf den Urheber zurückwirken. (Das gilt auch für unterstützende Angehörige!)
- Auf mögliche Fragen der Leute Antworten bereithalten: Diese können mit dem Pflegepersonal und Familienmitgliedern eingeübt werden. Sie stärken das Selbstvertrauen in neuen gesellschaftlichen Situationen.

Solche spezifischen Strategien sollten fester Teil des Behandlungsplans sein und noch vor der Entlassung eingeübt werden. Dies kostet zuerst eine bewusste Anstrengung. Mit zunehmender Übung führt die positive Einstellung zum Erfolgserlebnis und wird schliesslich zur zweiten Natur.

Physische Probleme: Die Brandverletzten stehen einer Vielfalt von täglichen Schikanen gegenüber. Sie müssen fehlende Hände wettmachen, geringere Belastbarkeit in Kauf nehmen und schweren Juckreiz ertragen. Amputationen, Neuropathien, heterotopische Ossifikation und Narben können emotionale und physische Auswirkungen haben.

Psychologische Probleme: Zur aufwändigen Rehabilitation kommen weitere Stressfaktoren hinzu wie familiäre Belastung, Rückkehr an den Arbeitsplatz, Sexualstörungen, körperliche Veränderungen und ein Alltag, in dem nichts mehr so ist wie früher. Bei vielen Patienten bleiben lebhaft, belastende Erinnerungen an den Unfall. Andere entwickeln Anzeichen von Depression. Unabhängig vom Ausmass der Verletzungen werden sich die Brandpatienten mit der Zeit an ihre Situation gewöhnen. Soziale Hilfe ist ein wichtiger Faktor, um der Entwicklung psychologischer Probleme entgegenzuwirken.

Behandlung

Hilfreich nach der Entlassung sind telefonische oder ambulante *Nachkontrollen*, um die psychische Verfassung des Patienten einzuschätzen und ihm wenn nötig Psychotherapie zu verschreiben.

Bei vielen Patienten dauert die ambulante Rehabilitation bis zum Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit übermässig

lange. In einer neueren Studie mit hospitalisierten Verbrennungspatienten konnten 66 Prozent ihre Arbeit innerhalb von sechs Monaten wieder aufnehmen. Innerhalb eines Jahres waren 81 Prozent wieder arbeitsfähig. Wie erwartet brauchten die Patienten mit grösseren Verletzungen länger. Rund die Hälfte aller Patienten musste den Beruf ändern. Eine Rehabilitation, die länger als ein Jahr dauert, empfinden die Patienten als Einbusse von Lebensqualität, was wiederum das Selbstwertgefühl beeinträchtigt.

Studien zeigen, dass Entstellungen durch Verbrennungen bei Frauen zur Verminderung des Selbstwertgefühls und bei Männern zum sozialen Rückzug führen. Pflegepersonal, Sozialhelfer, Lehrer und Arbeitgeber haben eine wichtige Funktion bei der Unterstützung der Patienten mit Entstellungen. Organisationen wie «Changing Faces» (www.changingfaces.org.uk) bieten dieses Fachwissen, Trainingsprogramme und weitere Hilfsmittel, damit sie diese anspruchsvolle Aufgabe möglichst gut erfüllen können und den Betroffenen verständnisvolle Pflege sowie gleiche Rechte und Möglichkeiten in der Schule und am Arbeitsplatz zukommen.

Selbsthilfegruppen oder Beratungen durch überlebende Brandpatienten sind zusätzliche wertvolle Dienstleistungen für Verbrennungspatienten. Grössere Verbrennungszentren verfügen über ein Netz von überlebenden

Brandpatienten, die bereit sind, mit hospitalisierten Verbrennungspatienten ein Gespräch zu führen.

Verhältnis Patient – Chirurg

Die Beziehung zwischen Verbrennungspatient und Chirurg ist im Normalfall von langer Dauer, manchmal lebenslanglich. Die Patienten sind nicht nur auf die Fachkompetenz des Chirurgen, sondern auch auf dessen Betreuung mit einer guten Prise Optimismus und Mitgefühl angewiesen.

Die erste Begegnung ist einer der wichtigsten Momente. Der Patient legt seine Sorgen und Wünsche dar, und der Wiederherstellungschirurg muss diese beurteilen sowie die Motivation des Patienten für den chirurgischen Eingriff und die psychische Verfassung ermessen. Der Patient seinerseits wird die Einstellung und das Verhalten des Chirurgen einschätzen. Es lohnt sich, mehrere Visiten einzuplanen, bevor operiert wird, sodass weitere Bedürfnisse berücksichtigt und die Operation ohne Zeitdruck vorbereitet werden kann.

Ein Wiederherstellungschirurg muss die Gefühle und Ängste seines Patienten kennen und diese bei den Planungsschritten des Eingriffs mitberücksichtigen. Der Patient braucht häufige Bestätigungen. Bei einer chirurgischen Wiederherstellung ist mit mehr als zehn Operationen und zahlreichen Klinikbesuchen zu rechnen, bevor eine definitive Beurteilung vorgenommen werden kann. Bei einem Kleinkind kann dieser Zeitraum mehr als 18 Jahre dauern. Das Befinden des Patienten ist stets im Auge zu behalten, sodass auf jede Sorge, kleine Enttäuschung oder gar Depression frühzeitig reagiert werden kann.

Fazit

Bei Brandpatienten gehören auch die Folgebehandlungen nach der Spitalentlassung zu den schmerzvollsten Erfahrungen. Die emotionalen Bedürfnisse dieser Patienten standen lange Zeit im Schatten der Überlebensmassnahmen. Die Anpassung an die neue Lebenssituation erfolgt in verschiedenen Etappen. Parallel zum physischen Gesundheitsprozess müssen sich die Patienten auch emotionalen

Herausforderungen stellen. Die Neuausrichtung eines Patienten ist geprägt von einem komplexen Zusammenspiel zwischen den persönlichen Charaktereigenschaften vor dem Unfall, den veränderten Umweltfaktoren sowie der Art der Verletzung und der nachfolgenden medizinischen Pflege. ●

Regula Patscheider

Literatur:

Wiechmann S., Patterson D.: ABC of burns: Psychosocial aspects of burn injuries, *BMJ* 2004; 329; 391–393.

Acton A.: ABC of burns: When we leave hospital: a patient's perspective of burn injury, *BMJ* 2004; 329; 504–506.

Barret J.: ABC of burns: Burns reconstruction, *BMJ* 2004; 329; 274–276.

Weitere Literaturangaben in den aufgeführten Beiträgen.

Das «ABC of burns» wurde verfasst von: Shehan Hettiaratchy, Pan-Thames Training Scheme, London; Remo Papini, West Midlands Regional Burns Unit, Selly Oak, University Hospital, Birmingham; Peter Dziejewski, St. Andrews Centre for Plastic Surgery and Burns, Broomfield Hospital, Chelmsford.

Interessenkonflikte:

Remo Papini wurde die Teilnahme an Symposien über das Management von Verbrennungen finanziert von Johnson & Johnson und Smith & Nephew.