

Narben auf der Haut – Narben auf der Seele

Psychologische Begleit- und Folgeerscheinungen
bei brandverletzten Kindern

MARKUS A. LANDOLT [PSYCHOLOGE]

Die Haut ist in ihrer Funktion als Wahrnehmungsorgan und als Grenze zwischen dem Individuum und seiner Umwelt ein auch in psychologischer Hinsicht außerordentlich wichtiges Organ. Sie dient nicht nur dem Schutz vor der Umwelt, sie ermöglicht auch den Kontakt mit ihr. Vom ersten Lebenstag an ist die Haut von grundlegender Bedeutung für die Entwicklung und das Erleben unserer Identität. Bereits 5-jährigen Kindern ist die Wichtigkeit der Haut bewusst; nach deren Funktion gefragt, machen sie in diesem Alter Aussagen wie die folgenden: »Ohne Haut würde ich auseinanderfallen!« oder »Ohne Haut würde mein ganzes Blut auf den Boden fließen. Mein Herz, meine Knochen und mein Bauch würden herausfallen!«

Durch eine Verbrennung oder Verbrühung wird die Haut verletzt und kann daher auch ihre mit der Psyche in Zusammenhang stehenden Funktionen zumindest vorübergehend nur noch beschränkt erfüllen. Die psychische Schutzschicht ist angegriffen; das Individuum wird »dünnhäutig«, wie es im Volksmund heißt. Die Haut vermittelt plötzlich anstelle angenehmer Erfahrungen Schmerzreize. Das ganze Erleben des Körpers, der Person und der Umwelt ändert sich von einem Moment auf den anderen. Neben den äußerlich sichtbaren, chirurgisch zu behandelnden Verletzungen gehen mit schweren Verbrennungen immer auch psychische Belastungen und Folgen einher, die ebenfalls einer Behandlung bedürfen.

Nachstehend sollen die psychologischen Begleit- und Folgeerscheinungen von Brandverletzungen im Kindesalter aufgezeigt und psychologische Interventionsmöglichkeiten dargelegt werden.

Psychologische Belastungsfaktoren

Schwere Brandverletzungen und deren Behandlung gehören zu den schlimmsten Erfahrungen, die ein Kind machen kann. Das betroffene Kind und seine Familie müssen eine Vielzahl von Belastungen bewältigen, von denen die wichtigsten in Tabelle 1 aufgeführt sind.

Tab. 1 Psychologische Belastungsfaktoren

Unfalltrauma
Schmerzhafte Behandlung
Lange Hospitalisation
Schuldgefühle
Aufwendige Rehabilitation
Bleibende funktionelle und kosmetische Folgen
Stigmatisierung bei sichtbaren Narben

Unfalltrauma

Verbrennungs- oder Verbrühungsunfälle sind meist dramatische Ereignisse, besonders wenn sie durch Explosionen oder Brände verursacht wurden. Manchmal sind andere Kinder oder er-

wachsene Personen involviert, gelegentlich werden mehrere Leute verletzt. Solche Unfälle sind für das Kind nebst der Verbrennung immer mit großer Hektik verbunden, was einerseits ängstigend sein kann und andererseits auch dazu führt, dass insbesondere jüngere Kinder oft nicht verstehen, was überhaupt genau passiert ist. Das verletzte Kind muss sofort gekühlt werden, was schmerzhaft sein kann und von jüngeren Kindern manchmal nicht nachvollziehbar ist. Brandverletzte Kinder haben – anders als beispielsweise Kinder mit Schädelhirnverletzungen – nur äußerst selten eine Amnesie über den Unfallhergang. Die Erinnerung ans Geschehene stellt deshalb für fast alle Kinder immer einen wesentlichen Belastungsfaktor dar, besonders in den ersten Wochen nach dem Ereignis.

Schmerzhafte Behandlung

Die Behandlung von Brandverletzungen ist trotz adäquater Analgetikagabe schmerzhaft. Kinder reagieren sehr unterschiedlich auf Schmerzen, und es gibt eine Vielzahl von Faktoren, die das Schmerzerleben und das Schmerzverhalten beeinflussen. Insbesondere Verbandwechsel und allfällig nötige Umlagerungen des Körpers werden von den Kindern gefürchtet. Aber auch die Entnahmestellen der Hauttransplantate und die in Physio- und Ergotherapie notwendigen rehabilitativen Übungen können weh tun. Die Erfahrung zeigt, dass sich Kinder nicht an die mit belastenden Verrichtungen verbundenen Schmerzen gewöhnen. Es ist vielmehr so, dass sich im Laufe der Hospitalisation bei vielen Kindern das Schmerzverhalten intensiviert.

Durch die Schmerzen des Kindes werden auch die Eltern belastet. Diese hatten bisher eine fast vollständige Kontrolle über das Wohlergehen ihrer Kinder und müssen nun plötzlich

zulassen, dass ihnen Schmerzen zugefügt werden, vor denen sie sie nicht schützen können und die für die Genesung nötig sind. Durch diesen Kontrollverlust entsteht für die Eltern ein Dilemma, das schwierig auszuhalten ist und immer wieder zu Ohnmachtsgefühlen führt.

Lange Hospitalisation

Die Behandlung von schweren Brandverletzungen ist ausgesprochen aufwendig und geht mit langen Spitalaufenthalten einher, die für Kinder belastend sind. Die Trennung von Familie, Freunden und vertrauter Umgebung macht brandverletzten Kindern sehr zu schaffen. Sie befinden sich plötzlich in einer fremden, besonders für jüngere Kinder manchmal angsteinflößenden Umgebung mit vielen unbekanntenen Personen, die ihnen im Zusammenhang mit Behandlungsmaßnahmen immer wieder Schmerzen zufügen. Jüngere Kinder geben häufig zu verstehen, dass sie die Behandlung als Bestrafung erleben, was mit ihrem entwicklungsbedingt noch mangelhaften Verständnis der Verbrennungstherapie zusammenhängt. Eine lange Hospitalisation ist auch für die Eltern und die Geschwister belastend. Ein normales Familienleben ist meistens über längere Zeit nicht mehr möglich: Die Mutter ist in der Regel tagsüber und oft auch nachts im Spital beim verletzten Kind, der Vater muss arbeiten, und die Geschwister sind in der Obhut von Verwandten oder Bekannten.

Schuldgefühle

Erschwerend für den Bewältigungsprozess und sehr typisch für Verbrennungsunfälle sind die Schuldgefühle, die praktisch alle Eltern quälen. Auch Eltern, die nicht direkt in den Unfall involviert waren, haben das Gefühl, als Beschützer ihres Kindes versagt zu haben, weil sie

den Unfall nicht verhindern konnten. Schuldgefühle haben naturgemäß weitreichende Folgen für das psychische Befinden. Mütter und Väter machen sich massive Vorwürfe und entwickeln manchmal sogar depressive Störungen. Diese Schuldgefühle währen bei schweren Verbrennungen manchmal ein ganzes Leben lang, gerade auch, weil die bei der Verbrennung entstandenen Narben die Eltern immer wieder von Neuem an einen kurzen Moment der Unachtsamkeit erinnern. Eine häufige Art der Schuld bewältigung von Eltern besteht darin, sich nach dem Unfall manchmal über Jahre hinweg für ihr Kind aufzuopfern. Dabei stellen sie auf der einen Seite ihre eigenen Bedürfnisse vollständig zurück, was zur Folge hat, dass es ihnen noch schlechter geht und sie ihrem Kind noch weniger helfen können. Auf der anderen Seite werfen Eltern mit Schuldgefühlen auch oft ihre erzieherischen Grundsätze über den Haufen und setzen dem verletzten Kind kaum mehr Grenzen, erfüllen ihm aus falsch verstandenem Mitleid jeden Wunsch. Dies führt dann naturgemäß sehr oft zu großen erzieherischen Problemen («Paschaverhalten») sowie zu Ungerechtigkeiten zwischen den Geschwistern.

Natürlich können auch die verunglückten Kinder und Jugendlichen selbst Schuldgefühle empfinden; diese betreffen nicht nur die oft lebenslangen Konsequenzen für sich selbst. Vielfach haben Kinder auch Schuldgefühle, wenn sie sehen, wie sehr ihre Mutter, ihr Vater oder ihre Geschwister durch den Unfall, den Spitalaufenthalt und die langjährige Rehabilitation belastet sind. Auch bei Kindern können Schuldgefühle zu längerfristigen psychischen Belastungen und sogar psychischen Störungen (z. B. Depression) führen.

Aufwendige Rehabilitation

Nach Abschluss der chirurgischen Akutbehandlung mit Deckung der verletzten Haut ist die Behandlung einer Brandverletzung nicht zu Ende. Nun beginnt die oft langwierige, manchmal viele Jahre dauernde Rehabilitation. Das Kind muss im ersten Jahr nach dem Unfall rund um die Uhr einen Kompressionsanzug und bei Verbrennungen des Gesichts manchmal eine Maske aus Silikon oder Kunststoff tragen. Nachts muss es unter Umständen Lagerungsschienen anhaben oder in einer Liegeschale festgebunden überstreckt liegen und so zu schlafen versuchen. Es erstaunt daher nicht, dass Schlafstörungen in dieser Phase sehr häufig sind. Es ist auch normal, dass jüngere Kinder oft Schwierigkeiten mit der Einhaltung der für die Rehabilitation notwendigen Maßnahmen zeigen. Diese sind manchmal schmerzhaft, meist unangenehm und hindern das Kind zudem an alterstypischen, für seine Entwicklung wichtigen Aktivitäten (Schulbesuch, Freizeitkontakte usw.). Der Umgang mit diesen Schwierigkeiten stellt eine große Herausforderung für die Eltern und das Behandlungsteam dar. Unsere Erfahrung zeigt, dass die kindliche Motivation (sog. Compliance), besonders im jüngeren Alter, mit der konsequenten und kompromisslosen Unterstützung der Rehabilitation durch die Eltern steht und fällt. Bei älteren Kindern und Jugendlichen verbergen sich hinter Complianceproblemen häufig Zukunftsängste, verdrängte Schuldgefühle oder Schuldzuweisungen sowie eine blockierte und noch nicht erfolgte Auseinandersetzung mit dem verletzten Körper.



Selbstporträt eines 9-jährigen Mädchens mit Verbrennungen an einem Bein. Beachtenswert sind die Weglassung des verletzten Körperteils mit gleichzeitiger übermäßiger Betonung des unversehrten Kopfes sowie die Darstellung der typischen Kurzhaarfrisur nach Entnahme der Spalthaut vom Kopf.



Selbstporträt eines 11-jährigen Mädchens mit Verbürhungen an beiden Oberschenkeln und der Genitalregion. Interessant ist die unbewusste Hervorhebung der verletzten Körperteile mit Farbe und Patchworkmuster der Hose.

Bleibende funktionelle und kosmetische Folgen

Tiefe Verbrennungen führen immer zu sichtbaren und bleibenden Narben. Kinder entwickeln, ebenso wie ihre Eltern, schon bald nach dem Unfall große Sorgen und Ängste betreffend ihrer äußeren Erscheinung. Es stellt sich in der Praxis oft die Frage, wie rasch und wie intensiv die Kinder mit ihren verbrannten Körperstellen konfrontiert werden sollen. In aller Regel sind die Wunden zunächst unter dicken Verbänden eingepackt, die anfänglich nur unter Narkose gewechselt werden. Die Kinder sehen deshalb die versehrten Körperteile über längere Zeit nicht. In der Regel äußern die Patienten den Wunsch, ihre verletzten Stellen zu betrachten,

wenn sie psychologisch dazu bereit sind. Man sollte sie nicht dazu zwingen. Bei Gesichtsverletzungen oder Verletzungen von Körperteilen, die der Patient nicht direkt sehen kann, ist der Einsatz von Spiegeln oder Fotos sinnvoll. Den Patienten soll auf ihren Wunsch ein Spiegel zur Verfügung gestellt werden. Insbesondere dann, wenn die Versehrtheit weniger ausgeprägt ist, als das Kind in seinen angstbeladenen Phantasien zu befürchten scheint, sollte eine gut vorbereitete Konfrontation mit den versehrten Körperstellen beizeiten erfolgen. Eine frühe Auseinandersetzung hat auch den Vorteil, dass das Kind den Heilungsverlauf besser mitverfolgen kann. Es gibt allerdings auch Kinder, die etwas mehr Zeit benötigen und sich anfänglich vor dem

Anblick ihrer verletzten Körperteile scheuen. Hier ist Geduld und Unterstützung nötig, damit das Kind schließlich seinen veränderten Körper wieder akzeptieren lernt.

Stigmatisierung durch sichtbare Narben: Ein weiterer, psychologisch oft belastender Aspekt von Brandverletzungen sind die Reaktionen anderer Menschen auf die Narben und auf die Rehabilitationshilfsmittel (Kompressionsanzug, Gesichtsmaske). Die manchmal einschneidenden sozialen Konsequenzen von Verbrennungsverletzungen zeigen sich oft erst nach Spitalaustritt. Dank chirurgischer Kunst überleben heute immer mehr Kinder und Jugendliche auch schwerste Verbrennungen und sind deshalb manchmal deutlich entstellt. Für Kinder, Jugendliche und Eltern ist das leider allzu häufige Angestarrt- und Ausgefragtwerden durch andere Personen sehr belastend. Dies geschieht besonders häufig, wenn die Verletzungen und Behelfe gut sichtbar sind oder wenn das Kind deutliche funktionelle Einschränkungen hat. Die Gefahr der Stigmatisierung ist hoch, gerade weil in unserer heutigen Gesellschaft einem attraktiven Körper ein großer Stellenwert zugemessen wird.

Psychosoziale Folgen

Brandverletzte Kinder und Jugendliche sowie ihre Eltern reagieren vielfältig auf die oben beschriebenen Belastungen. Dabei müssen akute Reaktionen, die unmittelbar nach dem Unfall und während des Spitalaufenthalts auftreten, von Langzeitfolgen, die über Jahre andauern können, unterschieden werden. Die bei brandverletzten Kindern und ihren Angehörigen am häufigsten angetroffenen psychischen Reaktionen sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Tab. 2 Psychosoziale Folgen von Brandverletzungen

Traumafolgestörungen (Kind, Eltern)
Körperschemastörungen
Probleme der sozialen Reintegration
Familiendynamische Veränderungen
Langzeitfolgen

Traumafolgestörungen

Verbrennungsunfälle und deren Behandlung sind für viele Kinder psychisch traumatisierend. Entsprechend entwickeln die meisten Betroffenen, auch Säuglinge und Kleinkinder, Symptome von Traumafolgestörungen, die manchmal über Monate und Jahre andauern können. Typisch und anfänglich bei praktisch allen Kindern vorhanden sind bedrückende Erinnerungen an das Unfallereignis (Tagträume, Flashbacks, Alpträume). Ein Beispiel dafür stellt die Zeichnung eines Feuertraumes dar (vgl. Abbildung 1). Sie stammt von einem achtjährigen Knaben, der einen Hausbrand erlebt hat und in der Folge immer wieder davon träumte. Zusammen mit seiner Mutter und seinem Bruder war ihm die Flucht aus einem Fenster ins Freie gelungen. Interessant ist, dass der Junge dieses rettende Fenster in seiner Zeichnung unbewusst nicht mit der roten Farbe des Feuers angemalt hat. Kinder im Vorschulalter drücken die andauernde Beschäftigung mit dem Unfall häufig auch im Spiel aus (sog. traumatisches Spiel). So kann es vorkommen, dass ein kleines Mädchen oder ein kleiner Junge mit Puppen oder anderem Spielmaterial fast zwanghaft immer wieder Aspekte des Unfalls oder des Spitalaufent-

haltes nachspielt, ohne dass dies die Bewältigung der traumatischen Erinnerungen fördern würde. Im weiteren Verlauf und als Folge dieser beängstigenden, immer wiederkehrenden Bilder und Erinnerungen treten bei vielen Kindern Vermeidungsreaktionen und Ängste auf: Sie gehen beispielsweise allen Erinnerungsreizen und jedem Gespräch über den Unfall aus dem Weg und reagieren mit deutlich Ängsten, wenn sie mit Dingen konfrontiert werden, die mit dem Unfall zusammenhängen. So gibt es Kinder, die nicht mehr in der Lage sind, ein Feuer zu machen oder bei einem Feuer zu stehen oder sogar schon beim Anblick eines Feuers im Fernsehen Panikreaktionen zeigen. Besonders jüngere Kinder reagieren auch ängstlich auf Medizinalpersonen, da sie diese mit schmerzhaften Behandlungsmaßnahmen in Verbindung bringen.

Mit der Traumatisierung des Kindes geht oft auch eine Dysregulation des Stresshormonsystems einher, was zu Schlafstörungen, Konzentrationsproblemen, übermäßiger Wachsamkeit und ausgeprägter Schreckhaftigkeit führen kann. Jüngere Kinder zeigen zudem häufig Rückschritte in der Entwicklung (z. B. erneutes Einnässen, Stottern), ausgeprägte Trennungsängste sowie manchmal auch aggressiv-impulsive Verhaltensweisen.

Solche posttraumatischen Belastungssymptome sind in der ersten Zeit nach dem Ereignis normal und verschwinden in der Regel innerhalb von vier bis sechs Wochen nach dem Unfall beziehungsweise nehmen deutlich an Intensität ab. Bei ungefähr einem Fünftel der betroffenen Kinder können sich aber, wenn keine adäquate psychologische Behandlung erfolgt, auch chronische, über Jahre andauernde Verläufe von Traumafolgestörungen einstellen.

Abb. 1 Feuertraum eines achtjährigen Kindes nach einem Hausbrand



Auch Mütter und Väter können durch den Unfall und die Behandlung traumatisiert werden und entsprechende Symptome entwickeln. Insbesondere Eltern, die beim Unfall zugegen waren, werden noch lange von Unfallbildern verfolgt und entwickeln oft ganz ähnliche Vermeidungssymptome wie ihre Kinder. Die mit dem Spitalaufenthalt verbundenen Belastungen und Ängste bringen die Eltern oft an den Rand ihrer Kräfte und führen beispielsweise zu Schlafstörungen oder vegetativen Erschöpfungssymptomen. So können Elternteile, die fast rund um die Uhr bei ihrem Kind im Spital sind, dabei wenig oder unregelmäßig essen und fast nicht schlafen, rasch in einen Erschöpfungszustand geraten.

Körperschemastörungen

Eine tiefe Verbrennung der Haut mit der notwendigen Hauttransplantation führt in jedem Fall zu einer Veränderung des Körpers (Narbe) und damit der Körperwahrnehmung. Jedes brandverletzte Kind steht vor der Aufgabe, sei-

nen nach dem Unfall veränderten und im sozialen Kontext auffallenden Körper wieder in sein Fühlen, Erleben und Handeln zu integrieren, das heißt, ein verändertes Körperschema aufzubauen. Dies fällt den jüngeren Kindern meist sehr viel einfacher als den Jugendlichen. Besonders schwierig ist der Aufbau des neuen Körperbildes bei Verletzungen von Gesicht, Händen und Genitalien, da eine Versehrtheit dieser Körperregionen eine Vielzahl von zukünftigen Belastungen mit sich bringt, die das Kind je nach Alter mehr oder weniger bewusst bereits früh nach dem Unfall antizipiert. Im Jugendalter kann das veränderte Körperbild auch zu Schwierigkeiten und Hemmungen im Bereich der Sexualität und ganz allgemein bei Beziehungen zum anderen Geschlecht führen.

Probleme der sozialen Reintegration

Sowohl Narben als auch Kompressionsanzüge, Halskragen und Gesichtsmasken werden im sozialen Kontext wahrgenommen. Das betroffene Kind fällt auf und provoziert Reaktionen, ohne es zu wollen und ohne dass es dies verhindern kann. In unserer Gesellschaft, in der Schönheit und Unversehrtheit ein großes Gewicht zugemessen wird, haben Brandverletzte immer wieder Angst, ausgeschlossen und stigmatisiert zu werden. Leider sind diese Befürchtungen oft berechtigt. Kinder berichten immer wieder, dass sie auch von Erwachsenen angestarrt und von anderen Kindern als Monster bezeichnet werden. Solche Reaktionen können nach dem Spitalaufenthalt beim brandverletzten Kind zu einer erschwerten Reintegration in die Schule und Gleichaltrigengruppe führen und im Extremfall zu einem ausgeprägten sozialen Rückzug. Es hat sich in vielen Studien gezeigt, dass gerade die soziale Integration und Akzeptanz

von entscheidender Bedeutung für eine gesunde psychische Entwicklung von brandverletzten Kindern und Jugendlichen ist. Entsprechend sind Bemühungen zur sozialen Integration und zum Abbau von Stigmatisierungsprozessen von großer Bedeutung. Eine koordinierte, interdisziplinäre Entlassungsvorbereitung mit sorgfältiger Information von Schule und sozialem Umfeld hat in diesem Zusammenhang nachweislich positive Auswirkungen. In unserer klinischen Arbeit hat sich auch die Durchführung von Rollenspielen sehr bewährt: Im geschützten Rahmen des Therapiezimmers können vor dem Spitalaustritt mit dem brandverletzten Kind schwierige soziale Situationen spielerisch dargestellt und die geeigneten Reaktionsmöglichkeiten eingeübt werden. So kann der Psychologe beispielsweise ein freches Kind oder einen Erwachsenen spielen, der negative Bemerkungen über die Narben des betroffenen Kindes macht. Das Kind kann nun in einem geschützten therapeutischen Rahmen im Spital üben, wie es in der Realität in solchen Situationen reagieren kann. Sinnvoll sind in diesem Zusammenhang auch probeweise Besuchswochenenden zu Hause vor dem endgültigen Spitalaustritt. Die so gewonnenen Erfahrungen können anschließend mit Kind und Eltern besprochen und allfällige Maßnahmen vor dem endgültigen Austritt eingeleitet werden. Ganz selten gibt es Kinder, die ihre Brandverletzung als Vorwand brauchen, um Anforderungen von Schule (z.B. ein ungeliebter Turnunterricht) oder Alltag (z.B. Mithilfe im Haushalt) aus dem Weg zu gehen.

Familiendynamische Veränderungen

Eine schwere Brandverletzung und die notwendigen Behandlungsmaßnahmen führen zwangsläufig dazu, dass die Rollen der einzelnen Fa-

Montag 11.10.2004/19.30

.....
Gespräch mit Eltern und Chirurg, Intensivmediziner und Pflege, Gesprächsnotiz

.....
Eltern über den Verlauf und Operationsplan der nächsten 7 Tage bis zur Deckung informiert. Prognose jetzt eindeutig wieder gut. Da bei mitgeteilt, dass das Gesicht nun doch tiefe Anteile hat und eine Hautverpflanzung am Mittwoch stattfinden soll. Eltern gefasst, erleichtert über gute Prognose. Mutter bricht jedoch, nachdem wir das weitere Vorgehen im Gesicht besprechen, in Tränen aus.

milienmitglieder neu definiert werden müssen. Während des Spitalaufenthaltes ist die Familie oft auseinandergerissen: Die Mutter ist im Spital, der Vater an der Arbeit, die Geschwister bei Verwandten oder Bekannten. Wenn das brandverletzte Kind wieder zu Hause ist, bleibt es aufgrund der Rehabilitation und allfälliger bleibender Folgen noch für längere Zeit in einer Sonderrolle und beansprucht sehr viel Zeit. Wie erwähnt, können außerdem elterliche Schuldgefühle dazu führen, dass dem brandverletzten Kind aus Mitleid über Jahre hinweg weniger Grenzen gesetzt werden als beispielsweise den Geschwistern. All diese familienbezogenen Veränderungen können zu Familienkonflikten führen, wie beispielsweise Eifersuchsreaktionen der Geschwister oder Belastungen in der Partnerschaft. Durch die zeitlich und emotional sehr belastenden rehabilitativen Maßnahmen geraten auch Mütter und Väter schwer brandverletzter Kinder immer wieder an den Rand ihrer Kräfte und benötigen entsprechende Unterstützung.

Langzeitfolgen

Auch wenn die aktuelle Studienlage zeigt, dass die emotionale, soziale und schulisch-berufliche Entwicklung brandverletzter Kinder und Jugendlichen erschwert sein kann, so kann glücklicherweise doch festgehalten werden, dass sich der Großteil der Kinder gut entwickelt. Nachdem frühere, methodisch schlechte Studien noch stark erhöhte Prävalenzraten psychischer Störungen gefunden haben, zeigen aktuelle Studien, dass »nur« ungefähr 15–20 Prozent der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten entwickeln. Am häufigsten sind dabei posttraumatische Belastungsstörungen sowie Störungen im sozialen Bereich. Aktuelle Stu-

dien zur Lebensqualität ehemals brandverletzter Kinder zeigen in den meisten Dimensionen keine Unterschiede zu gesunden Kindern. Einigkeit besteht darin, dass in den ersten beiden Jahren nach dem Unfall sowie im Jugendalter Bewältigungsprobleme besonders häufig sind.

Wie ein Kind den Unfall und seine Folgen bewältigt, hängt neben einer allfällig vorbestehenden psychischen Vulnerabilität von vielen verschiedenen Faktoren ab. Als Hauptfaktor einer positiven Langzeitbewältigung konnten viele Studien die soziale Unterstützung und familiäre Akzeptanz des Kindes identifizieren. Interessanterweise sind diese Einflüsse sehr viel stärker als etwa das Ausmaß und die Lokalisation der Verbrennung.

Auch wenn brandverletzte Kinder in ihrer Entwicklung etwas häufiger als gesunde Kinder emotionale, soziale oder schulische Schwierigkeiten aufweisen, gilt doch die auch durch unsere eigene klinische Arbeit bestätigte Feststellung, dass die Mehrzahl dieser Kinder und Jugendlichen den Brandunfall und seine Folgen gut bewältigt. Es gibt sogar eine Gruppe von Kindern, die von unfallbedingten Reifeprozessen berichten. Besonders Jugendliche, aber auch Eltern erwähnen in diesem Zusammenhang beispielsweise oft das bewusstere Achten des Lebens oder die Relativierung materieller Besitztümer und Schönheitsideale.

Psychologische Betreuung

Die oben beschriebenen Belastungen führen dazu, dass brandverletzte Kinder sowohl während der medizinischen Behandlung als auch im Langzeitverlauf ein erhöhtes Risiko besitzen, eine psychische Störung zu entwickeln. Zur Prävention, Diagnosestellung und kompetenten Behandlung dieser Störungen ist es un-

erlässlich, dass eine psychologische Fachperson fest in das multidisziplinäre Behandlungsteam integriert ist. Die psychologische Unterstützung brandverletzter Kinder und Eltern sollte dabei idealerweise am ersten Tag der Hospitalisation beginnen und so lange kontinuierlich verfügbar sein, bis die Patienten aus der Nachkontrolle entlassen werden. Die psychologische Betreuung sollte die ganze Familie einschließen und damit die Tatsache berücksichtigen, dass der Verbrennungsunfall nicht nur für das betroffene Kind, sondern für die ganze Familie eine Krise darstellt. Dadurch, dass der Psychologe Teil des Behandlungsteams von Chirurgen, Pflegefachfrauen und Therapeuten ist, lösen sich allfällig vorbestehende Vorbehalte von Kind und Eltern gegenüber einer psychologischen Betreuung schnell auf. Kind und Eltern merken, dass die mit einer Brandverletzung einhergehenden psychosozialen Belastungen und Probleme einer ebenso seriösen Behandlung bedürfen wie die Verletzungen selbst, um das langfristige Ziel eines mit seinem Leben möglichst zufriedenen Kindes zu erreichen.

Die Aufgaben des Psychologen sind vielfältig und reichen von der psychologischen Begleitung in den verschiedenen Behandlungsphasen bis hin zur Betreuung der oft schuldgeplagten Eltern, Geschwister oder Freunde der Kinder. Die Beratung des Behandlungsteams in psychologisch schwierigen und anspruchsvollen Situationen gehört ebenso zum Aufgabenbereich des Psychologen wie die allgemeine Sensibilisierung aller Teammitglieder für psychosoziale Fragen. Sicherlich benötigen nicht alle stationär behandelten brandverletzten Kinder und deren Familien eine intensive psychologische Betreuung. Indikationen für eine solche können folgende Faktoren sein: Vorbestehende psychische

Störung oder Verhaltensauffälligkeiten beim Kind oder bei den Eltern, belastete Familiensituation, besonders dramatisches Unfallgeschehen, Misshandlungssituation, größeres Ausmaß der Verbrennung, besondere Lokalisationen der Verletzung (z.B. Gesicht, Hände, Genitalregion), absehbare Entstellung oder drohender Funktionsverlust, besonders lange Hospitalisationsdauer und außergewöhnliche Rehabilitationsmaßnahmen (z.B. Tragen einer Kunststoffmaske). All diese Faktoren stellen zusätzliche Belastungen für die Behandlung dar und erhöhen somit die Wahrscheinlichkeit von Bewältigungsschwierigkeiten. Nach 20-jähriger Erfahrung steht heute in unserem Zentrum für brandverletzte Kinder, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie außer Zweifel, dass die Mitarbeit eines fest im Team integrierten Psychologen den Anforderungen an eine multidisziplinäre und gesamtheitliche Betreuung schwer brandverletzter Kinder in idealer Weise entspricht. Ein von Anfang an intensiver Einbezug des Psychologen in die Behandlung kann zu einer besseren Bewältigung der Brandverletzung und ihrer Folgen beitragen und so helfen, dass die Narben auf der Seele möglichst klein sind beziehungsweise die weitere Entwicklung des Kindes und des Jugendlichen nicht behindern.

Bibliographie im Anhang

Dienstag 12.10.04/16.00

Eintrag Verlaufsblatt Physiotherapie

Weiterhin nur Atemphysio möglich, Bewegung der Arme und Beine nur passiv möglich. Lagerung kann zufriedenstellend ausgeführt werden. Lagerungsplan für Pflegeteam angefertigt.