

Psihološka podrška bolesnika s opeklinama

MIRELA VLASTELICA

Privatna psihijatrijska ordinacija Split; Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, Split, Hrvatska

Teške opekline i njihovo liječenje spadaju među najbolnja iskustva koja osoba može doživjeti. Emocionalne potrebe bolesnika s opeklinama dugo su bile zasjenjene naglaskom na preživljavanje. Danas, kada je stopa preživljavanja neusporedivo veća nego u prošlosti, porasla je i potreba za psihološkim i psihosocijalnim angažmanom u radu sa žrtvama teških opeklin. Bolesnik prolazi različite faze prilagodbe i suočava se s emocionalnim izazovima koje prate tjelesni oporavak. Prilagodba na opeklinu ozljedu uključuje složenu međuigru između bolesnikovih osobina prije nastanka opekline, okolinskih čimbenika, te prirode same opekline i potrebne medicinske skrbi. Prilagodba podrazumijeva usvajanje nove predodžbe o sebi i svom tijelu, nove slike tijela i sebe. Dakako da psihijatrijsko i psihološko liječenje mora biti ukomponirano u centre za liječenje opeklinu u sklopu multidisciplinarnog timskog liječenja. Psihološki i psihoterapijski treba se baviti problemom gubitka, žalovanjem, prihvaćanjem slike tijela i sebstva, a u psihijatrijskom smislu stanjima delirija, akutnim stresnim poremećajem, posttraumatskim stresnim poremećajem, anksioznošću, depresijom i drugim psihijatrijskim poremećajima. Stručnu pomoć i podršku treba pružiti i članovima bolesnikove obitelji. U nekim slučajevima psihosocijalno liječenje nikad ne završava, već traje i godinama poslije sanirane opekline.

KLJUČNE RIJEČI: opekline, trauma, slika tijela i sebstva

ADRESA ZA DOPISIVANJE Prof. dr. sc. Mirela Vlastelica, dr. med.
Vukasovićeve 10
21 000 Split, Hrvatska
E-pošta: mirela.vlastelica@yahoo.com

UVOD

Početna reakcija većine ljudi kada se susretnu s osobom koja je preživjela teške opekline je šok, redovito praćen sažaljenjem i čuđenjem kako bolesnik može živjeti nakon takvog događaja. Obično pri tom promatrači osjećaju nelagodu izbjegavajući očni kontakt i pretvarajući se da ništa ne primjećuju.

Žrtve teških opeklinu s tim žive svakodnevno i svakodnevno se suočavaju s učinkom koji ostavljaju na druge ljude. Pri tom naravno moraju biti dovoljno hrabri da toleriraju tuđe reakcije. Iako se mnogi preživjeli s vremenom prilagode novonastaloj situaciji, borba za postizanjem kvalitete života zna biti vrlo teška i vrlo duga, a psihološko zacjeljivanje prati ono tjelesno. Teške opekline i njihovo liječenje spadaju među najbolnja iskustva koja osoba može doživjeti.

Emocionalne potrebe bolesnika s opeklinama dugo su bile zasjenjene naglaskom na preživljavanje. Danas kada je stopa preživljavanja neusporedivo veća nego

u prošlosti, porasla je i potreba za psihološkim i psihosocijalnim angažmanom u radu sa žrtvama teških opeklinu.

Bolesnik prolazi različite faze prilagodbe i suočava se s emocionalnim izazovima koje prate tjelesni oporavak. Prilagodba na opeklinu ozljedu uključuje složenu međuigru između bolesnikovih osobina prije nastanka opekline, okolinskih čimbenika, te prirode same opekline i potrebne medicinske skrbi. Prilagodba podrazumijeva usvajanje nove predodžbe o sebi i svom tijelu, nove slike tijela i sebe.

PERCEPCIJA VLASTITOG TIJELA

Izraz „*body image*“ (percepcija vlastitog tijela) uvodi P. Schilder 1950. god., a odnosi se na mentalnu predodžbu koju pojedinac ima o svojoj tjelesnosti (1).

Percepcija vlastitog tijela razlikuje nas od svih ostalih pojedinaca i na neki način predstavlja granice između nas i drugih osoba. Međutim, pod tim se pojmom

ne misli isključivo na tjelesna obilježja, već na cjelokupne sposobnosti koje percipiramo da ih naše tijelo posjeduje (2).

Prije Schildera, Head je još 1920. g. razradio pojam „*body schemata*“ (oblici tijela), smatrajući da je poimanje vlastite tjelesnosti bitno za razvoj ličnosti (osobnosti). On je smatrao da se slika o samom sebi (kasnije u psihoanalizi uveden pojam „*self image*“) razvija tijekom procesa socijalizacije (1). Ta postavka ukazuje na povezanost doživljaja vlastitog tijela i normalnog razvoja ličnosti.

Slika koju imamo o sebi („*self image*“) i slika vlastitog tijela („*body image*“) u idealnim uvjetima razvoja ličnosti ne odudaraju bitno od slike koju drugi imaju o nama. Ako je slika koju drugi imaju o nama u neskladu sa slikom koju sami imamo o sebi, nastaje „nesporazum“ koji može dovesti do psiholoških poteškoća ili je njihova posljedica.

Za razvoj slike o vlastitom tijelu vrlo je važan stav drugih prema njemu. Dijete tijekom razvoja u svoju sliku unosi i stavove drugih, prije svega majke i roditelja, prema njegovu tijelu. Ako roditelj s radošću prihvaća tijelo djeteta, ono u svoju sliku o sebi unosi ugodu i zadovoljstvo (2). Sasvim je sigurno da se u stavu prema tijelu ogleda interakcija između roditelja i djeteta, i kasnije, drugih značajnih figura, te okoline općenito. Zbog toga se i dešava da slika tijela nikad nije identična s onom slikom koju drugi imaju o nama. Tako npr. osoba privlačnog izgleda može sebe doživljavati neuglednom, ružnom, ili obrnuto. Stabilnost i sigurnost jedne osobe može se, između ostalog, temeljiti na samopouzdanju slici o tijelu (2).

Ova tijekom razvoja stvorena slika, tj. „*body image*“, može imati veći utjecaj na psihički život čovjeka nego stvarni izgled jedne osobe. Ona utječe na čovjekovo samopouzdanje, a samopouzdanje se temelji na samopoštovanju („*self-esteem*“) i na poštovanju od strane drugih („*public-esteem*“).

Nadalje, slika o tijelu utječe na naš kapacitet adaptacije na bolest, na tjelesnu traumu, na tjelesne promjene, itd. Osobe koje imaju veću sigurnost u svoje tijelo mogu na bolest gledati realnije. One će biti ustrašene u okvirima realnog straha koji svaka bolest pobuđuje, ali će se moći adaptirati na stvarnost: liječiti se, čekati izliječenje, pretrpjeti bol i neugodu itd.

Osobe koje nisu razvile dovoljno sigurnosti u svoje tijelo mogu biti jako uplašene i drugačije reagirati na bolest (depresivno, projektivno, negirajuće itd.).

Osobe koje su vrlo veliki dio svoje sigurnosti crpile upravo iz svog vanjskog (tjelesnog) izgleda trebat će puno veći napor da emocionalno prevladaju bolest

(npr. kod mladog, zdravog, uspješnog sportaša smetnje motiliteta izazvat će veliku psihičku traumu).

„*Self image*“ ili slika o sebi predstavlja našu vlastitu predodžbu i doživljaj koji uključuje i sve tjelesno i sve psihičko. Temelji „*self image*“-a, kao i „*body-image*“-a stječu se već u djetinjstvu, a tijekom života se mogu modificirati.

Ovisi o razvoju ličnosti kako i koliko će se slika o sebi približiti stvarnosti. Slika o sebi može biti i depresivna (podcjenjivanje sebe), narcistična (precjenjivanje sebe) itd.

U bolesti, bolesnik svjesno i nesvjesno mijenja vlastitu sliku o sebi, privremeno ili trajno, ovisno o samoj bolesti, odnosu okoline, odnosu liječnika prema njemu, a najviše ovisno o realnosti premorbidno utemeljene slike.

PSIHOLOŠKI ASPEKTI STRESA I KIRURŠKIH ZAHVATA

Latinska riječ *districtia*, preko srednjovjekovne francuske riječi *destrece* i srednjovjekovne engleske *distresses*, postala je engleska riječ *distress*, a skraćivanjem *stress*. Tijekom XV. stoljeća stres je označavao pritisak, a tek u dvadesetom stoljeću počinje se rabiti u medicini i označava duševno ili tjelesno preopterećenje i iscrpljenost organizma.

Kanadski liječnik H. Selye definira stresor kao vanjski podražaj ili stimulus, a stres kao stanje tjelesnog disekvilibrija uzrokovano stresorom (3). Stres označava značajan događaj koji je definiran svojim intenzitetom i činjenicom da osobu onesposobljava za primjereni odgovor, a može izazvati i trajne poremećaje s patogenim učincima na psihičku organizaciju (4). Akutna stresna reakcija, ako traje dulje od mjesec dana, može prerasti u posttraumatski stresni poremećaj (PTSP). Traumatizmu je svojstven dotok podražaja koji je prevelik za stupanj podnošljivosti i sposobnost osobe da tim podražajem ovlada i da ga psihički obradi.

Prema američkoj klasifikaciji bolesti DSM-IV (5) i akutna reakcija na stres i PTSP spadaju u veliku skupinu tzv. anksioznih poremećaja.

Predodžba o kirurgiji kao grani medicine u kojoj je bolesnik ovisan o kirurgu uz prisutna velika očekivanja od njega, jako obilježava odnos bolesnik - kirurg dajući kirurgiji specifičnu poziciju u cjelokupnoj medicini (3). Kirurški su zahvati u predodžbi bolesnika medicinski postupci koji razrješavaju njihove tegobe, a na iracionalnom (i ne samo iracionalnom) planu to su zahvati koji ili „spašavaju život“ ili „produžuju život“. Kirurški tretman opekline spada i u jedne i u druge.

Očekivanje kirurškog zahvata može provocirati pojavu patoloških reakcija, osobito kod osoba koje su svojom

psihopatologijom predisponirane za to. Strah je veći kod bolesnika koji očekuju operaciju koja će ih dovesti do trajnog invaliditeta, smanjenja radne sposobnosti, smanjenja kasnije kvalitete života...

Pojava panike u takvim situacijama može znatno ometati terapijski postupak, pa čak i dovesti do odgađanja operacije, gdje je onda nužna intervencija psihijatra. Dodatni izvor straha može biti anestezija, strah od uspavlivanja koji simbolizira strah od smrti.

Kod zahvata koji uključuju korekciju izgleda prema novijim istraživanjima čak 18 % bolesnika postoperativno pokazuje nezadovoljstvo svojim novim izgledom, navodeći da ne prepoznaju sami sebe, ili da izgledaju kao „čudovišta“. Poseban je problem gdje je nužna intervencija psihijatra onda kad se radi o situaciji nesrazmjerne emocionalne reakcije bolesnika na vrlo mali defekt ili vrlo diskretnu promjenu, a koja svojom simbolikom predstavlja vrlo težak napad na narcizam (samoljublje, sebeljublje) bolesnika.

U svakom slučaju, najvažnije je da bolesniku psihološku pomoć pruži „njegov“ liječnik, liječnik koji ga je primio u bolnicu i koji će ga operirati ili ga je operirao. Za bolesnika je od neprocjenjive vrijednosti za njegov oporavak nužno pravilo „Znaj svog kirurga“ (3).

OPEKLINE I PSIHODERMATOLOGIJA

Povezanost kože i mozga, još otprije rođenja, posljedica je embrionalnog razvoja jer se tijekom gestacije središnji živčani sustav razvija iz ektoderma. Kasnije, promjene na koži mogu imati važnu ulogu u psihološkom razvoju pojedinca, uvjetujući alteracije pogotovo u doživljaju „*self-image*“-a (3).

Veza između kože i psihe ima svoje korijene u vrlo ranoj ontogenezi.

Još je Anna Freud god.1966. pisala da su milovanje, maženje i glađenje kože od rođenja važan činitelj, koji pomaže djetetu da razvije predodžbu svog tjelesnog *image*-a.

Majčin dodir predstavlja i „*holding*“ i „*handling*“ prema Winnicottu (6), a neizmerno je pri tom i značenje za razvoj „*attachment*“-a (privrženosti) prema Bowlbyju (7) - što su sve procesi neophodni za zdravi razvoj ličnosti.

Osim brojnih, za opstanak važnih funkcija (koža je tjelesni omotač i vanjski zaštitnik, odraz djelovanja endokrinog i vegetativnog sustava, erogena zona itd.), koža ima - kako kaže francuski psihoanalitičar Anzieu - dermooptičku funkciju, tj. zbog svoje vidljivosti ima određeni vizualni kapacitet (8). Ta vidljivost je upravo važan psihološki faktor.

Za razliku od svih ostalih organa, promjena na koži je uvijek vidljiva i uvijek može biti primijećena.

Opekline, zbog svoje vizualne specifičnosti je izrazito traumatsko iskustvo, a posebice ako je po svom obimu i intenzitetu opasna za život. Uzimajući u obzir da je teška opekline izrazito traumatsko iskustvo povezano s dugotrajnim liječenjem i reintegracijom u društvo, opekline se mogu smatrati „kontinuiranim traumatskim stresnim poremećajem“, a bol od opekline jedna je od najintenzivnijih boli u kliničkoj medicini općenito. Akutna bol često prelazi u kroničnu, a uz somatsku i visceralnu, ima i neuropatsku komponentu.

Neposredan psihološki odgovor nakon traume ne ovisi samo o ekstenzivnosti opekline, nego i o okolnostima u kojima je ona nastala. Bitno je što je pacijent prilikom traume doživio i čemu je svjedočio. Ta činjenica, kao i bolni terapijski postupci, pridonose razvoju anksioznosti i depresije, a hospitalizacija i izoliranost (zbog prevencije infekcije) pridonose dodatnoj socijalnoj deprivaciji.

Promjena tjelesnog izgleda, osobito na vidljivim mjestima (lice, ruke), poseban je izvor psihičkih teškoća. Izgled lica je u mnogim kulturama, pa tako i u našoj, od presudne važnosti kod poimanja ljepote. Kod većine ljudi upravo izgled lica često determinira emocionalne reakcije i ponašanje drugih prema nekoj osobi. Početne reakcije na nečije lice mogu biti osjećaj ugođe i simpatije, ili pak neugode, odvratnosti i antipatije. Većina ljudi nažalost ipak izbjegava društvo osobe s velikim estetskim nedostacima ili nakaznostima, što ove stigmatizira i osuđuje na izolaciju uz osjećaj odbaćenosti.

Osjećaj srama, osamljenost, izoliranost, gubitak samopouzdanja, gubitak mogućnosti projekcije sebe u budućnost - samo su neke od psiholoških posljedica koje osobe izložene masivnim opeklinama mogu imati. Razumije se da takve osobe vide rješenje u operacijama koje će ublažiti ili otkloniti estetske nedostatke.

ULOGA PSIHIJATRA U LIJEČENJU BOLESNIKA S OPEKLINAMA

Klinička slika psiholoških poremećaja bolesnika s opeklinama može biti vrlo različita.

Tijekom same traume vrlo su česte disocijativne (psihotične) reakcije, a u fazi intenzivnog liječenja nerijetko se javlja delirij, i to zbog različitih uzroka (9). Ako nema delirija kao stanja poremećaja svijesti, niti disocijativne reakcije kao psihotične manifestacije koja ima obrambenu svrhu negacije traume, niti disocijativne amnezije i uopće težih duševnih poremećaja, onda su u najmanju ruku prisutni anksioznost i/ili depresija.

To, razumije se, može vremenom prerasti u posttraumatski stresni poremećaj sa svim njegovim obilježjima. Jer, kako je rečeno, osim opeklina kao takve, na psihološko stanje uvelike će utjecati uvjeti koji su do toga doveli (tzv. peritraumatski čimbenici), a onda i čimbenici nakon samog događaja, uvjeti liječenja, posljedice za zdravlje, za izgled, za kvalitetu kasnijeg života. Prema nekim statistikama, na simptomatskoj razini 21-33 % bolesnika s opeklinama ima depresivni poremećaj tijekom hospitalizacije, a tijekom rehabilitacije 12-22 %.

Rizik za depresiju je veći kod ženskog spola naročito u kombinaciji s ožiljcima na licu.

Oko 90 % bolesnika ima simptome anksioznosti i to osobito akutne reakcije na stres (10-16 %) i PTSP (8-41 %) tijekom hospitalnog liječenja. Prema jednom istraživanju godinu dana nakon traume 19-45 % bolesnika imalo je PTSP (9).

Bolesnik s opeklinama treba psihijatrijsku pomoć od trenutka ozljede do oporavka. Ova je potreba sve veća otkad su moderni centri za liječenje opeklina drastično poboljšali stopu preživljavanja. S porastom preživljavanja pacijenata s teškim opeklinama do izražaja dolaze psihološki izazovi i oporavak s kojim se takvi pacijenti moraju suočiti. Svjetski centri za opeklina zapošljavaju i socijalne radnike i psihologe i psihoterapeute kao dio multidisciplinarnog tima za opeklina. Psihološki oporavak bolesnika s teškim opeklinama smatra se kontinuiranim procesom podijeljenim na tri faze: kritična faza, akutna faza i faza dugotrajne rehabilitacije. Psihološke potrebe pacijenata bolesnika različite su u svakoj fazi (10).

PREMORBIDNI FAKTORI (STANJE PRIJE OPEKLINE)

Nezaobilazna pitanja koja se postavljaju kod nastanka opeklina su: Je li opečena osoba ta koja je uzrokovala opeklinu? Je li opeklin nastala nesretnim slučajem? Ili je namjerna? Je li nastala u cilju samopovrede? Ili je posljedica zlostavljanja od strane druge osobe?, itd. Premorbidni psihijatrijski poremećaji nisu rijetki u starijih bolesnika s opeklinama (11, 12). Predisponirajući faktor može biti sklonost impulzivnom ponašanju, što je najčešće slučaj kod hiperaktivne djece s ADHD sindromom. Impulzivno i rizično ponašanje može se javiti i u osoba koje boluju od bipolarnog poremećaja (manična epizoda). Razni psihijatrijski poremećaji mogu dovesti do opeklina nastalih namjernim samoozljeđivanjem ili pokušajem suicida. Premorbidno, kako je ranije spomenuto, to mogu biti osobe koje boluju od depresije, psihoze, ovisnosti o alkoholu i opojnim drogama, poremećajima osobnosti, pa će i samo liječenje zahtijevati i dulju hospitalizaciju (13).

Svakako je rizik od psihijatrijskih komplikacija koje prate opeklina veći kod pacijenata s prethodnom poviješću afektivnog poremećaja, alkoholne bolesti ili zlorabe droga (14).

Čest uzrok opeklinama je i zastrašujući oblik zlostavljanja/zanemarivanja druge osobe.

Kako se radi o delikatnoj problematici, koja se često ne prijavljuje i ne dokumentira kao takva, izgleda da je ovaj oblik nasilja puno češći nego što se to opisuje u literaturi.

VRIJEME ZA PSIHOLOŠKU - PSIHIJATRIJSKU INTERVENCIJU

A) Faza intenzivnog liječenja ili "*kad je stanje kritično*"
Kada doživi tešku opeklinu, bolesnik je ponajprije zaočupljen akutnom boli i strahom (od smrti, od bolnice) tako da ne razmišlja o dugoročnim posljedicama kao što su gubitak ranijih životnih kapaciteta ili ožiljci. On prije svega želi preživjeti, iako ima i onih koji izražavaju želju da umru. Suicidne namjere međutim iščekavaju ako se primijeni učinkoviti i brzi tretman koji uklanja bol i patnju.

Najzahtjevniji psihijatrijski problem za medicinsko osoblje je delirij pri čemu se mora hitno intervenirati zbog sepse, hipoglikemije, hiperglikemije, groznice i elektrolitnog dizbalansa. Kontrola boli, deprivacija sna i medikacija koja uključuje benzodiazepine, narkotike i anaboličke steroide dolazi u obzir tek nakon tretiranja sepse i korekcije metaboličkih abnormalnosti. Psihotično i bizarno ponašanje u sklopu delirija može biti problem za osoblje, pa i opasnost. Ako se to dogodi, neovisno o uzroku, preporuča se uključiti psihotropne lijekove ako metabolički status nije previše ugrožen. Razumije se da tijekom delirija treba voditi računa da je bolesnikova bol adekvatno tretirana, pa se potom, ako delirij i dalje traje, može uključiti i anksiolitike i antipsihotike vodeći računa o njihovim mogućim neželjenim djelovanjima i nuspojavama.

Ako i ne razvije delirij, bolesnik u ovoj fazi često pokazuje simptome akutnog stresnog poremećaja izražene pojavom obmana čutila u obliku iluzija, *flashback*-ova ili noćnih mora. Bolesnik može biti doslovno toliko prestrašen da bježi iz kreveta ili sobe i tada se ta ekstremna anksioznost treba i agresivnije tretirati.

Hitna psihološka intervencija u ovoj fazi je suport obitelji žrtve opeklina. Obitelj je šokirana događajem, boji se da ne izgubi voljenu osobu, a ako se ne boji njene smrti onda se boji promjena u izgledu osobe koje će uslijediti, promjena u njenom životu i promjena u životu cijele obitelji (egzistencija, radno mjesto, troškovi liječenja i rehabilitacije, itd.)

Psihološke osobine ove faze uključuju stresore samog bolničkog okruženja, okruženja intenzivne njege, nesigurnost ishoda i borbu za preživljavanje. U ovoj fazi prisutni su omamljenost, konfuzija i dezorijentacija, a od težih kognitivnih promjena kako je ranije navedeno - delirij i kratkotrajne psihotičke reakcije. Budući da je u ovoj fazi primarni cilj preživljavanje, psihološka intervencija je od minimalnog značenja. Suportivne intervencije trebaju se usmjeriti na hitnu problematiku, kao što je spavanje, kontrola boli i uopće zaštita bolesnikovih mehanizama koji će mu pomoći da se nosi s takvom traumom (15).

“... Poharani vanjski slojevi mogega tijela ocakljeni su krvavim ostacima pougljenjenog tkiva koje se zove eskar. Hirošima na tijelu. Baš kao što se hrpa slomljenih betonskih blokova nakon detonacije bombe ne može nazvati “zgradama”, tako se ni moj vanjski sloj nakon nesreće nije mogao nazvati “kožom”. Sâm sebi sam bio krizno stanje, premazan kremama srebrnog sulfadiazina s ionima srebra po ostacima tijela. Preko toga položeni su zavoji da počivaju na toj pustoši.

Ničega od toga nisam bio svjestan i tek sam poslije saznao od liječnika. U to sam vrijeme ležao u komi, a stroj je otkucavao usporeni metronom mogega srca. Tekućine, i elektroliti, i antibiotici i morfij kolali su kroz niz cjevčica (infuzija, jejunostoma, endotrahealni tubus, nazogastrična sonda, urinarni kateter, doslovno cjevčica za svaku priliku!) Toplinski mi je štiti zadržavao tijelo na temperaturi dovoljnoj da preživim, respirator je disao umjesto mene i nakupio sam toliko transfuzija krvi da bi se i Keith Richards posramio.”

(Andrew Davidson: “Vodoriga “. Algoritam. Zagreb, svibanj 2010)

Učinkovite psihološke intervencije u ovoj fazi više se očituju u radu s članovima bolesnikove obitelji, koji su anksiozni i pogođeni dok prate ovo događanje, te ih treba smiriti.

B) Akutna faza liječenja ili “faza zacjeljivanja rana”

Ako je akutno stanje prošlo i rane počinju zacjeljivati, tek onda slijedi čitava serija novih izazova. Ova faza uključuje niz stadija i može potrajati godinama.

“.....Bio sam bez svijesti gotovo sedam tjedana, umotan u posmrtni pokrov mrtvoga tkiva. Kad je liječenje počelo, komu je prvo uzrokovao šok, a onda su liječnici odlučili da me u njoj zadrže, imobiliziranog medicinskim sredstvima.

Nisam se morao svjesno nositi s kolapsom krvožilnog sustava niti sam morao razmišljati o oštećenju bubrega.

Bio sam potpuno nesvjestan da su mi crijeva zatajila. Nisam imao pojma za čireve od kojih sam povraćao krv niti sam znao koliko su sestre morale juriti da se pobrinu da se ne ugušim kad bi se to dogodilo. Nisam se morao živcirati zbog infekcija koje su se mogle razbukovati nakon svake hitne operacije ili presađivanja kože. Nisu me obavijestili da su mi folikuli dlaka sprženi niti da su mi žlijezde znojnice uništene. Nisam bio budan dok su mi isisavali čađu iz pluća...”

(Andrew Davidson: “Vodoriga “. Algoritam. Zagreb, svibanj 2010)

I dok je bolesnik još u bolnici on može izražavati čitav niz psiholoških i psihijatrijskih problema (12). Tada se najviše ističe anksioznost koju potiču bolne radnje, kao što su njega tijela, presvlačenje ili vježbe u sklopu fizioterapije. Raspoloženja se mogu mijenjati, a često je prisutna ljutnja i osjećaj krivnje zbog traumatskog incidenta.

Bolesnik počinje shvaćati da će nastaviti živjeti, ali da je njegovo tijelo izmijenjeno, te da mu je ono izvor boli. Nekada je depresivan toliko da to zahtijeva aktivnu psihoterapiju kao i medikaciju antidepresivima pri čemu treba paziti na moguće interakcije s drugim lijekovima koje bolesnik uzima.

*“.....Sve je to bilo tek uvod u glavni događaj. Debridement je trganje osobe; rezanje svega što se ikako može podnijeti. Tehnički gledano, to je uklanjanje mrtvog ili zaraženog tkiva s rane da bi na njegovu mjestu mogla izrasti zdrava koža. Sama riječ, netaknuta, dolazi od francuske imenice *débridement* koja doslovno znači “uklanjanje uzda”. Etimologiju je lako konstruirati: uklanjanje zaraženoga tkiva s tijela - uklanjanje tvari koja sputava - priziva sliku skidanja uzda s konja, jer same uzde sputavaju. Osoba se debridementom na neki način oslobađa onoga što je kontaminira.....Čuo sam kako mi oštrica klizi niz tijelo i odvaja kožu.”*

(Andrew Davidson: “Vodoriga “. Algoritam. Zagreb, svibanj 2010)

Većina studija pokazuje da se u 20-30 % slučajeva zrtava teških opeklinama može razviti ozbiljan psihički poremećaj, bilo u djece ili u odraslih. Kod djece je također 20-30 % onih koji ostaju hendikepirani socijalnim poteškoćama u smislu da zaostaju u socijalnim vještinama, imaju problema s učenjem i uopće probleme u ponašanju.

Najčešće dijagnoze koje ostaju kao posljedica ovakvih trauma su anksiozni poremećaji, separacijska anksioznost i socijalne fobije, a kasnije se može razviti i

posttraumatski stresni poremećaj i depresija. Nekađ umjesto depresije nastupa ljutito i agresivno ponašanje.

Nastupa nakon što bolesnik više nije vitalno ugrožen, a liječenje je usmjereno na skrb o samoj opeklini (kirurške intervencije). Kako bolesnik više nije tako sediran, jer mu je stanje svijesti bolje, više je suočen s boli i iscrpljujućim tretmanom, te je više svjestan svih mogućih posljedica opekline.

Ovo stanje je, uz bol, najčešće praćeno anksioznošću, depresijom, nesanicom, agitiranošću.

Depresija i anksioznost se uvijek javljaju u akutnoj fazi liječenja. Akutni stresni poremećaj koji se javlja u prvom mjesecu, te posttraumatski stresni poremećaj, koji se javlja nakon mjesec dana od opekline traume, češći su kod teških opekline nego nekih drugih vrsta ozljeda. Ozbiljnost depresije povezana je s razinom boli i razinom socijalne podrške. Ovakvi bolesnici izražavaju i veći osjećaj krivnje zbog događaja koji je uzrokovao traumu.

Bolničko okruženje, periodičko buđenje pacijenta zbog analgezije i provjere vitalnih znakova doprinose poremećajima spavanja, dok je nesаница sama po sebi pratilac i anksioznosti i depresije. K tome agitiranost i noćne more dodatno otežavaju spavanje.

Premorbidna psihopatologija je u usporedbi s općom populacijom češća kod opekline bolesnika, što otežava strategiju liječenja, osobito ako se radi o bolesnicima koji premorbidno boluju od depresije, poremećaja osobnosti, te ovisnicima o alkoholu ili drogama. Psihičko stanje u akutnoj fazi liječenja može biti praćeno osim osjećajima ljutnje i bijesa zbog doživljene traume, i osjećajima očaja i žalovanja.

Žalovanje kao proces može početi kad pacijent postane svjestan utjecaja opekline na njegov život, te osobito ako je trauma dovela i do gubitka bližnjih.

Bezbroj je razloga za reakciju žalovanja: žaluje se zbog gubitka, bilo materijalnog, bilo emocionalnog, gubitka i stradanja bližnjih, žaluje se i zbog gubitka ili ograničenja pokretljivosti, zbog narušena izgleda, zbog mogućeg gubitka posla i straha za egzistenciju, itd., općenito zbog gubitka života kakav je bio prije. Nerijetke su suicidalne tendencije.

“.....Namjeravao sam jednostavno se oporaviti dovoljno da me puste a zatim, u roku od dvadeset četiri sata od izlaska iz bolnice, bio bih mrtav. To sam obećao samome sebi i to me jedino tjeralo naprijed.”

(Andrew Davidson: “Vodoriga “. Algoritam. Zagreb, svibanj 2010)

Psihijatar u ovoj fazi liječenja uz racionalnu farmakoterapiju (vodeći računa o interakcijama s drugim lijekovima koje pacijent prima) svakako treba pružiti potporu - suport, ali uz taj suport pacijenta treba potaći na tzv. “*de-briefing*” - da govori o traumi, da se prisjeti svih detalja, da ventilira osjećaje...

Što prije i bolje proradi traumatsko iskustvo uz psihoterapijsku pomoć, manji je rizik od razvoja kasnijeg PTSP-a koji bolesnika pak trajno može oštetiti i promijeniti kao osobu.

Bol je uzrokovana opeklinom kao takvom, a k tome se pridružuju i bolni postupci tijekom liječenja. Liječenje boli uključuje farmakološki i nefarmakološki pristup. Najčešće se kao analgetici koriste opioidni agonisti, dužeg ili kraćeg djelovanja. Uz njih se mogu kombinirati i psihofarmaci, najčešće anksiolitici. U nefarmakološkom pristupu kontrole boli može se koristiti psihoterapija, najčešće kognitivno-bihevioralna, tehnike relaksacije, hipnoza i mnoge druge (15).

C) Faza dugotrajne rehabilitacije ili “*povratak u društvo*” Nakon što prođe rano adaptacijsko razdoblje oporavka, bolesnik se počinje više usmjeravati na svakodnevne zadatke, sa željom da se u skoroj budućnosti ponovno uključi u život (u školu, posao, društvo). On počinje inkorporirati opekline ožiljke u svoju sliku sebe i tijela, u svoj *self-image*.

Nekađ su i bolesnik i njegova obitelj u dvojbi kad treba napustiti sigurno okruženje kao što je bolnica. Bolesnici, uključujući i malu djecu, boje se odbacivanja ili ismijavanja zbog promjena njihovih sposobnosti ili izgleda (16). Obitelj pri tom izražava težnju da zaštiti dijete od izrugivanja, da zaštiti svog bolesnika od suočavanja s mogućim neprihvatanjem u društvu. Bolesnik nadalje može sumnjati u sposobnost obavljanja ranijih aktivnosti što mu dodatno pojačava anksioznost.

To je razdoblje u kojem svakako psihoterapija treba uzeti maha kako bi pomogla i bolesniku i njegovoj obitelji da se prilagodi novonastalim promjenama i da se u društvenom smislu reintegrira. Na te promjene treba pripremiti i okruženje u koje se bolesnik vraća (škola, posao) i treba ih što prije potaći na suradnju, kako bi se olakšala socijalna reintegracija.

Za odrasle u velikim centrima postoje i strukturirani programi povratka u društvo (tzv. “*re-entry programs*”) u kojima se u tom smislu educira i senzibilizira čitava zajednica, osiguravajući time potreban socijalni suport.

Kao što je ranije spomenuto, česta komplikacija u tijeku oporavka od teške opekline traume je prisustvo

akutnog stresnog poremećaja (17), te posttraumatskog stresnog poremećaja, prema nekim studijama i u 25 % slučajeva.

U liječenju se tada, uz psihoterapiju, individualnu ili grupnu, primjenjuju i anksiolitici i/ili antidepresivi. No, treba navesti da i prilagodba i uspješno funkcioniranje u društvu nije isto kod onih koji su opekline preživjeli kao djeca i onih koji su to doživjeli u odrasloj dobi. Postoje indicije da oni koji su opeklinu traumom doživjeli u dječjoj dobi imaju puno više problema s vlastitim samopouzdanjem negoli oni koji su traumatizirani kao odrasli i da pokazuju veće poteškoće u socijalnoj prilagodbi. Prema nekim studijama adolescenata i mladih koji su bili žrtve opekline u dječjoj dobi oko 40-50 % njih se dobro socijalno adaptira, dok 50-60 % pokazuju znakove stresa, a pri tom oko 25 % iziskuje ozbiljnu kliničku pozornost. Međutim,

ima i istraživanja koja su pokazala vrlo pozitivan ishod kod mladih koji su u dječjoj dobi preživjeli masivne opekline ozljede (tjelesne površine i do 70 %) uz napomenu da su liječenje od multidisciplinarnog tima i obiteljski suport imali važan utjecaj na uspjeh njihova liječenja (18).

Psihosocijalna adaptacija osim o stručnjacima uvelike ovisi o podršci od strane obitelji, ali kod djece i mladih osobito je važna podrška njihovih prijatelja i vršnjaka. No, treba imati na umu da ima i onih koji se pretvaraju da su dobro prilagođeni, ali da u sebi i dalje pate, što treba psihološki istražiti i na tome poraditi, jer će taj problem inače dovesti do poteškoća u daljem razvoju interpersonalnih odnosa te u uspostavi povjerenja i bliskosti s drugom osobom.

Prikaz faza liječenja bolesnika s opeklinama prikazan je u tablici 1.

Tablica 1.

Faze liječenja bolesnika s opeklinama

Faza liječenja	Očekivani simptomi	Preporučeni tretman
Prijam u bolnicu	(ako je bolesnik pri svijesti) anksioznost, strah, bol, tuga	anksiolitici analgetici psihološki suport
Faza intenzivnog liječenja - kritična faza	sve kao gore + akutni stresni poremećaj delirij, konfuzija, dezorijentacija otežana komunikacija poremećaj spavanja	anksiolitici analgetici lijekovi koji djeluju na akutni stresni poremećaj antipsihotici nastavak psihološkog suporta koji treba pružati i obitelji bolesnika
Akutna faza bolničkog liječenja	bol koja se povećava s postupcima liječenja, previjanja ili vježbi anksioznost - i u obliku akutnog stresnog poremećaja i kao posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) depresija poremećaji spavanja izbijanje premorbidnih osobina ličnosti ljutnja, bijes proces žalovanja rapidne izmjene raspoloženja	ciljani analgetici anksiolitici i antidepresivi psihoterapija (kognitivno-bihevioralna i obiteljska psihoterapija)
Rehabilitacija i reintegracija (može trajati godinama)	Poteškoće prilagodbe PTSP Anksiozni poremećaji (uključujući fobične) Depresivni poremećaji	Program povratka u društvo (program "re-entry") Psihofarmaci shodno psihijatrijskom poremećaju Psihoterapija (individualna i grupna), obiteljska psihoterapija, grupe podrške Psihološko savjetovanje Učenje socijalnih vještina

OPORAVAK I REINTEGRACIJA U DRUŠTVO

Cilj svakog liječenja je oporavak i postizanje optimalne funkcionalnosti cijele ličnosti. Pojačana stopa preživljavanja od teških opeklin otvara brigu za potencijalni psihološki morbiditet žrtve opekline. Briga mora obuhvatiti pretpostavku budućeg života bolesnika i već od početka liječenja, kad je ono najhitnije i najakutnije, treba se imati u vidu budućnost bolesnika: pokretljivost, vanjski izgled, psihološku stabilnost i sl. Smatra se da oko 30 % preživjelih pokazuju blažu ili ozbiljniju psihološku i/ili socijalnu problematiku.

Paralelno s fizičkim tretmanom tijekom procesa liječenja treba biti uključen i psihoterapeut, a velik utjecaj na liječenje ima i obitelj bolesnika, te je za psihoterapeuta obiteljska zajednica bolesnika također „bolesnik“. I bolesnik sâm, i njegova obitelj, moraju se prilagoditi promjenama i pred njih se postavljaju prilično slični terapijski zadatci.

Plan i program liječenja mora se temeljiti na pretpostavci života izvan bolnice, a ako je život prekinut smrću što nije neuobičajeno kod žrtava teških opeklin, psihoterapeut mora pripremiti obitelj i pomoći joj u procesu žalovanja.

Većina obitelji u početku negira mogućnost smrti i ne želi čuti neželjene prognoze. Osoblje može obitelji dopustiti nadu, ali je istodobno suptilno i iskreno pripremati na moguću smrt. Informirajući obitelj o promjenama bolesnikova stanja i aktivno je podržavajući, ponekad i podučavajući, pomaže bolesniku i obitelji da prođu kroz ovaj teški događaj i da prihvate smrt. Ako je obitelj pripremljena na smrt i može je prihvatiti, u takvom će kontekstu smrt lakše prihvatiti i samo osoblje.

Važni čimbenici u planiranju liječenja su, uz obim i ozbiljnost opekline, te dob i spol bolesnika, raniji stresni događaji i načini prevladavanja traume, psihosocijalno i ekonomsko stanje, premorbidni životni stil bolesnika, njegov položaj u obitelji, obiteljska snaga, itd.

S osobom koja će najviše biti uključena u proces bolesnikovog oporavka osoblje mora otpočeti graditi terapijski savez. U *kritičnoj fazi liječenja* psihološke intervencije moraju ublažiti anksioznost i konfuziju, podržavati orijentiranost bolesnika u vremenu, mjestu i osobama, uravnotežiti ciklus budnosti i spavanja, podržavati posjete obitelji i prijatelja. Ako je bolesnik zastrašen noćnim morama i traumatičnim sjećanjima, *flashback*-ovima, treba ga ohrabriti time da je to normalna reakcija na traumu i da je to dio oporavka, te ga usmjeriti na sadašnjost u kojoj se on nalazi siguran u bolnici i na liječenju. Međutim, ako pacijent nije pri svijesti ili je u komi, osoblje mora imati u vidu da, iako ne reagira, možda čuje i sluša, pa mu se tako

treba i obraćati. Obitelj pak treba podučiti na koji način će oni biti od pomoći, te kako će se osloboditi straha od kontakta s pacijentom u takvom stanju. „Liječenje“ obitelji u toj fazi je vrlo važno za liječenje bolesnika, a obitelj k tome razvija svoj osjećaj kompetencije i kontrole. Važno je da bolesnik, ako je u stanju, razumije postupak liječenja na način da mu se time ublaži tjeskoba i strah, te da mu se time reducira iščekivanje boli. A i obitelj treba instruirati i uključiti kako bi i ona između ostalog doprinijela placebo učinku u smirivanju bolesnika.

Tijekom *hospitalizacije* nakon što je bolesnik postao tjelesno jači a rane gotovo iscijeljene, nastavak liječenja paradoksalno predstavlja nekad i teži izazov za medicinski tim. Sada bolesnika treba motivirati za suradnju i odgovornost u cilju oporavka, ma koliko to bilo neugodno za njega. Bolesnik u toj fazi postaje svjestan promijenjene slike tijela koja će ostati zauvijek i koja nije sukladna premorbidnom *self-image*-u. Može postati svjestan ograničenosti svoga tijela osobito kada krene fizikalna terapija, što mu uzrokuje daljnju anksioznost. Premorbidni identitet više ne postoji i mora ga zamijeniti novi. U ovako konfuznoj situaciji bolesnik može agirati bijes i strah.

Nakon razdoblja realne ovisnosti o drugima, u ovoj fazi može se prestrašiti brige koju će morati voditi o sebi i biti preplavljen osjećajem neadekvatnosti zbog gubitka svoje autonomije i svojih sposobnosti.

Emocionalna labilnost, te regresivno ponašanje u ovoj fazi je obilježje bolesnika svih dobi, ali za njega, obitelj i medicinsko osoblje najteže je možda iskaljivanje ljutnje i bijesa. Iako naravno imaju mnoštvo razloga za bijes i moraju ga iskazati jer je i to dio procesa prilagodbe, zapravo je malo situacija u kojima bi bolesnik to mogao izraziti. U bolnici on nema privatnosti, niti mogućnosti da agresiju iskali fizičkom aktivnošću, npr. trčanjem. S druge strane, i obitelj i osoblje, njegovu agresiju mogu doživljavati kao osobnu ataku i nezahvalnost. Agresija se, kao što znamo, najčešće iskazuje prema najbližima, jer su oni sigurne mete (prema bračnom partneru ili roditelju, prema medicinskoj sestri ili liječniku). Napade ljutnje najbolje je prihvatiti kao neophodni oblik pacijentove ventilacije. Ti agresivni ispadi ne uznemiruju samo obitelj i osoblje već i bolesnika samog jer se može prestrašiti svog gubitka kontrole. Potom može slijediti njegov osjećaj krivnje i strah da će izgubiti ljubav i potporu od okoline, od onih prema kojima je bio agresivan. Taj strah nakalempljuje se na njegov raniji strah od odbacivanja koji je uzrokovan promijenjenim izgledom. Ljutnju potom usmjerava prema sebi što ga čini dodatno bespomoćnim, depresivnim, nekad i suicidalnim.

Ako se hospitalizacija nastavlja daljnjih nekoliko tjedana, bolesnik doživljava ponavljane frustracije, a tendencija osjećaju bespomoćnosti i depresiji postaje češća.

I obitelj mora procijeniti promijenjenu situaciju i naučiti kako pomoći bolesniku u tugovanju i žalovanju i prihvaćanju nove situacije. Kod kuće obitelj mora osigurati potrebno okruženje kako bi se oporavak mogao nastaviti.

Faza reintegracije prati vremensko približavanje otpusta iz bolnice, kada se specifični planovi moraju postaviti i 10-14 dana prije otpusta. Povratak kući obilježen je socijalnim interakcijama i sa širom obitelji i sa širom zajednicom, pa se ta faza tretmana s pravom označava „socijalnom hitnoćom“ (19). Psihoterapeut u toj fazi educira bolesnika i obitelj u smislu poteškoća koje se mogu predvidjeti da će nakon otpusta nastupiti, npr. povratak simptoma posttraumatskog stresa, nesanica, razdražljivost itd. I sve to treba obraditi prije otpusta, i na neki način bolesnika/obitelj uključiti u dnevni raspored obveza medicinskog tima kako bi ih se pripremilo na zadatke koji ih očekuju kod kuće.

Dalje posebno treba poraditi na interpersonalnim interakcijama bolesnika izvan bolnice, na reakcije drugih

s kojima dođu u kontakt, na ohrabrivanju i podizanju samopoštovanja.

A trebalo bi na sve te promjene pripremiti i društvo, tj. širu socijalnu zajednicu na njihov angažman – radno mjesto, školu, itd. što predviđaju tzv. programi “*re-entry*” (20).

Stanje poslije otpusta iz bolnice ne mora biti obilježeno dobrim stanjem bolesnika, jer se on mora suočiti s gubitkom, promjenama kože, poteškoćama pri oblačenju i možda tek sada počne izražavati odgođenu reakciju žalovanja. Sada kada je napustio sigurno bolničko okruženje, raniji psihički simptomi se mogu reaktivirati. Proces psihološke prilagodbe na novo sebstvo, self ili identitet može trajati od nekoliko mjeseci do nekoliko godina, ali prema istraživanjima nakon otprilike godinu dana većina poteškoća prolazi i većina bolesnika se ipak dobro prilagodi.

Obitelj također prolazi svoj posttraumatski stres i treba vremena za prilagodbu, a čini se da je najteže roditeljima čija su djeca preživjela teške opekline (21). Ti roditelji proživljavaju i dulje depresivno razdoblje i kao takvi su u psihoterapijskom smislu problem za sebe.

Psihosocijalna adaptacija na opeklinsku traumu prikazana je u tablici 2.

Tablica 2.

Psihosocijalna adaptacija na opeklinsku traumu

Vrijeme adaptacije	Akutna faza (3-6 mjeseci poslije opekline)	Rana adaptacija (6 mjeseci- 2 godine poslije)	Inkorporacija - (1-5 godina poslije)	Idealna adaptacija (2 i više godina poslije)
Emocionalna iskustva	- Bol - Strah - Anksioznost - Tuga	- Emocionalna labilnost (brze izmjene raspoloženja) - Strah - Tuga - Bijes - Osjećaj dostojanstva - Nada	- Tuga - Bijes - Dostojanstvo - Duhovna obnova	- Prihvaćanje - Nada - Bijes - Optimizam
Self-koncept	Zasnovan na predodžbi <i>self-image</i> i <i>body-image</i> prije nastanka opekline	- Zasnovan na doživljaju selfa kao “privremeno unakaženog” - Zaboravljanje da drugi vide promjenu - Brze promjene raspoloženja - Traženje rješenja kako bi se povratilo raniji izgled	- Zasnovan na ulozi ili “heroja” ili žrtve - Uočljivi ožiljci u doživljaju sebstva su izvor srama ili ponosa	Doživljaj sebe kao osobe koja je preživjela opeklinu i ima značajne prednosti i uloge
Važni vanjski utjecaji	- Roditelji (ili bračni partner) - Drugi članovi obitelji - Bolničko osoblje - Prijatelji (kolege, vršnjaci)	- Roditelji - Drugi članovi obitelji - Prijatelji (kolege, vršnjaci) - Stručna pomoć (npr. psihoterapeut)	- Prijatelji (kolege, vršnjaci) - Roditelji - Drugi članovi obitelji - Drugi ljudi	- Prijatelji (kolege, vršnjaci) - Roditelji - Drugi članovi obitelji - Drugi ljudi

Ovaj je prikaz djelomično preuzet s konferencije o ishodima liječenja održane u studenom 2001. u Leesburgu, VA, USA, a koju je sponzorirala ABA / Shriners Burns Hospitals

Psihoterapijski tretman žrtava opekline i njihovih obitelji može trajati mjesecima i godinama dok se ne priviknu na nove uloge. Problematično je ako se bolesniku, u razvoju novog identiteta, predugo podržava uloga „heroja“ koja je u početku prilagodbe čak i poželjna. Naime, vremenom se ta uloga može izroditi u kontraproduktivna i nerealistična očekivanja u kojima se mora negirati svaka ljudska slabost: tuga, bol, ljutnja. Zadatak je psihoterapeuta stoga da podržava sliku bolesnika - žrtve opekline kao ljudskog bića koje može biti i jako i optimistično i autonomno, ali koje smije imati i trenutke tuge, očaja i bijesa.

ZAKLJUČAK

Žrtve teških opekline svakodnevno se suočavaju s učinkom koji ostavljaju na druge ljude. Pri tom naravno moraju biti dovoljno hrabri da toleriraju tuđe reakcije. Iako se mnogi preživjeli s vremenom prilagode novonastaloj situaciji, borba za postizanje kvalitete života zna biti vrlo teška i vrlo duga, a psihološko zacjeljivanje rana prati ono tjelesno. Teške opekline i njihovo liječenje spadaju među najbolnija iskustva koja osoba može doživjeti.

Emocionalne potrebe opeklinskog bolesnika dugo su bile zasjenjene naglaskom na preživljavanje. Danas, kada je stopa preživljavanja neusporedivo veća nego u prošlosti, porasla je i potreba za većim psihološkim i psihosocijalnim angažmanom u radu sa žrtvama teških opekline.

LITERATURA

1. Havelka M. Zdravstvena psihologija. Zagreb: Naklada Slap, 1998.
2. Blažević D. Reakcija bolesnika na bolest. U: Blažević D, Cividini-Stranić E, Beck-Dvoržak M, ur. Medicinska psihologija. Zagreb: Medicinska knjiga, 1979, 117-27.
3. Gregurek R i sur. Suradna i konzultativna psihijatrija. Zagreb: Školska knjiga, 2006.
4. Horowitz M. Stress response syndromes. 2nd edition. New York: Jason Aronson, 1978.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Press, 1994.
6. Winnicott DW. The maturational processes and the facilitating environment. London: The Hogarth Press, 1976.
7. Bowlby J. Attachment and loss. Vol.1. New York: Basic Book, 1969.
8. Anzieu D. Le moi-peau. Paris: Gallimard, 1974.
9. Braš M, Lončar Z. Opekline. U: Gregurek R, ur. Suradna i konzultativna psihijatrija. Zagreb: Školska knjiga, 2006, 140-8.
10. Wiechman SA, Patterson DR. Psychosocial aspects of burn injuries (Clinical review ABC of burns). BMJ 2004; 329: 391-3.
11. Patterson D, Everett J, Bombardier C, Questad K, Lee V, Marvin J. Psychological effects of severe burn injuries. Psychol Bull 1993; 113: 362-78.
12. Meyer W, Blakeney P. Psychiatric disorders associated with burn injury. U: Herndon DN, ur. Total burn care. London: WB Saunders, 1995, 544-9.
13. Van Der Does AJW, Hinderink EMC, Vloemans AFPM, Spinhoven P. Burn injuries, psychiatric disorders and length of hospitalization. J Psychosom Res 1997; 43: 431-5.
14. Fauerbach JA, Lawrence J, Haythornthwaite J i sur. Preburn psychiatric history affects posttrauma morbidity. Psychosomatics 1997; 38: 374-85.
15. Wiechman SA, Patterson DR. ABC of Burns. Malden (MA): Blackwell Publishing Ltd, 2005.
16. Barden RC. The effects of cranio-facial deformity, chronic illness, and physical handicaps on patient and familial adjustment: research and clinical perspectives. U: Lahay BB, Kazdin AE, ur. Advances in Clinical Child Psychology. Vol.13. New York: Plenum, 1990, 343-75.
17. Marshall R, Spitzer R, Liebowitz M. Review and critique of the new DSM-IV diagnosis of acute stress disorder. Am J Psychiatry 1999; 156: 1677-85.
18. Sheridan R, Hinson M, Liang M i sur. Long-term outcome of children surviving massive burns. JAMA 2000; 283: 69-73.
19. Goodstein R. Burns: an overview of clinical consequences affecting patient, staff, and family. Compr Psychiatry 1985; 26: 43-57.
20. Blakeney P, Meyer WJ. Psychological aspects of burn care. Trauma Q 1994; 11: 166-79.
21. Blakeney P, Robert R, Meyer W. Psychological and social recovery of children who have been disfigured by physical trauma: elements of treatment indicated by empirical data. Int Rev Psychiatry 1998; 10: 196-200.

SUMMARY

PSYCHOLOGICAL SUPPORT TO BURN PATIENTS

M. VLASTELICA

Private Psychiatric Office, School of Medicine, University of Split, Split, Croatia

Severe burns and their treatment are among the most painful experiences a person can have. Emotional needs of burn patients have long been overshadowed by the focus on survival. Today, when the survival rate is much higher than in the past, the need of psychological and psychosocial engagement in working with victims of severe burns has emerged. A patient undergoing various stages of adjustment is faced with emotional challenges that accompany physical recovery. Adapting to burn injury involves a complex interplay between patient characteristics before the occurrence of burn, environmental factors, and the nature of the burns and medical care required. Adaptation implies adoption of new ideas about themselves and their body, new body image and new self image. Psychiatric and psychological treatment must be incorporated in burn treatment centers within a multidisciplinary treatment team. Psychology and psychotherapy should address the problem of loss, grief, acceptance of body image and self image, in terms of psychiatric conditions of delirium, acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, anxiety, depression and other psychiatric disorders. Technical assistance and support should be provided to the patient family members. In some cases, psychosocial treatment never ends; it takes years, later related to rehabilitated burns.

KEY WORDS: burns, trauma, body image, self image