

ULOGA PSIHIJATRA U LIJEČENJU OPEKLINSKIH TRAUMA

MIRELA VLASTELICA i ZDRAVKO ROJE¹

Privatna psihijatrijska ordinacija Split, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu i ¹Klinički bolnički centar Split, Klinika za plastičnu i rekonstruktivnu kirurgiju; Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, Split

Psihijatrijski simptomi općenito se pojavljuju kao dio složenog sistemskog odgovora na opeklinu ozljedu. Psihološko i farmakološko liječenje neophodno je za uspješni oporavak bolesnika ili barem za smanjenje psihijatrijskih posttraumatskih posljedica. Treba imati na umu da je psihološka adaptacija dugotrajan proces koji traje mjesecima pa i godinama. Nužno je da opeklini tim stručnjaka uz procjenjivanje tjelesnog oporavka bolesnika, uporedo procjenjuje i njegovo psihičko i afektivno stanje. Iako većina bolesnika može postići zadovoljavajuću prilagodbu, mnogi se nastavljaju boriti sa slikom o sebi, ljutnjom, bijesom, tugom, nesanicom, strahom, povlačenjem, bijegom od ranijih aktivnosti, što iziskuje nastavak psihoterapijskog i psihijatrijskog liječenja. Psihijatrijsko bi liječenje zahtijevalo i usvajanje određenih smjernica u liječenju takvih bolesnika.

Ključne riječi: opekline, psihijatrijsko liječenje, smjernice

Adresa za dopisivanje: Prof. dr. sc. Mirela Vlastelica, dr. med.
Vukasovićeve 10
21 000 Split
E-pošta: mirela.vlastelica@yahoo.com

UVOD

Iako je psihijatar u liječenju opeklinih bolesnika najčešće konzultant, njegovo znanje i sposobnost u psihofarmakološkom rješavanju psihijatrijskih simptoma koji se pojavljuju s nastankom opekline od integralnog je značenja za cijeli medicinski tim.

Psihijatrijski poremećaji u anamnezi opeklinih bolesnika relativno su česti i značajno doprinose samoj etiologiji ozljeda. Zloraba droga i alkohola, organske moždane promjene, hiperaktivnost, deficit pažnje, poremećaji osobnosti i dr. relativno su česta premorbidna stanja. Mali dio ovih ozljeda dolazi i zbog namjernog samoozljeđivanja i takvi su bolesnici i fizički i emocionalni izazov za medicinski tim (1). Svaki bolesnik koji je iskusio teške opekline podložan je psihičkim promjenama, a premorbidna psihopatologija to dodatno komplicira.

Najčešće su teške opekline praćene stanjem delirija, organske psihoze, encefalopatije, posttraumatskih simptoma, poremećaja spavanja, boli i depresijom što se događa u kritičnoj, tj. intenzivnoj fazi liječenja. Psihijatrijski problemi često se javljaju i tijekom dugotrajnog procesa oporavka, npr. u obliku fobija i drugih anksioznih poremećaja ili potpunog razvoja posttraumatskog stresnog poremećaja, kliničke depresije i distimije.

OPĆI PSIHIJATRIJSKI SIMPTOMI U KRITIČNOJ (INTENZIVNOJ) FAZI LIJEČENJA

U početnoj fazi liječenja, onaj najkritičnijoj, simptomima pridonose organski faktori i premorbidno stanje. Dezorijentacija, konfuzija, poremećaji spavanja, prolazne

psihoze i delirij, opservirani su i kod odraslih i kod adolescenata. Uzroci ovih simptoma često su nejasni i multifaktorski. Hipertenzija, hipoglikemija, elektrolitni dizbalans, sepsa, te niz organskih problema mogu dovesti do delirija. Poremećaj stanja svijesti može biti prolazan i trajati svega nekoliko dana, ali kod težih opeklini i do nekoliko tjedana. Sliku dodatno čini konfuoznom stanje anoksije.

Svakako je delirij češći kod muškaraca sa zloporabom alkohola. U poremećenom stanju svijesti bolesnik krivo procjenjuje stvarnost, može imati obmane čutila u obliku iluzija ili halucinacija, ne prepoznava osobe oko sebe, imati doživljaj da je u zatvoru, te imati sve značajke kratke reaktivne psihoze ili stanja sličnog shizofreniji, kao i značajke psihotične depresije. Ponekad zbog zastrašujućih vizija bolesnik pokušava pobjeći što stvara dodatne probleme.

Stanje delirija ili psihoze rijetko se javlja kod djece mlađe od 10 godina, za razliku od encefalopatije karakterizirane letargijom, povlačenjem ili komom što se nalazi i kod djece i kod odraslih. I dok neki smatraju da delirij i encefalopatija ostavljaju dugotrajne posljedice, mnogo je više studija koje pokazuju da nakon ovakvih zbivanja nema neuroloških rezidua (2).

Nakon stabiliziranja vitalnih znakova i utjecaja na bol primjenjuju se psihotropni lijekovi, primjerice antipsihotici (haloperidol, klorpromazin, tzv. atipični antipsihotici te sredstva za suzbijanje njihovih nuspojava, ako je potrebno). Pri antipsihotičnoj terapiji treba paziti da se ne razvije maligni neuroleptički sindrom koji treba što prije monitorirati. U obzir sada dolaze i benzodiazepini i pri tom treba paziti da ne izazovu hipersedaciju.

Posttraumatski stres i anksioznost uz pojačanu pobudenost ili nesanicu treba tretirati i antidepresivima, kod tricikličkih treba paziti na antikolinergički učinak, pa je uputnije koristiti lijekove SIPPS (selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina). Sama nesanica može biti tretirana i hipnoticima. Sve to naravno dolazi u obzir nakon što je bol stavljena pod kontrolu analgeticima ili anestheticima.

„..... Pacijenti s opeklinama ne mogu dobiti običnu anesteziju, a ono što nam daju umjesto toga - ketaminsku anesteziju - često uzrokuje deluzije. Za promjenu sam imao vrlo ugodnu halucinaciju, neočekivani bonus u inače nesretnom iskustvu. Svisoka sam gledao ocean uz lijepu Engleskinju, a što bi jednome pacijentu s opeklinama moglo biti bolje od sna o vodi?“ (3).

PSIHIJATRIJSKI PROBLEMI TIJEKOM BOLNIČKOG (AKUTNOG) LIJEČENJA

Kirurški zahvati kao i fizikalne vježbe praćeni su s boli zbog kojih bolesnik pati pa je i psihijatrijski tretman ponajprije usmjeren na kontrolu boli, ali i na bolesnikovu suradljivost u vježbama i svim aspektima liječenja. Bo-

lesnik mora sudjelovati u planiranju potrebnog programa liječenja, bilo da se radi o odrasloj osobi ili o djetetu. Bolesnik tada započinje dugi proces „razumijevanja“ što se zbilo, te učenja o svom „novom“ sebstvu, doslovno i metaforički. Tada započinje psihoterapijski proces. Kod djece se obično radi „play therapy“ (terapija igrom), a kod odraslih psihoterapija započinje konfrontiranjem s emocionalno teškim iskustvom. Izražavanje ljutnje, straha, tuge može biti vrlo učinkovito. Posebice je važno da bolesnik ima nekog drugog osim obitelji tko je pouzdan, prihvaćajući i neutralan, a s kim može razgovarati, što je najčešće osoba psihoterapeuta.

Prilagodba na opeklinšku traumu može se smatrati procesom žalovanja. Bolesnik je iskusio gubitak sebstva te tijekom terapije prolazi nekoliko faza prilagodbe na gubitak: šok, negaciju, ljutnju (bijes), depresiju i konačno - prihvaćanje. Šok i negacija dominiraju u početku hospitalizacije, a bijes i depresija često mogu trajati i godinama osobito ako se liječenje mora nastavljati novim rekonstruktivnim zahvatima i prilagodbama na promijenjene socijalne prilike.

PSIHIJATRIJSKI PROBLEMI NAKON HOSPITALIZACIJE (REHABILITACIJA)

Ipak veliki broj opeklinških žrtava ne pati od dugotrajnih psihičkih posljedica, ali je bitno da bolesnik, ovisno o prirodi ozljede, i dalje ima kontakt s psihijatrom. Na taj se način prate simptomi i eventualna dubina depresije, a i uz pomoć testovnih mjernih instrumenata kojima se procjenjuje psihološko stanje, afektivitet, doživljaj sebe, samopouzdanje itd.

U fazi oporavka nakon hospitalizacije česte su, osobito kod djece, fobije i anksiozni poremećaji, mogu se javljati panične atake ili se klinička slika može razviti do posttraumatskog stresnog poremećaja uz česte noćne more, a djeca mogu i regredirati na niže stupnjeve razvoja. Kod odraslih se može razviti i veliki depresivni poremećaj. U tim slučajevima uz psihoterapiju su neophodni antidepresivi. Depresija se može javiti i u blažem ali dugotrajnijem obliku poput distimije.

Psihološka adaptacija na opeklinšku traumu može trajati i mjesecima i godinama. Uz tjelesni oporavak važno je pratiti psihički oporavak. Određeni broj bolesnika nastavlja se dugo boriti s promijenjenom slikom tijela, bijesom, tugom, itd.

„.....Nastavio je: „Tek nakon što odete odavde, konačno ćete shvatiti da opekline traju zauvijek. To je kontinuirana posljedica koja se stalno nanovo otkriva. Strmoglavljivat ćete se iz onih euforija, kad budete sretni što živite, u depresije kada ćete poželjeti da ste mrtvi. I taman kad pomislite da ste prihvatili to što jeste, i to će se promijeniti. Jer to što jeste nije stalno.“

Lance je izgledao malo posramljeno, kao da je završio u području u koje nije htio zaći. Prelazio je pogledom po sobi i privukao sve oči na nekoliko trenutaka prije nego što je prešao na veliki svršetak. „Suvremeno liječenje opeklina je nevjerojatno i doktori su čudesni, zaista sam zahvalan što sam živ. No ništa od toga nije dovoljno.

Vaša je koža simbol vašega identiteta, slika koju predstavljate svijetu. No, ona nikada nije bila vi. To što imate opeklina ne znači da ste išta manje - ili više - ljudsko biće. To samo znači da ste opečeni. Zato ste u jedinstvenoj poziciji da shvatite ono što većina ljudi nikada neće, da je koža omotač a ne bit osobe. Društvo nam nameće prazne riječi o ljepoti koja je duboka koliko i koža, no tko razumije bolje od nas?

Jednoga dana, uskoro, ‘ reče Lance, , izići ćete odavde i morat ćete odlučiti kako proživjeti ostatak života. Hoće li vas definirati ono što drugi ljudi vide ili će vas definirati bit vaše duše? ‘... “ (3).

Prikaz faza liječenja opeklinškog bolesnika nalazi se u tablici 1.

ZLOSTAVLJANJE/ZANEMARIVANJE KAO UZROČNIK OPEKLINA

Ne smije se zanemariti učinak još jednog psihopatološkog fenomena u nastanku opeklina, a to je zlostavljanje ili zanemarivanje. Zlostavljanje ponekad dovodi do opeklinških ozljeda. Iako se u literaturi taj oblik zlostav-

ljanja spominje, u empirijskim studijama često je njegova dokumentiranost nedostatna. Pretpostavlja se da je ovaj oblik zlostavljanja među odraslima puno češći nego što se to može naći u literaturi, ali je očito da kao takav često ostaje neprepoznat. Ako se odrasloga ne pita za zlostavljanje, on će rijetko sâm to priznati. Stoga se očekuje da stručnjaci koji se bave opeklinama na to obrate više pozornosti, te će incidencija takvih slučajeva pokazati porast kao što je pokazao obrazac opserviran kod zlostavljane djece, tj. što ćemo više pitati, to ćemo više saznati. Treba uzeti u obzir složenu socijalnu, interpersonalnu i obiteljsku sliku kako u nastanku opeklina tako i u oporavku i rehabilitaciji.

Ipak je više spoznaja prisutno u slučajevima zlostavljanja/zanemarivanja djece, i prema nekim podacima čak 20 % opeklina dospjelih na dječjim odjelima za liječenje opeklina posljedica su zanemarivanja ili zlostavljanja (4). Većina zlostavljane djece, a često mogu biti i djeca mlađa od 3 godine, dolaze iz siromašnih obitelji, vrlo često s jednim mladim samohranim roditeljem koji ima dvoje ili više djece (4). Prema nekim drugim istraživanjima pretpostavlja se da je 30 % djece s opeklinama te opeklina zadobilo zbog odgojnog i emocionalnog zanemarivanja ili pak zlostavljanja (5).

Zlostavljana djeca zahtijevaju dulju hospitalizaciju i imaju veću stopu morbiditeta i mortaliteta nego nezlostavljana djeca.

Sumnja na zlostavljanje djeteta može biti promptno postavljena ako se promatra roditeljevo ponašanje. Za ro-

Tablica 1.

Faze liječenja opeklinškog bolesnika

Faza liječenja	Očekivani simptomi	Preporučeno liječenje
Prijam u bolnicu	Anksioznost, strah Bol Tuga, žalovanje	Anksiolitici Analgetici Psihološka potpora
Faza intenzivnog liječenja – kritična faza	Sve kao gore + Akutni stresni poremećaj	Anksiolitici Analgetici Lijekovi shodno akutnom stresnom poremećaju Nastavak psihološke potpore
Akutna faza bolničkog liječenja	Bol koja jača s postupcima liječenja, previjanja ili vježbi Ljutnja, bijes Žalovanje Depresivne epizode, rapidne promjene raspoloženja	Ciljani analgetici Psihoterapija (i obiteljska) Anksiolitici i antidepresivi
Rehabilitacija i reintegracija (može trajati godinama)	Poteškoće prilagodbe PTSP	Program povratka u društvo Psihofarmaci shodno PTSP- Psihoterapija (individualna i grupna), obiteljska psihoterapija, grupe podrške Učenje socijalnih vještina
	Anksioznost (uključujući fobične reakcije) Depresija	Anksiolitici i depresivi

ditelje koji nisu zlostavljači tipično je da vrlo spontano iznose detalje o djetetovoj ozljedi i izražavaju zabrinutost u svezi liječenja i prognoze. Oni izražavaju osjećaj krivnje, često dolaze u posjete djetetu, pitaju se o terminu otpusta i daljnjoj njezi, donose poklone. Nasuprot tome, zlostavljači nerado podastiru podatke, izbjegavaju pitanja i iskazi su im često proturječni. Prema djetetu se odnose kritički i reagiraju s ljutnjom što mu se to uopće dogodilo.

Treba obratiti pozornost na neke od pokazatelja mogućeg zlostavljanja/zanemarivanja djeteta, a to su situacije:

- ako je dijete u bolnicu dovela odrasla osoba koja mu nije srodnik
- ako postoji neobjašnjivi razmak od ozljede do dovođenja djeteta u bolnicu od 12 ili više sati
- ako se primijeti neadekvatni afektivitet roditelja koji je hladan, neempatijski, te ako roditelj djeluje kao da je pod utjecajem droge ili alkohola
- ako roditelj pripisuje krivnju za opeklinu djetetovoj braći/sestrama ili samom djetetu
- ako opeklinu ne odgovara opisu nastanka povrede, itd. (5-7).

Kao što je rečeno, o zlostavljanju odraslih se rjeđe izvještava vjerojatno zato što je to rjeđe predmet istrage. Odrasle zlostavljane osobe nerado govore o tome, jer se ili srame ili se boje osвете. Malo je studija o opeklinama kao obliku nasilja. Često pridruženi rizični faktor takvog zlostavljanja je nasilje u obitelji te zloraba droga ili alkohola. Tome su češće izložene starije osobe koje su tjelesno ili psihički oštećene. To se može događati i u medicinskim ustanovama ili domovima za nemoćne i starije, a i takvi su slučajevi zabilježeni rjeđe nego što se uistinu događaju, kao i slučajevi zanemarivanja unutar njihove obitelji (8). Rizični faktori koji upućuju na zlostavljanje odraslih slični su onima kod zlostavljanja djece: fizička ovisnost, psihička ovisnost, socijalna izolacija, ličnost onoga koji bi trebao brinuti o osobi (9).

Kao što je poznato, zlostavljanje se često pojavljuje kao multigeneracijska (transgeneracijska) obiteljska osobina, a zlostavljači kao osobe koje su i same bile lišene adekvatne skrbi od strane vlastitih roditelja, te su sami doživjeli snažnu emocionalnu deprivaciju.

PREVENCIJA OPEKLINA I ETIČKI ASPEKTI LIJEČENJA

Glavni put k prevenciji trebao bi ići smjerom edukacije i zakonodavstva. Raznim načinima bi trebalo podići svijest o opasnostima, kao i o rizičnoj populaciji. Time bi se mogle spriječiti mnoge opekline (a poznato je npr. da su za preko 80 % slučajeva opeklinu djece odgovorni roditelji). Za prevenciju nema zamjene, ali prevenciju je nekad vrlo teško postići, jer iziskuje učinkovitu strategiju, kampanju, veliku financijsku potporu.

Opekline u mnogim zemljama nisu dobro evidentirane. Dominantni uzroci nastanka opeklinu variraju ovisno o geografiji, kulturi, socioekonomskom statusu neke zajednice, itd.

Ono što je univerzalno je da su u većem riziku starci i djeca, oni su češće žrtve opeklinu a i rjeđe su među onima koji prežive. Rizična skupina su i siromašni, bolesni, mentalno hendikepirani, tjelesno hendikepirani, alkoholičari. Svi članovi tima za opekline osobno i kolektivno putem profesionalnih društava morali bi sudjelovati u svojevrsnoj kampanji za prevenciju opeklinu.

U liječenju teških opeklinu izviri u mnogi etički problemi povezani s činjenicom da se tada donose i sudbonosne odluke i da je liječnik taj koji ih mora donijeti, a zbog prirode bolesti vrlo često bez mogućnosti uključivanja bolesnika s njegovim pristankom.

Svakako postoje već ranije postavljeni modeli etičke prorade koji bi trebali pomoći u donošenju odluka, ali pri tom liječenje opeklinu ima svojih specifičnosti (10).

Uloga liječnika pri tom se očituje u tri koraka: prvi korak je postavljanje dijagnoze pitanjem „Što se dogodilo?“ kada treba dobro procijeniti mogućnosti i pogreške koje odatle proizlaze; drugi korak je postavljanje terapijskih ciljeva u smislu „Što se može učiniti?“, dakle treba procijeniti sve razloge za i protiv određenih postupaka. Ova prva dva koraka zapravo su pitanja struke i znanosti (tu se odgovara na pitanje kakav je tretman u pojedinom slučaju indiciran). Sada se dolazi do trećeg koraka koji je zapravo moralne, etičke prirode gdje se postavlja pitanje „Što treba učiniti?“ s naglaskom na „treba“. Taj treći korak uključuje detaljnu procjenu bolesnikovog stanja, njegovih osobina i sustava vrijednosti i taj je korak individualiziran i rezultira prognozom (10). Liječnikova sposobnost donošenja odluka ne mora uvijek biti savršena niti do kraja racionalna i stoga je značajno sudjelovanje cijelog tima.

Shodno tome donesene odluke mogu dovesti, na primjer, do odustajanja od terapije dopuštajući da bolesnik umre uz mjere koje će mu omogućiti bezbolnu smrt, ili će se pristupiti liječenju i nastojati bolesnika ili onog koji ga zastupa dovesti do stanja kompetentnog za odlučivanje, ili će se pak pristupiti nekom radikalnom zahvatu neovisno o tome dopušta li to bolesnik ili ne dopušta.

U svakom slučaju odnos liječnik-pacijent u centru za opekline dio je sustava koji ne počiva samo na tehničkim faktorima, već i na ponašanju uvjetovanom ulogama, zakonu i etičkim principima.

PRIJEDLOG SMJERNICA PSIHOSOCIJALNOG ZBRINJAVANJA OPEKLINSKIH BOLESNIKA

U prijedlogu smjernica za psihosocijalno zbrinjavanje opeklinских bolesnika treba imati na umu sljedeće:

1. Teške opekline i njihovo liječenje spadaju među najbolnija iskustva koja osoba može doživjeti.

Emocionalne potrebe opeklinškog bolesnika 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 opekline.

Bolesnik prolazi različite faze prilagodbe i suočava se s emocionalnim izazovima koje prate tjelesni oporavak. Prilagodba na opeklinšku ozljedu uključuje složenu međuigru između bolesnikovih osobina prije nastanka opekline, okolinskih čimbenika, te prirode same opekline i potrebne medicinske skrbi. Bolnost pri tom uključuje bol pri nastanku opekline, a potom bol koja prati sve mehanizme liječenja, rehabilitacije i oporavka. Osim tjelesne boli stalno se mora imati na umu duševnu bol izazvanu traumom, te posljedice traume i njenog liječenja. Prilagodba podrazumijeva usvajanje nove predodžbe o sebi i svom tijelu, nove slike tijela i sebe. Psihološki i psihoterapijski se treba baviti problemom gubitka, žalovanjem, prihvaćanjem slike tijela i sebe, a u psihijatrijskom smislu stanjima delirija, akutnim stresnim poremećajem, posttraumatskim stresnim poremećajem, 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.

2. Cilj svakog liječenja je oporavak i postizanje optimalne funkcionalnosti cijele ličnosti. Pojačana stopa preživljavanja od teških opekline otvara brigu za potencijalni psihološki morbiditet žrtve opekline. Briga mora obuhvatiti pretpostavku budućeg života bolesnika i već od samog početka liječenja, kada je ono najhitnije i najakutnije, i pri tom se treba imati u vidu budućnost bolesnika: pokretljivost, vanjski izgled, psihološka stabilnost itd. 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 zadaci.
3. Plan i program liječenja mora se temeljiti na pretpostavci života izvan bolnice, a ako je život prekinut smrću, što nije neuobičajeno kod žrtava teških opekline, psihoterapeut mora pripremiti obitelj i pomoći joj u procesu žalovanja. Većina obitelji

u početku negira mogućnost smrti i ne želi čuti neželjene prognoze. Osoblje opeklinškog tima može obitelji dopustiti nadu, ali je mora 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 prođe kroz taj teški događaj i da prihvati smrt. 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. Značajno je procijeniti okolnosti u kojima je ozljeda nastala, svakako isključiti mogućnost zlostavljanja i zanemarivanja. S osobom koja će najviše biti uključena u proces bolesnikovog oporavka osoblje mora otpočeti graditi terapijski savez.

4. Svaki bolesnik koji je iskusio teške opekline podložan je psihičkim promjenama, a premorbidna psihopatologija to dodatno komplicira. Iako je psihijatar u liječenju opeklinških bolesnika do sada najčešće bio samo konzultant, njegovo znanje i sposobnost u psihofarmakološkom rješavanju psihijatrijskih simptoma koji se pojavljuju s nastankom opekline od integralnog je značenja za cijeli medicinski tim.

Psihijatrijski poremećaji u anamnezi opeklinških bolesnika relativno su česti i značajno doprinose samoj etiologiji ozljeda. Zloraba droga i alkohola, organske moždane promjene, hiperaktivnost, deficit pažnje, poremećaji osobnosti i dr. relativno su česta premorbidna stanja. Mali dio opeklinških ozljeda dolazi i zbog namjernog samoozljeđivanja i pokušaja suicida.

5. Psihijatrijski simptomi općenito se pojavljuju kao dio složenog sistemskog odgovora na opeklinšku ozljedu. Psihološki i farmakološki tretman neophodan je za uspješni oporavak bolesnika ili barem za smanjenje psihijatrijskih posttraumatskih posljedica. Treba imati na umu da je psihološka adaptacija opeklinških bolesnika dugotrajan proces koji traje mjesecima pa i godinama. Nužno je da opeklinški tim stručnjaka uz procjenjivanje tjelesnog oporavka bolesnika paralelno procjenjuje njegovo afektivno stanje. Iako većina bolesnika može postići zadovoljavajuću prilagodbu, mnogi se nastavljaju boriti sa *self-image*-om, ljutnjom, bijesom, tugom, nesanicom, strahom, povlačenjem, bijegom od ranijih aktivnosti itd. a što iziskuje nastavak psihoterapijskog i psihijatrijskog tretmana. Početna reakcija većine ljudi kad 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 opekline s time žive svakodnevno i svakodnevno se suočavaju s učinkom koji ostavljaju na druge ljude. Pri tome 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 zacijeljivanje prati ono tjelesno.

6. Psihijatri, psiholozi, psihoterapeuti moraju sačinjavati integralni dio multidisciplinarnog opeklinškog tima. Psihološka potpora je od iznimne važnosti za opeklinške bolesnike. Iako su psihosocijalne službe dostupne samo u nekim opeklinškim centrima, psihijatrijsko i psihologijsko osoblje ima jednu od središnjih uloga u zbrinjavanju bolesnika u sklopu multidisciplinarnog opeklinškog tima.

Mnogi problemi s kojima se bolesnik i njegova obitelj sučeljavaju iziskuje kombinaciju psihologije i psihijatrije. Ti problemi uključuju nošenje s gubitkom i žalovanje, prilagodbu na promjenu tjelesnog izgleda i unakaženost, funkcionalne gubitke. Stručni tim mora pratiti razine boli, delirantna stanja, akutni stres, depresiju i druge psihijatrijske poremećaje. Stoga psihijatri i psiholozi moraju sačinjavati integralni dio multidisciplinarnog tima u praćenju bolesnika za vrijeme hospitalizacije, potom po otpustu iz bolnice i pri često dugotrajnoj rehabilitaciji.

7. Postojana kvalitetna obitelj i socijalna potpora s jedne strane, te spremnost bolesnika da preuzme socijalni rizik s druge, čini se da imaju presudnu ulogu u procesu prilagodbe. Studije ishoda liječenja bolesnika koji su preživjeli teške opeklinške traume pokazale su da opseg ozljede, dubina opekline, te opečeno područje tijela, unakaženo ili pak amputirano - sami po sebi nisu čimbenici koji bi determinirali dobar psihološki oporavak. Dobar oporavak i dobra prilagodba ne ovise ni o dobi kad je trauma nastala, niti o inteligenciji bolesnika, niti o promptnoj emocionalnoj reakciji bolesnika i njegove obitelji na nastalu traumu.

Ono što je prediktivno za dobru psihološku i socijalnu prilagodbu jesu dva čimbenika, koja trebaju biti facilitirani radom osoba koje imaju razvijene psihoterapijske vještine. Postojana kvalitetna obitelj i socijalna potpora s jedne strane, te spremnost bolesnika da preuzme socijalni rizik s druge, čini se da imaju presudnu ulogu u procesu prilagodbe.

ZAKLJUČAK

Bolesniku koji je preživio opeklinšku traumu pristupa se kao osobi od koje se očekuje što potpuniji oporavak. Potpuni oporavak uključuje prolaženje kroz teški proces prilagodbe koji traje oko dvije godine ili dulje. Poteškoće koje se javljaju tijekom procesa prilagodbe su normalna iskustva osoba koje se bore da razviju nove živote, novi „*body-image*“, nove načine da budu zadovoljni sobom. Obiteljska grupa (ili ono što bolesnik smatra svojom obitelji) mora biti uključena u bolesnikovo liječenje. Vježbanje, učenje i razvijanje socijalnih vještina primjenjuju se u cilju postizanja samopouzdanja, učinkovitosti i samostalnosti bolesnika. Psihoterapeut treba pomoći bolesniku da definiira svoj novi „*self-image*“. Na koncu, zadatak psihoterapeuta je da eksplicitno zadrži stav da je preživjela osoba koja može biti jaka i kompetentna, optimistična i autonomna, a koja u pojedinim trenucima smije osjećati i tugu i očaj i bijes budući da je preživjela ozbiljnu traumu i stravično iskustvo.

LITERATURA

1. Stoddard FJ, Cahners SS. Suicide attempted by self-immolation during adolescence. *J Adolesc Psychiatry* 1995; 12: 266-80.
2. Patterson D, Everett J, Bombardier C, Questad K, Lee V, Marvin J. Psychological effects of severe burn injuries. *Psychol Bull* 1993; 113: 362-78.
3. Davidson A. *Vodoriga*. Zagreb: Algoritam, 2010.
4. Rosenberg N, Marino D. Frequency of suspected abuse/neglect in burn patients. *Pediatr Emerg Care* 1989; 5: 219-21.
5. Bakalar H, Moore J, Lloyd J. Psychosocial dynamics of pediatric burn abuse. *Health Soc Work* 2001; 2: 27-31.
6. Hight D, Bakalar H, Lloyd J. Inflicted burns in children. *JAMA* 1979; 242: 517-20.
7. Purdue G, Hunt J, Prescott P. Child abuse by burning – an index of suspicion. *J Trauma* 1998; 28: 221-4.
8. Sukosky DG. Elder abuse: a preliminary profile of abusers and the abused. *Fam Violence Sexual Assault Bull* 1992; 8: 23-6.
9. Rathbone-McCuan E. Elderly victims of family violence and neglect. *Soc Casework* 1990; 61: 296-304.
10. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical ethics*. 3. izd. New York: McGraw-Hill, 1992.

SUMMARY

PSYCHIATRIST IN THE TREATMENT OF BURN TRAUMA

M. VLASTELICA and Z. ROJE¹

Private Psychiatric Office, and ¹Split University Hospital Center, Department of Plastic and Reconstructive Surgery, School of Medicine, University of Split, Split, Croatia

Psychiatric symptoms generally appear as part of a complex systemic response to burn injury. Psychological and pharmacological treatment is necessary for successful recovery of the patient, or at least to reduce the posttraumatic psychiatric sequels. It should be borne in mind that psychological adaptation is a long process that takes months or even years. It is necessary for the burn team of professionals to assess physical recovery of the patient, as well as the patient's psychic and affective state. Although most patients can achieve satisfactory adjustment, many continue struggling with self-image, anger, rage, sadness, insomnia, fear, isolation, running away from their previous activities, etc., which requires continued psychotherapy and psychiatric treatment. Psychiatric treatment would require adoption of specific guidelines for the treatment of these patients.

Key words: burns, psychiatric treatment, guidelines