

Entwicklung eines Gruppenbehandlungsprogramms für Brandverletzte in der Rehabilitationsphase

Promotion

an der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
– Psychologisches Institut –

vorgelegt von:

Dipl.-Psych. Hanna Katarina Wallis

2006

Betreuung und Erstgutachten:

PD Dr. Babette Renneberg
Freie Universität Berlin

Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie

Zweitgutachten:

Professor Dr. Reiner Bastine
Psychologisches Institut der
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

„UND SO KANN DIE VERZWEIFLUNG EIN AKT WERDEN, IN DEM DIE TIEFE DER EXISTENZ ERST AUFBRICHT. ... NICHT SELTEN MUSS DER MENSCH DURCH JENEN KRISENHAFTEN NULLPUNKT DER EXISTENZ, DEN DIE VERZWEIFLUNG DARSTELLT, HINDURCH GEHEN, UM SICH SELBST IN SEINER EIGENTLICHKEIT KENNEN ZU LERNEN, UM ZU ERFAHREN, AUF WELCHE SINNGEHALTE SEIN DASEIN ANGELEGT IST. HIERIN LIEGT DIE POSITIVE MÖGLICHKEIT DER EXISTENZIELLEN VERZWEIFLUNG.

VIELLEICHT MUSS IN DIESEM SINNE DIE TATSACHE GEDEUTET WERDEN, DASS MANCHE GENIALEN MENSCHEN NUR DADURCH IHRE EXISTENZIELLE EIGENTLICHKEIT GEFUNDEN HABEN, DASS SIE DURCH ZUSTÄNDE DER VERZWEIFLUNG HINDURCH GEGANGEN SIND, IN DENEN SIE UNMITTELBAR IM ANGESICHT DES GEDANKENS AN SELBSTVERNICHTUNG GELEBT HABEN. ES GEHT DURCH DIE EXISTENZIELLE VERZWEIFLUNG EIN SEHR SCHMALER GRAT, DER DEN SCHRITT IN DEN TOD VON DEM ZUR EXISTENZIELLEN NEUGEURT TRENNT.“

PHILIPP LERSCH (IN: VERRES, 1991, S. 147)

ICH DANKE...

... Frau PD Dr. Babette Renneberg und Herrn Prof. Dr. Reiner Bastine für die Betreuung und Unterstützung dieser Arbeit, für anregende inhaltliche Diskussionen, hilfreiche Rückmeldungen zum Text, für Zuspruch und Ermutigungen.

... meinen Kolleginnen Dipl.-Psych. Sabine Ripper, Dipl.-Psych. Marion Weiß und meinem Kollegen Dipl.-Psych. Gerhard Wind für alle praktische, inhaltliche und methodische Unterstützung und für immer wieder erfolgreiche Versicherungen, dass auch diese Arbeit irgendwann fertig werden wird.

... allen brandverletzten Patienten und ihren Angehörigen, die an den Untersuchungen teilgenommen haben, für ihr Vertrauen, ihr Engagement, ihre Unterstützung des Forschungsvorhabens und ihre Offenheit, die sie im festen Glauben daran, dass all das Schlimme, was sie erleben, auch etwas Gutes bewirken sollte, an den Tag gelegt haben.

... den im Rahmen des Forschungsprojekts beteiligten Diplomanden und Diplomandinnen sowie wissenschaftlichen Hilfskräften für ihre tatkräftige Unterstützung bei der Datengewinnung und meiner Kollegin Constanze Brenner für hilfreiche Korrekturvorschläge.

... meiner Mutter für die Korrekturen, für Anregungen und Hinweise sowie für wohlthuendes und gleich bleibendes Interesse an meiner Arbeit und deren Fortgang – auch über lange Zeitstrecken hinweg.

... und H.S. – für alles.

INHALTSVERZEICHNIS

I	Einleitung.....	1
II	Forschungsüberblick.....	4
1	Inzidenz, Diagnostik und Behandlung von Brandverletzungen.....	4
2	Psychische Folgen von Brandverletzungen.....	7
2.1	Akute psychische Folgen von Brandverletzungen.....	7
2.2	Psychische Langzeitfolgen von Brandverletzungen.....	8
2.3	Methodische Probleme bei Studien zu psychischen Folgen von Brandverletzungen.....	11
2.4	Zusammenfassung zu psychischen Folgen von Brandverletzungen.....	13
3	Erfolgskriterien in der Behandlung Brandverletzter oder: Wann kann man von einem geglückten Rehabilitationsprozess sprechen?.....	14
3.1	Rehabilitation von brandverletzten Patienten.....	15
3.2	Welche Faktoren haben einen prognostischen Einfluss auf die psychische Anpassung nach einer Brandverletzung?	17
4	Körperbild und Körperakzeptanz bei Brandverletzten.....	28
5	Belastungsfaktoren und Ressourcen bei Familienangehörigen von Brandverletzten.....	37
6	Psychologische Unterstützung Brandverletzter – Implikationen der Forschungsbefunde für psychotherapeutische Interventionen.....	42
6.1	Training spezieller sozialer Kompetenzen nach Entstellung: Der Ansatz der britischen Organisation <i>Changing Faces</i>	43
6.2	Interventionen bei Körperbildstörungen nach schwerer körperlicher Verletzung: Der Ansatz von Newell (2001).....	44

6.3	Ableitungen aus der aktuellen Forschung: Mögliche inhaltliche Bausteine eines Gruppenbehandlungskonzepts für Brandverletzte.....	46
7	Fragestellung und Ziele der Untersuchung.....	50
III	Empirischer Teil.....	51
1	Ressourcen und Belastungsfaktoren bei Brandverletzten – eine qualitative Interviewstudie zwei Jahre nach dem Unfall.....	51
1.1	Methodisches Vorgehen.....	52
1.2	Ergebnisse.....	55
1.2.1	Stichprobenbeschreibung.....	55
1.2.2	Interviewergebnisse.....	57
1.3	Ergebniszusammenfassung und Diskussion.....	69
1.4	Ableitungen für das Gruppenbehandlungsprogramm	72
2	Ressourcen und Belastungsfaktoren bei Angehörigen Brandverletzter.....	76
2.1	Methodisches Vorgehen.....	76
2.2	Ergebnisse.....	78
2.2.1	Stichprobenbeschreibung.....	78
2.2.2	Interviewergebnisse.....	78
2.3	Diskussion und Ableitungen für das Gruppenbehandlungsprogramm.....	93
3	Quantitative Erfassung von Belastungsfaktoren und Ressourcen bei Brandverletzten.....	97
3.1	Untersuchungsziel und Fragestellung.....	97
3.2	Methode.....	97
3.3	Ergebnisse.....	101
3.4	Diskussion und Ableitungen für das Gruppenbehandlungsprogramm.....	105
4	Quantitative Erfassung des Körperbilds bei Brandverletzten.....	109

4.1	Untersuchungsziel.....	109
4.2	Methode.....	109
4.3	Ergebnisse.....	113
4.3.1	Stichprobenbeschreibung.....	113
4.3.2	Körperzufriedenheit, Körperakzeptanz und Körperbild.....	114
4.4	Interpretation und Diskussion	123
IV	Gruppenbehandlungsprogramm für Brandverletzte in der Rehabilitationsphase.....	130
1	Zusammenfassung und Diskussion der empirischen Ergebnisse....	130
2	Setting des Gruppenbehandlungsprogramms für Brandverletzte.....	132
3	Bausteine des Gruppenbehandlungsprogramms für Brandverletzte	137
4	Sitzungen des Behandlungsprogramms für Brandverletzte.....	139
5	Aktueller Stand der Anwendung des Programms und Ausblick.....	148
V	Zusammenfassung.....	150
VI	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	152
VII	Literaturverzeichnis.....	155
VIII	Anhang.....	173

I Einleitung

Eine schwere Brandverletzung bedeutet einen starken Einschnitt in das Leben des Betroffenen und stellt gleichermaßen eine physische wie psychische Verletzung dar. Neben körperlichen Funktionseinschränkungen und ästhetischen Entstellungen kommt es häufig zu langwährenden psychischen, sozialen, beruflichen und ökonomischen Veränderungen (Pallua, Künsebeck & Noah, 2003; Thompson & Kent, 2001). Dorf Müller (zit. nach Fischer, 2003, S. 723) bezeichnet das Verbrennungstrauma deshalb als „einen Anschlag auf die Gesamtpersönlichkeit des Patienten“. Durch die hohe Effektivität medizinischer Maßnahmen in der Erstversorgung Brandverletzter sind die Überlebenschancen dieser Patientengruppe in den letzten Jahren enorm gestiegen (Waymack & Rutan, 1994; Saffle, 1998; Germann, Wentzenen, Brandt & Steinau, 1999). Wird aus medizinischer Sicht meist „alles Menschenmögliche“ für den Verletzten getan und nach dem neuesten Forschungsstand vorgegangen, so werden gleichzeitig viele brandverletzte Patienten¹ nur unzureichend psychologisch versorgt. Keineswegs in jedem Brandverletzentrum ist psychologische Betreuung gewährleistet. Auch mangelt es bisher an tragfähigen psychotherapeutischen Konzepten zur speziellen Behandlung von Brandverletzten. Im Zusammenhang mit der Verbesserung der medizinischen Versorgung besteht ein hoher Bedarf, Konzepte zur psychosozialen Betreuung Brandverletzter weiterzuentwickeln, zu standardisieren und in ihrer Wirksamkeit zu prüfen.

Ziel der vorliegenden Dissertation ist es deshalb, auf empirischer Grundlage ein verhaltenstherapeutisches Gruppenbehandlungsprogramm für die Rehabilitationsphase brandverletzter Patienten zu entwickeln. Auf Basis verschiedener empirischer Teiluntersuchungen werden Ansatzpunkte für ein teilstandardisiertes und manualisiertes Gruppenbehandlungsprogramm sowie konkrete Behandlungsbausteine abgeleitet und vorgestellt.

Das Vorgehen gliedert sich in folgende Schritte:

- *Analyse vorliegender Forschungsbefunde:* Zunächst wird der aktuelle Forschungsstand zu Rehabilitationsansätzen Brandverletzter, zu psychosozialen Belastungsfaktoren und Ressourcen bei Brandverletzungen und zu prognostisch relevanten Faktoren im Prozess der Bewältigung einer Brandverletzung referiert. Hieraus werden Ansatzpunkte für ein Gruppenbehandlungskonzept abgeleitet (siehe Abschnitt II).

¹ Im weiteren Text wird zugunsten der besseren Lesbarkeit auf die politisch korrekte Nennung beider Geschlechterformen verzichtet. Es wird lediglich die männliche Form verwendet. Diese schließt – so nicht explizit deutlich gemacht – stets beide Geschlechter mit ein.

-
- *Qualitative Interviewstudie:* Im Rahmen einer qualitativen Interviewstudie mit Patienten, bei denen der Brandunfall zwei Jahre zurück liegt, und mit deren Angehörigen werden Belastungsfaktoren und Ressourcen zum einen aus Sicht der Patienten und zum anderen aus der Perspektive der Angehörigen exploriert. Anhand der Interviewtranskripte wird eine Analyse des psychologischen Behandlungsbedarfs und möglicher therapeutischer Ansatzpunkte vorgenommen (siehe Abschnitt III.1 und III.2).
 - *Quantitatives Assessment von Belastungsfaktoren und Ressourcen bei Brandverletzten:* Auf Basis der aktuellen Forschungsliteratur sowie des klinischen Eindrucks erfolgt eine Zusammenstellung klinischer Fragebogeninstrumente zur quantitativen Erhebung von psychischer Belastung und psychosozialen Ressourcen brandverletzter Patienten. Ergebnisse einer zum Zeitpunkt des stationären Aufenthalts durchgeführten Erhebung an 55 brandverletzten Patienten werden referiert (siehe Abschnitt III.3).
 - *Erfassung von Körperbild und Körperbildproblemen bei Brandverletzten:* Weiterhin werden Ergebnisse vorgestellt, die anhand eines neu entwickelten Fragebogens speziell zur Erfassung von Körperbild und Körperzufriedenheit bei Brandverletzten sechs Monate nach dem Verbrennungsunfall erhoben wurden. Diese Daten werden in Bezug zu Maßen psychischer Belastung gesetzt. Aufgrund der hohen Bedeutung der Akzeptanz des durch die Brandverletzung veränderten Körpers für beispielsweise Lebenszufriedenheit und soziale Aktivität wird diesem Aspekt vertiefend Raum gewidmet. So kann ermittelt werden, welche Problembereiche im Zusammenhang mit der veränderten Körperlichkeit für Brandverletzte besonders wichtig sind und therapeutische Behandlung erfordern (siehe Abschnitt III.4).
 - *Ableitung eines Behandlungsprogramms:* Den letzten Teil der Arbeit bildet eine auf Basis der Literaturanalyse sowie der empirischen Ergebnisse der einzelnen Untersuchungen vollzogene Ableitung von Strategien zur optimalen Behandlung und Rehabilitation Brandverletzter unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer Faktoren. Ein teilstandardisiertes, verhaltenstherapeutisches Gruppenkonzept mit unterschiedlichen Bausteinen speziell für die stationäre Rehabilitationsphase in der Behandlung Brandverletzter wird vorgestellt (siehe Abschnitt IV).

Die Dissertation mit dem Thema „Entwicklung eines Gruppenbehandlungsprogramms für Brandverletzte“ ist in das Forschungsprojekt „Multicenterstudie – Evaluation und Weiterentwicklung psychotherapeutischer Interventionen für die Akut- und Rehabilitationsphase nach schweren Brandverletzungen“ eingebettet. Dieses Projekt wird an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik in Ludwigshafen sowie an vier weiteren Brandverletzentren deutscher BG-Unfallkliniken durchgeführt.

Als größte und älteste Einrichtung ihrer Art in der Akutbehandlung Brandverletzter hat die BG-Unfallklinik Ludwigshafen am 1. Februar 2004 eine spezielle Station zur somatischen und psychosozialen Rehabilitation Brandverletzter eröffnet. Auf dieser Station soll das entwickelte Gruppenbehandlungsprogramm eingesetzt und erprobt werden.

Begleitend zum Aufbau dieser Rehabilitationsstation findet die oben genannte Multicenterstudie statt. Hierbei handelt es sich um ein auf drei Jahre angelegtes Forschungsprojekt, das durch den Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) gefördert und in Kooperation mit der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Bergmannstrost in Halle/Saale und dem Psychologischen Institut der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg durchgeführt wird. Das Projekt dient der Qualitätssicherung und soll unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren Interventionsstrategien sowohl für die Akutversorgung als auch für die Rehabilitationsphase Brandverletzter weiterentwickeln und verbessern. Hierdurch kann eine möglichst rasche und komplikationslose Wiedereingliederung der Betroffenen am Arbeitsplatz und ins soziale Umfeld unterstützt werden. Weiterhin ist es Projektziel, psychischen Folgeerkrankungen vorzubeugen, die Chronifizierung psychischer Störungen infolge des Unfallgeschehens zu verhindern und die Lebensqualität von Menschen mit Brandverletzungen zu verbessern. Den genannten Zielen dient auch die vorliegende Arbeit.

II Forschungsüberblick

Thermische Verletzungen gelten als „maximales Trauma für den Organismus“ (Hartmann, 2002, S. 89). Die großflächige Zerstörung der Hautoberfläche führt zu einer Vielzahl vital bedrohlicher systemischer Reaktionen und macht intensivmedizinische Maßnahmen notwendig. Neben der schwerwiegenden Verletzung des Körperäußeren ist oft gleichermaßen „das Innere“ betroffen: Brandverletzungen stellen traumatische Erlebnisse dar, bedeuten für die Betroffenen nicht selten eine elementare Bedrohung des Selbst und oft auch eine Katastrophe und Destabilisierung für die Angehörigen des Brandverletzten (Young, 2002).

Unsere Haut ist das größte Organsystem, über das wir verfügen, und sie hat für uns vielfältige zentrale Funktionen: So ist die Haut Schutzbarriere bei ungünstigen Umwelteinflüssen, dient der Thermoregulation des Körpers und hat unter kosmetischen Gesichtspunkten eine wichtige Bedeutung für den Selbstwert (vgl. Young, 2002), für die Identität, Integrität und das „innere Bild“, d.h. die mentale Repräsentation, welche wir von uns selbst haben. Die Haut ist nicht nur Träger lebenswichtiger vitaler Funktionen, sondern übt zugleich eine zentrale Signalfunktion in der zwischenmenschlichen Kommunikation aus, beeinflusst Sympathie und sexuelle Anziehungskraft. Im Hinblick auf diese vielfältigen und wesentlichen Funktionen der menschlichen Haut sind Schwerbrandverletzte in extremer Weise betroffen: Körpergefühl und Körperschema wandeln sich nicht nur in physischer Hinsicht (z.B. durch die großflächige Zerstörung der sensorischen Wahrnehmungsfähigkeit). Die im Zusammenhang mit einer Brandverletzung entstehenden Hautveränderungen und Narben haben darüber hinaus weitreichende psychische Folgen. Für Gilboa (2001) ist unsere Haut im übertragenen Sinne das Organ, das unseren Körper zusammen hält und uns die Erfahrung der Außenwelt, aber gleichzeitig auch Abgrenzung von ihr ermöglicht. Eine Hautverletzung kann als eine existenzielle Bedrohung erlebt werden und Gefühle von Desintegration und massiver Verwirrung hinsichtlich der eigenen Identität auslösen.

1 Inzidenz, Diagnostik und Behandlung von Brandverletzungen

Epidemiologische Daten: In der Bundesrepublik Deutschland ist die Inzidenz für Brandverletzungen trotz zahlreicher präventiver und Aufklärungsmaßnahmen unverändert hoch (vgl. Hartmann, 2002): Jährlich erleiden ca. 20.000 Menschen einen Unfall mit Brandverletzungen. Hierbei kann es sich um Verbrühungen, Unfälle mit Feuer, Verkehrsunfälle, Explosionen, Strom- oder Blitzunfälle und chemische Verletzungen handeln. Arbeitsunfälle machen nur etwa 20-25% der thermischen Verletzungen aus, 60-70% aller Verbrennungen sind Haushalts- oder Freizeitunfälle (z.B. Grillunfälle). Ca. 1.500-2.000 Kinder und 1.500 Erwachsene tragen pro Jahr bei thermischen Unfällen derart schwere Verletzungen davon, dass sie in einer Spezialklinik für Brandverletzungen, also in einem Schwerbrandverletztenzentrum, intensivmedizinisch versorgt werden müssen.

Beurteilung der Schwere einer Verbrennung: Entscheidend zur Beurteilung der Schwere einer Verbrennung ist zum einen das Ausmaß der verbrannten Körperoberfläche. Dieses wird in Prozent angegeben (%vKOF). Zum anderen ist die Tiefe der Verbrennung relevant, die je nachdem, wie viele Schichten der Haut geschädigt sind, in Verbrennungen ersten Grades, oberflächlich zweitgradige, tief zweitgradige und drittgradige Verbrennungen eingeteilt wird. Viertgradige Verbrennungen sind durch Verkohlung und das komplette Absterben der Haut gekennzeichnet, d.h. alle Hautschichten sind betroffen, also neben Epidermis und Dermis auch die Subkutis. Viertgradige Verbrennungen erfordern meist eine Amputation der betroffenen Gliedmaßen. Im ICD-10 werden Verbrennungen gemeinsam mit Verätzungen unter dem Buchstaben T codiert und durch die jeweilige Zahlenkombination die Lokalisation, das Ausmaß (in Abschnitten von jeweils zehn Prozent) und die Verbrennungstiefe deutlich gemacht. Alle in geschlossenen Räumen erfolgten Brandverletzungen bergen zusätzlich die Gefahr eines Inhalationstraumas (Intoxikation mit Kohlenmonoxid).

Es hat in den letzten Jahrzehnten verschiedene Versuche gegeben, Indices zur groben Abschätzung der globalen Verbrennungsschwere und der damit einhergehenden Überlebenschance des brandverletzten Patienten zu entwickeln. Aktuell verwendet man hierfür den sogenannten *Abbreviated-Burn-Severity-Index* (ABSI-Score, siehe Künzi & Wedler, 2004; Bruck, Müller & Stehen, 2002). Die meisten deutschsprachigen Verbrennungszentren arbeiten mit dem *ABSI-Score*, was eine Vergleichbarkeit der Daten und eine Qualitätskontrolle möglich macht. Unter Einbeziehung mehrerer empirisch gesicherter, prognostisch relevanter Parameter wird mit seiner Hilfe eine Überlebensprognose ermittelt. In den *ABSI-Score* fließen Geschlecht des Patienten, das Lebensalter, das Vorliegen eines Inhalationstraumas, die Tiefe und die prozentuale Ausdehnung der Verbrennung durch bestimmte zugeordnete Punktzahlen mit ein. Das Vorliegen von Vorerkrankungen, wie z.B. Alkoholabusus, Diabetes Mellitus oder Immunschwäche, welche das Sepsisrisiko und damit die Mortalität erhöhen (Künzi & Wedler, 2004), wird nicht in den Score mit einbezogen. Auch andere mittlerweile in ihrem Einfluss auf die Überlebenschance als gesichert geltende Faktoren, wie z.B. Nikotinabusus, werden nicht in den *ABSI-Score* eingerechnet (Germann, Barthold, Lefering, Raff & Hartmann, 1997). Um die Voraussagekraft dieses Index' weiter zu verbessern, wird deshalb an dessen Modifikation gearbeitet.

Medizinische Therapie von Verbrennungswunden: Die narbigen Veränderungen der Hautoberfläche nach einer Brandverletzung sind permanent sicht- und fühlbar, entwickeln sich weit über ein Jahr nach der Verletzung weiter und beeinträchtigen die körperliche Leistungs- und Funktionsfähigkeit – unter Umständen lebenslang. Viele Menschen mit Verbrennungen berichten auch Jahre nach dem Unfall über körperliche Probleme wie erhöhte Hautsensibilität, Schmerzen oder Parästhesien (Altier, Malenfant, Forget & Choiniere, 2002).

Eine Brandverletzung kann vielfache operative Eingriffe nötig machen: In der akuten Behandlungsphase sind dies v.a. solche, die zum Ziel haben, innerhalb der ersten Tage nach dem Unfall alle operationspflichtigen Areale bis in die gesunden Gewebsschichten zu debri-

dieren und, wenn nötig, Eigenhaut zu transplantieren, um bestehende Wunden frühestmöglich zu schließen. Dies kann mit Vollhaut oder mittels expandierter Spalthaut (Mesh-Technik, Meek-Technik) geschehen. Vollhauttransplantate sind kosmetisch zufrieden stellender und belastungsfähiger als Spalthauttransplantate. Sie sind allerdings nur dann möglich, wenn ausreichend gesunde, transplantierbare Haut vorhanden ist. Beim großflächig verbrannten Patienten ist dies häufig nicht der Fall, so dass man bisweilen auf biologische bzw. synthetische Verbandstoffe zur temporären Wundabdeckung zurückgreifen und warten muss, bis Entnahmestellen verheilen und erneut Transplantate entnommen werden können. Eine zukunftsweisende Entwicklung stellt die künstliche Züchtung von Hautzellen im Labor dar. Aufgrund der hohen Kosten wird hiervon jedoch meist abgesehen². Auch Monate und Jahre nach dem Unfall können weitere Operationen vonnöten sein, z.B. zur ästhetischen Korrektur, oder um die durch Narbenstränge eingeschränkte Funktionsfähigkeit zu verbessern. Manch Schwerbrandverletzter blickt auf 40 und mehr erfolgte Operationen zurück und befindet sich über Zeiträume von Monaten und Jahren hinweg immer wieder in stationärer Behandlung.

Haben akute stationäre Maßnahmen eine möglichst rasche Wundschließung zum Ziel, so spielen im weiteren Behandlungsverlauf Ergo- und Physiotherapie eine zentrale Rolle, um Funktion und Beweglichkeit wieder herzustellen (Eberlein, Perbix & Spilker, 2004; Hirsch & Hach, 1996; Blumenthal, 1995). Meist wird mit diesen Maßnahmen bereits früh (d.h. unter Umständen schon wenige Tage nach dem Unfall) begonnen, um langfristige Schäden sowie Abbauprozesse zu verhindern. Einen wesentlichen Baustein der Langzeitbehandlung Brandverletzter stellt die Therapie mit Kompressionsbandagen an den vernarbten Hautarealen dar. Durch die speziell angefertigten Bandagen wird auf die vernarbten Areale ein kontinuierlicher Druck ausgeübt, der die Durchblutung vermindern und das sich bildende Narbengewebe abflachen und flexibilisieren soll. Wuchernde, unkontrollierte Narbenbildung soll hierdurch verhindert werden. Bei konsequentem und langfristigem Tragen dieser Bandagen, d.h. täglichem Einsatz von ca. 23 Stunden über einen Zeitraum von ein bis zwei Jahren, lässt sich der hypertrophen Narbenbildung entgegenwirken, wodurch zusätzliche operative Eingriffe vermieden werden können (Hirsch & Hach, 1996; So, Umraw, Scott, Campbell, Musgrave & Cartotto, 2003; Chang, Laubenthal, Lewis, Rosenquist, Lindley-Smith & Kealey, 1995). Die kontinuierliche Mitwirkung in der Kompressionstherapie bereitet vielen Patienten Schwierigkeiten, erfordert eine hohe Compliance sowie die Fähigkeit, sich durch die Antizipation erst Monate später sichtbarer Erfolge zu motivieren (Johnson, Greenspan, Gorga, Nagler & Goodwin, 1994). Die Bandagen sind oft unhandlich, schwer anzuziehen, und nicht selten werden unangenehme Körpergefühle wie Drücken, Schwitzen oder Jucken berichtet. Gerade bei heißen Temperaturen kann das Tragen von Kompressionswäsche sehr belastend sein.

² Auf Details der medizinischen Versorgung und Behandlung von Brandverletzungen soll hier nicht weiter eingegangen werden. Einen – auch für medizinische Laien gut verständlichen – Überblick des aktuellen Forschungsstands und gängigen Vorgehens bei der medizinischen Behandlung von Brandverletzungen liefern z.B. Künzi & Wedler (2004) oder auch Bruck, Müller & Stehen (2002).

Hinzu kommt deren Sichtbarkeit und soziale Relevanz, insbesondere, wenn z.B. Gesichtsbandagen getragen werden müssen.

2 Psychische Folgen von Brandverletzungen

Bei Brandverletzten stehen wie bei allen unfallgeschädigten Patienten zunächst die körperlichen Verletzungen und deren Linderung im Vordergrund der Behandlung. Häufig werden psychische Störungen als Unfallfolgen erst wesentlich später identifiziert und diagnostiziert, und zwar oft erst dann, wenn „der Patient Probleme macht“, der Behandlungsprozess stagniert und gewünschte Effekte ausbleiben. Dies kann z.B. der Fall sein, wenn Motivations- oder Compliancedefizite des Patienten deutlich werden, wenn sich der Heilungsverlauf aus medizinisch ungeklärten Gründen deutlich verzögert, wenn anhaltend Arbeitsunfähigkeit besteht oder sich eine auffällige Diskrepanz zwischen objektivem Befund einerseits und subjektiv vom Patienten beklagten Beschwerden andererseits ergibt. Oft sind Wochen, Monate oder sogar Jahre seit dem Unfall vergangen, bis sich der Fokus der Behandelnden auf psychische Aspekte und Folgeerkrankungen im Zusammenhang mit der Brandverletzung richtet. Gleichzeitig macht eine Vielzahl von empirischen Studien zu Häufigkeit und Art psychischer Folgeerscheinungen von Brandverletzungen deutlich, wie wichtig es ist, psychische Aspekte frühzeitig mit in den Behandlungsprozess einzubeziehen, um so langfristig entstehenden Problemen präventiv entgegen zu wirken. Das Auftreten von psychischen Problemen nach schweren Brandverletzungen scheint eher Regel als Ausnahme zu sein. Im Folgenden werden vorliegende Befunde hierzu referiert.

2.1 Akute psychische Folgen von Brandverletzungen

Eine Fülle von Studien betont die vielfältigen Belastungsfaktoren, denen ein Brandverletzter während der stationären Behandlungsphase ausgesetzt ist: Der Kampf ums Überleben, die Ungewissheit bzgl. der Prognose, das Angewiesensein auf fremde Hilfe, massive Schmerzen, das fremde, intensivmedizinische Umfeld, die Trennung von der gewohnten Umgebung und dem sozialen Netzwerk sowie belastende Erinnerungen an den erlittenen Unfall sind hier nur als Beispiele zu nennen (vgl. Rossi, da Vila, Zago & Ferreira, 2005). Vor diesem Hintergrund kann es zu vielfältigen psychischen Reaktionen kommen: Viele Verletzte erleben ein Wechselbad von Gefühlen wie Schock, Angst, Verwirrung, Trauer, Furcht, Depression (vgl. z.B. Ptacek, Patterson & Heimbach, 2002), sie erleben Konzentrations- und Schlafprobleme sowie Flashbacks (Ehde, Patterson, Wiechmann & Wilson, 1999), tiefen Verlust, aber auch Euphorie, überlebt zu haben (Partridge & Robinson, 1995). Studien zeigen vielfach hohe Raten von 60-70% für Symptome einer akuten Stresstörung, depressive und Angst-Symptome während der akuten Behandlungsphase (Patterson, Everett, Bombardier, Questad, Lee & Marvin, 1993, liefern hierzu einen umfassenden Überblick). Das Ausmaß an

posttraumatischer Stresssymptomatik korreliert positiv mit dem Schmerzerleben (Taal & Faber, 1997). Bei einem nicht unbeträchtlichen Anteil der brandverletzten Patienten kommt es während des Aufenthalts auf der Verbrennungsintensivstation in der Phase der Analgosedierung außerdem zum Auftreten eines sogenannten „Durchgangssyndroms“, also einer organischen Psychose mit Symptomen wie z.B. Wahnvorstellungen, Halluzinationen (vorwiegend optisch), Alpträumen und Bewusstseinsstörungen. Zahlenangaben hierüber schwanken stark, je nach Studie werden Auftretensraten für Delir bei Brandverletzten in der Intensivbehandlungsphase von 19 bis 57% berichtet (vgl. Steiner & Clark, 1977, und Perry & Blank, 1984, beide in: Patterson et al., 1993). Die Symptomatik des „Durchgangssyndroms“ kann Tage bis Wochen anhalten und stellt für die Angehörigen des Verletzten häufig eine massive Verunsicherung und Belastung dar: Nicht nur ist der verletzte Verwandte oft bis zur Unkenntlichkeit äußerlich verändert (z.B. durch Verbände, Verletzungen, Schwellungen und Ödeme), auch in seinem Wesen scheint er völlig gewandelt. Vor diesem Hintergrund kann es auf Seiten der Angehörigen zu intensiven emotionalen Reaktionen wie z.B. Angst, depressiver Verstimmung, Schuld, Sorge und Verunsicherung kommen (siehe hierzu Abschnitt II.5). Nach Abklingen des Durchgangssyndroms haben viele Patienten meist nur wenige und schemenhafte Erinnerungen an die Zeit unter Analgosedierung. Viele berichten jedoch in der Rückschau über Oneiroiden, an die sie sich phantasie-, bild- und detailreich erinnern. Oneiroiden sind *„Zustände zwischen Traum und Wachheit, die für den Kranken den Charakter einer geschlossenen imaginären Welt besitzen und als absolut real empfunden werden“* (Nicolay, 2005, S.16). Der Inhalt dieser traumartigen Gebilde wird meist als überaus bedrohlich und affektiv stark angstbesetzt beschrieben. Für zahlreiche Betroffene ist das, was sie unter Analgosedierung in Oneiroiden erlebten, oft noch Monate später stark belastend; hierüber zu sprechen fällt schwer (Lubosch, persönliche Mitteilung).

Viele der in der akuten Behandlungsphase beschriebenen psychischen Reaktionen und Symptome klingen im weiteren Behandlungsverlauf ab und sind vorübergehend. Sie sind als passagere und normale Reaktionen auf ein außergewöhnliches Lebensereignis und außergewöhnlichen Stress zu bewerten. In der Arbeit mit Betroffenen und deren Angehörigen ist es häufig wichtig, Symptome in dieser Form zu interpretieren und damit zu normalisieren, um Ängste, z.B. bezüglich der Persistenz dieser Reaktionen, abzubauen.

2.2 Psychische Langzeitfolgen von Brandverletzungen

Abgesehen von relativ zeitnah auf das Unfallgeschehen hin erfolgenden, vorübergehenden Reaktionen kommt es oft gerade im Langzeitverlauf (also zeitversetzt zum eigentlichen Trauma und in der nachstationären Behandlungsphase) zur Ausbildung psychischer Folgeerkrankungen, wie z.B. der Posttraumatischen Belastungsstörung (El hamaoui, Yaalaoui, Chihabessine, Boukind & Moussaoui, 2002; Flatten, Wälte, Erli, Jünger & Petzold, 2002; Wiechmann & Patterson, 2004; Tedstone & Tarrier, 1997; Bryant, 1996), Depressionen, Al-

kohol- und Substanzmissbrauch (Bernstein, Jacobsberg, Ashman, Musagni, Goodwin & Perry, 1992) sowie Phobien und anderen Angststörungen (Malt & Ugland, 1989; Altier et al, 2002; Van Loey & Van Son, 2003). Häufig gehen diese psychischen Störungen mit Rückzugsverhalten aus dem sozialen und dem beruflichen Umfeld sowie Isolation einher (Thompson & Kent, 2001), was wiederum einen Risikofaktor für die Entwicklung von depressiven Erkrankungen darstellen kann (vgl. Hautzinger, 1998; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1996; Beck, 1967; Lewinsohn, 1974). Tabelle 1 liefert in einer von der Autorin vorgenommenen Zusammenstellung einen Überblick über Längs- und Querschnittstudien, die psychische Langzeitfolgen von Brandverletzungen untersuchen und Angaben über Prävalenzraten psychischer Störungen nach Brandverletzungen unterschiedlicher Genese machen. Einen umfassenden Überblick zu Forschungsarbeiten dieses Gebiets geben auch Patterson und Kollegen (1993) sowie Van Loey und Van Son (2003).

Studien, welche sich mit dem Ausmaß psychischer Folgeprobleme und mit dem Auftreten psychischer Störungen nach schweren Brandunfällen beschäftigen, unterscheiden sich stark hinsichtlich der angegebenen Prävalenzraten: Flatten und Kollegen (2002), Altier et al. (2002) oder auch Wallace und Lees (1988) stellten in ihren Untersuchungen jeweils fest, dass circa ein Viertel der Personen, welche eine Brandverletzung erlitten haben, im Langzeitverlauf starke psychische Beeinträchtigungen zeigt. Diese Zahlen erscheinen insofern unerwartet niedrig, als dass großangelegte epidemiologische Studien über die Auftretensraten psychischer Erkrankungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung davon ausgehen, dass etwa jede fünfte bis vierte Person aus der Bevölkerung an behandlungsbedürftigen psychischen Störungen leidet (Bastine, 1998; siehe auch Wittchen & Jacobi, 2002), was psychische Störungen zur häufigsten Krankheitsform überhaupt macht. Verglichen mit diesen Angaben wären Prävalenzraten psychischer Erkrankungen bei brandverletzten Patienten nicht signifikant erhöht.

Andere Forschergruppen berichten jedoch wesentlich höhere Zahlen psychischer Störungen in der Population Brandverletzter: So fanden beispielsweise El hamaoui und Kollegen (2002) in einer Stichprobe von Brandverletzten, deren Unfall im Durchschnitt acht Jahre zurücklag, eine Prävalenzrate für Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) von 23,3% und für Depressionen von 55%. Perry, Difede, Musgni, Frances und Jacobsberg (1992) referieren im Rahmen einer Langzeitstudie Prävalenzen von 35% für PTBS zwei Monate nach dem Brandunfall, von 40% vier Monate und von 45% zwölf Monate nach dem Unfall, also eine ansteigende Tendenz bei wachsendem zeitlichen Abstand zum Unfall. Roca, Spence und Munster (1992) geben an, dass 22% der von ihnen befragten brandverletzten Probanden vier Monate nach dem Unfall das Vollbild einer PTBS aufwiesen; in einer Studie von Fukushima (1999) waren es 33,9% der untersuchten Patienten. Schwanken diese Angaben auch stark, so kann man doch zusammenfassend feststellen, dass sie verglichen mit der für die Allgemeinbevölkerung angegebenen Lebenszeit-Prävalenzrate von 2-7% für PTBS (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften AWMF, 2004) deutlich

Tabelle 1: Überblick über empirische Studien zu Prävalenzraten psychischer Störungen bei Brandverletzten. (Verwendete Abkürzungen: QS=Querschnittsdesign, LS=Längsschnittsdesign, PTBS=Posttraumatische Belastungsstörung.)

Autoren	N	Messzeitpunkte	Erhobene Maße	Störungsbereich	Ergebnisse
Andreasen & Norris, 1972	20	QS, 1-5 Jahre nach dem Unfall	freie Interviews	Psychische Probleme allgemein	30% milde bis moderate emotionale Probleme im Zusammenhang mit Unfall
Ward, Moss, Darko et al., 1987	139	QS, 1-8 Jahre nach Unfall	Fragebogen (BDI)	Depression	milde bis schwere Depressionswerte: Männer: 20,6%, Frauen: 27%
Wallace & Lees, 1988	31	QS, verschiedenen Patientengruppen (bei Entlassung: 6 Monate nach Unfall; 24 Monate nach Unfall)	Fragebogen (HADS, PAIS)	Depression	Depressionsraten: 31% nach Entlassung, 38% 6 Monate nach Unfall, 40% 24 Monate nach Unfall
Matt & Ugland, 1989	70	QS, 3-13 Jahre nach dem Unfall	Semistrukturiertes Interview psychiatrisches Interview Fragebogen (STAI)	Psychische Probleme allgemein	47% Vorliegen emotionaler Probleme bzgl. Unfall (davon 24% gering, 11% mittelschwer und 11% schwer)
Perry et al., 1992	51	LS, prospektive Studie mit mehreren Messzeitpunkten (1-52 Wochen nach Unfall)	SKID-Interviews	PTBS	23% psychosoziale Komplikationen, vor allem Angst, PTBS- und Depressionssymptome PTBS-Raten: 35,3% nach zwei Monaten, 40% nach sechs Monaten, 45,2% nach 12 Monaten
Roca, Spence & Munster 1992	43	LS, zwei Messzeitpunkte (bei Entlassung, 4 Monate später)	SKID-Interviews Fragebogen (BDI, PAIS)	PTBS	PTBS-Raten: 7% bei stationärer Entlassung, 22% vier Monate später
Powers, Cruse, Daniels & Stevens, 1994	39	QS, 1-12 Monate nach stationärer Entlassung	SKID-Interviews	PTBS SKID Achse-I-Störungen	43% PTBS-Vollbild, zusätzlich erfüllen 38% der Patienten partielle PTBS-Kriterien, 61% weisen irgendeine Achse-I Störung auf PTBS-Rate: 25%
Fauerbach, Lawrence, Haythornthwaite, Richter, McGuire & Schmidt, 1997	95	QS, max. 12 Monate nach Unfall	SKID-Interviews	PTBS	
Tedstone & Tarrier, 1997	45	QS, max. 3 Monate nach Unfall	Fragebogen	Angst	signifikant erhöhte Angstlevel: 22% der Patienten
Fukunishi, 1999	56	QS, akute Behandlungsphase	SKID-Interviews	PTBS	PTBS-Rate: 33,9%
Fauerbach, Lawrence, Schmidt, Munster & Costa, 2000b	70	QS, max. 12 Monate nach Unfall	SKID-Interviews	PTBS	Depressive Episode: 7,1% PTBS-Rate: 25,7%
Wiechmann, Placek, Patterson, Gibran, Engrav & Heimbach, 2001	151	LS, prospektive Studie mit mehreren Messzeitpunkten (1-24 Monate nach stationärer Entlassung)	Fragebogen (BDI)	Depression	moderate bis schwere Depressionswerte: 54% einen Monat nach Entlassung, 34% 12 Monate später, 43% 24 Monate später
Altier et al., 2002	49	QS, durchschnittlich fünf Jahre nach dem Brandunfall	Psychische Symptombelastung (SCL-90-R) Lebensqualität (SF-36)	Psychische Probleme allgemein	ca. 25% der Pat. weisen erhöhte psychische Symptombelastung auf verglichen mit Normwerten, signifikant erhöhte Skalen: Somatisierung (27%) und phobische Angst (17%), keine Unterschiede in der Lebensqualität zu Normalstichprobe
Difide, Placek, Roberts et al., 2002	83	LS, prospektive Studie, zwei Messzeitpunkte (2 Wochen und 6 Monate nach Unfall)	SKID-Interviews	PTBS	Rate Akute Stressstörung: 19% zwei Wochen nach Unfall, 36% PTBS sechs Monate später
Ei Hamaoui, et al., 2002	60	QS, während der akuten Behandlung	SKID-Interviews Fragebogen (HDRS, HARS)	PTBS Depression	PTBS-Rate: 23,3% Depressive Episode: 55%

erhöht ist. In Studien aus dem Bereich der Traumaforschung wird angegeben, dass etwa 60,7% aller Männer und 51,2% aller Frauen im Verlauf ihres Lebens mindestens einmal ein ernsteres belastendes Ereignis erleben (Kessler, Sonnega, Bromet & Nelson, 1995), aber nur ein geringer Prozentsatz von ca. 5% der von einem Trauma betroffenen Personen eine PTBS entwickelt. Es lässt sich konstatieren, dass schwere Unfälle, zu denen thermische Traumen ohne Zweifel zu zählen sind, augenscheinlich einen speziellen Traumatisierungstyp darstellen, der eine deutlich erhöhte Auftretensrate von PTBS zur Folge hat. Ganz allgemein wird das Risiko, nach einem schweren Unfallereignis eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln, mit circa 20% angegeben (vgl. Schneider & Buchheim, 2004).

2.3 Methodische Probleme bei Studien zu psychischen Folgen von Brandunfällen

Problem ①: Hohe Dropoutraten: Eine methodische Schwierigkeit aller Studien, die sich unter Heranziehen von Katamneseerhebungen über lange Zeiträume hinweg um eine Aufklärung der Frage bemühen, wie viele der brandverletzten Patienten im Langzeitverlauf psychische Auffälligkeiten zeigen, liegt in hohen Dropoutraten von 50 Prozent und mehr. Dies bedeutet, dass sich an den katamnesticen Untersuchungen meist nur 50% oder weniger Teilnehmer der ursprünglichen Stichprobe beteiligen und damit nur über die Entwicklung von weniger als der Hälfte der Probanden ein Urteil gefällt werden kann. Dies gilt auch für die oben dargestellten Studien. Unklar bleibt dabei, welche Ursachen dem Teilnahmeabbruch der Probanden zugrunde liegen: Handelt es sich um solche brandverletzte Patienten, welchen es gut geglückt ist, mit der Verletzung und ihren Folgen umzugehen, und die keine weitere Konfrontation mit dem Thema wünschen? Oder sind diejenigen, die sich nicht weiter an den Erhebungen beteiligen, möglicherweise durch psychische Folgeerkrankungen so weit beeinträchtigt, dass ihnen eine weitere Teilnahme nicht möglich ist? Was bedeutet es, wenn Patienten nicht mehr unter der alten Postadresse zu erreichen sind? Sind sie aufgrund ökonomischer Folgen des Unfalls sozial abgestiegen, ins soziale Abseits abgedriftet, leben völlig zurückgezogen, sind Alkohol- oder Drogensüchtig? Deutet die Angabe „unbekannt verzogen“ auf ein Versterben des Patienten hin? Auch zur Frage, wie häufig Suizide bei schwerbrandverletzten Patienten nach Entlassung aus dem stationären Setting erfolgen, liegen keinerlei verlässliche Daten vor.

Problem ②: Keine Anamnese psychischer Bedingungen: Ein weiteres methodisches Problem ist in folgendem Aspekt zu sehen: Beforscht man die Auftretensrate psychischer Störungen in der Gruppe der Brandverletzten, so gilt es mit zu berücksichtigen, inwiefern vorliegende psychische Störungen tatsächlich *Folge* der Verletzung sind und nicht bereits prämorbid vorlagen. Die wenigsten Studien können dem Anspruch gerecht werden, neben einer „sauberen“ aktuellen Diagnostik auch eine systematische Anamnese psychischer Vorerkrankungen vorzuweisen. Dies ist insofern bedenklich, als zahlreiche Untersuchungen den Schluss nahe legen, dass es sich bei der Population der Brandverletzten keineswegs um einen re-

präsentativen Querschnitt der Normalbevölkerung handelt. Etwas salopp äußern Experten für Brandverletzungen oft, der durchschnittliche Brandverletzte sei „*männlich, Sozialhilfeempfänger und Alkoholiker*“. Patterson und Kollegen (1993) stellen in einem Übersichtsartikel zahlreiche Studien zusammen, innerhalb derer ein durchschnittlich niedriges Bildungsniveau und deutlich erhöhte Raten für prämorbid Alkohol- oder Substanzabhängigkeit bei brandverletzten Patienten aufgezeigt werden (vgl. auch: Fauerbach et al., 1997; Tarrier, 1995). Williams und Griffiths (1991) vermuten, dass körperliche, psychiatrische und alkoholbedingte Probleme das Risiko erhöhen, einen Brandunfall zu erleiden. Ebenso werden Variablen wie ein geringer sozioökonomischer Status und damit einhergehende schlechte Lebensbedingungen (z.B. im Haushalt) mit dem Risiko, sich zu verbrennen, in Zusammenhang gebracht. Die berichteten erhöhten Raten für psychische Störungen in der Gruppe der Brandverletzten sind auch im Zusammenhang damit zu interpretieren, dass ein gewisser Prozentsatz brandverletzter Patienten sich die Brandverletzungen im Rahmen von Suizidversuchen zuzieht (Andreasen & Noyes, 1975, nach Patterson et al., 1993). Je nach Brandverletzungszentrum sind dies zwischen einem und neun Prozent der aufgenommenen Patienten. Suizidversuche durch Selbstverbrennung geschehen meist vor dem Hintergrund schwerer depressiver Erkrankungen oder akuter psychotischer Schübe, auch werden hohe Raten positiver Alkohol- und Drogenanamnesen berichtet (Horner, Ahmadi, Mulholland, Myers & Catalan, 2005; Krummen, James & Klein, 1998; Pham, King, Palmieri & Greenhalgh, 2003). Patienten mit Selbstverbrennungen im Rahmen von selbstverletzendem, parasuizidalem Verhalten (zum Begriff der Parasuizidalität siehe Linehan, 1993) weisen häufig eine Persönlichkeitsstörung (O'Sullivan & Kelleher, 1989, nach Tarrier, Gregg, Edwards & Dunn, 2005) sowie Alkohol- und Drogenabusus auf (Zor, Deveci, Bozkurt, Dikkatli, Duman & Senegezer, 2005).

Problem ③: Unterschiedliche Erfassung psychischer Probleme und Störungen: Eine zusätzliche methodische Schwierigkeit der Studien zu psychischen Folgeproblemen nach Brandverletzungen liegt darin begründet, dass die Überprüfung des Vorliegens einer psychischen Störung nach den gängigen diagnostischen Manualen ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort/Weltgesundheitsorganisation, 1994) und DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996) ein nur unzureichender Weg scheint, psychische Reaktionen einer Person auf einen Brandunfall einzuschätzen. Werden dimensionale Maße psychischer Belastung verwendet, so zeigt sich nämlich ein ganz anderes Bild als bei der ausschließlichen Untersuchung, ob das Vollbild einer klinischen Diagnose erfüllt ist. Viele der brandverletzten Patienten und Patientinnen erleben ein starkes Ausmaß an Distress und psychischer Belastung sowie eine subjektive Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität und Lebenszufriedenheit (Patterson, Ptacek, Cromes, Fauerbach & Engrav, 2000a), erfüllen jedoch keine klinische Diagnose nach den diagnostischen Leitlinien von ICD-10 und DSM-IV. So konnten z.B. auch Powers und Kollegen (1994, siehe Tabelle 1, S.10) zeigen, dass zwölf Monate nach einem Brandunfall 35% der befragten Betroffenen das Vollbild einer PTBS nach DSM-IV berichteten, zusätzli-

che 38% der Befragten jedoch eine unterschwellige PTBS aufwiesen, also alle bis auf ein Kriterium der PTBS erfüllten und damit sicherlich ebenfalls als psychisch belastet zu beurteilen wären. In einer Studie von Wisely und Tarrrier (2001) berichteten 72% der befragten Brandverletzten auch Monate nach dem Unfall über das Weiterbestehen emotionaler Probleme im Zusammenhang mit der Brandverletzung. Auch Abdullah und Kollegen (1994) bemerken zu eben diesem Aspekt: *„The ambiguous findings of the disturbance among survivors of burns reflects differences among observers in terms of what constitutes disturbances and when the observations are made.“* (S. 168). Und Antebi (1993) schreibt hierzu: *„Just because the patients` difficulties do not fit diagnostic criteria does not mean that there is no psychological problem nor that he/she requires no help.“* (S. 45).

Problem ④: Fehlende Subgruppenauswertung: Methodisch zu kritisieren ist weiterhin, dass häufig nur unzureichende Angaben zur Stichprobenszusammensetzung gemacht werden. Auch erfolgt keine Auswertung nach Subgruppen hinsichtlich unterschiedlicher Unfallzusammenhänge. Dies bedeutet, dass Verletzte mit ganz unterschiedlichen Hintergründen in den Stichproben zusammengefasst werden, was sicherlich einen Teil der Varianz zwischen den Untersuchungen erklärt. Der Tatsache, dass beispielsweise ein Suizidversuch einen qualitativ ganz anderen Unfallhintergrund darstellt als ein Verkehrsunfall, ein Kriegserlebnis oder eine Straftat, wird hierbei keine Rechnung getragen.

2.4 Zusammenfassung zu psychischen Folgen von Brandverletzungen

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Zahlen über psychische Belastung, psychische Symptomatik und Prävalenzraten psychischer Störungen bei Brandverletzten im Langzeitverlauf variieren. Die Angaben schwanken stark, einige Forscher gehen davon aus, dass jeder vierte Brandverletzte im Langzeitverlauf psychische Probleme entwickelt, andere benennen jeden Dritten oder sogar jeden Zweiten. Eine dritte Gruppe von Autoren wiederum äußert optimistisch, dass lediglich ein sehr geringer Prozentsatz der Brandverletzten in der Unfallfolge ernsthaft psychisch beeinträchtigt sei (Patterson et al., 1993). Das Variieren der berichteten Prävalenzraten ist vor allem auf methodische Gesichtspunkte – also die Art und Weise der Erhebung – zurückzuführen. Im Rahmen vieler Studien erfolgt keine differenzierte Operationalisierung davon, wann von einer psychischen Störung auszugehen sei, auch wird keine Diagnostik anhand strukturierter Erhebungsinstrumente durchgeführt.

Die häufigsten in der Population der Brandverletzten gefundenen psychischen Diagnosen sind Depressionen, PTBS, Alkoholismus und Angststörungen. Lediglich das Vorliegen der Kriterien psychischer Störungen nach den gängigen Klassifikationen zu überprüfen, greift jedoch zu kurz, um Leid und Schwierigkeiten der Patienten in der Anpassung an eine lebensverändernde Krankheit zu ermessen. Denn bei vielen Patienten besteht subjektiv der Bedarf an Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung, ohne dass sie das Vollbild einer definierten psychischen Störung erfüllen. Höhen und Tiefen des Verarbeitungsprozesses,

also emotionale Krisen, Konflikte und belastende Gefühle in der Auseinandersetzung mit einer Brandverletzung, können *normaler Bestandteil* des Versuchs sein, einen Einschnitt im Leben, wie ihn eine Brandverletzung darstellt, zu verarbeiten und zu integrieren, und dennoch ein großes Leid für die Betroffenen bedeuten. In vielen Studien wird unterstrichen, dass psychische Probleme bei Brandverletzten nicht vorübergehend, sondern stabil sind und über die Zeit sogar zunehmen können (z.B. Wallace & Lees, 1988; Tedstone & Tarrier, 1997). Hinsichtlich des Vorliegens psychischer Folgeprobleme nach einem Brandunfall erscheint es nicht sinnvoll, darauf zu vertrauen, dass Zeit alleine „alle Wunden heilt“.

Das häufige Auftreten psychischer Probleme in der Folge eines thermischen Traumas sowie die hohe Bedeutung psychischen Befindens für die allgemeine Lebenszufriedenheit und den subjektiven Gesundheitszustand machen es erforderlich, den Fokus bei der Planung und Durchführung der Behandlung Brandverletzter gerade auch auf psychische und soziale Faktoren zu richten. Psychosoziale Faktoren müssen mit einbezogen werden, wenn es darum geht, den Behandlungserfolg nach einer Brandverletzung zu bemessen. Auf die Frage, wie Behandlungserfolg konzeptionalisiert werden kann, sowie auf mögliche Prädiktoren für Behandlungserfolg wird deshalb im folgenden Abschnitt eingegangen.

3 Erfolgskriterien in der Behandlung Brandverletzter oder: Wann kann man von einem geglückten Rehabilitationsprozess sprechen?

Medizinische Behandlungsfortschritte in den letzten Jahrzehnten haben die Überlebenschancen gerade auch von Patienten mit schweren Brandverletzungen deutlich ansteigen lassen (Saffle, 1998; Waymack & Rutan, 1994). Prozentzahlen zu Überlebensraten alleine sind heute jedoch kein ausreichend sensibler Maßstab mehr für die Güte einer Behandlung, da es mittlerweile möglich ist, auch das Leben von Personen mit sehr schweren Verbrennungen zu retten. Laut offizieller Definition der Weltgesundheitsorganisation bedeutet Gesundheit nicht nur die Abwesenheit physischen Leids, sondern auch psychisches und soziales Wohlbefinden. Das subjektive Erleben des Gesundheitszustandes gewinnt neben den organmedizinischen Erfolgsparametern (wie Überlebenszeit, Grad bleibender funktionaler Beeinträchtigungen etc.) immer mehr an Bedeutung. Lebensqualität wird also zunehmend nicht mehr nur hinsichtlich der körperlichen, sondern ebenfalls hinsichtlich der psychischen und sozialen Dimension konzeptionalisiert (siehe z.B. Verres, 1991, S. 189 ff.).

Die deutliche Verbesserung der Überlebenschancen Brandverletzter stellt die Behandelnden vor neue Herausforderungen. Rehabilitation ohne Rückgriff auf ein bio-psycho-soziales Modell ist undenkbar geworden. Die aktuelle Leitlinie der Rehabilitation, die „ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (DIMDI, 2002), propagiert eine umfassende Perspektive der Berücksichtigung von Funktionsfähigkeit, Behinderung, Gesundheit, Aktivitäten und Partizipation. Auch in der Forschungsliteratur ist eine Hinwendung zu diesen Themenkomplexen zu verzeichnen: Beispielsweise beschäftigen sich in

den letzten Jahren zahlreiche Studien mit der Suche nach Prädiktoren für die psychosoziale Langzeitanpassung von brandverletzten Betroffenen an die Unfallfolgen (vgl. hierzu z.B. Patterson et al., 2000a; Baker, Jones, Sanders et al., 1996; Cromes, Holavanahalli, Kowalske & Helm, 2002; Fauerbach, Lawrence, Munster, Palombo & Richter, 1999; Munster, Fauerbach & Lawrence, 1996) oder mit der Entwicklung von Erhebungsinstrumenten zur umfassenden Messung von Lebensqualität speziell bei Brandverletzten („*Burn Specific Health Questionnaire BSHQ*“, z.B. Blades, Jones & Munster, 1979; Blades, Mellis & Munster, 1982; Munster, Horowitz & Tudahl, 1987; Blalock, Bunker & DeVellis, 1994; Munster, Fauerbach & Lawrence, 1996). Auch Mitglieder von Selbsthilfeorganisationen, wie z.B. die „Bundesinitiative für Brandverletzte“, „Phoenix“, „Paulinchen“ oder „Cicatrix“, betonen die Relevanz psychosozialer Aspekte bei der Bewältigung eines Brandunfalls und die Wichtigkeit psychologischer Unterstützung (siehe z.B. die Homepage www.brandverletzte.leben.de oder www.flotte-seite.cicatrix.de).

3.1 Rehabilitation von brandverletzten Patienten

Ziel von rehabilitativen Maßnahmen ist es, funktionelle und soziale Fähigkeiten eines Patienten unter dem Gesichtspunkt der sozialen und beruflichen Reintegration zu verbessern. Zentrales Qualitätsmerkmal einer Rehabilitationsmaßnahme ist die erfolgreiche Reintegration einer Person in den Beruf, in familiäre und soziale Aktivitäten. Bei schweren Brandverletzungen entstehen oft gerade beim Übergang vom stationären Setting ins häusliche Milieu massive Probleme: Fühlte sich der Brandverletzte während der stationären Behandlungsphase im Krankenhaus geschützt und sicher inmitten der anderen, ebenfalls brandverletzten Patienten sowie im Umgang mit fürsorglichen und wohlwollenden Behandlern, so kommt es bei Entlassung häufig zu starken Ängsten, Furcht, depressiven Verstimmungen, Scham- und Schuldgefühlen (Bergamasco, Rossi, da Amacio & Carvalho, 2002; Partridge & Robinson, 1995). Die Entlassung aus dem stationären Setting bedeutet für viele Betroffene die erste „harte“ Konfrontation mit ihrem veränderten Äußeren, der dauerhaft eingeschränkten Funktionsfähigkeit ihres Körpers und den Reaktionen des Umfelds auf den Unfall und auf äußere Einstellungen. Zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem stationären Setting lässt sich die Lebensqualität als Ergebnis der vollzogenen medizinischen und rehabilitativen Maßnahmen also nur begrenzt und vorläufig bewerten. Verschiedene Kriterien, wie das Vorliegen von Restbeschwerden, körperliche Aktivitäten im täglichen Leben, im Haushalt, im Beruf, die psychische Bewältigung der veränderten Situation sowie die Reintegration ins soziale Umfeld müssen langfristig mit berücksichtigt werden, will man einem Konzept von Lebensqualität wie bereits dargestellt Rechnung tragen. Oft wird erst im weiteren Verlauf und nach längerer Zeit deutlich, wie gut die Rückführung des Patienten in verschiedene Bereiche seines alltäglichen Lebens (Beruf, Familie, Hobbys etc.) tatsächlich gelungen ist.

Häufig werden Brandverletzte nach Beendigung der stationären Behandlung weder medizinisch-pflegerisch und physiotherapeutisch noch psychotherapeutisch adäquat weiterbehandelt. Immer wieder wird der Mangel an einheitlicher und spezifischer, fachkompetenter Nachbehandlung von Brandverletzten beklagt (z.B. Ziegenthaler, in: Krause-Wloch, 2004) und ein einheitliches, hoch spezialisiertes und multimodales Vorgehen gefordert (Ziegenthaler & Brückner, 2003; Ziegenthaler, Neumann, Fritzsche & Sühnel, 2005).

Gerade der schwierige Übergang vom stationären Aufenthalt zurück ins häusliche Milieu könnte durch Vorbereitung sowie professionelle Begleitung entscheidend erleichtert werden. Bisher mangelt es jedoch in der Versorgung Brandverletzter an geeigneten Rehabilitationseinrichtungen und entsprechenden Konzepten. Gleichzeitig scheint der Bedarf groß: Im Rahmen einer in den Niederlanden durchgeführten Studie äußerten 31% der befragten Brandverletzten das Bedürfnis nach zusätzlicher psychologischer Nachbetreuung (Taal & Faber, 1998b), in einer britischen Untersuchung waren es sogar 63% (Wisely & Tarrier, 2001). In einer Studie von Williams und Griffiths (1991) gaben 52% der befragten Patienten an, sich mehr praktische Vorbereitung auf die anstehende Entlassung aus dem stationären Setting gewünscht zu haben. Für den deutschen Sprachraum gibt es bisher keine systematischen Befunde zu diesen Fragen, der Schluss liegt jedoch nahe, dass diese Ergebnisse durchaus auf Deutschland übertragbar sind.

Vor dem skizzierten Hintergrund (verbesserte Überlebenschancen von Brandverletzten und hieraus erwachsender Rehabilitationsbedarf bei gleichzeitigem Mangel an tragfähigen Konzepten zur gezielten psychotherapeutischen Unterstützung genau dieser Patientengruppe) stellen sich verschiedene Fragen:

1. Was sind valide Erfolgskriterien für den Behandlungserfolg nach Verbrennungen?
2. Welche Faktoren haben einen prognostischen Einfluss auf den Behandlungserfolg?
3. Wie lassen sich auf Basis dieser Kenntnisse sinnvolle Behandlungskonzepte entwickeln, um prognostisch ungünstige Faktoren zu minimieren und relevante Ressourcen zu stärken?

Zur *ersten Frage nach Erfolgskriterien* der Verbrennungsbehandlung lässt sich festhalten, dass „harte“ Kriterien, wie z.B. Mortalität (Mago, Ahmad, Kochhar & Bariar, 2005; Chang, Edelman, Morris & Saffle, 2005), aufgrund des deutlichen Rückgangs von Sterberaten sowie des technischen Fortschritts in der Verbrennungsbehandlung ein zunehmend weniger aussagekräftiges Maß eines umfassenden Behandlungserfolgs sind. Auch Parameter wie Rückkehr ins Arbeitsleben oder Arbeitsunfähigkeitsdauer (Helm & Walker, 1992; Brych et al., 2001; Dyster-Aas, Kildal, Willebrand, Gerdin & Ekselius, 2004; Fauerbach, Lawrence, Stevens & Munster, 1998; Wirgley, Trotman, Dimick & Fine, 1995) greifen zu kurz. Denn aus psychologischer Sicht ist es vonnöten, nicht nur zu prüfen, *ob* ein Verletzter überlebt, sondern *wie* er überlebt und *wie* es ihm in der Folge des Unfalls (er-)geht. Um modernen Konzepten von Gesundheit, Krankheit, Lebensqualität und Rehabilitation gerecht zu werden (siehe ICF, DIMDI 2002), muss zur Abschätzung des Behandlungserfolgs neben objektiven

Kriterien gerade auch personenbezogenen Variablen (z.B. subjektives Gesundheitsempfinden, Vorliegen von psychischen Folgeerkrankungen etc.) Rechnung getragen werden. Das Konzept des Behandlungserfolgs muss also um subjektive Parameter erweitert werden.

Bei der Beantwortung der *zweiten Frage nach prognostisch für den Behandlungserfolg relevanten Faktoren* ist es wichtig, auch gesundheitspsychologische Konzepte, z.B. zu Salutogenese und Resilienz, zu berücksichtigen (Antonovsky, 1979; Antonovsky, 1987; Schwarzer, 1994). Das Interesse liegt bei diesen Ansätzen in der Erweiterung der Frage, wie Krankheit entsteht, um den Aspekt, wie Gesundheit erhalten bleibt: Warum gelingt es vielen Individuen gut, sich an einen Brandunfall und dessen Folgen anzupassen? In der aktuellen Forschungsliteratur finden sich Hinweise darauf, dass es neben Aspekten der Anamnese (z.B. Vorliegen einer psychischen Erkrankung in der Vorgeschichte, soziale Not und Arbeitslosigkeit vor dem Unfall) Faktoren wie z.B. Persönlichkeitsvariablen, Copingstile/Krankheitsverarbeitungsmodi sowie soziale Unterstützung sind, welche die psychische Anpassung einer Person an einen Brandunfall und seine Konsequenzen beeinflussen. Im Folgenden wird die empirische Befundlage zu prognostisch relevanten Faktoren der Vorhersage psychischer Probleme nach einem Brandunfall dargestellt. Die *dritte Frage nach der Relevanz dieser Befunde für die Ableitung therapeutischer Strategien* im geplanten Gruppenbehandlungsprogramm wird stets am Ende jedes Abschnitts zu den einzelnen Einflussfaktoren zu beantworten versucht.

3.2 Welche Faktoren haben einen prognostischen Einfluss auf die psychische Anpassung nach einer Brandverletzung?

Objektive Parameter der Verletzungsschwere und psychische Anpassung

Vielfach wird in der Forschungsliteratur die Frage erörtert, inwiefern das Ausmaß psychischer Probleme in der Folge eines Brandunfalls mit objektiven Parametern der Verletzungsschwere einhergehe. Dieser Zusammenhang lässt sich jedoch empirisch nicht eindeutig abbilden und die Befundlage zu diesem Thema ist entsprechend uneinheitlich. Zahlreiche Studien finden keinerlei Zusammenhänge zwischen der objektiven Verletzungsschwere und dem Ausmaß psychischer Folgeprobleme (Perry et al., 1992; Blumenfield & Reddish, 1987; Tedstone & Tarrier, 1997; Tedstone, Tarrier & Faragher, 1998; Browne et al., 1985; Ward et al., 1987), während andere Arbeiten diese Verknüpfung empirisch aufzeigen (Malt & Ugland, 1989; Madianos, Papaghelis, Ioannovich & Dafni, 2001, in dieser Studie zeigten sich auch Zusammenhänge zwischen der Lokalisation der Verletzung an sozial relevanten Stellen wie dem Gesicht und dem Ausmaß psychischer Symptombelastung). Im Rahmen einer prämierten, groß angelegten prospektiven Längsschnittuntersuchung von Fauerbach, Lezotte, Hills und Kollegen (2005) zu Zusammenhängen von körperlicher Beeinträchtigung bzw. psychischer Belastung mit Lebensqualität bei Brandverletzten konnte gezeigt werden, dass sich körperliche Probleme sechs und zwölf Monate nach dem Unfall durch das objektive Ausmaß

der Verletzungsschwere gut vorhersagen lassen. Nur geringe Korrelationen fanden sich dagegen zum späteren psychischen Befinden, dessen Varianz hauptsächlich durch psychische Belastung zum ersten Messzeitpunkt aufgeklärt wurde.

Keine der angegebenen Quellen macht Angaben dazu, ob und wenn wie die Studienteilnehmer während ihres Aufenthalts psychologisch unterstützt wurden. Möglicherweise ist ein Teil der Ergebnisvarianz auf diese Tatsache zurückzuführen. Bei aller Uneinheitlichkeit der Befundlage lässt sich festhalten, dass die Annahme eines einfachen linearen Zusammenhangs zwischen objektiven Parametern der Verletzungsschwere und Verletzungssichtbarkeit mit dem Ausmaß psychischer Belastung unzulässig ist. Schwere Verletzungen sowie die Verletzung von Gesicht und Händen mögen Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Folgekrankheiten darstellen, jedoch scheint es diverse Variablen zu geben, welche diesen Zusammenhang moderieren. Lediglich schwer verletzten Patienten und solchen mit z.B. Gesichtsverbrennungen psychologische Unterstützung anzubieten, würde zu kurz greifen, denn auch Patienten mit Verbrennungen geringen Ausmaßes können psychische Folgeprobleme entwickeln und psychisch stark belastet sein. Jeder stationär behandelte Brandverletzte sollte ein psychologisches Gesprächsangebot erhalten. Für die therapeutische Praxis bedeutet dies, routinemäßig Screenings bezüglich psychischer Belastung durchzuführen, und zwar auch bei verhältnismäßig leicht verletzten Patienten.

Liefert die aktuelle Forschungsliteratur weitere Aufschlüsse zur Frage, welche Faktoren beeinflussen, ob ein Betroffener langfristig eher gut oder eher schlecht mit dem Unfall und seinen Folgen umzugehen vermag? Im Folgenden werden theoretische Konzepte und empirische Befunde unter Einbeziehung psychosozialer Variablen referiert.

Psychosoziale Variablen und psychische Anpassung

Vorbestehende psychische Störungen

Vielfach bestätigen empirische Studien den Einfluss vorbestehender psychischer Störungen (z.B. Angststörungen, affektive Störungen oder Suchterkrankungen) auf den psychosozialen Anpassungsprozess (Questad et al., 1988; Fauerbach, Lawrence, Haythornthwaite, McGuire & Munster, 1996). Das Vorbestehen einer psychischen Störung wird zusätzlich mit einem prolongierten Heilungsverlauf in Zusammenhang gebracht: So ergaben sich bei Kontrolle von Parametern der Unfallschwere längere stationäre Aufenthaltszeiten für Patienten mit psychischen Störungen (Ward et al., 1987; Berry et al., 1984 in Tarrier et al., 2005; Horner et al., 2005), ohne dass die Ursachen hierfür eindeutig ersichtlich wären. Diskutiert werden als mögliche Einflussfaktoren Aspekte wie selbstschädigendes Verhalten, verringerte Patienten-Compliance, ungesunder Lebensstil, ungünstige Auswirkungen von Psychopharmaka auf die Hautheilung, geringe körperliche Fitness und geringe Selbst- und Körperpflege psychisch kranker im Vergleich zu psychisch gesunden Brandverletzten. Auf Basis der aktuellen Datenlage kann konstatiert werden, dass das Vorliegen einer psychischen Störung in der Vorge-

schichte und/oder zum Zeitpunkt des Unfalls ein Risikofaktor für einen verzögerten Heilungserfolg nach einer Brandverletzung sowie für psychische Anpassungsprobleme ist. Patienten mit positiver psychiatrischer Anamnese sollte also in jedem Fall das Angebot psychologischer Betreuung während der Akut- und der Rehabilitationsbehandlung gemacht werden.

Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung ist ein in der Klinischen und in der Gesundheitspsychologie vielfach berücksichtigtes Konzept, zu dem zahlreiche voneinander abweichende Definitionen vorliegen (siehe hierzu z.B. Fydrich, Geyer, Hessel, Sommer & Brähler, 1999; Chwalisz & Vaux, 2000; Procidano & Fordham, 1992). Ganz allgemein lässt sich soziale Unterstützung als tatsächlich empfangene oder als wahrgenommene beziehungsweise antizipierte Unterstützung durch das soziale Umfeld definieren. Gemeint sind also Fremdhilfen und Rückhalt, welchen ein Individuum bei der Bewältigung des alltäglichen Lebens oder besonders schwieriger Situationen in seiner Umgebung erfährt. Soziale Unterstützung kann instrumentell, materiell und emotional erfolgen (Sommer & Fydrich 1989 und 1991).

Die Wichtigkeit von sozialer Unterstützung für den Anpassungsprozess an eine Brandverletzung wird sowohl im informellen Kontext unter Behandlern als auch in der Literatur immer wieder an vielen Stellen betont (siehe z.B. Blakeney, Herndon, Desai, Beard & Wales-Seales, 1988; LeDoux, Meyer, Blakeney & Herndon, 1998; Partridge, 1997; Thompson & Kent, 2001). Zusammenhänge des Ausmaßes an erlebter sozialer Unterstützung zu Variablen wie Körperzufriedenheit (Bergamasco et al., 2001), Depression und Bewältigungsverhalten (Gilboa, 2001), Selbstbewusstsein (Patterson et al., 2000a) und Hoffnung (Anderson, Maloney & Redland, 1993) werden angenommen. Sozialer Unterstützung wird ein wesentlicher Einfluss auf den Genesungs- und Anpassungsprozess des brandverletzten Patienten zugesprochen. Patienten berichten immer wieder, wie wichtig die Erfahrung für sie gewesen sei, dass Angehörige und Freunde nach dem Unfall zu ihnen standen und dazu motivierten, sich nicht zu verstecken und öffentlich zu zeigen; wie viel Halt es ihnen gegeben habe zu erfahren, wer alles schrieb, ins Krankenhaus zu Besuch kam, anrief, nachfragte und Anteil nahm am Genesungsprozess.

Angesichts der Fülle von Hinweisen zur Wichtigkeit von sozialer Unterstützung mutet es seltsam an, dass systematische Untersuchungen zu diesem Thema im Bereich der Brandverletztenbehandlung kaum vorliegen. Lediglich wenige Forschungsarbeiten finden sich hierzu: Zwei prognostische Längsschnittstudien weisen die protektive Wirkung von sozialer Unterstützung hinsichtlich der Entwicklung von PTBS-Symptomen auf (Perry et al., 1992; Lawrence & Fauerbach, 2003). In Untersuchungen an brandverletzten Kindern konnten Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und hohem Selbstbewusstsein, einem positivem Körperbild und geringer Depressivität gefunden werden (Barnum et al., 1998 und Holaday & Mc Phearson, 1997, jeweils in Cox, Call, Williams & Reeves, 2004). In anderen Forschungs-

feldern der medizinischen Psychologie (z.B. Krebs, chronische Erkrankungen, Körperbehinderung) ist die Wichtigkeit von sozialer Unterstützung für den Krankheitsverarbeitungsprozess und in ihrer abpuffernden Funktion gegenüber Distress empirisch gut belegt (Procidano & Fordham, 1992). Das geplante Gruppenprogramm sollte einen Fokus auf diesen Aspekt legen und die Patienten dabei unterstützen, Strategien zu erarbeiten, um soziale Ressourcen zu aktivieren, aktiv zu suchen und in Anspruch zu nehmen. Der Umgang mit wichtigen Personen des sozialen Netzwerks kann in der Gruppe besprochen und thematisiert werden, wie der Patient sich von diesen Personen am besten Unterstützung einholen kann.

Persönlichkeitsvariablen

Unter „Persönlichkeit“ versteht man die einzigartige Struktur von Persönlichkeitszügen eines Individuums, seine mehr oder weniger überdauernde und feste Organisation des Temperaments, Charakters und Intellekts (Amelang & Bartussek, 1997). Die individuelle Ausprägung der Persönlichkeitsmerkmale einer Person bestimmt, wie sie die Welt, sich und andere sieht, bewertet, erlebt und sich verhält. Die Fragen nach der Operationalisierung und Messbarkeit von Persönlichkeit stellen ein eigenes umfassendes Forschungsgebiet dar wie auch die Debatte um die Situationsabhängigkeit, Stabilität und Veränderbarkeit von Persönlichkeitszügen (State-Trait-Kontroverse, siehe Amelang & Bartussek, 1997) sowie der genetischen Bedingtheit oder Beeinflussung durch Umfeld und Aufwachsen von Charaktermerkmalen. Ein Instrument, das sich in den letzten Jahren zur Erfassung von Persönlichkeit etabliert hat, ist das „*NEO Personality Inventory*“ (NEO-FFI, Costa & McCrae, 1985). Innerhalb dieser Konzeption werden fünf zentrale Persönlichkeitsvariablen unterschieden: „Extraversion“, „Neurotizismus“, „Offenheit für Erfahrungen“, „Gewissenhaftigkeit“ und „soziale Verträglichkeit“.

In mehreren Studien zum Einfluss von Persönlichkeitsvariablen auf den Anpassungsprozess nach einer Brandverletzung werden negative Zusammenhänge zwischen der Persönlichkeitsdimension „Neurotizismus“ und Lebensqualität sowie Ausmaß von PTBS-Symptomatik aufgezeigt (Fauerbach et al., 2000b; Lawrence & Fauerbach, 2003; Kildal, Willebrand, Andersson, Gerdin & Ekselius, 2004; Gilboa, Bisk, Montag & Tsur, 1999; Low, Dyster-Aas, Willebrand, Kildal, Gerdin & Ekselius, 2003). In einigen Arbeiten wird der protektive Einfluss von „Extraversion“ bezüglich der Entwicklung von psychischen Folgestörungen belegt (Fauerbach et al., 2000b; Fauerbach et al., 1997; Gilboa et al., 1999; Taal & Faber, 1998b). Eine mögliche Interpretation der schützenden Wirkung von „Extraversion“ könnte darin zu sehen sein, dass introvertierte Patienten ein höheres Risiko dafür aufweisen, auf einen Brandunfall mit der Ausbildung starker Schamgefühle und sozialem Rückzugsverhalten zu reagieren, während Extravertierte sozial aktiver sind und über mehr soziale Kontakte verfügen.

„Neurotizismus“ scheint also eher ungünstig zu wirken, „Extraversion“ dagegen protektiv. *Wie stark* jedoch diese Einflüsse sind und ob es durch die Persönlichkeit des Patienten beeinflusste, prognostisch relevante moderierende Variablen gibt, ist bislang ungeklärt. Metho-

disch ist zu kritisieren, dass alle vorliegenden Studien ausschließlich auf Korrelationen fußen, und eine Erhebung des Persönlichkeitsprofils stets erst nach dem Brandunfall erfolgt. Zwar wird Persönlichkeit per Definitionem als etwas Stabiles und Situationsinvariantes verstanden (s.o.), jedoch ist streng genommen nicht auszuschließen, dass es einen Einfluss des Unfallereignisses auf die Messung geben kann. Hieran schließt sich auch die unbeantwortete Frage an, inwiefern es sich bei den genannten Persönlichkeitseigenschaften um stabile, relativ unbeeinflussbare Züge handelt, oder ob eine therapeutische Beeinflussung im Sinne einer Aktivierung förderlicher Strukturen und Modifikation eher dysfunktionaler Züge möglich ist. Konstatieren kann man dennoch, dass introvertierte Patienten und solche mit hohen Neurotizismuswerten insbesondere psychologische Unterstützung benötigen. Wesentlicher Baustein des Gruppenprogramms sollte ein soziales Kompetenztraining sein, das Patienten zu sozial aktivem Umgang mit ihren Verletzungen befähigt und protektiv hinsichtlich Vermeidungs- und Rückzugstendenzen wirkt.

Coping-Stil und Krankheitsverarbeitung

Begriffsbestimmung: Unter dem von Lazarus (1966) geprägten Begriff „Coping“ werden allgemein Gedanken und Verhaltensweisen einer Person subsumiert, die hilfreich dabei sind, externalen und internalen Erfordernissen einer stressauslösenden Situation zu begegnen und diese zu bewältigen (vgl. Folkman & Moskowitz, 2004). Coping als Prozess erfolgt auf die individuelle Bewertung einer Situation durch ein Individuum hin, und zwar dann, wenn entscheidende Bedürfnisse und Ziele der Person als bedroht wahrgenommen werden, was meist mit intensiven negativen Emotionen einher geht. Coping ist ein komplexer, multidimensionaler Prozess und kann gut erklären helfen, weshalb manche Menschen mit stressauslösenden Situationen in ihrem Leben wesentlich besser zurecht kommen als andere. Außerdem lassen sich aus dem Coping-Konzept direkt kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen ableiten.

Messung von Copingstilen: Es gibt sehr unterschiedliche Forschungszugänge bei dem Versuch, Coping zu messen und zu operationalisieren. Ähnlich heterogen sind Ansätze zur Beschreibung genereller Copingstrategien. Coping-Inventare erfassen häufig vielfältige spezifische Gedanken und Verhaltensweisen. Auf Lazarus & Folkman (1980, nach Folkman & Moskowitz, 2004) geht die Unterteilung in „problemfokussiertes Coping“ vs. „emotionsfokussiertes Coping“ zurück. Ersteres meint jegliche Strategien, welche sich mit dem stressverursachenden Ereignis beschäftigen, letzteres dagegen solche, welche den Umgang mit den negativen Gefühlen erleichtern sollen, die mit dem verursachenden Problem einhergehen. Aktuelle Forschungsbefunde stützen die Relevanz dieser Unterscheidung, machen jedoch die Notwendigkeit der Hinzunahme mindestens eines dritten Bereichs deutlich (siehe Überblick bei Folkman & Moskowitz, 2004, manche Erhebungsinstrumente, wie z.B. der „Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung FKV“ von Muthny (1989) weisen weitaus mehr Dimensionen auf): Sogenanntes „bedeutungsfokussiertes Coping“ umfasst jegliche v.a. kogni-

tive Strategien, welche genutzt werden, um einer stressauslösenden Situation durch Heranziehen persönlicher Werte, Glaubensinhalte und Ziele eine (positive) Bedeutung zu geben.

Neuere Ansätze und Modelle der Copingforschung: Ein interessanter Ansatz dazu, wie es Menschen gelingt, gerade auch längerfristige Belastung, wie sie z.B. bei chronischen körperlichen Krankheiten entstehen, zu bewältigen, stellt das „Zwei-Prozess-Modell“ von Brandtstädter dar (Brandtstädter, 2002; Brandtstädter & Renner, 1992; Brandtstädter, Wentura & Greve, 1993). In diesem Modell werden Prozesse der Assimilation und Akkomodation unterschieden. Assimilation meint dabei aktive Verhaltensweisen zur Reduktion der Ist-Soll-Diskrepanz durch Problembeseitigung, also eine Anpassung der Umwelt an persönliche Bedürfnisse, z.B. durch Ursachensuche oder Aneignen neuer Fähigkeiten. Assimilative Bewältigungsprozesse sind dann sinnvoll, wenn Möglichkeiten der Problembewältigung zur Verfügung stehen und Ressourcen als solche erkannt werden. Wenn dagegen keine Handlungsalternativen verfügbar sind und Kontrolle der Situation nicht möglich ist, können Prozesse der Akkomodation zur Bewältigung beitragen. Akkomodation meint die Bearbeitung der Sollkomponente und deren Anpassung an die aktuellen Bedingungen, z.B. durch eine Veränderung individueller Ziele, Bewertungen, Ansprüche oder Prioritäten. Laut Brandtstädter laufen akkomodative Prozesse nicht absichtsvoll, sondern vielmehr automatisch als Entlastungsmechanismen ab, wenn Assimilation bei lang wählender Belastung misslingt. Zentral für eine Anpassung an Herausforderungen des Lebens ist also zum einen die Fähigkeit, Kontrolle für die eigene Entwicklung zu übernehmen, zum anderen aber auch, von Aspekten, die der eigenen Kontrolle nicht unterliegen, Abstand zu nehmen und abzulassen.

Die Berücksichtigung positiver Emotionen beim Coping stellt einen weiteren neuen Trend in der Copingforschung dar. Zahlreiche Studien zeigen, dass auch unter extremen Stresssituationen positive Gefühle auftreten können, und zwar selbst dann, wenn gleichzeitig intensive negative Gefühle berichtet werden. Unter massiven, andauernden Stressbedingungen scheinen Menschen dazu zu tendieren, Ereignisse mit positiver Bedeutung zu belegen, um angenehme Gefühle zu verstärken und Ressourcen zu aktivieren. Dies kann sich beispielsweise darin äußern, dass Prioritäten verschoben, Beziehungen als wichtiger und intensiver erlebt werden oder mehr Bewusstheit und Achtsamkeit gegenüber positiven Aspekten des Lebens empfunden wird. Tedeschi und Calhoun (1996; 2004) prägten hierfür den Begriff „*posttraumatic growth*“, wobei gleichermaßen Prozess wie auch Ergebnis der Auseinandersetzung gemeint ist. Auch der Ansatz des „*benefit finding*“ (Mohamed & Böhmer, 2004) gehört zu viel versprechenden neuen Zugangswegen in der Copingforschung. Fokussiert wird hierbei auf den Prozess der Sinnfindung und den subjektiv wahrgenommenen Nutzen von widrigen und traumatischen Ereignissen im Sinne einer persönlichen Reifung. Allgemein wird davon ausgegangen, dass Menschen in extremen Lebenskrisen und nach schweren Traumata dazu tendieren, nach positiven Aspekten der Erlebnisse zu suchen und diese zu erkennen, um zu bewältigen, dass bestehende Ziele und Annahmen durch das Geschehene infrage gestellt werden. Im Zuge der Auseinandersetzung mit der Unvereinbarkeit der Situa-

tion mit alten Annahmen werden diese modifiziert und zum Teil fallen gelassen, um eine Anpassung zu erreichen. Hierdurch können neue, qualitativ hochwertigere Lebenseinstellungen internalisiert werden. „*Benefit Finding*“ hat positive Einflüsse auf die psychische Anpassung, weist Zusammenhänge zum aktivem Copingstil auf (siehe Überblick bei Mohamed & Böhrmer, 2004) und scheint wesentlicher Bestandteil der kognitiven Adaptation an aversive Lebensereignisse zu sein (siehe z.B. Park & Folkman, 1997; Antoni et al., 2004). Letztlich wird unter „*benefit finding*“ Ähnliches konzeptionalisiert, wie es Brandstätter (2002) mit dem Begriff „Akkommodation“ beschreibt.

Aus historischer Perspektive sei angemerkt, dass ähnliche Ideen in der Psychologie eine lange Tradition haben: Schon Victor Frankl (Neuaufgabe 1981), der selbst während der nationalsozialistischen Diktatur in einem Konzentrationslager interniert gewesen war, beschrieb früh, dass schreckliche Lebensereignisse trotz allen Leids als Chance zur persönlichen Reifung und zur Gewinnung größerer innerer Freiheit verstanden werden könnten. Sinnerfüllung kann ein Mensch in seinem Leben nach Frankl (1981) auf drei Wegen empfinden, wovon einer die Konfrontation mit unausweichlichen Leiden oder Schicksalsschlägen ist. Diese gereiche dann zu Sinnfindung und persönlichem Wachstum, wenn Verlust und Leiden angenommen und Leidensfähigkeit entwickelt werde („Einstellungswerte“). Eine intensive Auseinandersetzung mit der Möglichkeit, existenzielle Themen als Chance persönlichen Wachstums in der Therapie zu nutzen, bietet auch Irvin D. Yalom in seinem Werk „Existenzielle Psychotherapie“ (1980). Yaloms Auffassung zufolge liegt in der Auseinandersetzung mit existenziellen Grundkonflikten des menschlichen Lebens (z.B. mit dem Sinn des Lebens, mit der Vergänglichkeit und Endlichkeit des Lebens) die Chance zu mehr persönlicher Freiheit, Tiefe und Wachstum. Außergewöhnliche und traumatische Lebensereignisse können also auch die Chance darstellen, mit existenziellen Grundfragen des menschlichen Daseins in Kontakt zu kommen und daran zu wachsen.

Empirische Befunde zu Coping bei Brandverletzungen: Was findet sich in der Forschung zum Thema Coping bei Brandverletzungen? Viele Brandverletzte berichten über eine erhöhte Wichtigkeit familiärer Beziehungen nach dem Unfall und erleben interpersonelle Bindungen und familiäre Kohäsion enger als vor dem Unfall (Patterson et al., 1993; Blades, Jones & Munster, 1979; Le Doux et al., 1998). Diese Befunde lassen sich im Sinne von „*benefit finding*“ und „*posttraumatic growth*“ interpretieren. Mehrfach werden in prognostischen Längsschnittstudien Zusammenhänge von stark ausgeprägtem emotionsfokussierendem Coping und hoher psychischer Symptombelastung nach dem Brandunfall aufgezeigt. Leider wird der Begriff „emotionsfokussierendes Coping“ hierbei nicht einheitlich definiert: So fanden z.B. Tedstone, Tarrier und Faragher (1998) beim Vorliegen dieses Copingstils stärker ausgeprägte PTBS-Symptomatik. Die Autoren verstehen unter diesem Copingstil vor allem Verhaltensweisen zur Spannungsreduktion, wie z.B. Zigaretten- und Alkoholkonsum, sowie Methoden der Selbstinstuktion, nicht an das Geschehene zu denken, was andere Autoren meist als „vermeidendes Coping“ einstufen. Fauerbach, Richter und Lawrence (2002) fanden ebenfalls

Korrelationen von ausgeprägtem emotionsfokussierendem Coping mit hoher PTBS-Symptomatik sowie in einer weiteren Studie mit Körperbildproblemen (Fauerbach, Heinberg, Lawrence, Bryant, Richter & Spencer, 2002), definieren diesen Copingstil jedoch etwas anders, nämlich als ständigen Wechsel zwischen dem Zulassen von Emotionen einerseits in dem Wunsch, diese zu verarbeiten, und Distanzierungstechniken andererseits mit dem Motiv, durch Unterdrückung Kontrolle zu erhalten. Aussagen zur prognostischen Relevanz von emotionsfokussierendem Coping sind also aufgrund der konzeptionellen Uneinheitlichkeit mit Vorsicht zu behandeln. Relativ konsistent dagegen wird immer wieder auf die protektiven Einflüsse von akzeptierendem Coping (z.B. Tedstone, Tarrrier & Faragher, 1998) sowie auf negative Auswirkungen eines (emotions-)vermeidenden Copingstils bzgl. der psychischen Langzeitanpassung hingewiesen (Fauerbach, Richter & Lawrence, 2002; Lawrence & Fauerbach, 2003; Bryant, 1996). Studien anhand eines in Schweden entwickelten Fragebogens speziell zur Erfassung von Copingstilen nach Brandunfällen („*Coping with burns questionnaire CBQ*“) ergaben bedeutsame Zusammenhänge zwischen einer hohen Ausprägung in den Skalen „Vermeidung“ sowie „Emotions- und Selbstkontrolle“ und geringer Lebensqualität (Willebrand, Kildal, Ekselius, Gerdin & Andersson, 2001) sowie zwischen diesen beiden Copingskalen und Angst, Depression sowie Intrusionen (Willebrand, Andersson & Ekselius, 2004). Patienten mit einer hohen Ausprägung von vermeidendem Coping erforderten nach Auffassung der Autoren besondere psychologische Unterstützung, da Vermeidung Probleme in vielfältigen Lebensbereichen nach sich ziehe, was auch durch andere Forschungsarbeiten gestützt wird (z.B. Low et al., 2003; Browne et al., 1985). Eine hohe Ausprägung in der Skala „Suche nach emotionaler Unterstützung“ dagegen gehe mit hoher Lebensqualität einher.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Art des Copings ein wichtiges und vielversprechendes Konzept zur Vorhersage der Anpassung an ein stressauslösendes Ereignis, wie es ein thermisches Trauma darstellt, ist. Erste Versuche, Copingstile bei Brandverletzten systematisch zu erheben, weisen auf die protektive Wirkung eines akzeptierenden sowie eines aktiv nach sozialer Unterstützung suchenden Copings und die eher nachteilige Wirkung von vermeidenden Bewältigungsversuchen hin. Insgesamt stellt der Bereich des Copings aus den geschilderten methodischen Problemen ein komplexes und vielschichtiges Themengebiet dar. Bisher ist es nur unzureichend gelungen, erfolgreiche Copingstile bei der Bewältigung von Brandverletzungen und deren Folgen zu identifizieren sowie in ihren Zusammenhängen zu anderen Variablen, z.B. Persönlichkeitsmerkmalen, zu spezifizieren. Auch sind viele Fragen insbesondere zum genauen Prozess von Coping noch unbeantwortet. So ist weiterhin unklar, wann welcher Stil adaptiv ist, ob sich die Angemessenheit einzelner Stile im zeitlichen Verlauf ändert und wie sehr die Passgenauigkeit und Funktionalität eines Bewältigungsstils von individuellen Personenmerkmalen abhängt. Dennoch lässt sich für das geplante Gruppenbehandlungsprogramm konstatieren, dass es wichtig erscheint, gerade solche Patienten therapeutisch zu unterstützen, die ausgeprägt vermeidendes und emotionsfokussiertes Coping zeigen. Therapeutische Angebote sollten Strategien zur aktiven

Suche nach sozialer Unterstützung anregen und diese gegebenenfalls vermitteln. Ein weiterer therapeutischer Ansatzpunkt ist die Förderung von Akzeptanz und der Ausbau von auf Seiten der Patienten bereits vorhandenen Tendenzen zur positiven und bedeutungsvollen Re-Interpretation im Sinne von „*posttraumatic growth*“ und „*benefit finding*“. Um mit dem Modell von Brandtstädter zu sprechen, kann es in therapeutischen Angeboten auch darum gehen, Patienten dazu anzuregen, genau zu prüfen, bei welchen Problemen Assimilation Erfolg versprechend scheint, an welchen Stellen hierbei jedoch Grenzen erreicht werden und akkomodative Prozesse günstiger wären.

Akute Stresssymptomatik als Prädiktor für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

Prävalenzraten für die PTBS sind nach einem Brandunfall deutlich erhöht (siehe Abschnitt II.2.2). Mithilfe welcher Faktoren kann erklärt werden, warum manche Patienten nach einem Brandunfall eine PTBS entwickeln und manche nicht? Objektive Faktoren, wie das Verbrennungs- oder Entstellungsausmaß, liefern hier nur unzureichend Aufschluss (Baur, Hardy & Van Dorsten, 1998). Welche Aspekte müssen zusätzlich heran gezogen werden?

Betrachtet man den Forschungsbereich, der sich mit dem Thema „kritische Lebensereignisse“ und der Ätiologie der PTBS beschäftigt, so wird deutlich, dass es von der Balance protektiver und pathogener sowie prätraumatischer und aktueller Faktoren abhängt, ob eine Person eine PTBS als individuelle Reaktion auf ein Trauma hin ausbildet. Leider finden in gängigen Modellen die zeitliche und die Entwicklungskomponente, also wann welche Bedingungen auf ein Individuum einwirken, kaum Beachtung. Eine Ausnahme stellt das Entwicklungsmodell von Filipp (1995, in Bastine, 1998) zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse dar. Hierin betont der Autor das Zusammenwirken von Antezedenz-, Personen-, Kontext-, Prozess- und Konsequenzmerkmalen im Anpassungsprozess an kritische Lebensereignisse. Im komplexen Prozess der Genese einer PTBS scheinen also prätraumatische Bedingungen neben Traumacharakteristika und sogenannten Resilienzfaktoren entscheidend.

In der Fachliteratur zum Thema „Trauma“ werden verschiedene Faktoren als für die spätere Ausbildung einer PTBS relevant beschrieben: Beispielsweise Traumatisierungstyp (z.B. „menschengemacht“ vs. „nicht menschengemacht“), Dauer der Traumatisierung (einmalig vs. chronisch), Vorhersehbarkeit, Wiederholung, Reaktionen wichtiger Bezugspersonen auf das Trauma, personale Faktoren (wie z.B. Persönlichkeitsfaktoren, vorbestehende Erkrankungen, prämorbid psychische Erkrankungen, Intelligenz, frühere Erfahrungen), sozioökonomischer Status, Geschlecht (vgl. Ehlers, 1999), Alter, Bildungsstand sowie das Vorliegen weiterer Traumata in der Vorgeschichte (Breslau, Davis & Andreski, 1995). Mehrfach wird in Studien auf den Zusammenhang früher posttraumatischer bzw. akuter Stresssymptome zu späterer PTBS hingewiesen (Zatzick et al., 2002; Difede et al., 2002; Koren, Arnon & Klein, 1999; Lawrence & Fauerbach, 2003). Insbesondere scheinen Schlafprobleme prädiktiv (Ko-

ren, Arnon & Klein, 2002) sowie Vermeidungsverhalten (Freedman, Brandes, Peri & Shaley, 1999; Difede & Barocas, 1999; Willebrand, Andersson & Ekselius, 2004; Lawrence, Fauerbach & Munster, 1996). Auch die subjektive Einschätzung der Verletzungsschwere und der mit dem Unfall einhergehenden Lebensbedrohung scheint mit dem Ausmaß späterer PTBS-Symptome zusammenzuhängen (Difede et al., 2002; Willebrand, Andersson & Ekselius, 2004), ferner das Ausmaß früher Depressivität (Freedman, Brandes, Peri & Shaley, 1999; Fauerbach et al., 1999) sowie der Aspekt von Fremdverschulden am Unfallgeschehen (Tennen & Affleck, 1990, in Lambert, Difide & Contrada, 2002). Ein weiterer wesentlicher Faktor scheint in diesem Zusammenhang die Selbstwirksamkeitserwartung des Patienten zu sein. Selbstwirksamkeitserwartung meint „*die subjektive Überzeugung, ein bestimmtes Verhalten mit Hilfe eigener Ressourcen ausführen zu können, und zwar insbesondere in Situationen, die neue, unvorhersehbare, schwierige oder stressreiche Elemente enthalten*“ (Knäuper & Schwarzer, 2000, S. 5). Das ursprüngliche Konzept geht auf Bandura (1977) zurück. Anders formuliert meint Selbstwirksamkeitserleben das Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten, schwierige Situationen gut bewältigen zu können. In einer Studie von Flatten und Kollegen (2002) ergaben sich Zusammenhänge zwischen hohem Selbstwirksamkeitserleben und geringer PTBS-Symptomatik vier Monate nach Brandunfällen.

Eines der sicherlich bedeutsamsten theoretischen Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung der PTBS, das viele dieser Einzelfaktoren zu integrieren versucht, ist das von Ehlers und Clark (1999 in Ehlers, 1999). Vier zentrale Erklärungskomponenten des Modells sind dabei: 1. die kognitive Verarbeitung während des Traumas (z.B. Sich-Aufgeben), 2. die Interpretation des Traumas und seiner Konsequenzen, 3. die Art des Traumagedächtnisses und 4. dysfunktionale Verhaltensweisen und kognitive Verarbeitungsstile. Dem Modell nach kommt es dann zur Ausbildung einer PTBS, wenn eine Person ein traumatisches Ereignis und/oder seine Konsequenzen so verarbeitet, dass eine schwere gegenwärtige Bedrohung wahrgenommen wird. Dies passiert dann, wenn ein Mensch nicht dazu in der Lage ist, das Trauma als zeitbegrenzt zu sehen, das nicht notwendigerweise globale negative Auswirkungen auf das eigene Leben hat. Dann kommt es zur Wahrnehmung einer schweren gegenwärtigen Bedrohung, zu intrusivem Wiedererleben, starker körperlicher Erregung und Gefühlen von Angst, Ärger, Scham oder Trauer. Oft ist auch das eigene Erleben und Verhalten während des Traumas Gegenstand problematischer Interpretationen. Traumatische Erinnerungen sind oft bruchstückhaft und ungeordnet, das Traumagedächtnis ist nur ungenügend elaboriert, hat keinen zeitlichen Kontext und ist stark assoziativ. Personen, die eine PTBS entwickeln, reagieren auf die beschriebenen Stresssymptome häufig mit Verhaltensweisen (z.B. Sicherheitsverhalten) und kognitiven Strategien (z.B. kognitive Vermeidung, Gedankenunterdrückung), welche die wahrgenommene Bedrohung zwar kurzfristig reduzieren sollen, langfristig aber zu einer Verhinderung von Habituation und zu einer Aufrechterhaltung der Störung führen. Diese erzeugen PTBS-Symptome, blockieren langfristig eine Veränderung negativer Interpretationen sowie die Elaboration des Trauma-Gedächtnisses. Das

Modell von Ehlers und Clark (1999, in Ehlers 1999) ist in den letzten Jahren vielfach in seinen einzelnen Komponenten überprüft worden und kann als empirisch gut fundiert gelten.

Frühzeitige Identifikation von posttraumatischen Stresssymptomen nach einem Unfall und rasche psychotherapeutische Intervention sind immens wichtig, da bis zu 80% der Betroffenen unbehandelt eine PTBS entwickeln (Schneider & Buchheim, 2004). Außerdem zeigen prospektive Studien, dass sich PTBS-Symptome, wenn sie sich erst einmal entwickelt haben, ohne Behandlung nicht zurückbilden (vgl. z.B. Freedman et al., 1999). Eine vom Behandler unerkannte PTBS bedeutet für den Betroffenen immenses Leid. Brandverletzte Patienten mit posttraumatischer Symptomatik beschreiben ihren Gesundheitszustand als schlechter als solche ohne PTBS (Michaels, Michaels, Moon et al., 1999; Fauerbach et al., 1999). Nicht selten zieht eine PTBS Depression, sozialen Rückzug und Arbeitsunfähigkeit nach sich. Komorbiditätsraten zu anderen psychischen Erkrankungen sind hoch (Breslau, 2001, in Lambert, Difide & Contrada, 2004). Unfallverletzte mit PTBS in der Folge weisen eine deutlich geringere Produktivität (Kessler & Frank, 1997, in Lambert, Difide & Contrada, 2004) sowie eine verringerte Stresstoleranz auf und berichten über wesentlich mehr Probleme am Arbeitsplatz (Schneider & Buchheim, 2004). Insofern sind beim Auftreten von PTBS häufig hohe Folgekosten für das Gesundheitssystem zu verzeichnen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die aktuelle Forschung zur Ätiologie von PTBS nach Brandunfällen insbesondere die folgenden Faktoren als prognostisch relevant herausstreicht: Die subjektive Wahrnehmung des Patienten hinsichtlich Verletzungsschwere und Lebensbedrohung (in der Unfallsituation), kognitive Faktoren (z.B. Traumaverarbeitung und Traumainterpretation, Umgang mit und Bewertung von PTBS-Symptomen) und das frühe Vorliegen von Symptomen der akuten Stressreaktion (wie z.B. Vermeidungsverhalten) sowie von depressiven Symptomen. Für die therapeutische Praxis legt dies zum einen die frühzeitige, zuverlässige Identifikation von Patienten mit Symptomen einer akuten Stressreaktion nahe, zum anderen zeitnahe psychotherapeutisches Intervenieren zur Verhinderung von Chronifizierungsprozessen, zur frühzeitigen Entlastung vom Unfallgeschehen, zur Stabilisierung des Patienten und zum langfristig funktionalen Umgang mit PTBS-Symptomen.³

Zusammenfassung zu Einflussfaktoren auf die psychische Anpassung

Zusammenfassend können folgende psychosoziale Faktoren in ihrem Einfluss auf die psychische Anpassung eines Patienten an einen Brandunfall angenommen werden: Nachteilige Einflüsse finden sich beim Vorliegen einer positiven Anamnese psychischer Störungen, einer starken Ausprägung der Persönlichkeitsdimension „Neurotizismus“ sowie dem frühzeitigen

³ Angemerkt sei an dieser Stelle, dass sich in der aktuellen Forschungsliteratur sehr widersprüchliche Befunde zur Wirksamkeit von frühem „Debriefing“ finden. In viele Studien wird sogar auf negative Effekte von Debriefing verwiesen und auf mit diesem Vorgehen verbundene Schwierigkeiten aufmerksam gemacht (Bisson, Jenkins, Alexander & Bannister, 1997; Mayou, Ehlers & Hobbs, 2000; Metanalyse von Nachtigall, Mitte & Steil, 2003).

Auftreten von akuten Stresssymptomen, Depressivität und vermeidendem Coping, ferner beim Vorliegen bestimmter dysfunktionaler kognitiver Faktoren (z.B. Interpretation des Traumas und seiner Folgen). Protektiv dagegen können soziale Unterstützung, die Ausprägung der Persönlichkeitsvariable „Extraversion“ und das Vorliegen bestimmter Bewältigungsstile (z.B. Akzeptanz, aktive Suche sozialer Unterstützung) wirken. Es ist von einem hochkomplexen, multifaktoriellen Geschehen auszugehen. Bisher unternommene Studien liefern Hinweise auf diesen Prozess, viele Fragen sind aktuell aber nach wie vor ungeklärt. Auch wird die zeitliche Entwicklungskomponente, also die Frage, wann welche Faktoren einwirken und in welcher Lebenssituation der Brandunfall stattfindet, bisher nur unbefriedigend berücksichtigt. Dennoch lassen sich auf Basis des aktuellen Forschungsstands Ableitungen hinsichtlich der Frage treffen, welche Patienten besonderer Unterstützung bedürfen (z.B. Patienten mit geringer sozialer Unterstützung, introvertierte Patienten, stark vermeidende oder akut stressbelastete Patienten). Auch sind, wie dies jeweils am Ende jedes Unterkapitels geschehen ist, Strategien für die bestmögliche psychologische Betreuung zur Reduktion von Belastungen und Aktivierung von Ressourcen ableitbar. Bevor in einem abschließenden Abschnitt die unter II. dargestellten empirischen Befunde des Forschungsüberblicks erneut auf ihre therapeutischen Implikationen hin beleuchtet werden (siehe Abschnitt II.6), soll im Weiteren jeweils auf die Thematik „Körperbild bei Brandverletzten“ sowie „Belastungsfaktoren und Ressourcen bei Angehörigen von Brandverletzten“ eingegangen werden.

4 Körperbild und Körperakzeptanz bei Brandverletzten

Welche emotionalen Konsequenzen hat es, einen Körper und ein Gesicht zu haben, das gravierend anders aussieht als das anderer Menschen und unter Umständen entstellt ist? Welche Folgen hat es für die menschliche Psyche, nach einem Brandunfall über eine äußere Erscheinung zu verfügen, die sichtbar und lebenslang entstellt und verändert ist?

Unser Körper ist nicht nur ein physisches Objekt, sondern – als interne Repräsentation – auch ein psychisches Konstrukt. Wie wir unseren Körper selbst wahrnehmen, sehen und bewerten, stellt einen wichtigen Aspekt des Selbstkonzepts und Selbstwerts (vgl. z.B. Goldenberg, McCoy, Pyszczynski, Greenberg & Solomon, 2000) dar und beeinflusst unser Auftreten und unser Interaktionsverhalten in sozialen Kontexten. Im Zusammenhang mit diesem Themenkomplex tauchen vielfältige Begrifflichkeiten in der Literatur auf, z.B. Selbstbild, Körperbild, Körperschema, Körperzufriedenheit, Körpererleben, Körperakzeptanz etc. Oft sind die Konzepte unklar voneinander abgegrenzt und – wenn überhaupt – nur unscharf definiert.

Unabhängig davon, für welche Begrifflichkeit man sich entscheidet, ist der Umgang mit dem durch Verletzungen, Narben und unter Umständen Amputationen veränderten Körper ein zentraler Gesichtspunkt bei der Betrachtung psychischer Folgen einer Brandverletzung. Wie gut es einem brandverletzten Patienten gelingt, seinen veränderten Körper zu akzeptieren und seine innere Repräsentation des eigenen Körpers an die veränderte Realität anzupas-

sen, die eventuell deutlich vom Körperideal abweicht, spielt eine wesentliche Rolle im Anpassungs- und Verarbeitungsprozess nach einer Brandverletzung. Die Adaptation an den veränderten Körper beeinflusst die soziale Aktivität eines Verletzten infolge des Unfalls. Bei starker Körperunzufriedenheit oder Schamgefühlen ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass es zu sozialem Rückzug und Isolation kommt. Rückzug wiederum bedeutet einen Verlust positiver Verstärker und ist damit Risikofaktor für das Auftreten von Depressionen (vgl. z.B. Hautzinger, 1998; Beck et al., 1996; Lewinsohn, 1974; Beck 1967).

Diese einleitenden Überlegungen machen deutlich, wie wichtig die genaue Betrachtung des Themenkomplexes „Körperbild“ bei Brandverletzten scheint. Im Weiteren erfolgt zunächst eine allgemeine Darstellung theoretischer Konzepte zu Körperbild und Körperzufriedenheit, darauf aufbauend werden empirische Befunde zum Thema Körperbild bei Brandverletzungen sowie bei anderen körperlich verändernden Krankheiten (wie z.B. Hautkrankheiten oder Brustkrebs) referiert.

Theoretische Konzepte zum Körperbild

Der Begriff Körperbild wird in der Forschungsliteratur nicht einheitlich verwendet. „*Body Image*“ wurde erstmalig von Paul Schilder als psychologischer Terminus gebraucht (vgl. McQuaid, Barton & Campbell, 2000; Schmidt, 2001). Schilder verstand „Körperbild“ als subjektives Bild des eigenen Körpers, das jemand in seiner Vorstellung formt, und als Art und Weise, wie jemand seinen Körper sieht und wahrnimmt. Dies beinhaltet auch eine Bewusstheit der körperlichen Ganzheit und Integrität. Bei seinen Annahmen zur Entwicklung des Körperbilds spielen für Schilder soziale Bewertungsprozesse eine wichtige Rolle: Das Körperbild entsteht im soziokulturellen Vermittlungsprozess. Unsere Vorstellung von unserem eigenen Körper entwickelt sich also daraus, wie wir unseren Körper fühlen und ihn sehen, aber auch aus den sozialen Bewertungen, die wir erhalten. Körperbild wird als etwas Dynamisches verstanden, das sich im Lauf des Lebens verändert (z.B. in der Pubertät, bei Schwangerschaft), aber auch kurzfristigen Schwankungen unterworfen ist (z.B. Stimmung).

Für Thompson (1990) bedeutet „*body image*“ vor allem die subjektive Evaluation der eigenen Größe, des Gewichts und weitere Aspekte, welche das Äußere bestimmen. „*Body Image*“ umfasst Wahrnehmungskomponenten (inwiefern man Größe, Breite, Ausmaß des eigenen Körpers akkurat einschätzt), eine affektive Komponente (inwiefern man mit dem eigenen Körper zufrieden ist, sich damit beschäftigt, ihn bewertet, körperbezogene Ängste entwickelt etc.) und eine Verhaltenskomponente (inwiefern man beispielsweise bestimmte Situationen vermeidet, von denen man befürchtet, sie könnten zu Unbehagen in Zusammenhang mit dem eigenen Körper führen).

Vielfältige Forschungsbefunde zeigen deutlich, dass Schönheit und Attraktivität keine Garantien für ein positives Körpererleben, Selbstbewusstsein und Körperakzeptanz sind. Ob wir

uns selbst mögen, hängt im Wesentlichen von unserer inneren Repräsentation des Körpers ab, und weniger vom tatsächlichen Äußeren. Auch wird deutlich, dass Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und eine Fehlwahrnehmung/-einschätzung des Körpers in der heutigen Gesellschaft und besonders unter Frauen ein weit verbreitetes Phänomen und eher die Regel als die Ausnahme ist (vgl. hierzu Grogan, 2002; Cash & Pruzinsky, 1990).

Hierbei spielen soziokulturelle Faktoren eine zentrale Rolle (z.B. Körperkult, Schlankheitsideal in Werbung und Medien). Die hohe Bedeutsamkeit von Schönheit, reiner Haut und Schlankheit in den modernen westlichen Gesellschaften ist vielfach wissenschaftlich untersucht. Schon 1972 wurden unter dem Titel „*What is beautiful is good*“ stereotype Annahmen in Zusammenhang mit physischer Attraktivität beschrieben (Dion, Berscheid & Walster, 1972): Menschen, die als attraktiv wahrgenommen werden, werden gleichzeitig zahlreiche positive Eigenschaften zugeschrieben. So werden sie beispielsweise als beliebter und generell erfolgreicher eingeschätzt. Die Zuschreibung von positiven Charaktermerkmalen, Erfolg und Intelligenz aufgrund von attraktivem Äußeren (*physical attractiveness stereotype*) ist seither mehrfach empirisch dokumentiert worden (vgl. z.B. Bull & Rumsey, 1988; Goldenberg et al., 2000). Darüber hinaus ist feststellbar, dass attraktive Menschen im Durchschnitt tatsächlich erfolgreicher sind als Unattraktive, z.B. im beruflichen Kontext, in Freundschaften oder Gerichtsprozessen (Langois & Downs, 1979; Schneiderman & Harding, 1984, jeweils in: *Changing Faces*). All dies lässt ein Abweichen von der Norm durch Entstellung und körperliche Veränderung umso bedeutsamer erscheinen, denn für entstellte und nicht den Schönheitsnormen entsprechende Personen gilt sozusagen das Gegenteil: Sie haben mit negativen Vorurteilen und Zuschreibungen zu kämpfen und sind vielfach sozialer Ausgrenzung und Benachteiligung ausgesetzt. Wie also wirken sich körperliche Behinderung und Entstellung, z.B. durch Narben oder Amputationen, auf Körperbild und Körperzufriedenheit aus?

Körperbild bei körperlicher Behinderung und Entstellung

Ein Großteil der existierenden psychologischen Forschung zum Thema Körperbild entstammt dem Forschungsbereich zu Essstörungen. Seit Beginn des 20. Jahrhundert werden Körpererfahrungen untersucht, die inkongruent zu tatsächlichen physischen Gegebenheiten und von außen beobachtbaren Erscheinungsweisen sind (sogenannte „Körperschemastörungen“), z.B. bei Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa (z.B. Jacobi, Thiel & Paul, 1996) oder der körperdysmorphen Störung (z.B. Rosen, Reiter & Orosan, 1995). Erst in der letzten Zeit interessieren sich Forschergruppen zunehmend für den Bereich des Körperbilds bei körperbehinderten oder entstellten Menschen. Körperbild wird dabei häufig als wesentliche Determinante der Lebensqualität verstanden, z.B. bei Brustkrebs und Mamaablatio (vgl. z.B. Hopwood, Fletcher, Lee & Al Ghazal, 2001). Oft liegt Studien in diesem Forschungsfeld die Annahme zugrunde, Menschen mit Behinderungen oder Entstellungen fokussierten ihre Aufmerksamkeit mehr auf ihren Körper und ihr Aussehen. Offen bleibt hierbei die Frage, ob

bei Entstellung tatsächlich das eigene Körpererleben das wesentliche Problem und die zentrale Herausforderung darstellt, oder ob es nicht insbesondere die Reaktionen des öffentlichen Umfelds und hieraus resultierende Benachteiligungen sind, welche die Adaptation an Körperbehinderung und Entstellung so schwierig machen. Wie Pruzinsky (1998) formuliert: „*The most fundamental challenge for those with a disfigurement is the social response to the disfigurement.*“ (S. 169). Studien zu Gesichtsentstellungen belegen, dass diese immer wieder zu – offenem oder symbolischem – Unbehagen auf Seiten der Interaktionspartner führen (z.B. Rumsey, Bull & Gahagen, 1982). Vermeidungsverhalten kann die Folge sein, denn durch Vermeidung des Kontakts mit einer entstellten Person lassen sich unangenehme Gefühle von Unbehagen und Unsicherheit hinsichtlich des eigenen Verhaltens und Reagierens reduzieren. Dieses Vermeidungsverhalten kann auch nonverbal geschehen: So zeigte sich z.B. in experimentellen Untersuchungen die Tendenz, einen größeren räumlichen Abstand zu Menschen mit Entstellungen zu halten und sich eher abgekehrt von der Entstellung zu positionieren (Rumsey, Bull & Gahagen, 1982). Viele Personen mit Entstellungen geraten vor diesem Hintergrund zu der Überzeugung, unangenehme Interaktionspartner für andere Menschen zu sein. Sie entwickeln ausgesprochen feine Antennen für Stigmatisierung sowie für – oft nur indirekt geäußerte oder symbolisch ausgedrückte – Zeichen von Ablehnung, Unwohlsein, Beschämung etc. beim Gegenüber. Sie sind hoch sensibel gegenüber noch so geringen Anzeichen von Diskriminierung. Die Antizipation von Ablehnung und negativen Reaktionen anderer kann zu aggressivem, schüchternem oder defensivem Verhalten führen. Dieses wiederum ruft negative Reaktionen bei anderen hervor, so dass eine negative Feedback-Spirale, ein Teufelskreis, entsteht. Auch bündelt die ständige Beschäftigung mit dem eigenen Aussehen und die gedankliche Vorwegnahme negativer Reaktionen anderer viel Energie, was soziale Zusammenkünfte für entstellte Menschen ausgesprochen anstrengend und kräftezehrend macht. Viele fürchten das Zusammensein mit anderen aus Angst, das emotionale Gleichgewicht zu verlieren und schmerzvolle Gefühle wie Scham erleben zu müssen. Zahlreiche Menschen mit Entstellungen berichten, im Beisein von Fremden unter einem ständigen inneren Beweisdruck zu stehen, durch ausgesprochenen Charme und besondere Aktivität Normalität demonstrieren, besonders einnehmend sein und äußere Mängel kompensieren zu müssen (siehe z.B. Macgregor, 1990).

Es gibt eine große interindividuelle Heterogenität hinsichtlich der Anpassung an Entstellungen und Behinderungen: Manche Menschen scheinen sich relativ problemlos an ihr verändertes Aussehen zu gewöhnen. Die Annahme, eine Person mit Entstellungen brauche automatisch auch Psychotherapie, stellt nach Pruzinsky (1998) eine zusätzliche Stigmatisierung dar, der andersaussehende Menschen ausgesetzt sind. Manche Körperbehinderte oder Entstellte wiederum berichten über massiven Distress und psychische Probleme im Zusammenhang mit ihrem veränderten Äußeren. Die Empirie hierzu ist widersprüchlich, z.B. fanden Ben-Tovim & Walker (1995) keine Unterschiede hinsichtlich der Körperzufriedenheit zwischen Frauen mit entstellenden Erkrankungen (z.B. schweren Ekzemen) und einer gesun-

den Kontrollgruppe. In einer Studie von Benrud-Larson und Kollegen (2003) an Patientinnen mit Sclerodermie⁴ zeigte sich körperliche Unzufriedenheit vor allem bei jungen und schwerer erkrankten Betroffenen, ferner ergab sich ein Zusammenhang zwischen Körperunzufriedenheit und Depressivität. Die starke Beschäftigung mit Attraktivität, also die hohe subjektive Wichtigkeit des Aussehens, scheint einen Risikofaktor für psychosoziale Anpassungsprobleme nach Brustkrebs und damit soziales Rückzugsverhalten darzustellen (Carver et al., 1998). In einer Studie von Robinson, Rumsey & Partridge (1997) gaben 84% der befragten Menschen mit Gesichtsentstellungen Probleme in sozialen Situationen an, für 44% waren laut eigener Aussage solche Situationen schwierig, innerhalb derer sie im Fokus der Aufmerksamkeit stehen. Frauen dieser Stichprobe wiesen signifikant höhere Depressivitätswerte auf als Männer, generell waren die Angst-Werte der Stichprobe erhöht. Allerdings muss ergänzend hinzugefügt werden, dass es sich in diesem Kollektiv um entstellte Personen handelte, welche aktiv psychologische Hilfe aufsuchten.

Es bleibt festzuhalten, dass es eine große interindividuelle Variabilität bei der Anpassung an veränderte Körperlichkeit durch Behinderung und Entstellung gibt. Zentral für die Entwicklung eines positiven Körperbilds und von Körperakzeptanz nach körperlichen Veränderungen durch Krankheit/Unfall sind zum einen Reaktionen des Umfelds hierauf. Zum anderen spielt eine entscheidende Rolle, wie die verletzte Person selbst mit der Veränderung umgeht, welche sozialen Kompetenzen ihr zum Umgang mit Reaktionen der Öffentlichkeit auf die Entstellung zur Verfügung stehen, wie wichtig ihr Aussehen ist und ob sie Vermeidungsverhalten an den Tag legt. Kapp-Simon et al. (1992, in Newell, 2001) konnten zeigen, dass gute soziale Fertigkeiten der beste Prädiktor für Anpassung an Entstellung sind. Im Folgenden wird ein theoretisches Modell zur Entstehung von Körperbildproblemen nach Entstellung vorgestellt. Im Anschluss hieran wird die empirische Befundlage zum Thema Körperbild bei brandverletzten Patienten zusammengefasst.

Das Modell zur Entstehung von Körperbildproblemen nach schweren Verletzungen von Newell (2001)

Für Newell (2001) ist das auf die Zwei-Faktoren-Theorie (Mowrer, 1960) zurückgehende Angst-Vermeidungs-Modell eine Analogie, die sich vielversprechend auf die Probleme von Personen mit Entstellungen anwenden lässt: Denn auch bei Menschen, die vor dem Hintergrund von körperlichen Entstellungen und/oder Körperbehinderung psychische Probleme entwickelten, sind nach Newell (2001) Angst und daraus erwachsendes Vermeidungsverhalten die Schlüsselkomponenten für die Entwicklung von Körperbildstörungen: So zeigen Menschen, denen eine günstige Anpassung an den veränderten Körper gelingt, eher konfrontati-

⁴ Sclerodermie: Darrsucht, krankhafte Quellung des Bindegewebes, die mit Verhärtung und Verdünnung der Haut endet (Quelle: „Duden: Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke. 4. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage.“ 1985. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. S. 635).

ve Strategien, während Personen, die Anpassungsprobleme entwickeln, Vermeidungsstrategien ausformen. Zentral sind bei diesem Prozess die Angst vor verletzenden Erfahrungen sowie dysfunktionale Gedanken: Vermeidungsverhalten wird dabei als Versuch verstanden, vermeintlich zu negativen Erfahrungen führende Situationen zu umgehen. Langfristig führt es zu einer zunehmenden Einschränkung des Lebens- und Verhaltensspielraums, zu einer Reduktion des Selbstwirksamkeitserlebens, generalisiertem Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten sowie sozialer Isolation. Newell (1991, in Newell, 2001) entwickelt das in Abbildung 1 skizzierte Modell zur Entstehung von Körperbildproblemen nach körperlichen Veränderungen und stellt diesem den Prozess einer gelungenen Anpassung gegenüber.

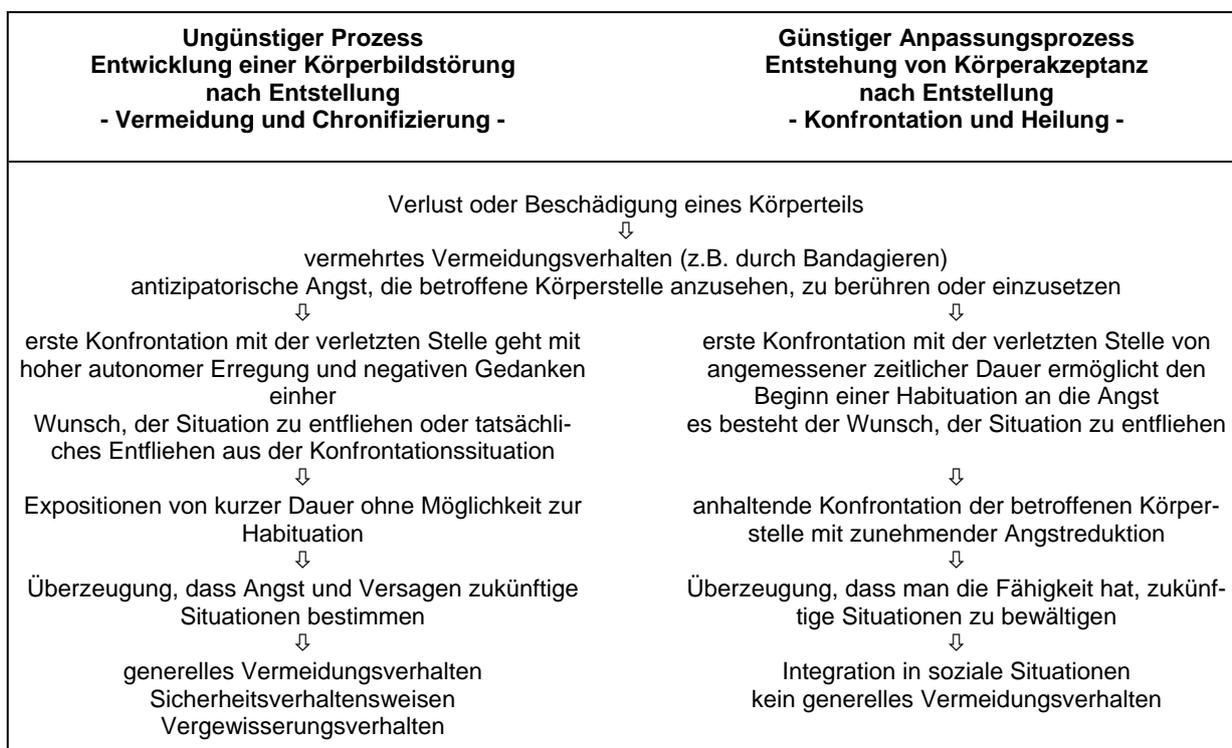


Abbildung 1: Modell zum Prozess der Entwicklung eines gestörten Körperbilds vs. der günstigen Anpassung an eine körperliche Veränderung nach Newell (2001).

Auch wenn dieses Modell bisher rein theoriegeleitet und wenig empirisch fundiert ist (Forschungsbefunde hierzu: Newell 1998; Newell 2000, in Newell 2001) eröffnet es interessante Perspektiven speziell für die Behandlung von Körperbildproblemen nach einer erfolgten Entstellung: verhaltenstherapeutische, konfrontative Verfahren und Expositionsübungen mit für eine Habituation ausreichend langer Dauer lassen sich hieraus ableiten (siehe Seite 45).

Körperbild bei Brandverletzten

Wie bereits erwähnt, beschreiben durch Brandverletzungen entstellte Menschen nicht selten, dass nicht die Veränderung ihres Körpers an sich, sondern die Reaktionen anderer im Rah-

men des sozialen Miteinanders die wesentliche Belastung für sie darstellten. Häufiger kritischer Auslöser für das Bewusstwerden einer veränderten Körperlichkeit nach Brandverletzung ist neben dem Blick in den Spiegel die Konfrontation mit anderen Menschen (Bergamasco et al., 2002). Starren, eindringliche Blicke, Kommentare, unangemessen persönliche Fragen, verbale Abwertungen und Äußerungen von Angst, Erschrecken, Ekel oder Abscheu sind nur Beispiele für Reaktionen der Öffentlichkeit auf Körperbehinderung und Entstellung, welche die Betroffenen mitunter so verletzen, dass sie Gänge in die Öffentlichkeit weitgehend zu vermeiden versuchen. Brandverletzte mit bleibenden Entstellungen sind immer wieder Einbrüchen in ihre Privatsphäre ausgesetzt (Macgregor, 1990), sei es durch visuelle oder verbale Angriffe, unangemessen intime Fragen, offene Ablehnung oder Diskriminierung. Pruzinsky formuliert hierzu (1998, S. 169):

„What is unique about facial disfigurement and the problem it poses, in contrast to other types of disability, derives from the symbolic significance of the face and its inextricable relationship to the person behind it. Over and over, the laments of our patients and their feelings of isolation and marginality reflect the equation of the face with being human: „My face is what separates me from the rest of humanity.“, „We feel like breed apart.“, „I feel as if I were a creature from another planet.“ Their longing is „to have an ordinary face“, „to feel like a person instead of a wound“. In sum, they want to be freed from the shame of second or non-seeing looks and to become a part of the anonymous crowd. “

Unser Gesicht ist dadurch, dass es ständig exponiert und nicht wie andere Körperstellen durch Kleidung verdeckt ist, der stärkste soziale Stimulus unserer äußeren Erscheinung. Das Aussehen unseres Gesichts bestimmt im Zusammentreffen mit Fremden wesentlich den „ersten Eindruck“, der Einfluss darauf haben kann, ob ein weiterer Kontakt erfolgt oder nicht. Bei Gesichtsverbrennungen kommt neben dem ungewöhnlichen ästhetischen Eindruck unter Umständen erschwerend hinzu, dass die Mimik, z.B. durch Narbenstränge, verringert oder verändert sein kann. Somit ist der für die Kommunikation wichtige nonverbale Gefühlsausdruck, der durch minimale Muskelbewegungen erfolgt, anders als bei Nicht-Entstellten. Bei einem nach Brandverletzung komplett vernarbten Gesicht kann es für den Betrachter schwer sein zu entschlüsseln, was das Gegenüber denkt und fühlt. Dies kann beim Kommunikationspartner Unbehagen, Unwohlsein, Unsicherheit und Befremden auslösen.

Vor dem Hintergrund der sozialen Bedeutung unserer Haut und insbesondere unseres Gesichts einerseits und den Vorurteilen unserer Gesellschaft gegenüber äußerlichem Anderssein andererseits liegt es nahe, dass die Probleme von durch Brandverletzungen entstellten Menschen vor allem auf Reaktionen anderer Menschen auf ihr Äußeres innerhalb sozialer Zusammenkünfte zurückgehen. Eine mit körperlicher Entstellung einhergehende Brandverletzung verlangt vom Betroffenen ein hohes Maß an speziellen sozialen Fertigkeiten im Umgang mit öffentlichen Reaktionen (z.B. Robinson, Rumsey & Partridge, 1997).

Empirische Befundlage zum Körperbild bei Brandverletzten: Sich mit dem nach einem Brandunfall durch Narben und eventuell Amputationen entstellten Körper abzufinden und ihn zu akzeptieren, stellt eine wesentliche Herausforderung bei der psychischen Verarbeitung dar (Salter, 1999). Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper ist gleichzei-

tig ein wichtiger Prädiktor für die subjektive physische und psychische Lebensqualität nach einer Brandverletzung (Fauerbach et al., 2000a) und für psychosoziales Anpassungsniveau allgemein (z.B. Heinberg, Fauerbach, Spence & Hackerman, 1997). Körperunzufriedenheit nach einer Verbrennung ist weit verbreitet, je nach Studie äußern diese 22% (Fauerbach et al., 1996, nach Benrud-Larson et al., 2003) oder sogar 50% der Befragten (Shakespeare, 1998). Generell nimmt die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper nach einer Brandverletzung ab (Fauerbach et al., 2000a) und geht mit Depressivität, Angst und PTBS-Symptomatik einher (Lawrence, Heinberg, Roca, Munster, Spence & Fauerbach, 1998).

Hohe Körperunzufriedenheit und geringe psychosoziale Anpassung nach einer Brandverletzung erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient sich für einen erneuten plastisch-rekonstruktiven Eingriff entscheidet, die Ausbildung einer Körperbildstörung⁵ bestimmt soziales und berufliches Rückzugsverhalten (Heinberg et al., 1997). Gleichzeitig beeinflusst die psychische Situation eines Patienten wesentlich mit, wie dieser auf einen plastisch-rekonstruktiven Eingriff reagiert und ob tatsächlich eine Verbesserung der Lebensqualität und Körperzufriedenheit erzielt wird oder nicht (Pruzinsky, 1996).

Von welchen Faktoren hängt es ab, ob ein Brandverletzter Körperunzufriedenheit und Körperbildprobleme entwickelt oder nicht? Klare Zusammenhänge zwischen Lokalisation der Narben an sozial relevanten Körperstellen (z.B. Hände, Gesicht) oder der Verletzungsschwere zur Körperunzufriedenheit lassen sich ebenso wenig empirisch identifizieren (Lawrence, Fauerbach, Heinberg & Doctor, 2004; Bryant, 1996; Robinson, Rumsey & Partridge, 1996; Macgregor, 1990) wie sich dieser Zusammenhang hinsichtlich allgemeiner psychischer Belastung abbilden lässt (siehe Seite 17). Einzelne Studien dagegen konnten Zusammenhänge zwischen Verletzungslokalisierung an sozial relevanten Körperstellen und Körperbildproblemen aufzeigen (Fauerbach et al., 2000a). Niedriges Lebensalter (Fauerbach et al., 1996 nach Benrud-Larson et al., 2003) sowie weibliches Geschlecht (Fukunishi, 1999; Orr, Reznikoff & Smith, 1989; Bowden, Feller, Tholen, Davidson & James, 1980) scheinen Risikofaktoren für die Entwicklung von Körperunzufriedenheit nach Verbrennungen darzustellen.

Nahezu keine Beachtung findet das Thema „Sexualität“ in der Literatur über Brandverletzte (Ausnahmen: Whitehead, 1993; Bogaerts & Boeckx, 1992; Thudal, Blades & Munster, 1987). Dies verwundert umso mehr, als dass die Wichtigkeit der Thematik auf der Hand zu liegen scheint: Denn durch eine schwere Brandverletzung können Ängste, nicht mehr liebens- oder begehrenswert zu sein, ausgelöst werden. Weiterhin können Narbenstränge und Amputatio-

⁵ An dieser Stelle ist zu bemerken, dass zahlreiche Studien den Begriff „Körperbildstörung“ in Zusammenhang mit den Anpassungsprozessen an einen durch eine Brandverletzung veränderten Körper verwenden, jedoch nicht deutlich machen, was genau darunter zu verstehen sei. In jedem Fall handelt es sich hierbei um etwas qualitativ anderes als im DSM-IV unter „Körperbildstörung“ verstanden wird, da dort von einem eingebildeten oder übertriebenen körperlichen Makel ausgegangen wird. Dies auf Patienten zu übertragen, die mit massiven Entstellungen durch Vernarbung, Amputation etc. konfrontiert sind, erscheint zynisch.

nen beim Sex einschränken. Das (Aus-)Leben der eigenen Sexualität sowie sexuelle Zufriedenheit und Erfüllung sind untrennbar damit verknüpft, wie sehr wir uns selbst mögen und wie wohl wir uns mit und in unserem Körper fühlen. Auch wenn das Thema Sexualität sicherlich nicht Hauptfokus in der initialen Behandlungsphase eines Brandverletzten ist, so ist es doch wichtig, im Behandlungsverlauf auf dieses Thema zu sprechen zu kommen und dem Patienten vor dem Hintergrund einer vertrauensvollen, akzeptierenden Gesprächsatmosphäre die Möglichkeit zu bieten, über eventuell bestehende Ängste und Sorgen hinsichtlich der eigenen Sexualität zu sprechen (siehe hierzu Whitehead, 1993). Häufig trauen sich Patienten nicht von sich aus, dieses Themengebiet anzuschneiden, sind gleichzeitig aber belastet durch Ängste hinsichtlich des eigenen sexuellen Funktionierens, möglicher Verletzungsgefahren bei sexuellen Aktivitäten oder Libidoverlust infolge von Medikamenteneinnahme. Paargespräche können hier sinnvoll und angezeigt sein. Partner brandverletzter und entstellter Patienten sind häufig überfordert von der Sorge des Verletzten, sexuell unattraktiv zu sein. Offene Gespräche unter professioneller Moderation über wechselseitige Befürchtungen und Ängste können Entlastung bringen, wie auch der Einbezug des Partners in die Pflege des Brandverletzten, z.B. durch regelmäßiges Eincremen oder Narbenmassage.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass zwar möglicherweise objektive Faktoren der Unfallschwere bei der Vorhersage von Körperunzufriedenheit einen gewissen prädiktiven Einfluss haben, zusätzlich aber verschiedene demografische Faktoren (wie z.B. Alter, Geschlecht) und auch psychosoziale Faktoren (wie z.B. Coping-Stil, soziale Unterstützung, Selbstwirksamkeitserleben, Persönlichkeitsfaktoren) herangezogen werden müssen, um zu erklären, weshalb es manchen Verletzten besser als anderen gelingt, den veränderten oder entstellten Körper zu akzeptieren (Fauerbach, Heinberg et al. 2002). Bei der Anpassung an einen veränderten Körper nach einem Brandunfall handelt es sich um ein komplexes, multifaktorielles und interaktionelles Geschehen. In jedem Fall ist die Entwicklung und Festigung eines positiven Körperbilds nach einer Brandverletzung ein zentraler Aspekt der Unfallverarbeitung und sollte Ansatzpunkt therapeutischer Interventionen sein.

Erfassung von Körperbild bei Brandverletzten: Aufgrund der hohen Relevanz von Körperbild für Anpassung, Lebensqualität und Lebenszufriedenheit nach einem Brandunfall (Fauerbach et al. 2000a) scheint es unbedingt notwendig, diesen Bereich genauer zu beforschen und klarer zu konzeptionalisieren. Die Wichtigkeit der frühzeitigen Identifikation von solchen brandverletzten Patienten, die ausgesprochene Schwierigkeiten mit der Akzeptanz ihres veränderten Körpers haben, sowie deren gezielte therapeutische Unterstützung ist evident. Bisher mangelt es jedoch an brauchbaren Erhebungsinstrumenten sowie gezielten Interventionsansätzen. Allgemeine Fragebögen zum Körperbild (z.B. Deusinger, 1998; Strauß & Richter-Appelt, 1996) werden den Besonderheiten des Körperbilds und -erlebens bei Brandverletzungen kaum gerecht und fokussieren oft stark auf die verzerrte Wahrnehmung eines als normal zu bewertenden Körpers sowie eingebildete körperliche Makel. Die von Lawrence und Kollegen (1998, eingesetzt auch bei Fauerbach et al., 2000a; Fauerbach et al., 2002a)

entwickelte „*Satisfaction with appearance scale (SWAP)*“ ist zwar als Messinstrument körperlicher Zufriedenheit nach Brandunfällen gedacht. Sie erfragt jedoch vor allem die Zufriedenheit mit einzelnen Körperteilen und lässt wesentliche, das umfassende Verständnis von Körperbild betreffende Aspekte unberücksichtigt, beispielsweise damit einhergehende Bewertungen, emotionale Reaktionen, Vermeidungsverhalten, Ängste etc. Vor diesem Hintergrund scheint die Entwicklung eines speziellen Fragebogens zur Erfassung von Körperakzeptanz bei Brandverletzten erforderlich. Dies ist zentrales Anliegen der im Abschnitt III.4 der vorliegenden Arbeit geschilderten empirischen Studie. Aufbauend auf den Ergebnissen werden therapeutische Strategien zur Bearbeitung von Körperunzufriedenheit und Scham nach Verbrennungen abgeleitet. Ziel sollte sein, Brandverletzte dabei zu unterstützen, eine positive Haltung dem gewandelten Körper gegenüber zu festigen, trotz eventuell schwieriger Reaktionen des sozialen Umfelds sozial aktiv zu bleiben, und ausreichend soziale Fertigkeiten zur Verfügung zu haben, mit Reaktionen des Umfelds kompetent umzugehen.

Im bisherigen Text wurde auf die vielfältigen Folgen fokussiert, welche ein Brandunfall für den Betroffenen in unterschiedlichen Lebensbereichen haben kann. Ebenso wie für den Verletzten ändert sich jedoch auch für die Familienangehörigen durch einen Brandunfall die Lebenssituation unerwartet, abrupt und unter Umständen lebenslang. Eine Brandverletzung betrifft also immer auch die Familie des Betroffenen in nicht zu unterschätzendem Ausmaß. Rehabilitation kann nur dann erfolgreich sein, wenn wichtige Bezugspersonen des zu Rehabilitierenden mit in den Prozess eingebunden werden. So ist im Rahmenkonzept des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (1996, S. 638) festgehalten, dass die „... *Beratung und Anleitung von Bezugspersonen über den adäquaten Umgang mit dem Rehabilitanden und den Folgen seiner Gesundheitsstörung*“ zu den wichtigen Aufgaben der Rehabilitation zähle. Psychologische Unterstützungsangebote müssen sich also auch an Angehörige richten. Dies kann nur dann erfolgreich gelingen, wenn Bedürfnisse der Angehörigen mit berücksichtigt werden. Eine Kenntnis spezifischer Belastungsfaktoren und Reaktionsweisen Angehöriger von Brandverletzten ist hierzu unerlässlich. Im Folgenden wird deshalb der Fokus auf Belastungsfaktoren und Probleme von Angehörigen Brandverletzter gerichtet.

5 Belastungsfaktoren und Ressourcen bei Familienangehörigen von brandverletzten Patienten

Die Bedeutung der Unterstützung durch das Umfeld: Zahlreiche Autoren betonen die Bedeutsamkeit sozialer und insbesondere familiärer Unterstützung im Rahmen des Genesungsprozesses nach einem Brandunfall (Saffle, Tuohig, Sullivan, Shelby, Morris & Mone, 1990; Chang et al., 1995; Watkins, Cook, May, Still, Luteran & Purvis, 1996). Immer wieder wird unter Behandelnden vermutet, wie Angehörige sich auf einen Brandunfall hin verhielten und welche Einstellungen sie zur Behandlung hätten, habe großen Einfluss auf den Rehabilitationsprozess des Verletzten. Je nachdem, wie Angehörige auf den Unfall und die bleibenden

den körperlichen Veränderungen, Entstellungen oder Funktionseinschränkungen des Verletzten reagieren, bestimmt, ob sie für den Betroffenen im Wesentlichen eine Ressource oder einen zusätzlichen Belastungsfaktor darstellen. So können z.B. eine dauerhaft überprotektive und bevormundende Haltung dem Betroffenen gegenüber, aber auch Abkehr und Kontaktvermeidung die Reaktionen von Angehörigen auf einen Unfall einer nahestehenden Person sein (Partridge, 1994). Ein positiv gestimmter, gefestigter Kontrakt zwischen dem Brandverletzten und seinen Bezugspersonen dagegen kann konstruktiv auf den Patienten rückwirken. Soziale Unterstützung ist eine wesentliche Determinante im psychischen Anpassungsprozess eines Verletzten an den Unfall und seine Folgen (siehe hierzu II.3.2):

Belastungsfaktoren bei Angehörigen von Brandverletzten: Gerade weil Einstellungen und Verhalten des Angehörigen einen wichtigen Einfluss auf den Patienten haben, ist zu betonen, welche vielfältigen Belastungsfaktoren Angehörige von Brandverletzten ausgesetzt sind. Besonders relevant ist dieser Sachverhalt insofern, als im Behandlungsprozess zwangsläufig zunächst alle Aufmerksamkeit auf den Patienten gerichtet ist. Von einem Angehörigen wird implizit erwartet, dass er nicht leidet, sondern hilft, unterstützt, stark und für den Patienten voll und ganz da ist. In einer Krisensituation, wie sie die intensivmedizinische Behandlung eines nahen Angehörigen mit Brandverletzungen darstellt, kann dies zu einer starken Überforderung führen, Erschöpfung, Ausgebranntsein und psychische Beschwerden sind mögliche Folgen. Angehörige berichten rückblickend über die akute Behandlungsphase häufig, unter Schock gestanden und „wie ferngesteuert“ funktioniert zu haben, orientierungslos und voller Angst gewesen zu sein. Gleichzeitig existiert bei vielen eine große Scheu, den Verletzten mit eigenen Sorgen zusätzlich zu belasten, und parallel dazu der Wunsch, Mut zu machen und den Angehörigen innerlich aufzubauen. Auch später fällt es vielen schwer, über die eigenen emotionalen Geschehnisse während dieser Phase zu sprechen. Sobald der Angehörige „über den Berg“ ist, wird versucht, nicht mehr über das Vorgefallene und die eigenen Sorgen und Ängste zu reden.

Wie belastend und fordernd der Brandunfall eines nahen Angehörigen für die Familienangehörigen ist, wurde bisher nur unzureichend beforscht. Es existieren wenige Arbeiten zu den Bedürfnissen und Nöten Angehöriger von Brandverletzten, zu ihrer inneren Anpassung und Verarbeitung des Unfalls und seiner Folgen sowie zu der Frage, wie familiäre Systeme durch den Unfall eines Angehörigen in der Folgezeit beeinflusst und verändert werden.

Das Modell der inneren Anpassung Angehöriger von Watkins et al. (1996): Watkins und Kollegen (1996) entwickelten analog zu ihrem Stufenmodell der psychischen Anpassung und Verarbeitung Brandverletzter (Watkins, Cook, May & Ehleben, 1988; Watkins, Cook, May & Still, 1992) ein Stadienmodell der inneren Anpassung Angehöriger von Brandverletzten. Es werden vier Phasen in der Anpassung von Angehörigen unterschieden, jede Phase weist spezifische Belastungsfaktoren auf und ist durch typische emotionale Reaktionen gekennzeichnet. Tabelle 2 stellt das Modell schematisch dar.

Tabelle 2: Modell der psychischen Anpassung von Familienangehörigen Brandverletzter an den Unfall und seine Folgen (nach Watkins et al., 1996).

	Denk-/Beschäftigungsinhalte des Angehörigen	emotionale Reaktionen des Angehörigen
Phase 1: KRISE	<ul style="list-style-type: none"> • Überleben des Angehörigen • Versorgung und Wohlergehen des Patienten, Linderung seiner Schmerzen • Schuld- und Verantwortungsgefühle bezüglich des Unfalls 	<ul style="list-style-type: none"> • Schock • Verstummen, emotionale Taubheit • Depersonalisation • Verwirrung • Angst, Furcht • Schuld
Phase 2: KONTROLLE	<ul style="list-style-type: none"> • Schuldzuweisungen an andere bezüglich des Unfallgeschehens • Wiedergewinnung von Kontrolle über das Leben • Wiederaufnahme von Routinen des täglichen Lebens • Definition und Akzeptanz von Verlusten 	<ul style="list-style-type: none"> • Ärger • Angst • Hilflosigkeit • hoher Informationsbedarf
Phase 3: EINWILLIGUNG, VERPFLICHTUNG	<ul style="list-style-type: none"> • Aushalten von Veränderungen in der Beziehung zum Verletzten 	<ul style="list-style-type: none"> • Abwägen der Wichtigkeit der bestehenden Beziehung zum Verletzten • Hoffnung auf/Zweifel an einer möglichen Wiederherstellung der vor dem Unfall bestehenden Beziehung • Schuldgefühle
PHASE 4: KONSEQUENZEN	<ul style="list-style-type: none"> • Bewältigung der neuartigen Beziehung zum Verletzten 	<ul style="list-style-type: none"> • sich wenig nützlich/gebraucht fühlen • Gefühl der Zurückweisung • Sorge • Eifersucht

Der Unfall des Verwandten wird in dem Modell als Krise verstanden, die eine Vielzahl von adaptiven Reaktionen beim Angehörigen hervorruft. Watkins et al. (1996) legen die Annahme eines kontinuierlichen Prozesses zugrunde, der mit Stattfinden des Unfalls beginnt und unter Umständen jahrelang anhalten kann, bis ein Angehöriger in seinem ganz individuellen Tempo eine „Lösung“ erreicht hat. Nicht jeder Angehörige durchläuft alle der vier skizzierten Stufen. Als erste Phase wird die der Krise beschrieben, die auf Seiten des Angehörigen mit Schockerleben sowie mit emotionaler Taubheit, Konfusion und Angst einhergeht. Es folgt eine Phase des Versuchs, wieder Kontrolle zu erlangen, welche mit Gefühlen von Ärger, Hilflosigkeit und auf der Verhaltensebene einem erhöhten Informationsbedürfnis verknüpft ist. Das Interesse des Angehörigen ist ganz darauf ausgerichtet, valide Informationen über Zustand des Verletzten, Behandlung, Prognose und bleibende Einschränkungen zu erhalten. Für den weiteren Verlauf spielen Aspekte wie Mitwirkung an der Behandlung, beispielsweise durch Pflege des Verletzten, sowie Umgang und Arrangement mit dauerhaften Konsequenzen des Unfalls eine zentrale Rolle.

Das Stadien-Modell von Watkins et al. (1996) ist bisher leider nicht empirisch überprüft, ferner ist es wenig differenziert hinsichtlich der Unterscheidung von Belastungsfaktoren, Bedürfnissen und Reaktionen der Angehörigen sowie Bewältigungsstrategien. Aufgrund des Mangels an empirischen Belegen zu diesem Modell ist zwar unklar, ob es tatsächlich gerechtfertigt ist, von einem Verlauf der inneren Verarbeitung in bestimmten aufeinander folgenden Stadien auszugehen. Doch auch ohne breite empirische Basis eröffnet das Modell

Einblick in interne Erlebensformen von Angehörigen im Verarbeitungs- und Anpassungsprozess und bietet als Heuristik Ansatzpunkte für den praktisch-therapeutischen Umgang mit Angehörigen. Auch macht das Modell deutlich, dass die Anpassung von Angehörigen oft nicht synchron mit der des Verletzten verläuft. Dies kann Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen Angehörigen und Patienten bewirken und professionelle Moderation in Form von Angehörigengesprächen erfordern.

Empirische Arbeiten zu Bedürfnissen von Angehörigen Brandverletzter: In einer qualitativen Studie wurde das Bedürfnis nach Informationen über den Zustand des Patienten, die anstehende Behandlung sowie die Prognose als zentrales Anliegen von Angehörigen brandverletzter Patienten identifiziert (Thompson, Boyle, Teel, Wambach & Cramer, 1999). Dies macht die Wichtigkeit intensiver und effektiver Kommunikation des Behandlungsteams mit den Angehörigen deutlich, denn in der Praxis fühlen sich Angehörige oft nicht ausreichend einbezogen und haben bisweilen den Eindruck, aus falsch verstandenem Schutzbedürfnis des Behandlungsteams eher vage informiert zu werden, was Ärger, Misstrauen und Verunsicherung zur Folge haben kann (Partridge & Robinson, 1996). Der Befund eines hohen Informationsbedarfs entspricht auch dem Ergebnis eines Überblicksartikels von Dinkel und Balck (2003) zu Studien über Bedürfnisse Angehöriger von Schädel-Hirn-Trauma-Patienten und scheint also generell für Angehörige von körperlich schwer Verletzten zu gelten. Offene und ausführliche Aufklärung und Informationsweitergabe an die Angehörigen sollte ein zentraler Aspekt der Behandlung sein. Gerade wenn es bei Behandlungsbeginn zu einem sogenannten „Durchgangssyndrom“ unter Analgosedierung kommt (siehe II.2.1), ist es ungemein wichtig, Angehörige zu entlasten, indem beispielsweise Informationen über das Zustandekommen dieses Zustands gegeben werden und vermittelt wird, dass es sich um einen vorübergehenden, reversiblen und nicht lebensbedrohlichen Zustand handelt.

Empirische Arbeiten zu Belastungsfaktoren und Stressbelastung bei Angehörigen Brandverletzter: Es existieren nur wenig Studien, die Stressbelastung bei Angehörigen von erwachsenen Brandverletzten quantitativ zu erfassen versuchen. In einer Arbeit zeigten sich innerhalb der ersten drei Tage nach Unfallgeschehen auf Seiten der Angehörigen erhöhte Angst- und Depressivitätsscores sowie erhöhte posttraumatische Stresssymptomatik, was zusätzlich mit einer verringerten Immunreaktion in Zusammenhang gebracht werden konnte (Shelby, Sullivan, Groussmann, Gray und Saffle, 1991). Innerhalb der nächsten Wochen stabilisierten sich diese Werte zwar wieder, im Rahmen einer anderen Studie zeigte sich jedoch eine auch sechs Monate nach dem Unfall weiterbestehende erhöhte Stressbelastung bei Angehörigen Brandverletzter (Cella, Perry, Kulchysky & Goodwin, 1988). Ausgiebiger beforscht wurde dagegen psychische Belastung bei Eltern brandverletzter Kinder, z.B. bei Vorliegen einer Gesichtsverbrennung des Kindes (Adriaenssens, Boeckx, Gilles, Mertens, Nijs & Pyck, 1987), durch PTBS-Symptome und Schuldgefühle (Rizzone, Stoddard, Murphy & Kruger, 1994) oder durch Depression und PTBS (LeDoux et al., 1998). Arbeiten hierzu sollen an dieser

Stelle jedoch aufgrund der Spezifität für den pädiatrischen Bereich nicht weiter vertieft werden (siehe hierzu Überblicksartikel von Tarnowski, Rasnake & Gavaghan-Jones, 1991).

Gerade die Entlassung des Verletzten aus dem stationären Setting scheint einen wesentlichen Belastungsfaktor und ein kritisches Moment für Angehörige darzustellen, wie eine qualitative Studie aus Brasilien deutlich macht (Rossi et al., 2005). In Interviews äußerten Angehörige im Zusammenhang mit der anstehenden Entlassung des Brandverletzten starke Ängste, vor allem Angst vor Reaktionen der Öffentlichkeit auf den Verletzten sowie Angst vor den Reaktionen des Angehörigen selbst auf mögliche Veränderungen seiner Rolle im sozialen Netzwerk. Neben Furcht vor Feindseligkeiten, Stigmatisierung und Ablehnung wurden Gefühle von Scham in der Folge von Starren oder Neugier anderer in der Öffentlichkeit sowie Schuldgefühle, den Unfall nicht verhindert zu haben, geäußert. Ferner wiesen einige Befragte die dysfunktionale Überzeugung auf, bei dem Unfall handle es sich um eine Strafe Gottes. Die Autoren machen anhand von Interviewausschnitten deutlich, wie Angst-, Schuld- und Schamgefühle auf Seiten der Angehörigen sowie das Bedürfnis, den verletzten Angehörigen vor Kränkungen und Stigmatisierungen im sozialen Miteinander zu bewahren, zu sozialem Vermeidungsverhalten führen und damit den Rehabilitationsprozess nachteilig beeinflussen können. Denn der Adaptionprozess des Verletzten an seinen veränderten Körper wird behindert oder erschwert, wenn Angehörige mit ihren brandverletzten Verwandten nicht mehr in die Öffentlichkeit gehen, bestimmte verdeckende Kleidungsstücke einsetzen oder Aktivitäten (z.B. schwimmen gehen) vermeiden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es Hinweise auf erhöhte Stressbelastung von Angehörigen brandverletzter Patienten gibt, die sich auch immunologisch abbilden lassen. Psychisch belastet sind Angehörige insbesondere hinsichtlich Emotionen wie Angst, Depressivität, posttraumatischen Symptomen, Besorgnis, Schuld und Scham. Ein zentrales Bedürfnis von Angehörigen ist das nach validen Informationen und umfassender Aufklärung. Oft leiden sie unter dem Eindruck, nicht ausreichend über Behandlung, Unfallfolgen, Prognose etc. informiert zu sein. Eine umfangreiche Aufklärung von Angehörigen sowie das Angebot, sich immer wieder mit Fragen an das Behandlersteam wenden zu können, sind deshalb unerlässlich. Ein weiteres Problem ist darin zu sehen, dass es im Verlauf des Genesungsprozesses zu Entfremdung und Kommunikationsproblemen zwischen Angehörigen und Brandverletzten kommen kann, beispielsweise durch eine überprotektive Haltung auf Seiten der Angehörigen aus einem übertriebenen Schutzbedürfnis heraus. Angehörige von Brandverletzten therapeutisch zu unterstützen und ihnen eine Möglichkeit zu geben, eigene Gefühle und Gedanken im Zusammenhang mit dem Unfall und seinen Folgen auszusprechen und das eigene Verhalten dem Verletzten gegenüber zu reflektieren sowie emotionale Unterstützung zu erhalten, sollte Bestandteil jedes multimodalen Behandlungskonzepts sein. Auch ist es wichtig, Angehörigen einen Gesprächsrahmen zu geben, innerhalb dessen sie offen über eigene Gefühle und Reaktionsweisen im Umgang mit dem Unfall und dem Verletzten reflektieren können, auch und gerade über sozial unerwünschte, z.B. über eigene Überforderung

und Belastungsgrenzen. Hier sollte auch thematisiert werden, wo und wie sich Angehörige selbst Entlastung verschaffen und Unterstützung organisieren können – ein Aspekt, der bisweilen zu kurz kommt, weil Angehörige ganz auf den Verletzten und dessen Unterstützung ausgerichtet sind. Nur durch Einbezug und aktive Partizipation der Angehörigen am Behandlungsprozess des Brandverletzten lassen sich soziale Ressourcen aktivieren. Wird der Angehörige als „Verbündeter“ gewonnen, kann dies positive Auswirkungen auf die Patientencompliance und Patientenmotivation und damit auf den Rehabilitationsprozess haben.

6 Psychologische Unterstützung Brandverletzter – Implikationen der Forschungsbefunde für psychotherapeutische Interventionen

Was lässt sich angesichts der geschilderten empirischen Befunde bezüglich der psychotherapeutischen Unterstützung von Brandverletzten ableiten? Was sind zentrale Ansatzpunkte, welche Inhalte sollten in therapeutischen Angeboten abgedeckt sein, und welche therapeutischen Strategien bieten sich an?

Ganz allgemein lässt sich feststellen, dass übergeordnetes Ziel in der Arbeit mit brandverletzten Patienten neben der praxisorientierten Vorbereitung der Heimkehr in das gewohnte soziale Umfeld die Unterstützung bei der Verarbeitung von bleibenden Einschränkungen und Einstellungen sein sollte. Die bisherige Forschung hat weitgehend versäumt, geeignete spezifische Interventionsprogramme zur psychosozialen Unterstützung von durch Verbrennungen entstellten Menschen zu entwickeln und zu evaluieren (Pruzinsky, 1998). Es gibt eine Fülle an Artikeln, welche das Leid und die psychische Belastung infolge einer Brandverletzung betonen und allenfalls relativ allgemeine Aussagen zur Dringlichkeit von psychosozialen Unterstützungsangeboten für Brandverletzte machen. Es liegen jedoch kaum konkrete, therapeutische Empfehlungen und Konzepte vor. Dieses Problem wird auch in Studien offenbar, welche den großen Bedarf an zusätzlichen und gerade auch psychologischen nachstationären Angeboten aus der Sicht von Betroffenen verdeutlichen (z.B. Kleve & Robinson, 1999; Shakespeare, 1998), jedoch auch zeigen, dass nur circa 20% der stationär behandelten Patienten tatsächlich psychologische Beratung erhalten (Van Loey, Faber & Taal, 2001).

Die folgenden Abschnitte beschäftigen sich mit konkreten Therapieansätzen für Brandverletzte. Zunächst werden zwei vorliegende Ansätze aus der aktuellen Literatur referiert, welche Interventionen für die Arbeit mit Brandverletzten formulieren: Zum einen ein spezielles Trainingsverfahren zur Verbesserung der sozialen Kompetenzen Entstellter, zum anderen ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Bearbeitung von Körperbildproblemen nach schweren Verletzungen. In einem letzten Abschnitt werden Ableitungen aus den unter II.1-II.5 referierten Forschungsbefunden hinsichtlich psychotherapeutischer Ansatzpunkte und Inhalte in der Behandlung Brandverletzter zusammengefasst.

6.1 Training spezieller sozialer Kompetenzen bei körperlicher Entstellung: Der Ansatz der britischen Organisation *Changing Faces*

Die Arbeit in Gruppen stellt ganz allgemein in der Psychotherapie einen viel versprechenden Ansatz dar. Gerade auch im Bereich der Arbeit mit Brandverletzten, die häufig in der Folgezeit nach dem Unfall Gefühle von starker Isolation und Einsamkeit erleben, wird der Nutzen des Gruppensettings unterstrichen: Neben einem zeitökonomischen Vorteil ist als vorteilhaft zu bewerten, dass in der Gruppe besondere Gruppenwirkfaktoren (siehe Yalom, 1975) zum Tragen kommen. Die Gruppenmitglieder können sich beispielsweise gegenseitig stützen, sie teilen ein gemeinsames Schicksal, erleben, dass sie mit dem, was ihnen widerfahren ist, nicht alleine sind, und können füreinander Modellfunktion übernehmen. Die Feststellung, dass das eigene Erleben im Umgang mit der Entstellung nicht Ausdruck einer persönlichen Schwäche, sondern vielmehr gut dokumentiert und auch bei anderen Menschen mit ähnlichen körperlichen Bedingungen festzustellen ist, kann zu Entlastung und Erleichterung führen (vgl. auch Robinson, Rumsey & Partridge, 1996). In den USA werden spezielle Ferienfreizeiten für brandverletzte Kinder und Jugendliche veranstaltet, deren Nutzen wissenschaftlich belegt ist (Cox et al., 2004). Positive Auswirkungen im Bereich des Selbstwertgefühls, Selbstverständnisses und Körpererlebens lassen sich abbilden, auch wird deutlich, dass vor allem das Gefühl der Gemeinschaft und Zusammengehörigkeit (also auch mit den Narben „normal und wie alle anderen“ zu sein) für die Teilnehmer hilfreich ist.

Die in Großbritannien gegründete Organisation „*Changing Faces*“ hat es sich zur Aufgabe gemacht, Menschen mit Entstellungen jeder Art, insbesondere im Gesicht, zu unterstützen und deren Interessen zu vertreten. Neben Öffentlichkeitsarbeit und der Publikation zahlreicher lesenswerter Broschüren bietet „*Changing faces*“ auch Wochenendseminare für Menschen mit Entstellungen an. Gearbeitet wird im Gruppensetting. Innerhalb dieser Seminare wird versucht, Betroffene für Kommunikationsprozesse zu sensibilisieren und ein spezielles Set von sozialen Kompetenzen zu vermitteln, welche dazu befähigen, negative Feedbackschleifen zu durchbrechen, die in der sozialen Interaktion zwischen entstellten und nicht-entstellten Personen entstehen können (siehe II.4). Dem Konzept liegt die Auffassung zugrunde, dass entstellte Personen aktiver im sozialen Miteinander sein müssen als andere, äußerlich „normale“ Menschen. „*Changing Faces*“ versucht in Workshops, gezielt Wissen über kommunikative Prozesse und negative Feedbackschleifen zu vermitteln. Auch wird eine kognitive Umstrukturierung durch Hinterfragen dysfunktionaler Grundüberzeugungen und das Anbieten von alternativen Bewertungen zu erreichen versucht: So wird z.B. immer wieder betont, dass Starren, Nachfragen oder Rückzug von Mitmenschen entstellten Menschen gegenüber nicht zwangsläufig Indikator für Ablehnung und Abgestoßensein ist, sondern vielmehr Ausdruck einer natürlichen Neugier und Unsicherheit bei der Konfrontation mit etwas Neuem, bisher Ungekanntem. Durch praktische Übungen, Rollenspiele und Videofeedback werden Fertigkeiten vermittelt und eingeübt, die es den Teilnehmern ermöglichen, flexibel und situationsadäquat soziale Zusammenkünfte aktiv mitzugestalten und zu bewältigen.

Es geht darum, sich positiv zu präsentieren und dem Gegenüber zu vermitteln, dass der Kontakt angenehm und unkompliziert sein kann – trotz einer zunächst verunsichernden Entstellung. Durch dieses aktive eigene Kommunikationsverhalten werden positive Reaktionen anderer wahrscheinlicher, die positive Verstärkerbilanz wird erhöht. Innerhalb der Trainings erfolgt weiterhin die Betonung, dass zum Aussehen alternative Werte (z.B. Persönlichkeit, Verhalten und Auftreten, Werteähnlichkeit) in ihrem Einfluss auf Beziehungen wichtig sind.

Die Wirksamkeit des Trainings konnte im Rahmen einer Längsschnittstudie evaluiert werden (Robinson, Rumsey & Partridge, 1996): So zeigte sich bei den Teilnehmern eine signifikante Reduktion von Angst, Stresserleben und sozialer Vermeidung. Diese Effekte blieben über einen Zeitraum von sechs Monaten stabil. Besonders war nach dem Workshop das Unwohlsein der Teilnehmer bei Zusammentreffen mit fremden Menschen reduziert. 91% der Teilnehmer bewerteten den Workshop als sehr hilfreich, 61% gaben an, Situationen, die sie zuvor als schwierig erlebt hätten, nach dem Workshop weniger problematisch zu empfinden. Besonders schienen berufstätige Teilnehmer und solche, die in familiärer Gemeinschaft lebten, von dem Training zu profitieren.

Bei den Seminaren von *Changing Faces* handelt es sich also um ein vielversprechendes, praxisnahes und wirksames Unterstützungsangebot für Menschen mit Entstellungen. Unter Teilnehmern stößt es auf breite Resonanz und wird als hilfreich erlebt. Zentrale Bausteine des Trainings sind Informationsvermittlung, die Veränderung dysfunktionaler Annahmen, die Vermittlung praktischer Skills, um aktiver kommunikative Prozesse mitbestimmen zu können, die Reduktion von antizipatorischen Ängsten und von Vermeidungsverhalten sowie das Einüben von sozial kompetentem Bewältigungsverhalten durch Rollenspiele und Exposition.

6.2 Interventionen bei Körperbildstörungen nach schwerer körperlicher Verletzung: Der Ansatz von Newell (2001)

Aus dem unter II.4 dargestellten theoretischen Modell von Newell (2001) zur Entstehung von Körperbildstörungen nach körperlicher Veränderung durch Entstellung oder Behinderung ergeben sich konkrete therapeutische Implikationen, die im Folgenden dargestellt werden sollen. Newell selbst gibt in seinem Buch klare Richtlinien für die therapeutische Arbeit bei Vorliegen einer Körperbildstörung infolge einer körperlichen Veränderung oder Entstellung vor. Wichtige Strategien liegen demnach darin, Vermeidungsverhalten zu unterbinden und frühzeitig Expositionen vorzubereiten und durchzuführen (z.B. durch Vermittlung kontrollierter Atemübungen zur Angstbewältigung, durch Anleitung, positive Selbstgespräche zu führen, sich auf relevante, nicht auf beunruhigende Informationen zu konzentrieren etc.). Newell empfiehlt hierbei das für Verhaltenstherapie typische Vorgehen anhand der in Abbildung 2 dargestellten Bausteine. Zu dem von Newell (2001) vorgeschlagenem Interventionsprogramm liegen bisher keine Evaluationsstudien vor.

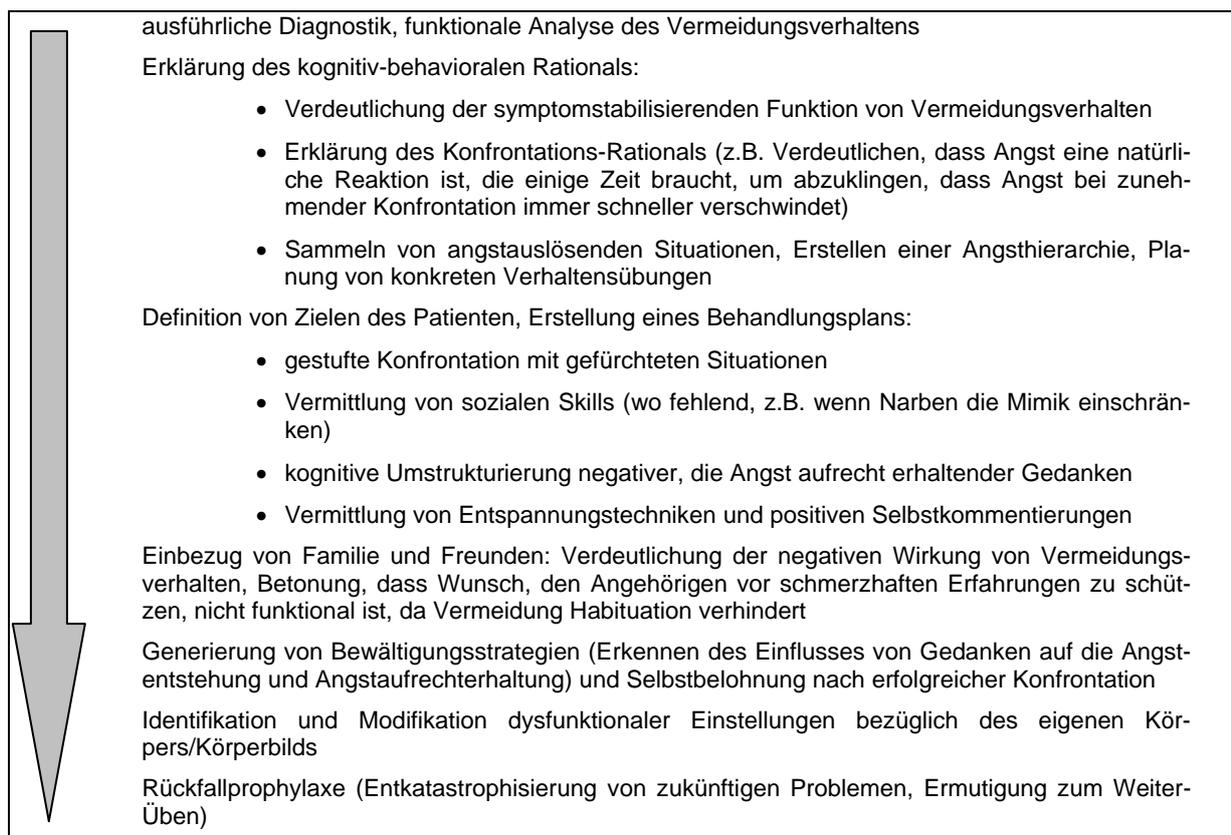


Abbildung 2: Schritte bei der Therapie zur Behandlung von Körperbildproblemen und Körperbildstörung nach schweren körperlichen Verletzungen (Newell, 2001).

Es lässt sich zusammenfassend zu psychotherapeutischen Unterstützungsangeboten für Brandverletzte feststellen, dass es an tragfähigen, gut ausgearbeiteten und wissenschaftlich evaluierten Konzepten hierzu mangelt. Eine Ausnahme stellt das skizzierte Training der Organisation „*Changing Faces*“ dar, das auf eine Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten der Teilnehmer und auf den Aufbau von Bewältigungskompetenzen im öffentlichen Umgang mit dem veränderten Körper abzielt. Ein weiterer interessanter Ansatz speziell zur Therapie von Körperbildproblemen nach schweren körperlichen Verletzungen ist das verhaltenstherapeutische Konfrontationsprogramm von Newell (2001). Neben dem Training sozialer Fertigkeiten und dem Aufbau von positiven Einstellungen dem eigenen Körper gegenüber werden in der Literatur inhaltliche Bausteine wie Traumabewältigung (Ullmann & Horn in: Krause-Wloch, 2004), Schmerzbewältigung (siehe z.B. Miller, Hickman & Lemasters, 1992; Patterson, 1992; Patterson, Everett, Burns & Marvin, 1992; Everett, Patterson & Chen, 1990 und Haythornthwaite, Lawrence & Fauerbach, 2001 zum Einsatz kognitiver Interventionen zur Schmerzbewältigung beim Verbandswechsel) und Entspannungstraining (siehe z.B. Robert, Blakeney, Villarea & Meyer, 2000; Gilboa, Borenstein, Seidman & Tsur 1990) als in der psychotherapeutischen Behandlung Brandverletzter wichtig betont.

6.3 Ableitungen aus der aktuellen Forschung: Mögliche inhaltliche Bausteine eines Gruppenbehandlungskonzepts für brandverletzte Menschen

Aus den unter II.2-II.6.2 aufgeführten Forschungsbefunden lassen sich die in Tabelle 3 aufgelisteten Themenkomplexe als relevant für ein mögliches Gruppenbehandlungskonzept für Brandverletzte ableiten. Die linke Spalte benennt hierbei den Themenkomplex, die rechte Spalte verdeutlicht mögliche zugehörige Therapieziele, Behandlungsinhalte sowie therapeutische Strategien und Interventionen.

Tabelle 3: Themenkomplexe und zugehörige Therapieziele, Behandlungsinhalte sowie therapeutische Strategien und Interventionen eines Gruppenbehandlungskonzepts für Brandverletzte.

Themenkomplex	Therapieziele und relevante zugehörige Behandlungsinhalte
① Umgang mit psychischen Belastungen und psychischen Störungen als Folgen des Unfallgeschehens	<ul style="list-style-type: none"> • Problemlage: Intensive psychische Reaktionen – sowohl akut wie langfristig – nach einem Brandunfall sind häufig. Viele Patienten sind hiervon überfordert, adäquate Behandlung ist selten. • Ziele: <ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung von Wissen, Handlungs- und Bewältigungskompetenzen im Umgang mit möglichen psychischen Folgestörungen • Steigerung des Selbstwirksamkeitserlebens • Prävention • Strategien: <ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation, Informationsvermittlung, Aufklärung hinsichtlich möglicher psychischer Folgen • Normalisierung und Entdramatisierung • Vermittlung von Bewältigungskompetenzen im Umgang mit unangenehmen Gefühlen (z.B. Hilflosigkeit, Angst, Unsicherheit) und hinsichtlich des Einforderns von sozialer Unterstützung zur Depressionsprophylaxe • Erarbeitung von Notfallplänen und Vermittlung von Kontaktadressen/Unterstützungsmöglichkeiten, Aufbau von Netzwerken
② Umgang mit dem durch die Brandverletzung veränderten Körper	<ul style="list-style-type: none"> • Problemlage: Die Anpassung an den veränderten und unter Umständen entstellten Körper stellt eine wesentliche Herausforderung für Brandverletzte dar. Soziales Vermeidungsverhalten kann die Habituation an den veränderten Körper erschweren und zu einer weiteren Labilisierung des Selbstwertgefühls führen. • Ziele: <ul style="list-style-type: none"> • Aufbau und Festigung eines positiven Körperbilds und Aufbau von Körperakzeptanz • Förderung eines positiven Körpererlebens und positiver Emotionen im Zusammenhang mit dem eigenen Körper • Selbstwertstabilisierung • Prävention hinsichtlich Vermeidungsverhalten und sozialem Rückzug, Festigung aktiven Sozialverhaltens • Strategien: <ul style="list-style-type: none"> • Körpererfahrungsübungen (z.B. Entspannungsübungen als Schlüssel zu positivem Körpererleben) • Konfrontation: Expositionsübungen innerhalb und außerhalb der Gruppe (in der bzw. als Gruppe), Auswertung gemachter Erfahrungen, Überprüfung des Eintreffens antizipierter Reaktionen anhand tatsächlich erfolgter Reaktionen • Gruppengespräche über den eigenen Körper und die Narben: Finden von positiven Assoziationen, Worten, Symbolen, Bildern und Metaphern für die verbrannte Haut und die Narben • Selbstwertstärkung, z.B. durch Feedback, Fokussieren auf positive Eigenschaften, bisherige Errungenschaften, Diskussionen darüber, was den Menschen außerhalb von Aussehen ausmacht etc.

Themenkomplex	Therapieziele und relevante zugehörige Behandlungsinhalte
③ Umgang mit den Reaktionen anderer Menschen auf den veränderten Körper	<ul style="list-style-type: none"> • Problemlage: Brandnarben sind lebenslang sichtbar, Reaktionen der Öffentlichkeit hierauf können für den Betroffenen eine große Herausforderung darstellen. Als Mensch mit Narben/Entstellungen bedarf es spezieller sozialer Kompetenzen und besonderer Aktivität, um zwischenmenschliches Miteinander angenehm und erfolgreich zu gestalten. • Ziele: <ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung der Sensibilität für Kommunikationsprozesse, Aufbau sozial kompetenten Verhaltens, Vermittlung von aktiven Kommunikationsstrategien • Steigerung des Kompetenzerlebens im Umgang mit sozialen Situationen • Reduktion bzw. Prophylaxe in Bezug auf soziales Vermeidungsverhalten • Strategien: <ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation: Vermittlung von Kenntnissen über kommunikative Prozesse sowie Vermittlung spezieller sozialer Skills im Umgang mit Reaktionen der Öffentlichkeit zur Durchbrechung negativer Feedbackschleifen und zum Ausdruck von Gefühlen • Einüben kompetenten Verhaltens zur Bewältigung subjektiv schwieriger sozialer Situationen durch Rollenspiele und Verhaltensübungen • Thematisierung der Wichtigkeit von sozialer Unterstützung, Erarbeitung von Möglichkeiten, diese aktiv einzufordern, Vermittlung von Kompetenzen zum Hilfe-Einfordern sowie zur Aktivierung, zum Aufbau und zur Stärkung sozialer Netzwerke • Identifikation dysfunktionaler Überzeugungen hinsichtlich der eigenen Person, der Verletzung und den Reaktionen der Umwelt. Kognitive Umstrukturierung, Aufbau und Stärkung funktionaler Überzeugungen • Festigung des Selbstwertgefühls (siehe Themenkomplex 2) • Thematisierung von Sexualität und Partnerschaft
④ Umgang mit der durch den Unfall und seine Folgen veränderten sozialen Rolle	<ul style="list-style-type: none"> • Problemlage: Durch körperliche Behinderung können vielfältige Aktivitäten des täglichen und beruflichen Lebens betroffen sein. Die soziale Rolle eines Menschen (z.B. innerhalb der Familie) kann sich grundlegend verändern. Dies wird häufig als Bedrohung zentraler Bereiche des Selbstkonzepts erlebt. • Ziele: <ul style="list-style-type: none"> • praxisnahe Vorbereitung auf die Rückkehr in den Alltag • Bewältigung der veränderten sozialen Rolle, Einstimmung hierauf • Strategien: <ul style="list-style-type: none"> • Thematisierung der veränderten sozialen Rolle: Antizipation möglicher Veränderungen und Erarbeiten funktionaler Bewältigungsmöglichkeiten, z.B. Sammeln von Beispielen der Teilnehmer für Veränderungen der sozialen Situation und Rolle, Exploration damit in Zusammenhang stehender Gefühle, Erarbeitung von Bewältigungsstrategien durch Ideensammlung und Brainstorming • gegebenenfalls Anregung, positive Fantasien über die gewandelte soziale Rolle zu entwickeln

Themenkomplex	Therapieziele und relevante zugehörige Behandlungsinhalte
⑤ Stress- und Schmerzbewältigung, Entspannung und Genuss	<ul style="list-style-type: none"> • Problemlage: Viele Brandverletzte haben mit dauerhaften Veränderungen des Körpererlebens, z.B. Schmerzen, unangenehmem Jucken, Veränderungen der Hautsensibilität etc. zu kämpfen. Entspannung und Genussverhalten können hierdurch erschwert sein. • Ziel: <ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung von Kompetenzen zur Stressbewältigung sowie zur Schmerzbewältigung • Verbesserung der Entspannungs- und Genussfähigkeit. Hierdurch: Reduktion von Angst und Depressivität (siehe Themenkomplex 1) • Strategien: <ul style="list-style-type: none"> • Atemübungen • geleitete Imaginationsübungen • PMR nach Jacobson, Autogenes Training • Genusstraining
⑥ Aktivierung von Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel: <ul style="list-style-type: none"> • Förderung von Optimismus, Selbstwirksamkeitserleben, „Benefit Finding“, „Posttraumatic Growth“, Akzeptanz, „Akkomodationsprozessen“ • Verbesserung der Krankheitsbewältigung • Strategien: <ul style="list-style-type: none"> • gezielte Förderung aktiver Copingstrategien und von Bewältigungskompetenzen durch Ressourcenfokussierung und –aktivierung, Würdigung und Wertschätzung vorhandener Bewältigungsstrategien • Bilanzierung von Verlusten/Kosten und positiven Aspekten des Geschehenen, behutsame Anleitung, mögliche erfolgte positive Auswirkungen (z.B. Intensivierung von Beziehungen, erhöhte Wertschätzung des Lebens, Veränderung von Prioritäten) zu sehen
⑦ Einbezug von Angehörigen in die Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Problemlage: Angehörige von Brandverletzten sind deutlich belastet. Von Veränderungen hinsichtlich der sozialen Rolle des Patienten sind sie mit betroffen und unterliegen zahlreichen Stress- und Belastungsfaktoren. • Ziel: <ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Kommunikation zwischen Angehörigen und Patienten • Aufklärung • Entlastung der Angehörigen, Aufbau von Netzwerken (Nutzung gegenseitiger Unterstützung), Sicherung des sozialen Unterstützungssystems • Strategien: <ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation • Kommunikationstraining, z.B. Thematisierung von Unterstützen vs. Unter-/Überfordern • Thematisierung von Gefühlen und Befürchtungen im Zusammenhang mit der Verletzung des Angehörigen, auch sozial wenig akzeptierte Gefühle (wie Schuld- oder Schamgefühle) sollen hierbei Raum haben • Anregung von Gruppengesprächen zum Umgang miteinander anhand von Fragen wie: Wo liegen Schwierigkeiten, wo Ressourcen im Umgang miteinander? Was ist seit dem Unfall anders im Umgang miteinander? etc.

7 Fragestellungen und Ziele der Untersuchung

In Teil II der vorliegenden Arbeit wurde ein Überblick über den Stand der aktuellen Forschungsliteratur zum Thema psychosoziale Faktoren bei Brandverletzten gegeben, hierauf basierend wurden mögliche therapeutische Ansatzpunkte und Inhalte für ein Gruppenbehandlungskonzept abgeleitet. Im folgenden Teil III wird anhand von vier empirischen Untersuchungen der Frage nachgegangen, wie ein geplantes Gruppenbehandlungskonzept für Brandverletzte inhaltlich zu gestalten ist.

Folgende Fragestellungen werden hierbei untersucht:

- Abschnitt III.1: Über welche Belastungsfaktoren und Ressourcen berichten brandverletzte Patienten?
- Abschnitt III.2: Welche Belastungsfaktoren und Ressourcen berichten Angehörige von brandverletzten Menschen?
- Abschnitt III.3: Welche Befunde ergeben sich bei einer quantitativen Erhebung von Belastungsfaktoren und Ressourcen brandverletzter Patienten in der akuten Behandlungsphase und in der Phase der Nachbehandlung?
- Abschnitt III.4: Was für ein Körperbild zeigen Brandverletzte sechs Monate nach dem Unfall und welche Zusammenhänge bestehen zwischen dem Körperbild von Brandverletzten und verschiedenen anderen Maßen psychischer Belastung und psychosozialer Ressourcen?

Die Einzeluntersuchungen werden separat in ihrer Konzeption, Durchführung und ihren Ergebnissen dargestellt. Anschließend werden Implikationen für die psychotherapeutische Arbeit mit Brandverletzten diskutiert.

In Abschnitt IV erfolgt eine kurze Zusammenfassung der empirischen Befunde der vier durchgeführten Untersuchungen und eine Diskussion (Abschnitt IV.1). Anschließend werden in Teil II. und III. theoretisch und empirisch abgeleitete, therapeutisch relevante Bausteine zusammen geführt und das hieraus entwickelte Gruppenbehandlungsprogramm für schwer brandverletzte Patienten in der Rehabilitationsphase dargestellt (Abschnitt IV.2 und Abschnitt IV.3).

III Empirischer Teil

Der empirische Teil dieser Arbeit untergliedert sich in die Darstellung von vier Teilstudien und ihrer jeweiligen Ergebnisse. Alle vier Studien werden unter der Fragestellung referiert und ausgewertet, Ansatzpunkte und Interventionsideen für das geplante Gruppenbehandlungsprogramm für Brandverletzte auf empirischer Basis zu ermitteln.

Den Anfang des empirischen Teils der vorliegenden Arbeit bilden zwei qualitative Interviewstudien: Eine erste galt der Ermittlung von Belastungsfaktoren und Ressourcen bei Patienten zwei Jahre nach dem Unfall (III.1). In einer weiteren qualitativen Interviewstudie werden Belastungsfaktoren und Ressourcen bei Angehörigen Brandverletzter identifiziert (III.2).

In Kapitel III.3 erfolgt die Darstellung einer quantitativen Erhebung psychischer Belastungen und Ressourcen von Patienten mit Brandverletzungen. Mithilfe einer Batterie standardisierter Selbstbeschreibungsinstrumente wurde an brandverletzten Patienten, die sich zur stationären Behandlung in der BG Unfallklinik Ludwigshafen befanden, ein klinisches Assessment psychischer Belastung und psychosozialer Ressourcen erhoben und deskriptiv ausgewertet.

Aufgrund der hohen Relevanz der Akzeptanz des durch die Brandverletzung veränderten Körpers für z.B. allgemeine Lebenszufriedenheit, psychische Verfassung und soziale Aktivität (siehe II.4) wird in Abschnitt III.4 eine Studie zu dieser Thematik vorgestellt. Hierbei erfolgte eine Erhebung von Daten zum Körperbild bei Brandverletzten anhand eines im Rahmen des Gesamtforschungsprojekts neu entwickelten Fragebogens.

1 Ressourcen und Belastungsfaktoren bei Brandverletzten – eine qualitative Interviewstudie zwei Jahre nach dem Unfall

Im Rahmen einer qualitativen Interviewstudie wurden brandverletzte Patienten zwei Jahre nach dem stationären Akutaufenthalt in der BG Unfallklinik Ludwigshafen befragt. Ziel der Studie war es, hypothesengenerierend Belastungsfaktoren und Ressourcen aus Sicht der Patienten zu identifizieren und zu beleuchten, wie sich diese Faktoren im Verlauf der Zeit von akuter Behandlungsphase bis hin zur Rehabilitations- und poststationären Phase aus Sicht der Patienten verändern. Wesentlich wurde dabei darauf geachtet, nicht nur die in der Forschung übliche Fokussierung auf problematische und pathologische Faktoren vorzunehmen, sondern zusätzlich der salutogenetischen Sichtweise Rechnung zu tragen und gesundheitsförderliche und –erhaltende Ressourcen zu explorieren.

Teile der im Folgenden beschriebenen Studie sind als Manuskript bei der Zeitschrift „Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin“ unter dem Titel „Ressourcen und Belastungsfaktoren

nach schweren Brandverletzungen – eine qualitative Studie zwei Jahre nach dem Unfall“ zur Publikation eingereicht (Wallis, Renneberg, Neumann, Ripper & Bastine, in Druck).⁶

1.1 Methodisches Vorgehen

Rekrutierung der Stichprobe

Mittels gezielter Datenabfrage des elektronischen Patientendatenverwaltungssystems erfolgte die Selektion der Stichprobe aus der Population der 2002 stationär aufgrund einer Brandverletzung in der BG Unfallklinik Ludwigshafen behandelten Patienten. Es wurden diejenigen ausgewählt, welche eine stationäre Aufenthaltsdauer von mehr als 14 Tagen sowie ein Lebensalter zwischen 16 und 65 Jahren aufwiesen. Zur Minimierung des logistischen Aufwands wurde außerdem darauf geachtet, nur solche Patienten in die Stichprobe einzuschließen, deren Wohnort in einem Radius von maximal 125 Kilometern von Ludwigshafen entfernt lag. Ferner wurden ausreichend gute Kenntnisse der deutschen Sprache vorausgesetzt.

Insgesamt 74 Patienten entsprachen den Stichprobekriterien. Zehn der 74 Patienten waren in der Zwischenzeit verstorben oder per Post nicht zu erreichen. Den verbleibenden 64 Personen wurde im Juni 2004 ein Informationsbrief zugesandt. Auch wurde darin die Absicht, zusätzlich zum Gespräch mit dem Patienten ein Interview mit einem nahen Angehörigen durchzuführen, zum Ausdruck gebracht (was der Rekrutierung der Stichprobe der unter III.2 dargestellten Studie galt). Zwei Wochen nach Versenden des Informationsschreibens erfolgten Anrufe von Diplomanden unserer Forschungsgruppe bei den Patienten, um persönlich abzuklären, ob eine Bereitschaft zur Teilnahme bestand und gegebenenfalls Termine zu vereinbaren. 23 Interviewtermine konnten vereinbart werden, von denen 21 stattfanden.⁷

Untersuchungsdurchführung

Insgesamt wurden im Mai und Juni 2004 einundzwanzig ca. einstündige Interviews durchgeführt. 18 der 21 Interviews fanden als „Home-Ins“ bei den Patienten zu Hause statt, drei Patienten zogen ein Gespräch in die BG Unfallklinik Ludwigshafen vor. Wenn möglich wurde parallel zum Interview mit dem Patienten in einem separaten Raum ein naher Angehöriger des Patienten von einer weiteren Diplomandin im Rahmen der Angehörigenstudie befragt.

⁶ Die vorgestellte Studie basiert auf Daten der Diplomarbeit von Markus Neumann (2005), die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung weitergehend ausgewertet wurden.

⁷ Es erklärten sich insgesamt mehr als 23 der angerufenen Patienten zur Teilnahme bereit. Da der Stichprobenumfang aufgrund des hohen Aufwands bei qualitativem Vorgehen im Vorhinein auf 20 festgelegt worden war, wurde weiteren potenziellen Teilnehmern jedoch dankend abgesagt.

Verwendete Untersuchungsverfahren

Interviewverfahren: Die Interviews waren halbstrukturiert und wurden mithilfe eines vorab erstellten, ca. 100 vorformulierte Fragen umfassenden Interviewleitfadens durchgeführt. Dieser war zuvor auf Basis einer Sichtung der aktuellen Forschungsliteratur zum Thema „Belastungsfaktoren und Ressourcen bei Brandverletzungen“ sowie Gesprächen mit Fachpersonal in der Brandverletztenbehandlung erstellt worden. Der Leitfaden war im Rahmen von Projektbesprechungen mehrfach überarbeitet und in einem Probeinterview mit einer brandverletzten Patientin auf seine Anwendbarkeit und inhaltliche Stimmigkeit hin erprobt worden.

Den Einstieg in das Interview bildete in der endgültigen Version des Leitfadens nach einer kurzen Information über Ablauf und Inhalte des Interviews eine Abfrage verschiedener soziodemografischer sowie unfallbezogener Variablen (ein Abdruck des kompletten Leitfadens findet sich bei Neumann, 2005). Hieran angeschlossen wurden Fragen zu Belastungsfaktoren und Ressourcen. Es wurde darauf geachtet, zunächst allgemeine und offene Fragen zu stellen (z.B. „Was hat Ihnen in der Zeit in der BG Unfallklinik am meisten geholfen?“) und erst im Anschluss hieran bestimmte Bereiche gezielt abzufragen (z.B. „Wie haben Sie den Kontakt zum Pflegepersonal erlebt?“, „Wie zufrieden waren Sie mit der medizinischen Behandlung?“). Auf vom Patienten eingebrachte Inhalte konnte durch Nachfragen vertiefend individuell eingegangen werden. Stets wurde bei den Fragen nach Belastungsfaktoren und Ressourcen auch auf deren Veränderung im zeitlichen Verlauf geachtet und separat erfragt, welche Belastungen und Ressourcen in der akuten stationären Behandlungsphase und welche in der nachstationären Zeit und Rehabilitationsphase aus Sicht der Patienten bestanden. Ebenfall im Leitfaden enthalten waren Fragen zur Patientenzufriedenheit mit dem Behandlungsangebot in der BG Unfallklinik Ludwigshafen, zu zusätzlichen Wünschen bzgl. der Versorgung, Anregungen und Verbesserungsideen. Tabelle 4 liefert einen Überblick über die im Interviewleitfaden enthaltenden Themenbereiche.

Die Methodik eines halbstrukturierten Interviews hat den Vorteil, dass den Befragten durch offene Fragen und deren anschließende Vertiefung die Möglichkeit gegeben wird, individuelle Sicht- und Erlebnisweisen differenziert darzustellen. Mit diesem Vorgehen können breit gefächerte und komplexe Informationen gesammelt werden. Außerdem kann der Interviewte selbst entscheiden, welche Themenbereiche für ihn relevant sind und ausgeführt werden sollen. Auf subjektiv Bedeutsames kann durch den flexiblen Umgang mit zu stellenden Fragen vertiefend eingegangen werden (siehe Mayring, 2003).

Erfassung relevanter Informationen zu Unfall, Verletzungsschwere und medizinischem Verlauf: Das Zusammentragen relevanter medizinischer Daten der Stichprobe (z.B. zu stationärer Aufenthaltsdauer, dem Ausmaß verbrannter Körperoberfläche, Angaben zur Lokalisation der Verletzungen und zu verbrannten Körperarealen, ABSI-Score, Unfallursache, Kostenträger der Behandlung) erfolgte durch Sichtung von Patientenakten der BG Unfallklinik Ludwigshafen.

Tabelle 4: Schematischer Überblick über thematische Einheiten im Interviewleitfaden des halbstrukturierten Interviews für brandverletzte Patienten.**Themenblöcke im Interviewleitfaden**

Phase stationäre Akutbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungsfaktoren und Hilfreiches während der stationären Behandlung • Kontakt zum Behandlungsteam (z.B. Pflegepersonal, Ärzte, Physiotherapeuten etc.)
Übergangsphase stationäre Behandlung – Entlassung nach Hause	<ul style="list-style-type: none"> • Erwartungen, Befürchtungen, Ziele • Vorbereitung auf die Entlassung und die Zeit zu Hause im Rahmen des stationären Settings • Probleme beim Übergang nach Hause
Phase nach der stationären Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> • ambulante und stationäre Rehabilitationsbehandlung • erfolgte Maßnahmen und deren Bewertung
Lang- und kurzfristige Unfall- und Verletzungsfolgen	<ul style="list-style-type: none"> • allgemeine Veränderungen in Alltag und bzgl. Freizeitaktivitäten • Unfallfolgen im sozialen Umfeld <ul style="list-style-type: none"> • in Partnerschaft, Familie und Freundeskreis • im Kontakt mit unbekanntem Menschen • Unfallfolgen im Bezug auf die berufliche und finanzielle Situation <ul style="list-style-type: none"> • Wiedereinstieg in den Beruf bzw. Arbeitslosigkeit oder Berentung • finanzielle Veränderungen • ggf. Gerichtsverfahren und Begutachtungen • psychische Unfallfolgen <ul style="list-style-type: none"> • z.B. bezüglich Körperbild und Selbstbild • psychotherapeutische Behandlungen • Auswirkungen auf Religiosität, Spiritualität, allgemeine Lebenszufriedenheit

Datenauswertung

Erstellung des Kategoriensystems: Die auf Tonband aufgezeichneten Interviews wurden transkribiert. Anschließend wurde eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2003, mit den drei Schritten zusammenfassende Inhaltsanalyse, explizierende Inhaltsanalyse, strukturierende Inhaltsanalyse) vorgenommen. Die zusammengefassten und ggf. explizierten Inhalte wurden Haupt- und Unterkategorien zugeordnet, so dass ein hierarchisches Kategoriensystem entstand. In den beiden übergeordneten Bereichen „Belastungsfaktoren“ und „Ressourcen“ wurde eine Unterteilung in jeweils fünf identische Hauptkategorien vorgenommen, nämlich in „körperlich“, „psychisch“, „sozial“, „beruflich“ und „im Alltag/finanziell“. Die fünf Hauptkategorien wurden jeweils zusätzlich in maximal vier weitere Subebenen ausdifferenziert. Die den Hauptkategorien unterstellten Subkategorien erster bis vierter Ordnung waren in den Bereichen „Belastungsfaktoren“ und „Ressourcen“ jeweils verschieden und standen erst nach mehrfachem Durchlaufen der drei Schritte fest.

Reliabilität: Um eine höhere intersubjektive Vergleichbarkeit zu erreichen, wurde die Zuordnung dreier zufällig ausgewählter Interviewtranskripte (14% der Gesamtdatensätze) durch eine weitere Projektmitarbeiterin vorgenommen. Hierbei ergab sich eine Übereinstimmung von 65% hinsichtlich der Anzahl der von beiden Beurteilern getroffenen Codierungen, d.h. von 211 ursprünglich anhand der drei Interviews vorgenommenen Codierungen nahm die Mitarbeiterin 137 vor. Die Übereinstimmung der vorgenommenen Zuordnungen zu den ein-

zelenen Kategorien lag bei 93%, d.h. 128 der 137 vorgenommenen Recodierungen wurden von der Mitarbeiterin denselben Kategorien zugeordnet. Es zeigte sich also eine gute Übereinstimmung der Zuordnungen bis auf wenige Subkategorien, diese wurden anschließend reformuliert oder erneut zusammengefasst, um die Reliabilität zu erhöhen.

Durchführung der Codierung anhand des entwickelten Kategoriensystems: Nach Fertigstellung des endgültigen Kategoriensystems wurden alle Interviews mit Codenummern versehen. Antworten der Probanden wurden in stimmige inhaltliche Einheiten gegliedert. Es wurde darauf geachtet, diese Einheiten so festzulegen, dass sie inhaltlich in sich verständlich und dabei kleinstmöglich waren (d.h. so wenige Sätze wie möglich umfassten). Diese Einheiten wurden den einzelnen Subkategorien zugeordnet. Enthielt eine Einheit mehr als einen inhaltlichen Aspekt, konnte sie in mehreren Kategorien codiert werden. Bei der Codierung erhielt jeder Proband auf der untersten Ebene des Systems (also auf der Ebene der 4. Subkategorien) nur maximal eine kategoriale Zuordnung, d.h. Kategorien der 4. Ebene enthielten maximal 21 Nennungen. Aufgrund der Tatsache, dass bei der Zuordnung der zeitliche Verlauf nicht beachtet wurde, konnte es zum Teil vorkommen, dass Aussagen von ein und demselben Probanden in scheinbar widersprüchlichen Kategorien eingruppiert wurden. Eine Auswertung zu möglichen Veränderungen von Belastungsfaktoren und Ressourcen über die Zeit erfolgte in einem gesonderten Auswertungsschritt. Hierzu wurden durch die befragten Patienten beschriebene Entwicklungen über die Zeit analysiert, also von akuter Behandlungsphase, Entlassung-/ Rehabilitations- bzw. nachstationärer Phase bis hin zum Zeitpunkt des Interviews. In einem weiteren zusätzlichen Auswertungsschritt wurden die Zufriedenheitsurteilungen der Patienten mit der stationären Behandlung in der BG Unfallklinik Ludwigshafen sowie geäußerte Verbesserungsvorschläge zusammen getragen.

Ableitungen aus den qualitativen Befunden: Im Anschluss an die Entwicklung des Kategoriensystems und die Häufigkeitsauszählungen der Nennungen erfolgte ein weiterer interpretatorischer Schritt zur speziellen Fragestellung der vorliegenden Dissertation. Hierbei wurden Befunde zu zentralen Interviewaussagen zusammengefasst und analysiert, welche Ansatzpunkte sich für das geplante Gruppenbehandlungsprogramm extrahieren lassen.

Auswertung quantitativer Daten: Soziodemografische, unfallbezogene und medizinische Stichprobeninformationen wurden mithilfe des Statistikprogramms SPSS für Windows 10.0 deskriptiv ausgewertet.

1.2 Ergebnisse

1.2.1 Stichprobenbeschreibung

Soziodemografische Variablen: Das durchschnittliche Alter der Probanden betrug 44 Jahre bei einer Standardabweichung von 13,2 Jahren und erstreckte sich über einen Bereich von

16 bis 62 Jahren. Sieben der 21 Probanden verfügten über keine abgeschlossene Berufsausbildung. Tabelle 5 listet soziodemografische Angaben zur Stichprobe auf.

Tabelle 5: Soziodemografische Beschreibung der Stichprobe sowie Auflistung der Unfallursachen.

n=21 Angaben in Häufigkeiten (% in Klammern)		n=21 Angaben in Häufigkeiten (% in Klammern)	
Geschlecht:		Aktueller beruf. Status:	
weiblich	8 (38%)	Vollzeittätigkeit	9 (43%)
männlich	13 (62%)	Teilzeittätigkeit	3 (14%)
Bildungsstand:		arbeitslos	2 (10%)
Volks-/Hauptschule	12 (57%)	berentet	3 (14%)
Realschule	5 (24%)	Schüler, Student/-in	2 (10%)
Fach-/Abitur	4 (19%)	Hausfrau/-mann	1 (5%)
Hochschulabschluss	2 (10%)	Unfallursache:	
Familienstand:		Flamme	9 (43%)
ledig	5 (24%)	Verbrühung	4 (19%)
geschieden	4 (19%)	heißes Material	3 (14%)
verheiratet	12 (57%)	Strom	3 (14%)
Kinder vorhanden	16 (76%)	Explosion	2 (10%)

Unfallbezogene Daten: Bezüglich der Unfallumstände zeigte sich ein heterogenes Bild: Jeweils acht der 21 Teilnehmer (33%) gaben Arbeits- bzw. Haushaltsunflle an. Bei drei Probanden hatte sich der Brandunfall im Freizeitbereich ereignet (z.B. beim Grillen). Ein Patient war im Rahmen einer unsachgemäß durchgeführten medizinischen Operation verbrannt worden und eine Patientin hatte sich vor dem Hintergrund einer akuten psychotischen Episode selbst angezündet. Die Verbrennung erfolgte in neun der 21 Fälle durch Flammen (43%), in vier Fällen durch Verbrühung (19%), in jeweils drei Fällen (14%) durch Strom bzw. den Kontakt mit heißen Flüssigkeiten (wie z.B. Gelatine) und in zwei Fällen durch Explosionen (10%). Zu den medizinischen Angaben der Stichprobe siehe Tabelle 6.

Tabelle 6: Durchschnittswerte der Stichprobe hinsichtlich prozentual verbrannter Körperoberfläche (%VKOF) und ABSI-Score.

	Range (n=21)	M	SD
Verbrannte Körperoberfläche (in %)	1-48,5%	15,1	13,3
ABSI-Score	3-9 (Sterbewahrscheinlichkeit <1 bis 30-50%)	5,2	1,9

Die Behandlungsdauer in der BG Unfallklinik Ludwigshafen umfasste zwischen 15 und 225 Tage. Durchschnittlich wurden die Patienten 46,1 Tage stationär behandelt (SD 56,1). 16 (=76%) der 21 Probanden wurden ausschließlich in der BG Unfallklinik behandelt, bei fünf Probanden erfolgte eine Erst- oder Rehabilitationsbehandlung in einer anderen Klinik. Der Zeitraum zwischen Unfallgeschehen und der Befragung lag zwischen 19 und 34 Monaten (M 24,9 Monate, SD 4,8). Fünf der 21 Probanden (23%) wiesen prämorbid ernstzunehmende

Vorerkrankungen auf, welche entweder ursächlich am Zustandekommen des Unfalls beteiligt waren (z.B. Selbstverbrennung im Rahmen einer akuten Psychose, Verbrühung beim Duschen durch Unterzucker bei Diabetes oder beim Kochen im Rahmen eines epileptischen Anfalls) oder eine bedeutsame Komplikation im Genesungsprozess nach dem Brandunfall darstellten (z.B. Luftröhrenkrebs). Eine zusätzliche Tabelle im Anhang A liefert eine Auflistung der Fälle und detaillierte Informationen zu den einzelnen Probanden.

Im Folgenden sei kurz auf die Jahresstatistik der deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Verbrennungsmedizin (DAV) Bezug genommen (Steen, persönliche Mitteilung), um die Stichprobenangaben der vorliegenden Studie hiermit zu kontrastieren. Diese Jahresstatistik enthält Basisdaten zu allen innerhalb eines Jahres in den insgesamt 20 deutschen, schweizerischen und österreichischen Brandverletzentren behandelten Patienten (und kann somit als repräsentativ für die Population Brandverletzter angesehen werden). Für das Jahr 2004 wurden 1683 Patienten registriert. 73% hiervon waren männlich. Bei 60% lagen Haushalts-, bei 25% Arbeitsunfälle vor. Die durchschnittliche Liegedauer betrug 18 Tage. Die im Mittel verbrannte Körperoberfläche lag bei 22,6%, der durchschnittliche ABSI-Score bei 6,3.

Was das Geschlechterverhältnis betrifft, so handelt es sich bei den 21 untersuchten Probanden um eine Gruppe, die dem Gros der stationär behandelten Brandverletzten entspricht. Dass das Verletzungsmaß in der untersuchten Stichprobe etwas unter dem der DAV-Statistik liegt, muss auch vor dem Hintergrund bewertet werden, dass in dieser Statistik verstorbene Patienten enthalten sind. Über alle Zentren hinweg sind dies immerhin 15% der Aufnahmen.

1.2.2 Interviewergebnisse

Das Kategoriensystem

Auf Grundlage der Interviewtranskripte wurde entsprechend dem skizzierten methodischen Vorgehen jeweils ein Kategoriensystem zu Belastungsfaktoren und eines zu Ressourcen mit fünf Haupt- und bis zu jeweils vier Subkategorien entwickelt und die Häufigkeiten der Nennungen einzelner Themen durch die Probanden ausgezählt. Tabelle 7 zeigt jeweils die Haupt- sowie die Subkategorien 1. Ordnung der Bereiche „Belastungsfaktoren“ und „Ressourcen“. Häufigkeitsangaben der Nennungen sowie Prozentangaben sind in Klammern aufgeführt. Im Bereich „Belastungsfaktoren“ wurden insgesamt 461 Nennungen registriert (=100%), im Bereich „Ressourcen“ wurden mit 548 Nennungen wesentlich mehr Einheiten codiert (=100%). Es wird deutlich, dass im Bereich der körperlichen Belastungen die meisten Nennungen erfolgten (34%), im Bereich der Ressourcen dagegen vor allem zu sozialen (42%) und zu psychischen (23,5%) Ressourcen. Abbildung 3 veranschaulicht diese Verhältnisse grafisch. Eine komplette grafische Darstellung des Kategoriensystems und der vorgenommenen Codierungen findet sich in Anhang B.

Tabelle 7: Haupt- und Subkategorien 1. Ordnung jeweils zu Belastungsfaktoren und Ressourcen.

Belastungsfaktoren* (insgesamt 461 Codierungen)		Ressourcen* (insgesamt 548 Codierungen)	
Hauptkategorien	Subkategorien 1. Ordnung	Hauptkategorien	Subkategorien 1. Ordnung
körperlich 157 (34%)	<ul style="list-style-type: none"> • im Zusammenhang mit der Behandlung • Einschränkungen 	körperlich 97 (18%)	<ul style="list-style-type: none"> • im Zusammenhang mit der Behandlung • unbeeinflussbare Faktoren (z.B. günstiger Heilungsprozess)
psychisch 123 (27%)	<ul style="list-style-type: none"> • Enttäuschung, Trauer, „Tiefs“, Depressivität • Unsicherheit • Ängste • Schuldgefühle • belastende Gedanken 	psychisch 129 (23,5%)	<ul style="list-style-type: none"> • Coping-Strategien • Coping-Verhalten • Posttraumatic Growth
sozial 72 (16%)	<ul style="list-style-type: none"> • im Kontext der Behandlung • im privaten Kontext 	sozial 229 (42%)	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfe/ Unterstützung • Posttraumatic Growth • neue Kontakte infolge des Unfalls
beruflich 20 (4%)	<ul style="list-style-type: none"> • Probleme beim Wiedereinstieg 	beruflich 51 (9%)	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfe beim Wiedereinstieg • Vorteile durch den Unfall • Arbeitstätigkeit als Ressource
im Alltag 89 (19%)	<ul style="list-style-type: none"> • Probleme durch körperliche Einschränkungen • Zeitverlust/hoher Zeitaufwand • finanzielle Einschränkungen • sonstige 	im Alltag 42 (7,5%)	<ul style="list-style-type: none"> • positive Folgen/Auswirkungen des Unfalls • sonstige

* Anzahl der Nennungen in den jeweiligen fünf Hauptkategorien, Prozentangaben in Klammern (wobei 100% jeweils der Gesamtanzahl der Nennungen im Bereich Belastungsfaktoren bzw. Ressourcen entsprechen).

Im Folgenden werden die von den Probanden am häufigsten genannten Kategorien vorgestellt. Bei den Beschreibungen sind in Klammern jeweils Häufigkeitsangaben dazu angegeben, wie viele der insgesamt 21 Probanden eine Nennung zur jeweiligen Kategorie vornahmen. Um einzelne Kategorien eindrücklicher zu machen, werden der Ergebnisdarstellung jeweils ein bis zwei für die Hauptkategorie prototypische Zitate aus den Interviewtranskripten voran gestellt und in eckigen Klammern aufgeführt, welchen Kategorien des Systems diese Zitate zugeordnet wurden.

Interviewergebnisse zu Belastungsfaktoren

Körperliche Belastungsfaktoren: „... mordsmäßige Schmerzen... (...) Ich dachte immer, ich wäre so richtig hart, aber das hat mir ganz klar die Grenzen gezeigt...“ [körperlich – Einschränkungen – Haut – Schmerzen]

Die am häufigsten von den Patienten genannten Belastungen im körperlichen Bereich waren Bewegungseinschränkungen (n=16), Schmerzen (n=14) und die erhöhte Sonnenempfindlichkeit der verletzten Hautareale (n=12). Zusätzlich nannten 13 Patienten als beeinträchtigend, dass die Heilung der Haut lange dauerte und Wunden immer wieder aufbrachen. In Bezug auf die medizinische Behandlung wurden körperliche Belastungen vielfach im Zusammenhang mit mangelhafter Expertise ambulanter Nachbehandler (n=9) sowie mit nicht

ausreichender Zahlung von Rehabilitationsmaßnahmen durch die Kostenträger (n=10) beklagt. Das Tragen der Kompressionsbandagen wurde von 15 Patienten als unangenehm und belastend beschrieben, z.B. aufgrund von Schwitzen, Drücken oder Jucken.

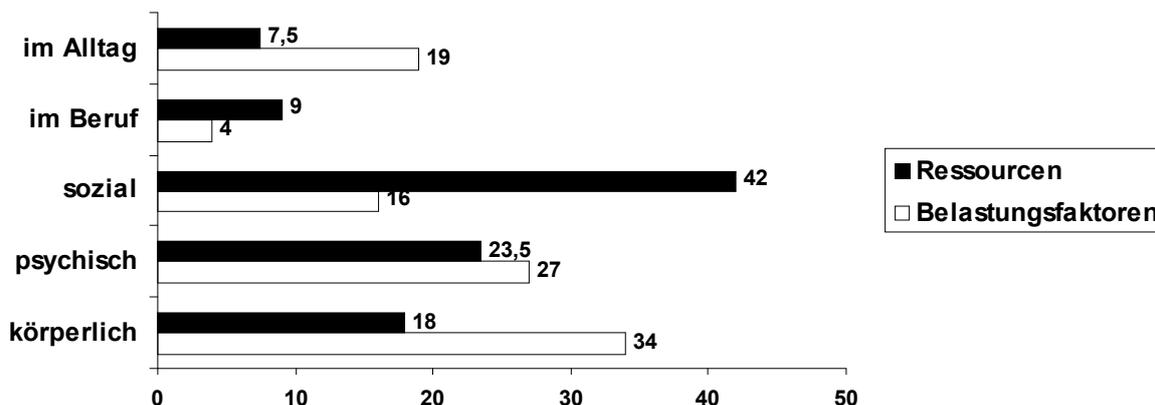


Abbildung 3: Prozentualer Anteil der Nennungen in den fünf Hauptkategorien an den Gesamtnennungen* für die Bereiche „Belastungsfaktoren“ und „Ressourcen“.

* wobei bei Belastungsfaktoren 461 Nennungen=100% und bei den Ressourcen 548 Nennungen=100%

Psychische Belastungsfaktoren: „... meine Hände... wie Schweinspfoten. Da dachte ich: Das gehört doch nicht zu Dir!“ [psychisch – Enttäuschung/Depressivität – bzgl. Körperbild – Gefühl der Entstellung/Unattraktivität]; „Von einem Tag auf den anderen war diese heile Welt, die vorher da war, wirklich komplett weg, innerhalb von Sekunden... das war schon ein Moment der absoluten Hilflosigkeit.“ [psychisch – Ängste – Kontrollverlust]

Abbildung 4 gibt einen Überblick über die Häufigkeiten der Nennungen zu psychischen Belastungsfaktoren auf der Ebene der 1. Subkategorien. Betrachtet man die prozentuale Verteilung der Gesamtnennungen, so stellen Ängste (33%), das Erleben von Unsicherheit (23%), sowie Enttäuschung, Trauer und Depressivität (25%) die wesentlichen Bereiche dar. Zu Schuldgefühlen bzgl. des Unfallgeschehens gab es insgesamt nur zwei Nennungen (2%). Belastende Gedanken dagegen machten insgesamt 17% der Nennungen zu psychischen Belastungsfaktoren aus. Insbesondere wurden hier Gedanken des Nicht-Akzeptierens der Situation und des veränderten Körpers (n=10) oder Gedanken hinsichtlich der Erinnerungen an den Unfall (n=6) genannt.

Mehr als zwei Drittel der Probanden berichteten über phasenweise emotionale Tiefpunkte, z.B. Gefühle von Enttäuschung, Trauer oder Depressivität. Häufigste Ursache hierfür waren die Veränderungen des Körpers (n=13), z.B. das Gefühl von Unattraktivität und Entstellung (n=6), was vor allem von weiblichen Befragten als belastend beschrieben wurde, aber auch lange Arbeitsunfähigkeitszeiten oder infolge des Unfalls bestehende Arbeitslosigkeit (n=7). Auch das Ausbleiben von Formen der symbolischen Anerkennung des Erlittenen und Wie-

dergutmachung (n=4) stand bei manchen in Zusammenhang mit psychischen Tiefs. Über Suizidalität vor dem Hintergrund von Körperakzeptanzproblemen bei Amputation berichtete lediglich eine Probandin. Unsicherheit wurde bei 14 der befragten Patienten durch wahrgenommene Mängel in der medizinischen Behandlung ausgelöst, z.B. durch Zweifel an der Richtigkeit der Behandlung oder ungenügende Informationen über Behandlungsverlauf und Prognose. Unsicherheiten im Bezug auf ein noch nicht abgeschlossenes Verfahren (z.B. zur Bestimmung des Grades der Behinderung GdB/der Minderung der Erwerbsfähigkeit MdE, Rentenverfahren) war für sieben Patienten zum Zeitpunkt des Interviews eine zentrale Belastung. Von den Probanden geschilderte Ängste waren vor allem auf den Körper bezogen (n=14). Neben Schmerzen wurden insbesondere bleibende Funktions- und Bewegungseinschränkungen sowie dauerhafte Entstellung befürchtet. Zwölf der Befragten äußerten Ängste in Zusammenhang mit dem Erleben von Kontrollverlust (z.B. durch die Erfahrung der eigenen Hilflosigkeit und des Angewiesenseins auf fremde Hilfe). Vier Patienten gaben an, Angst vor den Reaktionen anderer Menschen auf ihren veränderten Körper hin gehabt zu haben/zu haben. Drei Patienten berichteten über posttraumatische Symptome, insbesondere über als unangemessen groß erlebte Angst vor Feuer (n=3) und Intrusionen (n=2). Drei Probanden schilderten dissoziative Zustände infolge des Unfallgeschehens.

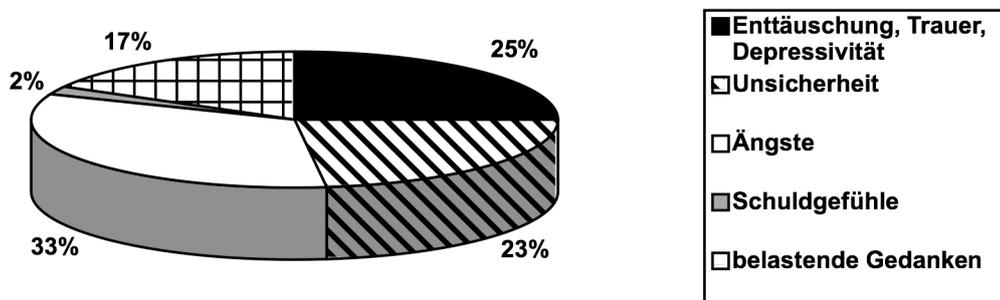


Abbildung 4: Häufigkeiten der Nennungen zu psychischen Belastungsfaktoren.*

* Angaben in Prozent, insgesamt wurden in dieser Kategorie 123 Nennungen (=100%) codiert.

Soziale Belastungsfaktoren: „Viele sind auf die andere Straßenseite gegangen, die haben mich gemieden.“, „Sobald man sich umdreht, starren die einen wirklich an. Da denkt man sich manchmal, gleich fallen ihnen die Augen raus.“ [sozial – privat – Reaktionen anderer – auf sichtbare Verletzungen hin]

Dieser Bereich wurde in zwei Hauptaspekte untergliedert: Belastungsfaktoren im Kontext der Behandlung und Belastungsfaktoren im privaten Bereich. Insgesamt elf Patienten schilderten Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Behandlung: So wurde beklagt, dass Behandler sich zum Teil zu wenig Zeit zur Gabe von Informationen und Beantwortung von Fragen ge-

nommen hätten. Einzelne Patienten berichteten über als entwürdigend erlebte Erfahrungen im Kontakt mit Behandelnden und/oder Gutachtern. Auch bemängelten insgesamt fünf Patienten, trotz bestehendem Bedarf keine psychologische Unterstützung erhalten zu haben und berichteten über auch im Anschluss an die stationäre Behandlung bestehende Schwierigkeiten, eine adäquate psychologische Behandlung zu finden. Im privaten Bereich erlebten neun Patienten in der Folge des Unfalls eine Beziehungsverschlechterung, z.B. zu den eigenen Kindern oder zu Freunden. Als belastend wurden auch die Reaktionen Anderer im sozialen Miteinander benannt (n=9), z.B. Anstarren, die Straßenseite wechseln oder als zudringlich erlebte Nachfragen zum Vorgefallenen. Mehr als die Hälfte der Patienten berichtete über Phasen quälender innerer Isolation (n=11), z.B. aufgrund eigens herbeigeführten sozialen Rückzugs aus Angst davor, den verletzten Körper zu zeigen oder über das Geschehene zu sprechen. Andere Patienten erlebten starke Belastung im Zusammenhang mit stationären Isolierungsmaßnahmen (z.B. durch Hygienevorschriften bei Keimbefall).

Berufliche Belastungsfaktoren: „Dann haben die wieder versucht, mich [im Beruf] einzugliedern und es ist wieder nicht gegangen. (...) Dann ist das Tief immer weiter runter gegangen, (...) da bin ich immer tiefer gesunken.“ [beruflich – Probleme beim beruflichen Wiedereinstieg – psychische]

Im beruflichen Bereich äußerten elf Patienten Schwierigkeiten beim Wiedereinstieg in die Arbeitstätigkeit, z.B. durch körperliche Beschwerden wie Schmerzen oder Bewegungseinschränkungen, aber auch aufgrund psychischer Probleme, wie beispielsweise durch Ängste bei der Konfrontation mit dem Unfallort. Außerdem bemängelten einige Patienten, von Vorgesetzten und Kollegen zu wenig Unterstützung, Rücksicht- und Anteilnahme erfahren zu haben.

Finanzielle Belastungsfaktoren und Belastungsfaktoren im Bereich alltäglicher Aktivitäten: „Jetzt habe ich ... noch 1150 Euro zur Verfügung. Habe mal 2800 verdient, netto. Das ist eine Umstellung... wir waren schon drei Jahre nicht mehr im Urlaub.“ [alltäglich - finanzielle Einschränkungen – geringerer Verdienst]

Fast die Hälfte der Probanden musste zumindest zeitweilig finanzielle Einschränkungen durch den Unfall hinnehmen, vier berichteten über dauerhafte finanzielle Einbußen. Im Bereich alltäglicher Aktivitäten schilderten 13 Patienten durch körperliche Einschränkungen verursachte Beeinträchtigungen bei der Durchführung ihrer Hobbys, als belastend wurde auch der hohe zeitliche Aufwand für die Durchführung von Behandlungen genannt (n=6). Insgesamt fünf Patienten äußerten, im Rahmen der stationären Behandlung nur unzureichend auf den Alltag vorbereitet worden zu sein.

Interviewergebnisse zu Ressourcen

Körperliche Ressourcen: „Ich habe viel selber zu Hause geübt, ich habe Knete und so Zeugs da. Damit habe ich mich dann jeden Tag beschäftigt.“ [körperlich – Behandlung – Bewegung – Übungen in Eigenregie]

Im körperlichen Bereich erwähnte eine Mehrheit der Probanden (n=15) die Behandlung mit Kompressionsbandagen (die gleichzeitig aufgrund von Jucken, Schwitzen und Beengung von vielen als belastend wahrgenommen wurde) als hilfreich, insbesondere aufgrund der eindrücklichen narben- und hautglättenden Wirkung. 14 Patienten lobten physiotherapeutische Maßnahmen als hilfreich und 13 gaben an, viele der Übungen regelmäßig und konsequent im Alltag in Eigenregie als eine Art der „Selbsttherapie“ durchgeführt zu haben, was das Selbstwirksamkeitserleben gesteigert habe. Zwölf Patienten strichen als motivierend und unterstützend heraus, einen positiven und erwünschten körperlichen Heilungsprozess beobachtet zu haben.

Psychische Ressourcen: „Ich habe keine andere Wahl... das muss ich akzeptieren. Da brauche ich nicht zu weinen oder mich selbst zu beschimpfen. Für was denn? Passiert ist passiert. Ich bin derselbe Mann wie vorher.“ [psychisch – Coping-Strategien – optimistische – Akzeptanz]; „Ich habe gemerkt, dass was Äußerlichkeiten angeht, dass das nicht nur wichtig ist. Ich habe mir schon Gedanken gemacht, was eigentlich einen Menschen ausmacht.“ [psychisch – Posttraumatic Growth – Wachstum im spirituellen Bereich – Gedanken gemacht, was den Mensch wirklich ausmacht]

55% der Gesamtnennungen zu psychischen Ressourcen waren den kognitiven Copingstrategien zuzuordnen (optimistische, realistische und selbst-schützende kognitive Strategien), 29% bezogen sich auf Coping-Verhalten und 16% auf Schilderungen hinsichtlich persönlichen Wachstums im Sinne von „*posttraumatic growth*“ (vgl. Tedeschi & Calhoun, 1996 und Tedeschi & Calhoun, 2004, siehe auch II.3.2). Als eingesetzte kognitive Copingstrategien schilderten viele Patienten aktives Fokussieren auf Positives und Fortschritte (n=7), Akzeptanz (n=19), Hoffnung (n=4) und Geduld (n=10), sowie „downward-comparison“, also die Vergegenwärtigung des eigenen Glücks im Sinne einer Relativierung („es gibt noch viel schlimmere Fälle als meinen“, n=10). 16 Patienten berichteten über aktives Copingverhalten, z.B. durch Ablenkung (n=10) oder auch durch regelmäßige Ausführungen von Trainingsübungen in Eigenregie. Bis auf zwei Probandinnen gaben alle Interviewten an, den durch den Unfall dauerhaft veränderten Körper und die gewandelte Lebenssituation zum Zeitpunkt des Interviews zu akzeptieren (n=19). Abbildung 5 gibt zum Aspekt „*posttraumatic growth*“ eine differenzierte Darstellung und macht deutlich, dass vor allem eine erhöhte Wertschätzung des Lebens durch Konfrontation mit der eigenen Verletzlichkeit/Endlichkeit, eine Veränderung von Prioritäten und Wertigkeiten sowie das Erleben erhöhter persönlicher Stärke

häufig von den Interviewten genannt wurden, was auch im Sinne eines Akkomodationsprozesses nach Brandtstädter (2002; siehe II.3.2) interpretiert werden kann.

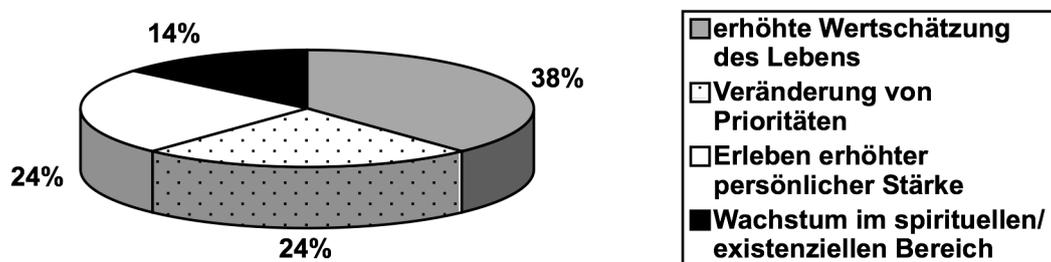


Abbildung 5: Häufigkeiten der Nennungen zur psychischen Ressource „posttraumatic growth“.*

* Angaben in Prozent, insgesamt wurden 21 Nennungen (=100%) codiert.

Soziale Ressourcen: „Sehr haben mir die Pfleger geholfen, rein vom Menschlichen her, alles sehr einfühlsame und nette Leute.“ [sozial – Hilfe/Unterstützung – personal – Behandler]; „wir haben echt eine ganz tolle Betreuung und Anteilnahme erfahren... Familie... Freundeskreis... Nachbarschaft. ... Deshalb war eigentlich die Summe der positiven Eindrücke sogar größer als die der negativen.“ [sozial – Hilfe/Unterstützung – personal – privat]

Hinsichtlich sozialer Ressourcen berichteten alle 21 Patienten, Unterstützung durch andere erfahren zu haben. Hier wurde insbesondere die professionelle Unterstützung durch Pflegepersonal (n=20) und Ärzte (n=16) sowie im privaten Bereich durch Familie (n=17), Freunde (n=11) und Partner (n=10) unterstrichen. Als besonders hilfreich wurde psychische Unterstützung in Form von Anteilnahme und Interesse anderer in Gesprächen (n=17), bei Besuchen (n=14) sowie die Gabe von Informationen (z.B. Prognosen, Tipps, medizinisches Wissen; n=11) erlebt, ferner, wenn von anderen auf eigene Bedürfnisse eingegangen wurde (n=14) oder Aufmunterung erfolgte (n=9). Fast die Hälfte der Probanden (n=10) schilderte eine grundsätzliche Veränderung im Erleben von Beziehungen infolge des Unfalls: Beziehungen wurden enger, intimer oder bedeutungsvoller erlebt und ein Zusammenrücken, ein engerer Zusammenhalt sowie eine hohe Dankbarkeit gegenüber anderen Menschen beschrieben. Einzelne (n=4) erwähnten auch, ihre Fähigkeit, sich in andere Menschen einzufühlen und mit dem Leid anderer mitzufühlen, habe sich durch das Erleben des Unfalls und seiner Folgen vergrößert.

Berufliche Ressourcen: „Wenn du daheim bist, dann fängst du an, über alles nachzudenken, und das wird dann immer schlimmer. Und so weiß ich, wenn ich arbeite, dann habe ich Ablenkung.“ [beruflich – Arbeitstätigkeit als Ressource – Ablenkung]

Hinsichtlich des beruflichen Bereichs war für insgesamt 12 Probanden der Wiedereinstieg in das Arbeitsleben nach längerer Arbeitsunfähigkeit eine zentrale Ressource. Hierbei zentrale Wirkfaktoren waren Unterstützung durch den Vorgesetzten und Kollegen, auch in Form von Anteilnahme, Interesse und einer Würdigung dessen, was der Patient erlitten hatte, sowie ferner die Rücksichtnahme auf die verletzungsbedingten körperlichen Einschränkungen des Patienten. Mehr als ein Viertel der Patienten (n=6) erlebte es für den Genesungsprozess als wesentlich, wieder einer Arbeitstätigkeit nachgehen zu können, insofern wurde das Tätigsein selbst als bedeutungsvolle Ressource und Ablenkungsmöglichkeit angesehen und in seinem günstigen Einfluss auf die Körperakzeptanz erwähnt.

Ressourcen im Alltag: „... dass ich nicht mehr rauche... Wenn der Unfall nicht passiert wäre ... ich würde heute noch rauchen.“ [alltäglich – positive Folgen des Unfalls – Lebensführung]

Im Bereich Alltag war für zehn Patienten der Klinikalltag stützend (z.B. wurden Freizeitmöglichkeiten und das gute Essen gelobt). Insgesamt fünf Patienten gaben als Auswirkung des Unfalls und seiner Folgen an, grundsätzlich auf eine gesündere Lebensführung Wert zu legen und generell sorgsamer mit dem eigenen Körper umzugehen (z.B. nach dem Unfall das Rauchen aufgegeben zu haben). 13 Patienten bewerteten als hilfreich, im Rahmen der stationären Behandlung gut auf die Anforderungen des Alltags vorbereitet worden zu sein. Fünf Probanden strichen die Kulanz der Erstattung von Behandlungskosten durch den jeweiligen Kostenträger als positiv heraus.

Zeitlicher Verlauf von Belastungsfaktoren und Ressourcen über zwei Jahre

Der folgende Abschnitt beleuchtet die Relevanz verschiedener Belastungsfaktoren und Ressourcen über die Zeit, d.h. es wird betrachtet, in welchen Zeitphasen nach dem Unfall bis hin zum Zeitpunkt des Interviews welche belastenden und hilfreichen Aspekte für die Probanden besonders im Vordergrund standen.

Zeitlicher Verlauf der Belastungsfaktoren vom Zeitpunkt des Unfalls bis zum Interview: In der Akutphase der Behandlung wurden vom Großteil der Probanden körperliche Belastungen als am Wesentlichsten beschrieben. Einschränkungen in der Beweglichkeit oder durch Schmerzen nahmen im Verlauf des körperlichen Heilungsprozesses deutlich ab. Patienten, die zum Zeitpunkt des Interviews noch über Funktionseinschränkungen berichteten, nahmen diese ausgesprochen negativ wahr und äußerten diesbezüglich starke Belastetheit. Als insgesamt über einen sehr langen Zeitraum bestehend schilderten viele Probanden Hautsensibilitätsstörungen, eine erhöhte Sonnenempfindlichkeit der Haut sowie eine verringerte körperliche Belastbarkeit und Ausdauer. Vorübergehende körperliche Probleme waren bei Einzelnen Gewichtsprobleme, Allergien und Schlafstörungen. Belastungen durch die Behandlung wurden ebenfalls vorwiegend für die Zeit der Akut- und Rehabilitationsphase geschildert, wobei

Unzufriedenheit mit der ambulanten Nachsorge zusätzlich zum Zeitpunkt der Interviewdurchführung bei einigen Probanden weiterhin aktuell war. Auch das für viele Patienten unangenehme Tragen der Kompressionsbandagen erstreckte sich über eine Zeit von bis zu zwei Jahren nach dem Unfallereignis.

Viele der psychischen Belastungen schienen von den befragten Patienten vor allem in der unmittelbar ersten Zeit nach dem Unfall erlebt worden und anschließend abgeklungen zu sein. Bei den meisten Probanden verringerten sich Gefühle wie Trauer, Enttäuschung und Depressivität im Zusammenhang mit dem veränderten Körper über die Zeit hinweg, und eine zunehmende Akzeptanz der gewandelten Lebenssituation gelang. Bleibende psychische Probleme wurden als besonders belastend erlebt. Eine Probandin äußerte suizidale Gedanken im Zusammenhang mit einer Armamputation. Einige Patienten erlebten auch zum Zeitpunkt des Interviews noch Depressivität, Enttäuschung, (existenzielle) Ängste und Wut vor dem Hintergrund ausbleibender Wiedergutmachung (z.B. durch Rentenstreitigkeiten oder als entwürdigend empfundene Begutachtungen zur Festlegung der MdE/des GbB). Während die meisten Ängste und Unsicherheiten im Behandlungsverlauf abzunehmen schienen, zeigten einige Probanden das zeitverzögerte Auftreten posttraumatischer Symptomatik wie Intrusionen und Flashbacks und berichteten massive Verunsicherung im Zusammenhang hiermit. Ebenso wurden von vielen der Befragten Erinnerungen und Bilder an den Unfall und die stationäre Behandlung noch lange Zeit später als belastend erlebt. Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung entstand also bei einigen Probanden erst Wochen und Monate nach dem eigentlichen Unfall und nach Abheilen der körperlichen Verletzungen. Keiner der Patienten fühlte sich hierauf vorbereitet, zentrale Gefühle gegenüber diesen persistierenden und zum Teil schlimmer werdenden psychischen Symptomen waren Überforderung und Scham. Fehlende professionelle psychologische Unterstützung wurde von einzelnen Patienten auch zwei Jahre nach dem Unfallgeschehen beklagt.

Einige soziale Belastungsfaktoren klangen nach Behandlungsabschluss ab, einzelne Patienten berichteten jedoch über das Fortbestehen von Beziehungsverschlechterungen, Verschlechterungen in ihrem Sexualleben sowie über Beziehungs- und Kontaktabbrüche. Negative Reaktionen anderer auf den veränderten Körper wurden vor allem in den Wochen unmittelbar nach stationärer Entlassung als belastend erlebt, nahmen in ihrer Wichtigkeit jedoch mit der Zeit ab, so dass davon auszugehen ist, dass bei den meisten Patienten eine Habituation erfolgte. Selbsterbeigeführte Isolation wurde insbesondere in der Rehabilitationsphase berichtet und bestand zum Teil bis zum Zeitpunkt der Interviewdurchführung fort. Einige Patienten äußerten, es sei ihnen nach wie vor nicht möglich, über ihre Erlebnisse und Gefühle im Zusammenhang mit dem Unfall mit nahen Angehörigen zu sprechen.

Bezüglich beruflicher Belastungsfaktoren ist sicherlich der Wiedereinstieg als Höhepunkt der Belastung (gleichzeitig aber in vielen Fällen auch als zentrale Ressource) zu bewerten. Erfolgte auf den Unfall hin Arbeitslosigkeit oder Berentung, so führte dies bei den meisten Patienten zu einer lang anhaltenden Krise und zum Teil zu massiven Gefühlen der Nutz- und

Sinnlosigkeit. Bei einigen Probanden war die finanzielle Situation bleibend verschlechtert, z.B. durch Berentung, Teilzeittätigkeit oder Wegfall von Schichtzulagen. Nur einem Proband gelang es, die Berentung als Bereicherung sowie als Zugewinn an persönlicher Freiheit zu betrachten und zu genießen.

Belastungsfaktoren im Alltag hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit und der Probleme bei der Verrichtung alltäglicher Tätigkeiten verringerten sich über die Zeit analog zum Abklingen körperlicher Belastungsfaktoren und zur Verbesserung der Funktion, ebenso der zeitliche Aufwand durch die Teilnahme an den ambulanten Therapiemaßnahmen und Arztbesuchen. Bei den meisten Probanden war die Behandlung abgeschlossen, nur einzelne waren zum Zeitpunkt des Interviews nach wie vor in ambulante Nachsorgeangebote involviert oder sahen erneut stationären Aufhalten und operativen Eingriffen entgegen.

Tabelle 8 gibt einen Überblick über das Vorliegen von Belastungsfaktoren in den fünf Hauptkategorien zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Behandlungsprozess. Wie deutlich wird, spielen körperliche, psychische und soziale Belastungsfaktoren für viele Patienten vor allem in der akuten Behandlungsphase eine zentrale Rolle. In der Rehabilitationsphase wurden in allen fünf Hauptkategorien von vielen Brandverletzten Belastungen empfunden. Diese Phase stellt also für viele brandverletzte Patienten eine besonders belastende und fordernde dar. Belastungsfaktoren, die bis zum Zeitpunkt des Interviews andauerten, bestanden für viele Probanden insbesondere im körperlichen und psychischen Bereich.

Tabelle 8: Präsenz der Belastungsfaktoren in den einzelnen Hauptkategorien zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Behandlungsprozess.*

Hauptkategorien	Akute Behandlungsphase	Rehabilitationsphase**	zum Zeitpunkt des Interviews andauernd
Körperlich	XX	XX	XX
Psychisch	XX	XX	XX
Sozial	XX	XX	X
im Beruf		XX	X
im Alltag	X	XX	X

* Wobei: **XX**= für neun und mehr Probanden belastend, **X**= für einige, also 1-9 Probanden belastend

** Rehabilitationsphase meint hierbei sowohl die stationäre Rehabilitation (Behandlung in einer speziellen Rehabilitationseinrichtung oder auf einer weiterführenden Station) als auch ambulante Rehabilitationsmaßnahmen (z.B. intensive ambulante Ergo- oder Physiotherapie).

Zeitlicher Verlauf der Ressourcen vom Zeitpunkt des Unfalls bis zum Interview: Körperliche Ressourcen waren vor allem in Zeiten starker körperlicher Belastung, also in der akuten Behandlungsphase und in den ersten Monaten der Rehabilitationsphase relevant. Positive Effekte der Therapie mit Kompressionsbandagen waren für viele Patienten schon während der ersten Monate des Tragens ersichtlich, eine vollständige Abschätzung der Wirkung war jedoch erst bei Abschluss der Behandlung nach circa ein bis zwei Jahren möglich.

Die Wichtigkeit des langfristigen Einsatzes psychischer Ressourcen zur Bewältigung der mit dem Unfall und seinen Folgen einhergehenden Anforderungen wurden vielfach deutlich: Zahlreiche Probanden gaben z.B. an, zum Zeitpunkt des Interviews ihren Körper akzeptieren zu können, was jedoch zunächst nicht möglich gewesen sei. Akzeptanz, Geduld, Hoffnung und Fokussierung auf Fortschritte waren besonders für Patienten mit lang anhaltenden körperlichen Einschränkungen wichtige Strategien. Veränderungen im Sinne von „*benefit finding*“ (Mohamed & Böhmer, 2004) und „*posttraumatic growth*“ (Tedeschi & Calhoun, 1996, 2004; siehe II.3.2), z.B. in Form einer erhöhten Wertschätzung des Lebens, entwickelten sich meist erst langfristig, aber dauerhaft bleibend. Es scheint sich hierbei um in generelle und anhaltende Einstellungsänderungen mündende komplexe Verarbeitungs- und Auseinandersetzungsprozesse zu handeln. Allerdings hatten viele Patienten bereits recht kurzfristig nach dem Unfall euphorische Gefühle bezüglich des eigenen Überlebens, die jedoch nicht dauerhaft anhielten, wenn im Behandlungsprozess Stagnationen eintraten oder langfristig bleibende Einschränkungen deutlich wurden.

Die Wichtigkeit sozialer Unterstützung sowohl im Kontext der Behandlung durch das Personal sowie im privaten Bereich über den gesamten Zeitraum von Unfallgeschehen bis zum Zeitpunkt des Interviews hinweg wurde bei nahezu allen Probanden deutlich. Unterstützung und erfahrene Akzeptanz durch andere waren für viele Probanden wichtige Hilfen auf dem Weg hin zu erhöhter Selbstakzeptanz des veränderten Körpers und der funktionellen Einschränkungen. Aus der erfahrenen Unterstützung resultierte bei vielen Patienten das Erleben engerer, intimerer und bedeutungsvoller Beziehungen. Nach dem Unfall neu entstandene Kontakte (z.B. zu Mitpatienten) hielten zum Teil bis zum Zeitpunkt des Interviews an.

Für viele Patienten stellte der Wiedereinstieg in den Beruf nach dem Krankenstand einen wichtigen Schritt im Genesungsprozess dar, zahlreiche Probanden erlebten ihn als Meilenstein beim „Eintritt in die Normalität“ und als wichtige Komponente des subjektiven Gesundheitserlebens. Als hilfreich beim Wiedereinstieg ins Berufsleben wurde soziale Unterstützung von Vorgesetzten und Kollegen beschrieben, z.B. durch Besuche oder Briefe.

Ressourcen im Alltag, wie beispielsweise eine generell gesundheitsbewusstere Haltung, hielten bis zum Zeitpunkt des Interviews an, ebenso wie finanzielle Ressourcen, z.B. durch Rentenbezüge, wobei diese von den Probanden sehr unterschiedlich erlebt und bewertet wurden: Entweder als Katastrophe, weil die berufliche Leistungsfähigkeit für immer verloren war, oder aber als Bereicherung und Chance, das Leben mehr nach den eigenen Bedürfnissen ausrichten zu können und mehr Zeit für Familie und Freizeit zur Verfügung zu haben.

Tabelle 9 verdeutlicht im Überblick das Vorliegen von Ressourcen in den fünf Hauptkategorien zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Behandlungsprozess. Es zeigt sich, dass in der akuten Behandlungsphase körperliche, psychische und soziale Ressourcen für viele Patienten im Vordergrund standen. Für die Rehabilitationsphase wurden von zahlreichen Probanden in allen fünf Hauptkategorien Ressourcen berichtet. Ressourcen, die bis zum Zeitpunkt

des Interviews andauerten, bestanden für viele Patienten besonders im psychischen, sozialen und alltäglichen Bereich.

Tabelle 9: Präsenz der Ressourcen in den einzelnen Hauptkategorien zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Behandlungsprozess.*

Hauptkategorien	Akute Behandlungsphase	Rehabilitationsphase	zum Zeitpunkt des Interviews andauernd
körperlich	XX	XX	X
psychisch	XX	XX	XX
sozial	XX	XX	XX
im Beruf	X	XX	X
im Alltag	X	XX	XX

* wobei: **XX**= für neun und mehr Probanden belastend, **X**= für einige, also 1-9 Probanden belastend

Zusammenfassung zum zeitlichen Verlauf von Belastungsfaktoren und Ressourcen: Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich berichtete Belastungsfaktoren bei den befragten Patienten über die zwei Jahre nach dem Brandunfall hinweg verringerten. Nahezu alle Probanden zeigten eine im zeitlichen Verlauf zunehmende Akzeptanz des veränderten Körpers und der veränderten Lebenssituation sowie die Tendenz, auch positive Folgen des Unfalls zu sehen, z.B. im Bereich intensivierter zwischenmenschlicher Beziehungen. Das Missglücken einer Rückführung ins Berufsleben, sei es bei der Wiederaufnahme der ursprünglichen Tätigkeit oder beim Versuch einer Umsetzung an einen „leidensgerechten Arbeitsplatz“, war eng mit dem Aufkommen und der Chronifizierung depressiver Stimmung verknüpft. Für viele Patienten stellte die geglückte Wiederaufnahme der Berufstätigkeit einen entscheidenden Aufschwungspunkt dar. Behandlungsbedürftige psychische Störungen traten bei einigen Patienten erst zeitverzögert und nach Heilung des Körpers auf.

Zufriedenheit mit der Behandlung in der BG Unfallklinik Ludwigshafen und Verbesserungsvorschläge der Probanden

90% der Patienten bewerteten die stationäre Behandlung in der BG Unfallklinik Ludwigshafen als sehr gut. Maßgeblichen Einfluss auf das positive Urteil der Patienten hatte neben dem hohen fachwissenschaftlichen und medizinischen Stand das als fachkompetent, freundlich, aufmunternd und unterstützend erlebte Pflegepersonal. Wurde Kritik an Aspekten der stationären Behandlung geäußert, so bezog sich dies vor allem auf Defizite in der Informationsgabe, welche zum Teil zu erheblicher Verunsicherung auf Seiten der Patienten führten. Zahlreiche Befragte äußerten den Wunsch nach mehr Transparenz bzgl. Vorgehen und Prognose sowie nach mehr und längeren Gesprächen mit den behandelnden Ärzten. Auch bisweilen rasche und unvorbereitete Entlassungen oder Verlegungen wurden kritisiert.

Hinsichtlich rehabilitativer Maßnahmen wurde vielfach bemängelt, innerhalb der ambulanten Behandlung nicht ausreichend fachkompetent betreut worden zu sein. Einige Befragte wünschten sich Informationslisten zu im Brandverletzungssektor kompetenten ambulanten

Weiterbehandlern, und zwar sowohl im medizinischen und physiotherapeutischen, aber auch im psychologischen Bereich. Von der Suche adäquater Weiterbildungsmöglichkeiten fühlten sich viele Patienten überfordert. Ferner wurde von gesetzlich Versicherten der Wunsch nach Gewährung von intensiveren und langfristigeren ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen durch die Kostenträger geäußert. Ansonsten gab es nur wenige Verbesserungsvorschläge. Die meisten Befragten schienen mit der Behandlung, welche sie erfahren hatten, also ausgesprochen zufrieden.

1.3 Ergebniszusammenfassung und Diskussion

Die durchgeführte qualitative Interviewstudie macht verschiedene Bereiche unterschiedlicher Belastungen bei Brandverletzten deutlich. Diese Belastungen haben zum Teil bis zu zwei Jahre nach dem thermischen Trauma Bestand. Insbesondere wurden von den Probanden körperliche Belastungsfaktoren, wie Schmerzen und Funktionseinschränkungen, genannt, aber auch psychische und soziale, beispielsweise im Umgang mit den Reaktionen des Umfelds auf das veränderte Aussehen, womit vor allem weibliche Betroffene Schwierigkeiten äußerten. Viele der Probanden erlebten phasenweise Ängste und depressive Einbrüche im Zusammenhang mit dem veränderten Körperbild oder in Zusammenhang mit Arbeitsunfähigkeit, Berentung oder Arbeitslosigkeit sowie ausbleibender Wiedergutmachung in Form von finanziellen Ausgleichen oder Anerkennung des Erlittenen.

Die vorliegenden Befunde zeigen, dass eine Brandverletzung einen tief greifenden Einschnitt im Leben des Betroffenen darstellt und zu einer Vielzahl von Konsequenzen im körperlichen, psychischen, sozialen und beruflichen Bereich sowie im Alltag führt. Das körperliche Abheilen von Brandverletzungen kann sich über lange Zeiträume erstrecken; ebenso benötigen gerade auch psychische Verarbeitungsprozesse und der Aufbau von Akzeptanz viel Zeit. Zu Problemen und Störungen kommt es hier häufig erst zeitverzögert, also unter Umständen gerade dann, wenn der körperliche Heilungsprozess abgeschlossen ist, bleibende Einschränkungen deutlich und Hoffnungen auf „vollständige Heilung“ enttäuscht werden. Generell erlebten sich Patienten hierauf wenig vorbereitet und äußerten Überforderung in Bezug auf eine Einordnung der Beschwerden sowie auf die Einleitung adäquater Behandlungsmaßnahmen.

Gleichzeitig machen die Interviewergebnisse eindrücklich deutlich, dass durch eine Brandverletzung und die dadurch notwendigen Maßnahmen eine Vielzahl von persönlichen und sozialen Ressourcen aktiviert werden. Die befragten Brandverletzten berichteten über ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung durch ihr Umfeld; Rückhalt und Unterstützung anderer Menschen wurde als ausgesprochen positiv und hilfreich bewertet. Neben der wesentlichen Ressource der sozialen Unterstützung war der Einsatz von psychischen Copingstrategien und von Copingverhalten entscheidend. Häufig eingesetzte psychische Copingstrategien waren beispielsweise Akzeptanz, Geduld, Hoffnung und Fokussieren auf Positives.

Auch spielte die Konzentration auf Fortschritte und eigene Beeinflussungsmöglichkeiten im Behandlungsprozess im Sinne von Selbstwirksamkeit (Bandura, 1977) eine zentrale Rolle bei der Bewältigung vorliegender Belastungsfaktoren, z.B. beim Tragen der Kompressionsbandagen oder der regelmäßigen Durchführung physiotherapeutischer Übungen in Eigenverantwortung. Die Patienten zeigten ein hohes Engagement im Sinne eines Assimilationsprozesses nach Brandtstädter (2002). Immerhin 75% der befragten Patienten nahmen langfristig auch positive Konsequenzen des Unfalls wahr. Insbesondere wurde eine Veränderung persönlicher Wertigkeiten sowie eine Erhöhung der Wertschätzung des eigenen Lebens beschrieben, ferner die Intensivierung zwischenmenschlicher Beziehungen. Diese Befunde lassen sich im Sinne des von Tedeschi & Calhoun (1996; 2004) beschriebenen Konstrukts „*posttraumatic growth*“ interpretieren. Gelingt es den verletzten Patienten, auf lange Sicht auch positive Auswirkungen des Unfalls und seiner Folgen zu erkennen, so begünstigt dies den Anpassungs- und Verarbeitungsprozess sowie die Entwicklung von Akzeptanz. Viele der Probanden zeigten also eine Veränderung von Einstellungen und Werten im Sinne eines Akkomodationsprozesses nach Brandtstädter (2002).

Im Rahmen der berichteten Studie wurde kein eindeutiger Zusammenhang zwischen objektiver Verletzungsschwere und dem Ausmaß subjektiver Belastungen sichtbar: Einzelnen Probanden war es gelungen, sich trotz schwerster Verletzungen gut an den Unfall und seine Folgen anzupassen, andere wiederum zeigten vergleichsweise starke Anpassungsschwierigkeiten trotz objektiv geringerer Verletzungsschwere.

Die Ergebnisse machen die Wichtigkeit einer geglückten Rückführung ins Berufsleben deutlich: Für viele Patienten stellte die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit einen entscheidenden Aufschwungspunkt dar. Wieder arbeiten zu können und Leistung zu erbringen wurde subjektiv als wichtige Etappe im Genesungsprozess erlebt, als großer Schritt, den Unfall und seine Folgen hinter sich zu lassen und wieder zur Normalität überzugehen. Dagegen kam es bei Personen, denen dies nicht gelang, häufig zu Krisen mit z.B. depressiver Symptomatik und Gefühlen von Sinn-, Nutz- und Wertlosigkeit. Die Rückführung eines Menschen mit Brandverletzungen in den Arbeitsprozess sollte wesentliches Behandlungsziel sein und ist in ihrer Bedeutung für den Selbstwert des Betroffenen nicht zu unterschätzen. Es scheint zentral, Patienten, welche aufgrund ihrer Verletzungen dauerhaft vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen bleiben, dabei zu unterstützen, alternative Lebensinhalte und –aufgaben für sich zu entwickeln und der Ausbildung depressiver Anpassungsprobleme entgegen zu wirken.

Das Vorliegen behandlungsbedürftiger psychischer Störungen wurde in der vorliegenden Studie zwar nicht systematisch untersucht, dennoch wurde anhand der Schilderungen einiger Probanden deutlich, dass Symptome psychischer Störungen in der Folge des Unfalls auftraten. Oft erfolgte dies erst zeitversetzt und nach (Ab-)Heilung des Körpers. Erst nach Abschluss der medizinischen Prozeduren wurde also bei einigen Patienten erkennbar, dass „die Zeit nicht alle Wunden heilt“ und der Weg zurück in die Normalität nicht ohne weiteres glückte. Generell fühlten sich Patienten hierauf kaum vorbereitet und äußerten sich überfor-

dert und hilflos – einerseits die Beschwerden einzuordnen und andererseits adäquate Behandlungsmaßnahmen einzuleiten. Obwohl die meisten Patienten angaben, während der akuten Behandlungsphase keinen Bedarf an psychologischer Unterstützung verspürt oder sogar regelrecht Vorbehalte dagegen gehabt zu haben, so berichteten doch einige über das Aufkommen dieses Bedarfs zum Zeitpunkt der nachstationären Behandlung. Auch äußerten sie Bedauern darüber, über mögliche psychische Folgen von Brandverletzungen sowie dann einzuleitende Maßnahmen nicht besser informiert worden zu sein. Generell wünschten viele eine Verbesserung der poststationären Nachsorge in verschiedenen Fachdisziplinen. Der Aufbau eines umfassenden Netzwerkes sowie die Weitergabe von Expertenadressen würden sicherlich bei vielen Betroffenen auf Zustimmung stoßen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass als wesentliche den Anpassungsprozess jeweils erschwerende oder begünstigende Faktoren die folgenden Aspekte im Rahmen der vorliegenden Interviewstudie ermittelt werden konnten: Begünstigend wirkt sich insbesondere neben einer geglückten Rückführung ins Berufsleben das Vorhandensein von sozialer Unterstützung aus. Erschwert wird der Anpassungsprozess dagegen beim Vorliegen bleibender funktionaler und ästhetischer Einschränkungen, behandlungsbedürftiger psychischer Störungen oder beim Scheitern der Rückführung ins Berufsleben.

Einschränkungen der Studie: Qualitative Forschung bietet den unschätzbaren Vorteil intensiver und detaillierter Einzelfallbetrachtungen zur breit gefächerten Exploration und zum Generieren von Hypothesen. Allerdings sind qualitative Vorgehensweisen auch immer mit gewissen methodischen Einschränkungen verbunden, die im Folgenden Erwähnung finden sollen. Eine wesentliche Limitierung der vorgestellten Studie ist sicherlich in der nur geringen Stichprobe von 21 Probanden zu sehen, welche die Verallgemeinerbarkeit der Daten verringert. Auf Basis des Vergleichs der Stichprobenangaben mit Werten aller im deutschen Sprachraum stationär behandelten Brandverletzten eines Jahres kann jedoch davon ausgegangen werden, dass es sich – zumindest was Geschlechterverteilung, Verbrennungsschwere und Aufenthaltsdauer betrifft – um einen Ausschnitt aus dem Gros der Brandverletzten handelt (siehe S. 57). Zu kritisieren ist weiterhin, dass keine Vergleichsgruppe, beispielsweise in Form einer anderen Patientengruppe, vorlag und insofern nicht eindeutig geklärt werden kann, inwiefern die dargelegten Ergebnisse tatsächlich spezifisch für Brandverletzte sind oder generell für Menschen mit schweren Verletzungen zutreffen. Kritisch am qualitativen Vorgehen ist die hohe Subjektivität der Methode. Sowohl das verwendete Untersuchungsinstrument (Leitfaden) als auch die Auswertungsmethode (Entwicklung eines Kategoriensystems) sind trotz des vorgenommenen Reliabilitätschecks als hoch subjektiv verglichen mit quantitativen Methoden zu bewerten. Eine andere Person hätte möglicherweise andere Schwerpunkte im Interview gesetzt und ein anderer Auswerter wäre zu einem anders strukturierten Kategoriensystem gekommen. Kritisiert sei abschließend auch die Art der Stichprobengewinnung, bei der es durchaus zu unkontrollierbaren Selektionseffekten gekommen sein könnte, da es keineswegs gelang, alle brandverletzten Patienten einer bestimmten Zeit-

spanne zu befragen und die Teilnehmerzahl aus Gründen der Ökonomie von vornherein auf maximal 20 festgelegt wurde. Es ist z.B. denkbar, dass eher mit der Behandlung zufriedene Patienten an der Studie teilnahmen oder solche, die sich zum Gespräch über den Unfall und seine Folgen überhaupt in der Lage fühlten.

Trotz der genannten methodischen Einschränkungen beim qualitativen Vorgehen eröffnet die vorliegende Studie einen wichtigen Beitrag dazu, die Rehabilitation Brandverletzter weiter zu optimieren und dazu anzuregen, spezielle psychotherapeutische Angebote für diese Patientengruppe weiterzuentwickeln und bedarfsgerechter zu gestalten. Verhaltensmedizinische Interventionen werden bisher in der Behandlung Brandverletzter noch nicht ausreichend ausgeschöpft in ihren Möglichkeiten, die Lebensqualität von Menschen mit Verbrennungen und Narben langfristig zu verbessern. Die Befunde der geschilderten Studie machen deutlich, dass bei vielen Brandverletzten im Rehabilitationsprozess Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung besteht. Auch lassen sich hieraus Ideen dazu entwickeln, welche Ansatzpunkte therapeutische Angebote für Brandverletzte verfolgen sollten. Dies wird im folgenden Abschnitt abschließend erörtert.

1.4 Ableitungen für das Gruppenbehandlungsprogramm

① **Phasen von Gefühlen wie Enttäuschung und Depressivität stellen normale Bestandteile des Anpassungsprozesses** an eine Brandverletzung dar, insbesondere bei bleibenden funktionellen und ästhetischen Einschränkungen, längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten, dauerhafter Arbeitsunfähigkeit oder nicht erfolgreicher Anerkennung des Erlittenen oder Ausbleiben finanzieller Wiedergutmachung (z.B. Rente).

Ableitung für das Programm: Therapeutische Programme für Brandverletzte müssen in Form von **Psychoedukation über mögliche psychische Folgen von und psychische Störungen nach Brandverletzungen** informieren, diese normalisieren und entdramatisieren. So können Strategien zum Umgang mit schwierigen Gefühlen, zur Depressionsprophylaxe und zum Umgang mit längerer/dauerhafter Arbeitsunfähigkeit angeboten werden (z.B. neben der Arbeit bestehende Lebensinhalte zu fördern, auszubauen und „Sinnstiftendes“ außerhalb der Berufstätigkeit zu erarbeiten). Es sollte konkrete Unterstützung bei der aktiven Tagesplanung und Tagesstrukturierung zum **Aufbau positiver Aktivitäten** erfolgen. Aufgrund der hohen Relevanz der Arbeitsfähigkeit für die psychische Befindlichkeit vieler Probanden sollten im Rahmen des therapeutischen Prozesses vor allem auch **Kompetenzen aufgebaut** und gestärkt werden, die eine erfolgreiche **Rückkehr an den Arbeitsplatz vorbereiten und wahrscheinlicher** machen (z.B. Üben von schwierigen sozialen Situationen bei einer Rückkehr an den Arbeitsplatz, Angstbewältigung bei Konfrontation mit dem Unfallort am Arbeitsplatz).

② Zahlreiche Patienten schildern **Unzufriedenheit mit ambulanten Behandlungsangeboten** und bemängeln weiterhin das **Fehlen psychologischer Unterstützungsangebote** insbesondere in der nachstationären Phase. Gerade Patienten mit langen stationären Aufenthalten sind häufig durch widersprüchliche Aussagen von Behandlern verunsichert, ferner dadurch, dass ihr Körper lange „Objekt“ medizinischer Maßnahmen war. Oft kommen invaliderende Erlebnisse im Rahmen von Behandlungen oder von Begutachtungen (z.B. bei Festlegung von GdB/MdE oder Rentenentscheidungen) hinzu. Einigen Patienten fällt es infolgedessen schwer, eigenverantwortlich und selbstbewusst am Behandlungsprozess teilzunehmen, sich gegenüber Behandlern zu behaupten und für eigene Rechte im Behandlungsprozess einzutreten. Es kann zu Enttäuschung und Frustration als Folge unterdrückten Ärgers kommen, das Vertrauen auf Seiten der Patienten in die Behandelnden wird unter Umständen geschmälert, was ungünstige Dynamiken in Behandlerkontakten bewirken kann.

Ableitung für das Programm: Neben der Aufklärung über mögliche psychische Folgen von Brandverletzungen (siehe Ableitung 1) ist es wichtig, **Kontaktadressen geeigneter Behandler zur Verfügung zu stellen** sowie **Ängste** der Patienten, sich professionelle Unterstützung zu suchen, **abbauen**. Zusätzlich können allgemeine Listen ambulanter Spezialisten für Verbrennungsbehandlung in verschiedenen Bereichen (z.B. Ergo- und Physiotherapie) ausgegeben werden, um den Patienten die Orientierung zu erleichtern. **Negative Erfahrungen** im Zusammenhang mit der erfahrenen medizinischen Behandlung können **in der Gruppe thematisiert** sowie Strategien etabliert werden, als aktiver und selbstverantwortlicher Patient aufzutreten (z.B. durch Aufbau spezifischer sozialer Kompetenzen).

③ Viele Probanden gelingt es trotz vielfältiger und ausgeprägter Belastungen in verschiedenen Lebensbereichen in beeindruckender Weise, sich gut an den Unfall anzupassen und mit bleibenden Folgen „innerlich zu arrangieren“. Hierbei sind bestimmte **psychische Copingstrategien**, wie z.B. eine optimistische und geduldige Sichtweise, Spiritualität, Glauben und Selbstwirksamkeitserleben, aber auch bestimmte **Verhaltensweisen** (z.B. Eigenaktivität, Ablenkung, aktive Inanspruchnahme sozialer Ressourcen) relevant.

Ableitung für das Programm: Im Rahmen des Behandlungsprogramms können **individuell angewendete Copingstrategien der Patienten identifiziert** werden. Auf erfolgreiche Strategien sollte fokussiert werden im Sinne einer **Ressourcenaktivierung** (z.B. Akzeptanz, Geduld und Vertrauen). Die Gruppenmitglieder können untereinander **Modellfunktion** hinsichtlich ihrer Bewältigungskompetenzen haben.

④ Viele Patienten sind dazu in der Lage, auch **positive Folgen des Unfalls wahrzunehmen** („*posttraumatic growth*“), was Resultat gelungener Copingbemühungen ist. Diese Sichtweise bildet sich oft erst nach längerer Zeit aus und steht mit Akzeptanz der Lebenssituation und des Geschehenen sowie Lebenszufriedenheit in Zusammenhang. Die in der ak-

tuellen Forschung zu Brandverletzungen bestehende Problem- und Störungsfokussierung führt zu einer Unterschätzung dieses Bereichs, gerade auch in seiner Bedeutung für eine erfolgreiche Verarbeitung und Anpassung an den Unfall und seine Folgen.

Ableitung für das Programm: Therapeutische Behandlungsangebote sollten behutsam versuchen, diesen Prozess und damit die allgemeine Bewältigung zu unterstützen, also immer wieder – bei gleichzeitiger Würdigung und Anerkennung des Erlittenen – eine **Fokussierung auf Ressourcen, Positives, Gebliebenes oder sogar Gewonnenes anregen**, insbesondere im Sinne von psychischem und spirituellem Wachstum. Nach Yalom (1980) liegt in der Konfrontation mit existenziellen Themen (z.B. Bewusstsein über Endlichkeit und Verletzlichkeit des menschlichen Daseins) eine Chance zu persönlichem Wachstum, die therapeutisch nutzbar gemacht werden kann. Diese Auseinandersetzung sollte gezielt gefördert werden und an Stellen, wo Assimilation (nach Brandtstädter, 2002) nicht möglich ist, ein Akkomodationsprozess, also eine Veränderung von Einstellungen und Werten, angeregt werden.

© In der Folge eines Brandunfalls können **Beziehungsverschlechterungen** – auch mit nahe stehenden Personen – auftreten (z.B. durch Rückzug oder durch Kommunikationsprobleme). Auch kann das **Sexualleben** von Betroffenen **dauerhaft verändert** sein, z.B. durch Medikamenteneinnahme, eingeschränkte Funktionsfähigkeit und die gewandelte Körperlichkeit, was Verunsicherung, Scham und Ängste nach sich ziehen kann.

Ableitung für das Programm: Therapeutische Angebote für Brandverletzte sollten unbedingt **Angehörige und andere relevante Bezugspersonen des Betroffenen mit einbeziehen**, um das soziale Unterstützungssystem für den Patienten zu sichern. Es ist wichtig, **offene Gespräche** zwischen Verletztem und Angehörigen anzuregen (z.B. über den Unfall, seine Folgen, den Umgang hiermit oder auch Erfahrungen und Erlebnisse während der akuten Behandlungsphase). Weiterhin kann bezüglich des Themas „**Sexualität**“ **informiert** (z.B. über Einflüsse Medikamenten auf Libido und Sexualleben) und zu einem Austausch der Betroffenen untereinander in der Gruppe angeregt werden.

© **Soziale Unterstützung** spielt neben der medizinischen Behandlung eine wichtige Rolle für den Genesungsprozess. Soziale Unterstützung hilft dabei, Folgen des Unfalls zu akzeptieren, und steht mit Lebenszufriedenheit in Zusammenhang. Fehlende soziale Unterstützung geht mit Stimmungstiefs und Depressivität einher.

Ableitung für das Programm: Ein Fokus der Behandlung muss auf der **Aktivierung und Förderung sozialer Ressourcen** liegen sowie auf der Unterstützung des Patienten, aktiv soziale Unterstützung zu suchen, einzufordern und Unterstützungsangebote anzunehmen.

⑦ **Reaktionen der sozialen Umwelt auf die Verbrennung**, gerade auch fremder Personen (z.B. als zudringlich erlebtes Nachfragen, Anstarren aber auch das Ausbleiben von Reaktionen und Anteilnahme) können **soziale Schwierigkeiten** der Betroffenen nach sich ziehen, beispielsweise in Form von Rückzugs-/Vermeidungsverhalten sowie von Ängsten vor sozialen Zusammenkünften. Dies kann die Habituation an den veränderten Körper erschweren, Depressionen auslösen und eine weitere Labilisierung des Selbstwertgefühls bedeuten.

Ableitung für das Programm: Im Rahmen eines **Trainings spezieller sozialer Kompetenzen** sollten vorbereitend soziale Situationen, welche für die Patienten schwierig sind, besprochen werden. Spezielle sozial kompetente Verhaltensweisen im Umgang hiermit können in Form von **praktischen Übungen und Rollenspielen** erprobt werden. Hierbei müssen stets konkrete Verhaltensweisen sowie innere Einstellungs- und Bewertungsmuster thematisiert werden (z.B. wie werden Reaktionen anderer interpretiert? Wie sehe und bewerte ich mich selbst?). Durch kognitive Umstrukturierung können dysfunktionale Einstellungen modifiziert und Selbstermutigung geübt werden. Insgesamt sollten diese Interventionen das Vertrauen Betroffener stärken, subjektiv schwierige soziale Situationen kompetent und selbstsicher zu bewältigen, und Rückzugstendenzen sowie Resignation entgegen wirken.

2 Ressourcen und Belastungsfaktoren bei Angehörigen Brandverletzter

Ergänzend zur unter III.1 geschilderten Studie wurde eine weitere qualitative Interviewstudie mit Angehörigen von Brandverletzten durchgeführt. Wie im Forschungsüberblick unter II.5 verdeutlicht, spielen Angehörige eines Brandverletzten oft eine wesentliche Rolle im Behandlungsprozess. Ihre Einstellungen zur Behandlung können z.B. die Motivation des Patienten, aktiv an der Behandlung mitzuwirken, und damit den Genesungsprozess mitbestimmen. Das Einbeziehen von Angehörigen in therapeutische Maßnahmen erscheint deshalb außerordentlich wichtig. Angehörige Brandverletzter erleben häufig selbst starke psychische Belastung. Bisher liegen jedoch keinerlei Ansätze dazu vor, mit welchen Konzepten Angehörige Brandverletzter optimal psychologisch unterstützt werden können. Ziel der im Folgenden dargestellten Studie war es deshalb, im Rahmen von qualitativen Interviews Hypothesen über Belastungsfaktoren und Ressourcen von Angehörigen brandverletzter Patienten zu generieren. Auf dieser Basis wurden Ableitungen dazu getroffen, wie Angehörige durch Einbezug in das geplante Gruppenbehandlungskonzept optimal unterstützt werden können.⁸

2.1 Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen ist analog zu dem unter III.1.1 beschriebenen; die Rekrutierung der Probanden für diese Studie erfolgte gemeinsam mit der Rekrutierung der Teilnehmer der bereits geschilderten Untersuchung. Bei den befragten Angehörigen handelte es sich um jeweils einen Angehörigen der 21 interviewten Patienten (siehe III.1), die 2002 aufgrund einer Brandverletzung in der BG Unfallklinik Ludwigshafen stationär behandelt worden waren. Bei zwei der 21 Patienten war es nicht möglich, die Bereitschaft eines nahe stehenden Angehörigen zur Teilnahme an den Interviews zu gewinnen, so dass insgesamt 19 Interviews durchgeführt wurden. Die Interviews dauerten 30 bis maximal 70 Minuten.

Verwendete Untersuchungsverfahren

Die Durchführung des Interviews erfolgte anhand eines vorab erstellten Interviewleitfadens mit 29 vorformulierten Hauptfragen und zahlreichen weiterführenden Fragen, die zusätzlich optional gestellt werden konnten. Der Leitfaden war zuvor auf Basis einer Sichtung der aktuellen Forschungsliteratur zum Thema „Belastungsfaktoren und Ressourcen bei Angehörigen von Brandverletzten“ sowie anhand von Gesprächen mit Fachpersonal in der Brandverletztenbehandlung erstellt worden. Vor der Durchführung der 19 Interviews wurde der Leitfaden in einem Probeinterview auf seine Anwendbarkeit hin getestet.

⁸ Die vorgestellte Studie basiert auf Interviews der Diplomarbeit von Melanie Adam (2005), die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung erneut und weitergehend ausgewertet wurden.

Im Anschluss an einen Einleitungsteil mit soziodemographischen Fragen lag der Fokus der gestellten Fragen auf Ressourcen sowie Belastungsfaktoren und deren Veränderungen über die Zeit von der akuten Behandlungsphase unmittelbar nach dem Unfallgeschehen bis zum Zeitpunkt des Interviews hin. Auf von den Probanden vorgebrachte Inhalte konnte jeweils vertiefend eingegangen werden. Tabelle 10 gibt einen schematischen Überblick über die wichtigsten thematischen Einheiten des Leitfadens. Bezüglich aller erfragten Aspekte wurde stets auf das subjektive Erleben des Befragten von belastenden und hilfreichen Faktoren fokussiert. Der komplette Interviewleitfaden findet sich bei Adam (2005).

Relevante unfallbezogene, medizinische und behandlungsbezogene Variablen zu den brandverletzten Verwandten der Befragten wurden durch Aktensichtung der Behandlungsunterlagen der BG Unfallklinik Ludwigshafen gewonnen.

Tabelle 10: Schematischer Überblick über die im Interviewleitfaden des halbstrukturierten Interviews für Angehörige Brandverletzter enthaltenen Themenblöcke.

Themenblöcke im Interviewleitfaden für Angehörige Brandverletzter

subjektives Erleben der akuten Behandlungsphase	<ul style="list-style-type: none"> • Unfallhergang, Reaktionen auf die Unfallnachricht • emotionale Befindlichkeit • subjektives Erleben des stationären Aufenthalts • Kontakt zu Behandelnden • Hilfreiches, Unterstützendes
subjektives Erleben der Übergangsphase stationäre Behandlung – Entlassung nach Hause	<ul style="list-style-type: none"> • Bewusstwerden bleibender Folgen • Schwierigkeiten/Probleme beim Übergang nach Hause • Umgang mit dem verletzten Patienten
subjektives Erleben von lang- und kurzfristige Folgen des Brandunfalls	<ul style="list-style-type: none"> • allgemeine Veränderungen in Alltag, Tagesablauf, Haushalt, bzgl. Freizeitaktivitäten, Glaube, Religiosität, Pflege • Veränderungen im sozialen Umfeld <ul style="list-style-type: none"> • in Partnerschaft, Familie und Freundeskreis • im Kontakt mit unbekanntem Menschen • Veränderungen des verletzten Angehörigen • Unfallfolgen im Bezug auf die eigene berufliche Situation, Belastungen und Ressourcen im Beruf • Unfallfolgen im Bezug auf die finanzielle Situation, Belastungen und Ressourcen in finanzieller Hinsicht • gegebenenfalls Erfahrungen mit Gerichtsverfahren, Begutachtungen und Rentenverfahren
Bewertung der Behandlung Verbesserungsvorschläge und -wünsche	

Datenauswertung

Alle Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Transkripte umfassten 6 bis maximal 16 Seiten. Die Datenauswertung erfolgte mittels Inhaltsanalyse analog zum unter III.1 geschilderten Vorgehen. Es wurde jeweils ein Kategoriensystem zu Belastungsfaktoren und zu Ressourcen von Angehörigen erstellt.

2.2 Ergebnisse

2.2.1 Stichprobenbeschreibung

Tabelle 11 zeigt soziodemografische Daten der Angehörigenstichprobe sowie eine Auflistung der familiären Beziehung der Befragten zum brandverletzten Verwandten. Die Stichprobe umfasste lediglich zwei Männer. Die Interviewten lagen im Altersbereich zwischen 21 und 62 Jahren, der Altersdurchschnitt war 42,3 Jahre. Eine zusätzliche Tabelle im Anhang C liefert eine differenzierte Einzelfallbeschreibung der befragten Angehörigen.

Tabelle 11: Soziodemografische Beschreibung der Angehörigenstichprobe sowie Auflistung der familiären Beziehung der Befragten zum brandverletzten Verwandten.

	n=19 Angaben in Häufigkeiten (% in Klammern)		n=19 Angaben in Häufigkeiten (% in Klammern)
Geschlecht:		Aktueller berufl. Status:	
weiblich	17 (89,5%)	erwerbstätig	12 (63,2%)
männlich	2 (10,5%)	davon vollzeittätig	7 (36,8%)
Bildungsstand:		davon teilzeittätig	5 (26,3%)
Volks-/Hauptschule	9 (47,4%)	berentet	2 (10,5%)
Realschule	5 (26,3%)	400-Euro-Job	1 (5,3%)
Fach-/Abitur	5 (26,3%)	Hausfrau/-mann	3 (15,8%)
Hochschulabschluss	- (0%)	Studentin	1 (5,3%)
Familienstand:		Familiäre Beziehung zum Verunfallten:	
ledig	3 (15,8%)	Ehe-/Lebenspartner	10 (52,7%)
verwitwet	1 (5,3%)	Eltern (Verletzter ist Tochter/Sohn)	3 (15,8%)
verheiratet	15 (78,9%)	Geschwister	2 (10,5%)
Kinder vorhanden	15 (78,9%)	Kind (Verletzter ist Elternteil)	4 (21%)

2.2.2 Interviewergebnisse

Das Kategoriensystem

Aus den Antworten der Probanden wurde ein Kategoriensystem zu Belastungsfaktoren und Ressourcen entwickelt. Häufigkeiten der Nennungen durch die Probanden wurden anhand der entwickelten Kategorien ausgezählt. Hierbei erfolgte zum Bereich „Belastungsfaktoren“ eine Untergliederung in sechs Hauptkategorien und zum Bereich „Ressourcen“ in fünf Hauptkategorien. Die Hauptkategorien waren analog zum entwickelten System für die Betroffenen (siehe III.1.2) „körperlich“, „sozial“, „psychisch“, „beruflich“, „finanziell“ und „im Alltag“. Da von den Probanden keine körperlichen Ressourcen genannt wurden, wurde die Hauptkategorie „körperlich“ im Bereich der Ressourcen nicht verwendet. Innerhalb der Hauptkategorien fand eine weitere Differenzierung und Aufspaltung in Kategorien bis zur maximal 4. Ordnung statt, wobei die Kategorien hierbei zunehmend spezifischer und häufiger unter der vierten Kategorie Ankerbeispiele aufgeführt wurden. Nicht in jeder Kategorie war eine Aufspaltung bis zur 4. Ebene nötig. Auf der jeweils letzten Ebene des Kategoriensystems wurde pro Ka-

torie maximal eine Aussage eines Befragten eingeordnet. Das bedeutet, dass die maximale Häufigkeit der Nennungen in einer Subkategorie 19 ist. Tabelle 12 gibt jeweils die Haupt- sowie die Subkategorien 1. Ordnung in den Bereichen „Belastungsfaktoren“ und „Ressourcen“ wieder. Häufigkeitsangaben der erfolgten Nennungen sowie Prozentangaben sind in Klammern aufgeführt.

Tabelle 12: Überblick über die Hauptkategorien und Subkategorien 1. Ordnung jeweils zum Bereich „Belastungsfaktoren“ und „Ressourcen“ bei den befragten Angehörigen.

Belastungsfaktoren* (312 Codierungen)		Ressourcen* (308 Codierungen)	
Hauptkategorien	Subkategorien 1. Ordnung	Hauptkategorien	Subkategorien 1. Ordnung
körperlich 16 (5%)	<ul style="list-style-type: none"> • körperliche Einschränkungen (11/3,5%) • körperliche Belastung aufgrund der Behandlungsbedingungen (5/1,6%) 	körperlich 0 (0%)	
psychisch 112 (36%)	<ul style="list-style-type: none"> • Ängste, Unsicherheit, Besorgnis (48/15,4%) • sonstige emotionale Reaktionen (43/13,8%) • hoher Anspruch an sich selbst (10/3,2%) • sonstiges (11/3,5%) 	psychisch 165 (54%)	<ul style="list-style-type: none"> • Coping-Strategien (131/42,5%) • Posttraumatic-Growth (34/11%)
sozial 113 (36%)	<ul style="list-style-type: none"> • bzgl. des verletzten Angehörigen (59/18,9%) • bzgl. der Behandler (42/13,5%) • bzgl. anderer Personen (10/3,2%) • bzgl. Chef/Kollegen (2/0,6%) 	sozial 117 (38%)	<ul style="list-style-type: none"> • bzgl. der Behandler (47/15,3%) • bzgl. anderer Personen (35/11,4%) • bzgl. des verletzten Angehörigen (26/8,4%) • bzgl. Chef/Kollegen (9/2,9%)
beruflich 8 (3%)	<ul style="list-style-type: none"> • Übersteigen eigener zeitlicher Kapazitäten (5/1,6%) • Desinteresse/mangelnde Unterstützung durch Chef/Kollegen (2/0,6%) • sonstiges (1/0,3%) 	beruflich 10 (3%)	<ul style="list-style-type: none"> • Ablenkung, Kontextwechsel (7/2,3%) • Bewahren von Normalität (3/1%)
finanziell 19 (6%)	<ul style="list-style-type: none"> • Finanzstreitigkeiten (9/2,9%) • Einschränkungen durch weniger Einkünfte/zusätzliche Ausgaben (8/2,6%) • keine Möglichkeiten zur Finanzierung professioneller ambulanten Pflege (2/0,6%) 	finanziell (10/3%)	<ul style="list-style-type: none"> • Finanzielle Unterstützung/Kulanz (7/2,3%) • Einsparungen durch Umstrukturierungen oder zusätzliche Einkünfte (3/1%)
im Alltag 44 (14%)	<ul style="list-style-type: none"> • erhöhter Zeitaufwand (29/9,3%) • Folgen des erhöhten Zeitaufwands (14/4,5%) • sonstiges (1/0,3%) 	im Alltag 6 (2%)	<ul style="list-style-type: none"> • schnelle Rückkehr zur Normalität (5/1,6%) • sonstiges (1/0,3%)

* Anzahl der Nennungen in den jeweiligen fünf Hauptkategorien, Prozentangaben in Klammern (wobei 100% jeweils der Gesamtanzahl der Nennungen im Bereich Belastungsfaktoren bzw. Ressourcen entsprechen).

Im Bereich „Belastungsfaktoren“ wurden insgesamt 312 Nennungen eingeordnet (=100%), im Bereich „Ressourcen“ wurden 308 Nennungen codiert (=100%). In beiden Bereichen erfolgten die mit Abstand meisten Nennungen zu psychischen und sozialen Belastungsfaktoren.

ren beziehungsweise Ressourcen (72% aller Nennungen zu Belastungsfaktoren; 92% aller Nennungen zu Ressourcen). Diese Verhältnisse verdeutlicht Abbildung 6 zusätzlich grafisch.

Interessant ist auch die Betrachtung, wie viele der insgesamt 19 Interviewten überhaupt Aspekte zu den einzelnen Hauptkategorien genannt haben. Hierbei fällt im Bereich der Belastungsfaktoren auf, dass alle 19 Probanden psychische Belastungen nannten, immerhin 17 der 19 Teilnehmer soziale Belastungen erwähnten und 15 Probanden über Belastungsfaktoren im Alltag berichteten. Dagegen gaben jeweils neun körperliche und finanzielle sowie nur fünf der 19 Befragten berufliche Belastungen an. Körperliche, finanzielle sowie berufliche Belastungsfaktoren sind also nur für einen Ausschnitt der Stichprobe als relevant zu bewerten, während nahezu jeder befragte Angehörige, der mit einer schweren Brandverletzung eines Verwandten konfrontiert war, sowohl mit psychischen, sozialen Belastungen und auch mit Belastungsfaktoren im Alltagsleben konfrontiert war. Im Bereich der Ressourcen wurden sowohl soziale als auch psychische Ressourcen von allen 19 Probanden berichtet, finanzielle dagegen von insgesamt zehn Befragten, berufliche von sieben und Ressourcen im Alltag von sechs Interviewten. Keiner der Interviewten nannte körperliche Ressourcen.

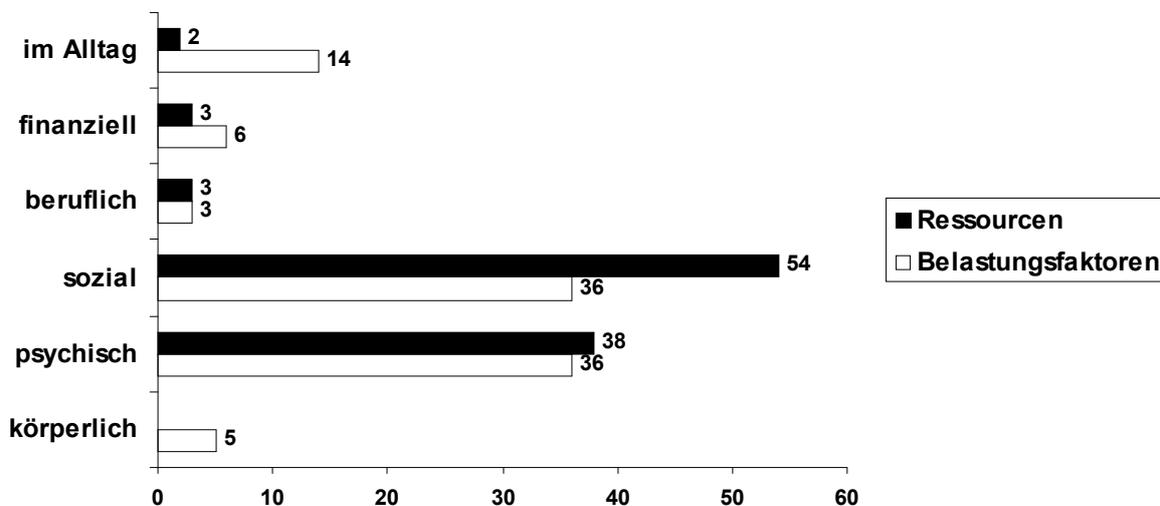


Abbildung 6: Prozentualer Anteil der Nennungen* in den einzelnen Hauptkategorien jeweils für die Belastungsfaktoren und Ressourcen der Angehörigen.

* bzgl. der Belastungsfaktoren lagen 312 Nennungen=100% vor, bzgl. der Ressourcen 308 Nennungen=100%.

Exemplarisch ist zur besseren Veranschaulichung der Kategorienstrukturen in Tabelle 13 die Auswertung zur Hauptkategorie „psychische Ressourcen“ in der Subkategorie 1. Ordnung „Coping-Strategien“. Eine komplette Darstellung des Kategoriensystems mit der Auflistung aller Nennungen findet sich in Anhang D.

Tabelle 13: Exemplarische Darstellung aller Subkategorien und der Auszählungen zum Bereich „Psychische Ressourcen – Copingstrategien“ von Angehörigen Brandverletzter.⁹

Hauptkategorie: psychische Ressourcen, Kategorie 1. Ordnung: 2.1 Coping-Strategien			
Kategorie 2. Ordnung	Kategorie 3. Ordnung	Kategorie 4. Ordnung/ Ankerbeispiele	Anzahl der Nennungen (max. 19)
2.1.1 Aktive Inanspruchnahme sozialer Ressourcen		<ul style="list-style-type: none"> • Familie • Freunde/Bekannte 	8
2.1.2 Akzeptanz	2.1.2.1 der Situation/des Geschehenen		5
	2.1.2.2 des veränderten Aussehens des Angehörigen		7
2.1.3 Hoffnung		<ul style="list-style-type: none"> • auf Genesung • auf guten Verlauf 	8
2.1.4 Optimismus	2.1.4.1 Fokus auf Fortschritt		9
	2.1.4.2 Fokus auf Kompetenzen des Angehörigen	<ul style="list-style-type: none"> • Stärke • Durchhaltevermögen 	9
	2.1.4.3 Fokus auf Positivem allgemein		3
2.1.5 Fokus auf eigenen Ressourcen/Kompetenzen	2.1.5.1 den Angehörigen zu unterstützen		6
	2.1.5.2 eigene Stärke und eigenes Durchhaltevermögen		5
	2.1.5.3 selbstsicheres Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Abgrenzung • Bestehen auf Arztkontakt • die eigene Meinung vertreten 	6
	2.1.5.4 Vorwissen	<ul style="list-style-type: none"> • bzgl. Verbrennungen • bzgl. Krankheiten • bzgl. Krankenhausaufenthalten 	3
	2.1.5.5 auf soziale Ressourcen/Rückhalt		4
2.1.6 Relativierung	2.1.6.1 anhand bestehender Vorerkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Krebs • Herzinfarkt 	3
	2.1.6.2 anhand anderer, schwererer Fälle	<ul style="list-style-type: none"> • „downward comparison“ 	5
	2.1.6.3 innere Haltung: „Bei allem noch Glück gehabt!“		9
2.1.7 Religiosität, Glaube, Spiritualität		<ul style="list-style-type: none"> • Beten • Gespräche mit Pfarrer 	13
2.1.8 bewusste Ablenkung		<ul style="list-style-type: none"> • soziale Aktivitäten • Hobbys 	12
2.1.9 Selbstberuhigung	2.1.9.1 sich Mut zusprechen		2
	2.1.9.2 Fokussieren darauf, dass Angehöriger in BGU gut aufgehoben ist		10
	2.1.9.3 weinen		2
2.1.10 aktive Informationssuche		<ul style="list-style-type: none"> • bzgl. Ausmaß der Verletzung • bzgl. Behandlung • bzgl. Nachsorge 	3
2.1.11 sonstiges		<ul style="list-style-type: none"> • Humor • Geduld 	2

⁹ Der Bereich „Posttraumatic Growth“, welcher im Kategoriensystem (siehe Anhang D) eine weitere Kategorie 1. Ordnung in der Hauptkategorie „psychische Ressourcen“ darstellte, wurde (wie auch in Studie III.1) in Abgrenzung zu Copingstrategien eher als Resultat der geglückten Bewältigung denn als Prozess konzeptionalisiert. Wie unter II.3.2 dargestellt, gibt es hierzu in der aktuellen Forschungsliteratur auch andere Sichtweisen, welche „Posttraumatic Growth“ eher als Copingprozess definieren.

Zur Erhöhung der Reliabilität erfolgte ein Gegenrating: Drei Interviewtranskripte (16% der Gesamtdaten) wurden mittels des entwickelten Kategoriensystems durch einen weiteren Projektmitarbeiter zugeordnet. Hierbei ergab sich eine Übereinstimmung von 86% hinsichtlich der Anzahl der getroffenen Zuordnungen, d.h. von 105 ursprünglich anhand der drei Interviews vorgenommenen Codierungen nahm der zweite Beurteiler 93 vor. Die Übereinstimmung der vorgenommenen Zuordnungen zu den einzelnen Kategorien lag bei 80%, d.h. 74 der 93 vorgenommenen Recodierungen wurden vom zweiten Beurteiler denselben Kategorien zugeordnet, wie es die erste Beurteilerin getan hatte.

Im folgenden Textabschnitt werden die am häufigsten von den Probanden genannten Kategorien vorgestellt. Hierbei erfolgt eine Gliederung analog zu den in Tabelle 12 dargestellten Hauptkategorien „körperlich“, „psychisch“, „sozial“, „beruflich“, „finanziell“ und „im Alltag“. Stets wird neben den Häufigkeitsangaben der Nennungen beziffert, wie viel Prozent der insgesamt 19 Probanden eine Nennung zur jeweiligen Kategorie tätigten. Um einzelne Kategorien eindrücklicher zu machen, werden der Ergebnisdarstellung jeweils einige prototypische Zitate aus den Interviewtranskripten voran gestellt und in eckigen Klammern aufgeführt, welcher Subkategorie das jeweilige Zitat zugeordnet wurde.

Ergebnisse der Interviews zu Belastungsfaktoren bei Angehörigen Brandverletzter

Körperliche Belastungsfaktoren: „Nachts habe ich Angst gehabt, wenn ich alleine war, dann konnte ich nicht mehr schlafen.“ [körperlich – körperliche Einschränkungen – körperliche Stresssymptome – diverse]; „Ich habe Diazepam gehabt. Habe ich jeden Tag eine nehmen müssen, bevor ich hinein bin in das Krankenhaus, weil ich das sonst gar nicht ausgehalten hätte.“ [körperlich – körperliche Einschränkungen – körperliche Stresssymptome – so stark, dass zeitweise Medikamenteneinnahme]

Drei Interviewte (15,8%) waren körperlich durch eigene Vorerkrankungen belastet. Über körperliche Einschränkungen durch starke körperliche Stresssymptome, wie z.B. Schlafstörungen, Nervosität, Schwitzen, Magenprobleme oder Alpträume berichteten fünf Probanden (26,3%). Zwei Probandinnen waren hierdurch so stark belastet, dass sie in der Zeit der akuten Behandlungsphase starke Beruhigungsmedikamente einnehmen mußten. Für eine einzelne Probandin (5,3%), die im Rahmen eines Wohnungsbrandes selbst schwere Verbrennungen erlitten hatte, hatten körperliche Belastungsfaktoren eine wesentliche Bedeutung. Vier Interviewte (21%) beklagten körperliche Belastungen aufgrund spezieller Behandlungsbedingungen, wobei vor allem Hitze, beispielsweise im Rahmen der Isolierungsmaßnahmen bei Keimbefall des Verletzten (15,8%), und Geruchsbeeinträchtigung durch die verbrannte Haut und verbranntes Haar genannt wurden (10,5%).

Psychische Belastungsfaktoren: „Und als ich ihn das erste Mal gesehen habe [auf der Intensivstation], ich habe gemeint, mein Mann kommt nicht mehr, also ich habe gemeint, das ist fertig mit meinem Mann.“ [psychisch – Ängste, Unsicherheit, Besorgnis – Verlustängste – Verlust des Angehörigen durch Tod]; „Ich hab bloß geheult, ich war zu nichts anderem mehr in der Lage.“ [psychisch – sonstige emotionale Reaktionen – Verzweiflung]; „Da habe ich nicht geweint, weil ich dachte, er braucht die Kraft jetzt auch.“ [psychisch – hoher Anspruch an sich selbst]; „Ich lief so neben mir her, ... irgendwie so innerlich leer. Man hat Angst, aber man kann nicht mehr – hilflos, es ist einfach hilflos.“ [psychisch – sonstige emotionale Reaktionen – Schockzustand und psychisch – sonstige emotionale Reaktionen - Hilflosigkeit]; „Ich dachte, das wäre ein Film, ich befinde mich in einem Film, dass das jetzt gar nicht wahr wäre. Ich habe das im ersten Moment gar nicht realisiert.“ [psychisch – sonstige emotionale Reaktionen – Schockzustand]

Wie bereits erwähnt erfolgten die meisten Nennungen zu „Belastungsfaktoren“ im psychischen und sozialen Bereich: Alle 19 Befragten berichteten über Phasen starker emotionaler Belastung, zum Teil unmittelbar auf den Unfall hin in der Phase der akuten Behandlung, zum Teil aber auch später auftretend und langwährend. Der am häufigsten angesprochene Bereich psychischer Belastungen betraf Reaktionen, welche dem Bereich Ängste, Unsicherheit und Besorgnis zuzurechnen sind: So wurden Verlustängste und Angst um ein mögliches Versterben des verletzten Angehörigen thematisiert (n=7, 36,8%), aber auch Zukunftsängste, z.B. hinsichtlich Heilung und Rehabilitation des Angehörigen (n=13, 68,4%), sowie Ängste aufgrund spezifischer Bedingungen im Behandlungsverlauf, beispielsweise durch Getrenntsein vom verletzten Angehörigen wegen Sedierung oder hygienischer Isolierungsmaßnahmen (n=6, 31,6%). Sechs Probanden (31,6%) sorgten sich stark um das psychische Befinden des verletzten Patienten. Immerhin neun Probanden (47,4%) gaben an, dass sie es sehr begrüßt hätten, wenn psychologische Betreuung für den Verletzten angeboten worden wäre. Drei Interviewte (15,8%) berichteten auch über langfristige psychische Auswirkungen des Unfalls und gaben an, unter generalisierten Angstzuständen zu leiden (starke Besorgnis wegen eines möglichen erneuten Unfalls; Sicherheitsverhaltensweisen). Bei zehn der Befragten wurde psychische Belastetheit in Form eines hohen Anspruchs an sich selbst deutlich (52,6%). Dies umfasste z.B. die von den Angehörigen an sich selbst gestellte Anforderung, keine Schwäche zeigen zu dürfen, stark sein, ausschließlich für den verletzten Angehörigen da sein sowie ihn mit allen Kräften unterstützen zu müssen.

Zahlreiche Nennungen gab es im Bereich „sonstige emotionale Reaktionen“. Die meisten Probanden (84,2%) berichteten, sich anfänglich in einer Art Schockzustand befunden zu haben, nämlich entweder in dem Moment, als sie die Unfallnachricht erhielten, oder als sie die Intensivstation zum ersten Mal betraten und dort mit dem Zustand des Verletzten konfrontiert wurden. Für jeweils fünf (26,3%) spielten Wut und Zorn oder Ärger (z.B. über Behandler) eine große Rolle. Weitere belastende Gefühle waren Ekel (21%), Verzweiflung (15,8%) und Hilflosigkeit (21%). Hinzuzufügen ist außerdem, dass insgesamt zwei Probandinnen (10,5%)

das Auftreten eigener psychischer Folgeerkrankungen im Zusammenhang mit dem Unfall eines Familienmitglieds beschrieben, hierbei schilderte eine Probandin manifeste Symptome einer Erschöpfungsdepression, eine andere Angstzustände und Burnoutsymptome. Ein dritter Interviewter zeigte Hinweise auf eine depressive Anpassungsstörung.

Soziale Belastungsfaktoren: „Die Sexualität hat sich auch verschlechtert... und wissen sie, wenn sie sich dann auszieht, ich bin auch nur ein Mensch, das ist mir zu viel.“ [sozial – bzgl. des verletzten Angehörigen – nachteilige Veränderungen in der Beziehung zum verletzten Angehörigen – Rückgang der Sexualität und sozial – bzgl. des verletzten Angehörigen – Konfrontation mit Veränderungen des Angehörigen durch den Unfall – körperliche – Wunden, verändertes Äußeres]; „... wenn ich jetzt mit ihm unterwegs bin, da geh ich auf die Barrikaden, wenn die Leute ihn so anschauen. Da frage ich dann, ob sie ein Passbild von ihm wollen. Ihn hat das gar nicht gestört, aber ich habe gesagt, das muss doch nicht sein!“ [sozial – bzgl. anderer Personen – fremde Personen – nonverbale Reaktionen – Starren auf Narben]; „In Ludwigshafen haben sich alle um den Körper und die Haut gekümmert. Aber in den Kopf oder die Seele hat dort niemand reingeschaut. ... Dass da oben mehr kaputt gegangen ist wie die Haut, hat niemand gesehen.“ [sozial – bzgl. des verletzten Angehörigen – Konfrontation mit Veränderungen des Angehörigen durch den Unfall – psychische – psychische Langzeitprobleme in der Unfallverarbeitung und sozial – bzgl. der Behandler – Zeitmangel – keine psychologische Betreuung gegeben]

Zu sozialen Belastungsfaktoren erfolgten neben den psychischen die meisten Nennungen, die am häufigsten getroffenen Aussagen bezogen sich auf den verletzten Patienten, am zweithäufigsten auf die Behandler. Belastungen hinsichtlich des verletzten Angehörigen waren in vielen Fällen auf die Konfrontation mit verschiedenen Veränderungen des Verletzten durch den Unfall zurückzuführen: So waren die körperlichen Veränderungen für viele Befragte belastend, beispielsweise das Miterleben der Schmerzen des Verletzten (42,1%) oder der Anblick der Wunden und des veränderten Äußeren (52,6%). Vielfach wurden aber gerade auch die psychischen Veränderungen des Angehörigen als stark belastend beschrieben, beispielsweise Stimmungsschwankungen und depressive Einbrüche (47,4%), Schwierigkeiten des Verletzten, seinen veränderten Körper zu akzeptieren (31,6%) oder emotionaler Rückzug des Verletzten (21%). Immerhin sechs Interviewte (31,6%) schilderten psychische Langzeitprobleme in der Unfallverarbeitung des brandverletzten Angehörigen: Zwei interviewte Partner (10,5%) nahmen manifeste psychische Symptome wie Flashbacks, Intrusionen oder Suizidalität beim Verunfallten wahr und waren hiervon nach eigener Aussage überfordert. Nachteilige Veränderungen in der Beziehung zum Verletzten, z.B. hinsichtlich der Sexualität, spielten nur eine untergeordnete Rolle (10,5%) wie auch Belastung durch mangelnde Compliance des Angehörigen im Behandlungsgeschehen (10,5%). Als belastend im Zusammenhang mit den Behandlern wurde Zeitmangel, beispielsweise bei der Pflege (15,8%) oder bezüglich des Nicht-Erfolgens von psychologischer Betreuung trotz expliziter

Einforderung (15,8%), genannt. Auch beklagten die Befragten bestimmte Verhaltensweisen der Behandler, z.B. als mangelhaft erlebte Informationsweitergabe und Aufklärung (31,6%), sowie die Tatsache, dass sie durch häufige Personalwechsel immer wieder mit wechselnden Ansprechpartnern konfrontiert waren (21%). Auch Mängel in der ambulanten Versorgung wurden kritisiert, z.B. lange Wartezeiten (21%) und als mangelhaft bewertete Fachkompetenz ambulanter Behandler (26,3%). Belastungsfaktoren hinsichtlich anderer Personen und auch hinsichtlich Chef und Kollegen spielten nur für sehr wenige Interviewte eine Rolle. Genannt wurden hierzu beispielsweise jeweils von zweien (10,5%) verbale und nonverbale Reaktionen der Öffentlichkeit auf den Verletzten hin oder mangelndes Verständnis und unzureichende Unterstützung durch Chef und Kollegen.

Hinzuzufügen ist, dass insgesamt drei Interviewte für sich selbst und neun für den verletzten Angehörigen psychologische Unterstützung gewünscht hätten. Nur eine Probandin hatte tatsächlich ein psychologisches Gespräch erhalten – auf massives eigenes Drängen hin. Im Rahmen der Interviews wurde deutlich, dass viele der Befragten unter den zum Teil starken psychischen Reaktionen des verletzten Angehörigen gelitten und sich hiervon überfordert gefühlt hatten. Von professioneller Unterstützung für den Angehörigen versprachen sie sich nicht nur eine Verbesserung dessen Befindens, sondern auch eine eigene Entlastung. Ferner wurde in den Gesprächen eine deutliche Diskrepanz zwischen der Bewertung der Intensiv- und der Normalstation deutlich. Während acht Interviewte (42,1%) die Intensivstation und deren Personal lobten, wurde das Angebot der Normalstation von vier Personen (21%) explizit kritisiert, vor allem aufgrund von Personal- und Zeitmangel und der in diesem Zusammenhang vorhandenen Schwierigkeiten, Fragen mit Behandlern zu klären. Die Ambulanz der Klinik wurde von fünf Interviewten (26,3%) zum Teil massiv kritisiert, insbesondere wegen langer Wartezeiten, als unerfahren erlebten und ständig wechselnden Behandlern und widersprüchlicher Aussagen und Anweisungen. Keiner der Angehörigen lobte explizit die Behandlung auf den weiterführenden Stationen oder die ambulante Versorgung.

Berufliche Belastungsfaktoren: „Das war insofern belastend, als dass ich war ja doch mit der Hälfte vom Kopf bei meiner Mutter. Ich wollte dann in die Klinik. Und wenn man den ganzen Tag mit kranken Leuten zu tun hat, da kann man irgendwann einfach nicht mehr! Ich konnte zu den anderen Leuten, die ja gar nichts dafür können, nicht mehr freundlich bleiben.“ [beruflich – Übersteigen eigener zeitlicher Kapazitäten durch Arbeit und Pflege]; „Man kam sich so zerrissen vor, weil man wollte ja jedem gerecht werden...“ [beruflich – Übersteigerung eigener Kapazitäten durch Arbeit und Pflege]

Berufliche Belastungsfaktoren spielten insgesamt nur für fünf der 19 Befragten eine Rolle, standen für die meisten Befragten also eher im Hintergrund. Immerhin ein Viertel (26,3%) der interviewten Angehörigen gab zeitweilige starke Belastung an, welche aus der Doppelbean-

spruchung durch Berufstätigkeit einerseits und tägliche Klinikbesuche oder Pflege des verunfallten Angehörigen andererseits resultierte.

Finanzielle Belastungsfaktoren: „Weil ich gedacht habe, mein Mann geht nach sechs Wochen nicht schaffen und wir haben Schulden, die müssen wir bezahlen. Das war mit der größte Gedanke.“ [finanziell – Einschränkungen durch weniger Einkünfte – existenzielle Bedrohung]

Neun von 19 Befragten (47,4%) berichteten finanzielle Belastungsfaktoren. Finanzielle Einschränkungen durch zusätzliche Ausgaben oder weniger Einkünfte im Zusammenhang mit eigenem Verdienstausschlag und/oder dem Verdienstausschlag des Verunfallten schilderten 26,3%, 15,8% fühlten sich hierdurch existenziell bedroht, beispielsweise aufgrund des Drucks noch nicht abbezahlter Kredite. Insgesamt sieben Probanden erlebten Finanzstreitigkeiten, z.B. hinsichtlich der Kostenübernahme (21%, z.B. von Behandlungskosten oder einer Wohnungssanierung nach Hausbrand), belastende Rechtsstreitigkeiten über einen Anwalt (15,8%, z.B. Schadensersatzklagen) oder Rentenstreitigkeiten (10,5%, Begutachtungen zur Ermittlung von GdB/MdE). Zwei Probanden (10,5%) fühlten sich stark dadurch belastet, dass sie keine Mittel zur Finanzierung professioneller ambulanter Pflege erhielten. Hinzuzufügen ist außerdem, dass zwei Interviewte beklagten, sich mit sozialrechtlichen und finanziellen Fragen alleine und vollkommen überfordert gefühlt zu haben.

Belastungsfaktoren im Alltag: „Ich fuhr ja meistens eine Stunde hin, eine zurück und war den ganzen Tag bei ihm. Das war schon sehr anstrengend in dieser Zeit.“ [alltäglich – erhöhter Zeitaufwand – Fahrten – zur Klinik]

15 der 19 Interviewten nannten Aspekte von Belastung im Alltag. Insbesondere betrifft dies den erhöhten Zeitaufwand, z.B. durch Fahrten in die Klinik (47,4%), Übernahme von Aufgaben für den verletzten Angehörigen (42,1%) und Durchführung von pflegerischen Maßnahmen (42,1%). Hierdurch wurde für einige ein erhöhter Organisationsaufwand für Haushalt und Kinderbetreuung (31,6%) oder für die Pflege anderer Angehöriger (21%) notwendig. Zu erwähnen ist an dieser Stelle, dass der Aspekt des hohen Zeitaufwands zwar von den meisten Probanden genannt, jedoch nur in wenigen Fällen als tatsächlicher Belastungsfaktor beschrieben wurde. Viele Interviewte nahmen diesen Mehraufwand selbstverständlich hin, beklagten sich nicht hierüber und empfanden es zum Teil sogar als hilfreich, Dinge für den Verletzten tun und übernehmen zu können.

Ergebnisse der Interviews zu Ressourcen bei Angehörigen Brandverletzter

Körperliche Ressourcen wurden wie bereits erwähnt von den Probanden nicht genannt. Körperliche Aspekte schienen also nur eine sehr geringe Wichtigkeit für die Interviewten zu haben, es erfolgte kein bewusstes Wahrnehmen von körperlich hilfreichen Faktoren.

Psychische Ressourcen: „Was mir immer selbst hilft in solchen Situationen ist, dass ich mein Weltbild zurecht rücke. Dass ich weiß, das ist jetzt schlimm (...). Dass es aber eine Situation ist, mit der man eigentlich noch gut leben kann.“ [psychisch – Coping-Strategien – Relativierung – Haltung „Bei allem noch Glück gehabt.“]; „Ich darf auch gar nicht darüber nachdenken, warum das jetzt ausgerechnet uns passiert ist. So denke ich nicht. Ich schaue voraus. Es kann nur besser werden.“ [psychisch – Coping-Strategien – Optimismus – Fokus auf Positivem allgemein]; „Es hat sich verändert, dass ich noch mehr mit meinem Sohn spreche, dass man ihm vermittelt, wie toll das ist, wenn man gesund ist und wie schön es ist, wenn man alles bewegen kann, und dass das nicht selbstverständlich ist. Das ist für mich jetzt noch wichtiger als früher.“ [psychisch – posttraumatic growth – grundsätzlich veränderte Lebenseinstellung – erhöhte Bewusstheit]; „Am Anfang hat man vielleicht bewusster gelebt und sich gefreut über jeden Tag, der ganz normal ist.“ [psychisch – posttraumatic growth – erhöhte Wertschätzung des Lebens]; „Ich sag halt auch, durch ihren Diabetes haben wir schon mehr Probleme in der Familie gehabt. Da nehmen sie so was, bei dem sie wissen, das braucht jetzt zwei Jahre und dann ist es wieder okay, das nehmen sie gelassen.“ [psychisch – Coping-Strategien – Relativierung – anhand bestehender Vorerkrankungen]

Zu diesem Bereich erfolgten mit Abstand die meisten Nennungen der interviewten Angehörigen. Die Aussagen sind zwei Themenbereichen zuordenbar: Dem Bereich „Coping-Strategien“ und dem Bereich „posttraumatic growth“, also der Fähigkeit, auch und oft gerade langfristig positive Auswirkungen und Folgen des Unfalls zu sehen (was, wie bereits beschrieben, eher als Resultat der geglückten Bewältigung konzeptionalisiert wurde, siehe S. 81). Da in Tabelle 13 bereits eine ausführliche Darstellung der Subkategorien zu Coping-Strategien erfolgte, sollen an dieser Stelle lediglich zusammenfassend die am häufigsten genannten aufgelistet werden: Für 68,4% spielte Religiosität und Spiritualität eine wichtige Rolle, beispielsweise in Form von Beten, Besinnung auf höhere Sinnzusammenhänge oder durch Gespräche mit Geistlichen. 63,2% nutzen zeitweise bewusste Ablenkung, z.B. durch Aufsuchen sozialer Kontexte oder Hobbys, um mit Belastungen der Situation besser umgehen zu können. 52,6% erlebten als hilfreich, sich immer wieder zu vergegenwärtigen, dass der Angehörige in der Klinik gut versorgt sei. Optimismus spielte in verschiedenen Varianten eine zentrale Rolle, beispielsweise das Fokussieren auf erfolgte Fortschritte (36,8%), auf Kompetenzen des verletzten Patienten, durchzuhalten und stark zu sein (47,4%), oder auf eigene Ressourcen und Kompetenzen (73,7%), z.B. den Angehörigen zu unterstützen (31,6%) oder selbstsicher aufzutreten (31,6%). Verschiedene Formen von Relativierung nutzten 13 Probanden (68,4%), z.B. „downward comparison“ anhand schlimmerer Fälle

(26,3%), anhand bestehender Vorerkrankungen (15,8%) oder durch Fokussieren darauf, dass man Glück gehabt habe und es schlimmer hätte kommen können (47,4%).

Insgesamt 34 Nennungen von 13 der 19 Probanden ließen sich dem Bereich „*posttraumatic growth*“ zuordnen, was bedeutet, dass immerhin 68,4% der Interviewten auch positive psychische Auswirkungen des Unfalls wahrnahmen. Am häufigsten wurde eine Intensivierung zwischenmenschlicher Beziehungen beschrieben, nämlich von insgesamt 11 Interviewten (57,9%). Häufig wurde auch eine grundsätzlich veränderte Lebenseinstellung, z.B. in Form von erhöhter Bewusstheit (36,8%), sowie eine erhöhte Wertschätzung des Lebens (26,3%) genannt. Abbildung 7 verdeutlicht, wie sich die insgesamt 34 zu „*posttraumatic growth*“ codierten Nennungen auf einzelne Aspekte dieses Konstrukts verteilen, hierbei entsprechen 100% den insgesamt in diesem Bereich erfolgten 34 Nennungen.

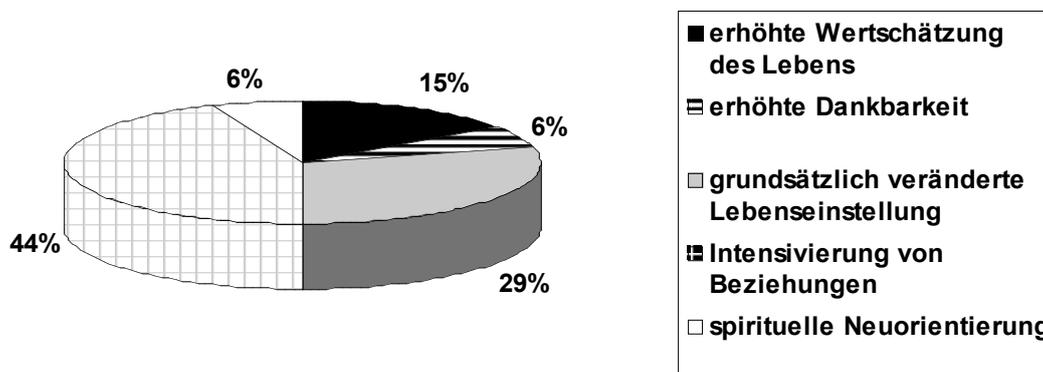


Abbildung 7: Häufigkeiten der Angehörigen-Nennungen zu Subkategorien der psychischen Ressource „*posttraumatic growth*“.*

*insgesamt wurden 34 Nennungen (=100%) codiert.

Soziale Ressourcen: „Die Beziehung ist an sich besser vielleicht, oder intensiver.“ [sozial – bzgl. des verletzten Angehörigen – positive Veränderung in der Beziehung zum Angehörigen – Intensivierung der Beziehung]; „Unser Familienleben ist wesentlich schöner als früher.... er hatte früher nie Zeit für die Familie. ... das ist ihm jetzt bewusst, dass er da was verpasst hat. Aber wenn ich ihm das früher gesagt habe, dann hat er das nicht aufgenommen oder ernst genommen.“ [sozial – bzgl. des verletzten Angehörigen – Haltung/Verhalten des Angehörigen – sonstiges]; „... und eine ganz liebenswerte Nachbarin, sie ist in Rente, hat gesagt, sie macht das. Und das ist jetzt bis letzten Winter so gewesen. Jeden Tag, jeden Morgen ist sie gekommen und hat sie eingecremt.“ [sozial – bzgl. anderer Personen – praktische Unterstützung – Pflegetätigkeit]

Im Bereich der sozialen Ressourcen erfolgten nach dem der psychischen die meisten Nennungen. Genannte soziale Ressourcen ließen sich analog zum Vorgehen bei den Belas-

tungsfaktoren den folgenden Bereichen sozialen Miteinanders zuordnen: Ressourcen im Zusammenhang mit dem verletzten Angehörigen (22%), Ressourcen hinsichtlich anderer Personen (30%), Ressourcen in Bezug auf das behandelnde Fachpersonal (40%) und Ressourcen im Zusammenhang mit Chefs beziehungsweise Arbeitskollegen (8%).

Hinsichtlich des verletzten Angehörigen beschrieben insgesamt neun Probanden eine positive Veränderung in der Beziehung zum Angehörigen, beispielsweise eine Beziehungsintensivierung (42,1%), den Rückgang von Streitigkeiten oder eine Intensivierung der Sexualität (je 5,3%). Für zehn war die innere Haltung des Angehörigen hilfreich, z.B. seine positive und optimistische Grundstimmung (26,3%) oder seine hohe Compliance und Motivation im Behandlungsprozess (21%). Bezüglich anderer Personen spielte soziale Unterstützung für die meisten Probanden eine große Rolle. 14 (73,7%) äußerten, emotionale Unterstützung erfahren zu haben, 11 (57,9%) hatten praktische Unterstützung erhalten, beispielsweise in Form von Übernahme von Pflegetätigkeiten, Kinderbetreuung und Haushalt. Eine Intensivierung der Beziehung zu anderen Personen, vor allem auch im Zusammenhang mit der erfahrenen sozialen Unterstützung, beschrieben sieben Probanden (36,8%). 15 Probanden erlebten den Kontakt zum Behandlungsteam als unterstützend, z.B. die Informationsweitergabe und Aufklärung in Gesprächen (52,6%) sowie den menschlichen Umgang (52,6%). Hilfreich war für zehn Interviewte (52,6%) auch, dass Behandler gut auf Bedürfnisse des Verletzten eingingen und als sehr fachkompetent wahrgenommen wurden (26,3%). Insgesamt sechs Befragte schilderten soziale Unterstützung durch Chefs und Kollegen, z.B. durch Verständnis, Interesse und Anteilnahme (26,3%) oder durch praktische Unterstützung in Form von Freistellung und Gewährung flexibler Arbeitszeiten (21%).

Berufliche Ressourcen: „Ich finde es immer gut, wenn man arbeitet, dass man nicht die Zeit hat, sich in so negative Gefühle reinzusteigern.“ [beruflich – Ablenkung]; „... da komme ich auf andere Gedanken. ... wenn ich dann arbeiten gehe, da wird man abgelenkt.“ [beruflich – Ablenkung]

Sieben der 19 Befragten gaben ihre Berufstätigkeit, die von anderen Probanden als Belastung erlebt wurde, als Ressource an. Entweder erfolgte dies in dem Sinne, dass den Interviewten das Nachgehen einer eigenen Arbeitstätigkeit eine Struktur gab und ermöglichte, Normalität aufrecht zu erhalten (15,8%), oder weil durch den Kontextwechsel Ablenkung und Entlastung gegeben war (36,8%).

Finanzielle Ressourcen: „Die Versicherung hat alles getragen und hat sich auch hier im Haus ganz toll darum gekümmert, dass alles wieder gut läuft.“ [finanziell – finanzielle Unterstützung/Kulanz – durch Versicherung]

Zehn der 19 Interviewten beschrieben finanzielle Ressourcen als unterstützend. 36,8% erwähnten finanzielle Unterstützung und Kulanz als hilfreich, z.B. durch den Kostenträger der

Behandlung (BG, 5,3%), durch Versicherungen (ADAC, Rechtsschutz, Unfall- oder Hausratsversicherungen, 26,3%) oder durch das Sozialamt (5,3%). Drei Interviewte (15,8%) schilderten Umstrukturierungen und hiermit einhergehende Kosteneinsparungen als geglückte Bewältigungsversuche von höheren Ausgaben oder geringeren Einnahmen.

Ressourcen im Alltag: Dieser Bereich spielte keine große Rolle, immerhin fünf Probanden (26,3%) erwähnten jedoch explizit, dass ihnen eine rasche Rückkehr zur Normalität des Alltags sehr dabei geholfen habe, die Situation zu bewältigen.

Zusätzliche Befunde

Über alle Interviews hinweg fiel auf, dass nur ein einzelner Befragter explizit Schwierigkeiten äußerte, den veränderten Körper seiner Frau zu akzeptieren, und damit einhergehende Probleme im Bereich der körperlichen Anziehung und Sexualität zur Sprache brachte. Während ein Großteil der Probanden bei der ersten Konfrontation mit dem verbrannten Körper und den Verletzungen nach eigener Aussage einen emotionalen Schockzustand erlebt hatte, schien den meisten jedoch im weiteren zeitlichen Verlauf der Umgang mit den körperlichen Veränderungen des Angehörigen und deren Akzeptanz recht rasch gelungen zu sein. Viele Befragte maßen diesem Thema wenig Bedeutung zu und wiesen Nachfragen verneinend zurück, was Anhaltspunkt für einen vielfach geglückten Adaptationsprozess sein könnte.

In nahezu allen Interviews wurde das hohe Maß an Solidarität und Unterstützung offenbar, das Angehörige ihrem verletzten Familienmitglied über lange Zeitstrecken hin entgegen brachten und das bei Einzelnen – auch vor dem vielfach zu beobachtenden hohen Anspruch an sich selbst, stark und immer für den anderen da zu sein – zu Überforderungszuständen und Erschöpfung geführt hatte. Schwierig war für Einzelne zusätzlich, in ihrem hohen Engagement für den Betroffenen nicht gewürdigt und anerkannt worden zu sein, und zwar entweder vom Verletzten selbst oder von anderer Seite. Weiterhin fällt das sehr hohe Maß an sozialer Unterstützung auf, dass nahezu alle Angehörige in verschiedenen Kontexten und durch verschiedene Personen (z.B. Angehörige, Freunde, Fremde, Behandler, Chef und Kollegen) erhalten und als sehr hilfreich erlebt hatten. Es ist ausgesprochen beeindruckend, welche sozialen und persönlichen Ressourcen durch einen Ausnahmezustand, wie ihn der schwere Brandunfall eines engen Familienmitglieds darstellt, mobilisiert werden.

Befragt nach Veränderungswünschen hinsichtlich der Behandlung äußerte wie bereits dargestellt nahezu jeder zweite Interviewte den Wunsch nach psychologischer Betreuung für den Verletzten. Für manche Probanden war es nach eigener Aussage außerordentlich belastend, die emotionalen Reaktionen des Betroffenen auszuhalten und beispielsweise Depressivität und Rückzug mitzuerleben. Durch eine Gewährleistung professioneller psychologischer Betreuung des Angehörigen hätten sie sich entlastet gefühlt. Nur drei Probanden wünschten sich rückblickend psychologische Unterstützung für sich selbst, die meisten Interviewten betonten, durch bestehende soziale Netzwerke ausreichend emotional aufgefangen

gewesen zu sein. Auf Seiten der Befragten existierte also gerade in der ersten Phase der Behandlung weniger das Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung als vielmehr nach Aufklärung und Versorgung mit validen Informationen über Zustand, Behandlung und weiteren Maßnahmen. Der Wunsch nach häufigeren Arztgesprächen und besserer Aufklärung hinsichtlich erforderlicher Behandlungsmaßnahmen und der Prognose wurde vielfach genannt, was vorliegenden Forschungsbefunden zum hohen Informationsbedarf von Angehörigen entspricht (siehe II.5). Ferner äußerten einzelne Angehörige den Wunsch nach festen Ansprechpartnern im Rahmen der ambulanten Versorgung. Häufige Arztwechsel bei den ambulanten Sprechstunden für Brandverletzte sowie mangelhafte Erfahrung und Fachkompetenz in der Behandlung Brandverletzter im ambulanten Kontext wurden vielfach bemängelt.

Zeitlicher Verlauf von Belastungsfaktoren und Ressourcen über zwei Jahre

Alle Befragten gaben eine Verringerung der Belastungsfaktoren über die zwei Jahre nach dem Brandunfall des Verwandten an. Für viele Interviewten kann also die Aussage gelten, dass zwei Jahre nach dem Unfall die meisten mit dem Unfall einhergehenden Belastungen in den verschiedenen Bereichen abgeklungen waren. So berichteten z.B. auch nur zwei Interviewte, beim verletzten Angehörigen seien nach wie vor pflegerische Maßnahmen vonnöten. Hinsichtlich finanzieller Unfallfolgen lässt sich festhalten, dass es bei immerhin einem Fünftel der Befragten (21,1%) zu dauerhaften finanziellen Einschränkungen, beispielsweise durch Arbeitsplatzverlust oder Berentung des Verletzten, gekommen war. Einzelne Probanden erwähnten langfristig weiter bestehende negative Veränderungen im sozialen Bereich, vor allem in der Beziehung zum Verletzten, z.B. sexuelle Probleme (10,5%), Schwierigkeiten, das veränderte Äußere des Partners zu akzeptieren (5,3%), vermehrte Streitigkeiten (15,8%) sowie eine erhöhte Sensibilität und psychische Labilität des Partners (15,8%). Die negativen Veränderungen im Kontakt zum Verletzten waren zum Teil erst zeitverzögert zum Tragen gekommen, also z.B. nach Entlassung aus dem stationären Setting, wenn Anpassungsprobleme auf Seiten des Verletzten auftraten, es zu Stimmungseinbrüchen kam oder dauerhaft bleibende Einschränkungen offenbar wurden. Psychische Belastungsfaktoren, wie belastende Gefühle, beispielsweise Wut oder Ängste, und intensive psychische Reaktionen auf den Unfall hin hatten sich beim Großteil der Probanden im Laufe der zwei Jahre seit dem Unfall verringert oder ganz aufgehoben. Als weiter bestehende psychische Belastungsfaktoren gaben jedoch immerhin drei Probanden (15,8%) vermehrte Ängste vor einem erneuten Unfall des Angehörigen und damit einhergehende Sicherheitsverhaltensweisen an.

Im Gegensatz zu den größtenteils im zeitlichen Verlauf abgeklungenen Belastungsfaktoren berichtete eine große Anzahl der Befragten über dauerhafte positive Veränderungen, beispielsweise eine auch zwei Jahre nach dem Unfall anhaltende Beziehungsintensivierung zum Verletzten (36,8%), die gesteigerte Fähigkeit, auf Positives zu fokussieren (52,6%), eine erhöhte Lebenszufriedenheit (15,8%) und Dankbarkeit (31,4%), verstärkte Nachdenklichkeit

(31,4%) und eine Verschiebung eigener Prioritäten in dem Sinne, dass die Wichtigkeit von Familie und Freizeit gestiegen war (10,5%).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass viele der von den interviewten Angehörigen genannten Belastungsfaktoren über die Zeit hin abnahmen oder verschwanden, während zahlreiche der genannten Ressourcen längerfristig bestehen blieben und dauerhafte positive Folgen des Unfalls genannt wurden. Einem Teil der Probanden schien also eine günstige Adaption an den Unfall und seine Folgen in Form von „*posttraumatic growth*“ geglückt zu sein. Nachhaltige Schwierigkeiten, mit denen Einzelpersonen zu kämpfen hatten, waren Partnerschaftsprobleme und generalisierte Ängstlichkeit, außerdem waren Einzelne in ihrem Anspruch an sich selbst, für den Verletzten bedingungslos da und allzeit stark zu sein, über die Zeit an eigene Belastungsgrenzen gestoßen und hatten Phasen von starker Erschöpfung und Überforderungsgefühle erlebt.

Vergleich zwischen Angehörigen und Betroffenen in Belastungen und Ressourcen

Zum Abschluss der Ergebnisdarstellung werden im folgenden Abschnitt die Befunde zu Belastungsfaktoren und Ressourcen bei Betroffenen (vgl. III.1) zumindest kurz mit denen von Angehörigen verglichen. Eine umfassende Gegenüberstellung ist an dieser Stelle nicht möglich und würde sicherlich den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen.

Beim Vergleich der Ergebnisse der Angehörigenstudie mit denen der Untersuchung an den Patienten zeigen sich sowohl Übereinstimmungen wie auch Unterschiede in den Reaktionen der beiden Gruppen. Festhalten lässt sich allgemein, dass beide Gruppen vielfältige Belastungsfaktoren und Ressourcen berichten. Während bei den Angehörigen die Überzahl der genannten Belastungen im sozialen und psychischen Bereich angesiedelt ist, kommt bei den Betroffenen als wesentlicher zusätzlicher Bereich der körperliche hinzu. Durch die schweren Verletzungen erfolgt eine starke Fokussierung auf den eigenen Körper, dessen Nicht-Funktionieren bzw. Funktionieren, Heilung etc. Bei den Angehörigen stehen körperliche Aspekte klar im Hintergrund, sie „funktionieren“. Für beide Gruppen stellt der Brandunfall ein extremes Erlebnis dar. Auch für Angehörige kann dieses Ereignis traumatischen Charakter haben, z.B. durch das Miterleben der Intensivbehandlung, der Schmerzen des Verletzten oder das Bangen um das Überleben des Betroffenen. Während Betroffene nach einem Brandunfall verständlicherweise stark auf sich selbst konzentriert sind, erfolgt auf Seiten der Angehörigen eine völlige Fokussierung auf den Verletzten. Angehörige sind mit großen Herausforderungen konfrontiert, den Alltag zu managen, Aufgaben des Verletzten zu übernehmen und diesem sozusagen „den Rücken frei zu halten“. Hierdurch kann die eigene Person unter Umständen so stark in den Hintergrund treten, dass es langfristig zu Erschöpfungszuständen und Ausgebranntsein kommt. Ein weiterer Unterschied besteht im zeitlichen Stattfinden bestimmter innerer Auseinandersetzungsprozesse: Gerade, wenn der Patient zunächst über Tage oder Wochen analgosediert ist, führt dies oft dazu, dass sich diese

„Asynchronizität“ der inneren Verarbeitung deutlich zeigt, sobald der Patient das Bewusstsein wieder erlangt: Die Angehörigen hatten dann bereits Zeit, sich mit dem Geschehenen zu befassen, den ersten Schock zu überwinden und Hoffnung und Zukunftsperspektiven zu entwickeln. Der Verletzte dagegen muss sich zunächst über die Situation, in der er sich befindet, klar werden, was heftige psychische Stressreaktionen mit sich bringen kann. Eine interessante Feststellung, die sich bei Gegenüberstellung der Interviewtranskripten von Angehörigen und Betroffenen ergab, war weiterhin, dass zum Teil massive Diskrepanzen in den Wahrnehmungen und Bewertungen der beiden Seiten vorlagen: Die psychische Konstitution des Verletzten wurde von den Angehörigen zum Teil anders eingestuft als vom Verletzten selbst. So schilderte z.B. ein Ehemann seine Frau als stark („Die schafft das alles!“), während die brandverletzte Frau selbst im Interview Überforderung, Verzweiflung und Suizidgedanken äußerte. In zwei Interviews beschrieben die befragten Partner massive Unzufriedenheit mit der partnerschaftlichen Sexualität, während der Betroffene äußerte, hier bestünden keinerlei Probleme, und auf das Thema nicht weiter einging.

Übereinstimmungen bestehen zwischen den beiden Gruppen darin, dass sowohl Angehörige als auch Betroffene Aspekte von *posttraumatic growth* berichteten und also viele der Befragten auf beiden Seiten langfristig Bereiche wahrnahmen, innerhalb welcher sie Reifung und Wachstum durch die Konfrontation mit dem Unfall und seinen Folgen erfuhren. Gemeinsam ist beiden Gruppen auch die Hervorhebung der Wichtigkeit von verschiedensten Formen sozialer Unterstützung. Ebenfalls wurde von einigen Probanden beider Gruppen Unzufriedenheit mit der ambulanten Nachsorge angesprochen sowie ein Mangel an psychologischer Unterstützung beklagt. Beide Gruppen weisen ein gewisses Risiko auf, im Langzeitverlauf psychische Störungen im Zusammenhang mit dem Unfall und seinen Folgen zu entwickeln. Häufig scheint dies auch mit Problemen von Betroffenen sowie Angehörigen in Zusammenhang zu stehen, über das Geschehene und eigene Reaktionen hierauf (z.B. Ängste) miteinander zu sprechen. Mehrere Befragte auf beiden Seiten deuteten an, das Gegenüber eher schonen zu wollen und bestimmte Aspekte mit sich alleine auszumachen.

2.3 Diskussion und Ableitungen für das Gruppenbehandlungsprogramm

Auf eine methodische Diskussion wird an dieser Stelle verzichtet und auf die Diskussion der qualitativen Interviewstudie mit Betroffenen (siehe III.1.3) verwiesen. Aufgrund der hohen Ähnlichkeit der Methode können entsprechende Kritikpunkte am qualitativen, individuumszentrierten Vorgehen auch für die vorliegende Untersuchung mit Angehörigen Brandverletzter gelten. Im Folgenden werden die Ergebnisse der vorliegenden Studie unter dem Fokus interpretiert und diskutiert, welche Ableitungen sich für das geplante Gruppenbehandlungskonzept in der Rehabilitationsphase nach einer Brandverletzung ergeben.

① Die dargestellte Interviewstudie macht vielfältige Aspekte von Belastung deutlich, denen Angehörige von Brandverletzten unterliegen, und zeigt, dass ein **Brandunfall** eines nahen Familienmitglieds auch **für die Angehörigen ein kritisches oder sogar traumatisches Lebensereignis** sein kann, welches das Leben dauerhaft verändert. Die Inhaltsanalyse verdeutlicht, dass ein Großteil der von den Befragten genannten **Belastungsfaktoren dem psychischen und sozialen Bereich** zuzuordnen ist.

Bedeutung für das Programm: Der generelle Befund über hohe Belastetheit von Angehörigen Brandverletzter sowie die Notwendigkeit, auch und gerade hier unterstützende Beratung anzubieten, ist konform mit bereits vorliegenden Forschungsbefunden (siehe II.5). **Psychologische Unterstützung Angehöriger** sollte unbedingt Teil eines multiprofessionellen Behandlungsangebots sein und helfen, bestehende psychische und soziale Belastungen zu reduzieren. Angehörige erfahren außerordentliche Belastung und sind gleichzeitig Helfende, was bedeutet, dass für eigene Bedürfnisse und Nöte sowie eigene Belastetheit wenig Raum ist. Es ist von immenser Wichtigkeit, hier **Entlastungsmöglichkeiten anzubieten** – und zwar auch direkte, nicht nur, wie vielfach von den Befragten gefordert, indirekte durch das Gewährleisten von psychologischer Betreuung des Verletzten.

② Die vorliegende Studie zeigt, welche **vielfältige Ressourcen** durch den Brandunfall eines nahen Angehörigen **mobilisiert** werden, insbesondere im psychischen (z.B. Akzeptanz, Fokussierung auf Positives, Optimismus und Religiosität) und sozialen Bereich. Vielen der Befragten gelang es, langfristig auch positive Auswirkungen und Folgen des Unfalls zu erleben, die sich als eine Form von **posttraumatischem Wachstum, persönlicher Reifung und Assimilations- sowie Akkomodationsprozessen** beschreiben lassen (vgl. II.3.2). Glückte es Befragten, auch positive Auswirkungen des Unfalls zu sehen, begünstigte dies einen erfolgreichen Anpassungsprozess.

Bedeutung für das Programm: Im Rahmen von psychologischen Unterstützungsangeboten für Angehörige sollte eine **Ressourcenaktivierung und –fokussierung** im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen. So Tendenzen zur Wahrnehmung auch positiver Folgen vorhanden sind, können diese – nach ausreichendem Beklagen und Würdigen des Erlittenen – verstärkt sowie therapeutisch genutzt und ausgebaut werden.

③ Viele Angehörige zeigen einen **hohen Anspruch an sich selbst**, für den Betroffenen da zu sein, was zum Teil zu **Überforderung und Überlastung** führen kann, gerade, wenn die Angehörigen wenig Würdigung ihres Engagements durch andere erfahren.

Bedeutung für das Programm: Im Rahmen von therapeutischen Angeboten muss eine **Würdigung des hohen Engagements** erfolgen. Außerdem sollten Möglichkeiten, eigene **Entlastung herbeizuführen**, beispielsweise durch selbstfürsorgliche Tätigkeiten oder aktive Inanspruchnahme sozialer Unterstützung, thematisiert werden (z.B. wie kann man sich aktiv

um Aufbau und Pflege eigener Energiereserven kümmern?). Für viele Angehörige stellt es ein Tabu dar, sich um sich selbst zu kümmern und sich Gutes zu tun, während der Verletzte im Krankenhaus liegt, gleichzeitig besteht eine **hohe Bedürftigkeit**. Hier ist es wichtig, dies zu enttabuisieren und in seiner Wichtigkeit zu betonen (z.B. „Ihr Angehöriger braucht sie jetzt stark, das ist richtig. Was können Sie aktuell für sich tun, um stark sein zu können?“), Entlastungstätigkeiten explizit zu „erlauben“ und gemeinsam Strategien hierfür zu erarbeiten.

④ Viele Angehörige nehmen eine zum Teil **dauerhafte nachteilige psychische Veränderung ihres verletzten Verwandten** bis hin zur Ausbildung psychischer Störungen in der Folge des Unfallgeschehens wahr. Hiermit gehen häufig Gefühle von Überforderung und Hilflosigkeit einher, oft fühlen sich Angehörige hierauf nur unzureichend vorbereitet. Konform zu vorliegenden Befunden (z.B. Thompson et al., 1999; Dinkel & Balck, 2003, siehe II.5) macht die vorliegende Studie das ausgeprägte Bedürfnis Angehöriger nach Informationen und Austausch über den körperlichen Zustand des Angehörigen, die medizinische Prognose sowie anstehende Behandlungsmaßnahmen deutlich. Viele Befragte wünschten sich mehr Gelegenheit und Zeit von Seiten der Behandelnden zur **Beantwortung von Fragen**.

Bedeutung für das Programm: Ein Behandlungsangebot für Angehörige sollte zum einen **psychoedukative Elemente** enthalten, innerhalb welcher über mögliche psychische Folgen und Störungen nach einem schweren Unfalls informiert wird (z.B. über Depression, Ängste, PTBS und Anpassungsstörungen). Auch über übliche Anpassungsprozesse und Anpassungsschwierigkeiten nach Behinderung oder dauerhafter Arbeitsunfähigkeit sollte offen gesprochen werden. Zum anderen ist es überaus wichtig, im Behandlungsprozess (z.B. im Rahmen eines Gruppenprogramms durch das Angebot von **Fragestunden** mit Mitarbeitern anderer Fachdisziplinen, das heißt mit Fachärzten für plastische Chirurgie, mit Ergo- und Physiotherapeuten) Strukturen zu schaffen, die ausreichend Raum für Fragen der Angehörigen zu körperlichen Prozessen und Behandlungsmöglichkeiten bieten.

Zusätzliche Ableitungen für das Programm: Ein wichtiges Thema in der Auseinandersetzung und Verarbeitung eines Brandunfalls eines nahen Angehörigen stellt häufig die **Frage der Schuld oder Mitschuld** dar, insbesondere bei Eltern brandverletzter Kinder. Von den in der vorliegenden Studie befragten Personen wurden die Schuldfrage oder Schuldgefühle kaum thematisiert, lediglich eine interviewte Mutter hatte diesbezüglich große Schwierigkeiten. Im Rahmen eines Gruppenangebots sollte für diese Thematik ausreichend Platz gelassen werden, wenn auf Seiten der Teilnehmer Bedarf besteht, dieses Thema zu erörtern. Angehörige konfrontieren sich häufig mit Fragen von Schuld und persönlicher Verantwortlichkeit, nicht unbedingt nur hinsichtlich der Unfallverursachung, zumal wenn sie gar nicht anwesend waren, sondern oft auch bezüglich ihres Verhaltens nach dem Unfall und ihres Umgangs mit dem Verletzten. Gleichzeitig ist dieser Themenbereich oft hochgradig schambesetzt und ta-

buisiert. Das offene Ansprechen dieser Fragen im Rahmen eines Gruppensettings sowie die damit verbundene Feststellung, dass es anderen betroffenen Angehörigen ganz ähnlich geht, könnten wichtige therapeutische entlastende Funktion haben.

Die Ergebnisse der vorliegenden Interviewstudie machen deutlich, dass zum Teil **Überforderungssituationen** durch die von vielen Angehörigen **selbst auferlegte Coach-Funktion** für den Verletzten entstanden: Angehörige fühlten sich stark dafür verantwortlich, den Geneungs- und sozialen Rückführungsprozess des verletzten Verwandten aktiv voran zu treiben und vor allem auch bei der Überwindung sozialen Rückzugsverhalten des Verletzten zu helfen. Sie versuchten also, den anderen zu motivieren, aktiv zu sein, und sahen sich gleichzeitig zuständig dafür, ihn vor möglichen verbalen und nonverbalen Angriffen in Schutz zu nehmen und zu verteidigen, woraus die Gefahr der Bevormundung resultieren kann. Aus diesem Grund sollten **Möglichkeiten und Grenzen der Unterstützung** des Verletzten in einem therapeutischen Angebot offen thematisiert werden, aber es sollte auch ausreichend Platz dafür sein, eigene Gefühle und Reaktionen im Zusammenhang mit eventuell kränkenden sozialen Reaktionen auf das brandverletzte Familienmitglied besprechen zu können.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass gerade durch die gezielte Unterstützung Angehöriger von Brandverletzten im Sinne von Entlastung, Einbeziehung und Aufklärung, diese optimal als soziale Ressourcen für den Betroffenen in den Behandlungsprozess eingebunden werden können. Möglichkeiten verhaltensmedizinischer Interventionen werden in diesem Bereich bisher noch nicht ausreichend genutzt. Das Angebot von Gruppenstunden für Angehörige würde sicherlich bei vielen Familienmitgliedern von Schwerbrandverletzten aufgrund deren hoher eigener Belastetheit und ihres starken Gefordert-Seins auf Zustimmung und Akzeptanz stoßen.

3 Quantitative Erfassung von Belastungsfaktoren und Ressourcen bei Brandverletzten

Ein Blick auf die aktuelle Forschungsliteratur zum Bereich „psychosoziale Folgen von Brandverletzungen“ zeigt eine deutliche Fokussierung auf psychische Probleme, Belastungen und Distress in der Untersuchung psychischer Folgen von Brandverletzungen. Ressourcen und Stärken dieser Patienten finden nur wenig Beachtung. Dies verwundert, da davon auszugehen ist, dass es gerade auch diese Faktoren sind, die es Patienten ermöglichen, sich der Herausforderung zu stellen, welche ein Brandunfall bedeuten kann. Um Hintergrundinformationen für die Entwicklung psychotherapeutischer Strategien zur Unterstützung Brandverletzter zu gewinnen, wurde deshalb eine Studie durchgeführt, innerhalb derer *sowohl* Belastungsfaktoren *als auch* Ressourcen von Brandverletzten explorativ untersucht wurden.

Die im folgenden beschriebene Untersuchung ist im April 2006 als Artikel in englischer Sprache vom *Journal of Burn Care and Rehabilitation* zur Publikation angenommen worden und wird dort unter dem Titel „*Distress and psycho-social resources in the recovery from severe burn injury*“ erscheinen (Wallis, Renneberg, Ripper, Germann, Wind & Jester, in Druck).

3.1 Untersuchungsziel und Fragestellung

Ziel der Untersuchung war die quantitative Erfassung von psychischer Belastung und psychosozialen Ressourcen bei brandverletzten Patienten während des stationären Aufenthalts im Brandverletzentrum der BG Unfallklinik Ludwigshafen. Der psychische Status sowie Ausmaß und Art der psychischen Belastung von stationär behandelten brandverletzten Patienten sollten mittels eines klinischen Assessments erhoben und mit Normwerten der Allgemeinbevölkerung verglichen werden. Eine zentrale Frage war hierbei, ob sich Brandverletzte im Ausmaß von psychischer Belastung und psychosozialen Ressourcen von der Allgemeinbevölkerung unterscheiden. Auch sollte geklärt werden, inwiefern sich Zusammenhänge zwischen psychischer Belastung und objektiven Maßen der Verletzungsschwere ergeben. Weiterhin war von Interesse zu überprüfen, wie sich psychisch stark belastete und psychisch weniger belastete Patienten voneinander unterscheiden und ob dieser Unterschied beispielsweise mit der Ausprägung psychosozialer Ressourcen in Zusammenhang steht.

3.2 Methode

Probanden: Im Rahmen einer multizentrischen prognostischen Längsschnittuntersuchung wurden zwischen Juni und November 2004 alle brandverletzten Patienten, welche stationär zur Akutversorgung oder Nachbehandlung im Schwerbrandverletzentrum der BG Unfallklinik Ludwigshafen behandelt wurden, in die Stichprobe eingeschlossen. Es wurden sowohl Akut- als auch Nachsorgepatienten in die Stichprobe aufgenommen, um möglichst alle Pati-

enten, welche gewöhnlich in einem Brandverletzentzentrum stationär behandelt werden, zu erfassen. Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme waren ein Lebensalter unter 16 beziehungsweise über 65 Jahren. Weitere Ausschlusskriterien waren das Vorliegen einer akuten Psychose, einer frühkindlicher Hirnschädigung oder einer demenziellen Erkrankung. Ferner wurden ausreichend gute Kenntnisse der deutschen Sprache vorausgesetzt, d.h. die Probanden mussten dazu in der Lage sein, Deutsch zu sprechen und zu schreiben. Von insgesamt 63 die Stichprobenkriterien erfüllenden Patienten willigten 55 in die Teilnahme ein. Tabelle 14 zeigt einen Überblick über soziodemografische Daten der Stichprobe, Tabelle 15 liefert zusätzlich medizinische und unfallbezogene Angaben zur Stichprobe. Was Geschlechterverhältnis und Bildungsstand der Stichprobe betrifft, so entsprechen die Verhältnisse den von anderen Forschergruppen publizierten Angaben über Brandverletztenpopulationen (z.B. Patterson et al., 1993; Germann et al., 1997).

Tabelle 14: Deskriptive Statistik: Soziodemografische Daten der brandverletzten Stichprobe.

	Anzahl der n=55 Brandverletzten (in %)		Anzahl der n=55 Brandverletzten (in %)
Geschlecht:		Schulbildung:	
weiblich	14 (25,5%)	kein Schulabschluss	3 (5%)
männlich	41 (74,5%)	Hauptschuleabschluss	23 (42%)
Nationalität:		Realschulabschluss	16 (29%)
Deutsch	50 (91%)	Fachhochschule	6 (11%)
Europäer	3 (5%)	Abitur	7 (13%)
sonstiges (z.B. Iraker)	2 (4%)	Alter in Jahren (M,SD)	37 (+ 12,1)

Tabelle 15: Deskriptive Statistik: Medizinische und unfallbezogene Stichprobedaten.

	Anzahl der n=55 Brandverletzten (in %)		M (SD)
Unfallumstände:		%vKOF gesamt	22,2 (17,8) (range 1-76%)
Arbeitsunfall	27 (49%)	%vKOF zweitgradig	11,6 (9,9)
häuslicher Unfall	21 (38%)	%vKOF drittgradig	8,8 (12,8)
Suizidversuch	1 (2%)	ABSI-Score	6,5 (2,8)
sonstige	6 (11%)		
Zeit seit dem Unfall:			
< 6 Monate	35 (63,6%)		
Verletzungsschwere:			
Gesichtsverbrennung	17 (34,5%)		
Handverbrennung	28 (50,9%)		
Inhalationstrauma	13 (23,6%)		
Operationspflichtig	39 (70,9%)		
Amputationen	9 (16,7%)		

Studienablauf: Patienten, welche den Stichprobenkriterien entsprachen, wurden auf die Studie angesprochen und ausführlich hierüber aufgeklärt. Nach Einwilligung bezüglich der Teilnahme erhielten die Patienten eine als Paket zusammengestellte Fragebogenbatterie, welche sie eigenständig ausfüllten und vor der stationären Entlassung abgaben. Die Fragebo-

genbatterie umfasste sowohl Instrumente zur Erfassung psychischer Belastung als auch zur Erfassung psychosozialer Ressourcen (z.B. soziale Unterstützung, Copingstrategien). Waren teilnehmende Patienten so schwer an den Händen verletzt, dass sie keinen Stift halten konnten, assistierte eine Projektmitarbeiterin beim Ausfüllen der Fragebögen. Medizinische Daten zu den Patienten wurden aus dem elektronischen Aktenverwaltungssystem gewonnen.

Untersuchungsinstrumente: Neben einem kurzen Fragebogen zu soziodemografischen und unfallbezogenen Variablen wurden die folgenden Instrumente im Rahmen der Fragebogenbatterie an die Patienten ausgegeben:

- **Kurzform Symptom Checklist** (SCL-K-9, Klaghofer & Brähler, 2001): Die SCL-K-9 ist eine Kurzversion der SCL-90-R (Franke, 1995; englisches Original: Derogatis, 1977). Sie misst subjektive Beeinträchtigung einer Person durch psychische und physische Symptome mittels neun Items. Der Gesamtscore der SCL-K-9, der GSI, korreliert mit dem GSI-Score der langen Originalversion zu $r=.93$, ferner wird eine gute Reliabilität der Kurzform berichtet (Cronbach's $\alpha=.87$, Klaghofer & Brähler, 2001).
- **PTBS-Symptom-Skala** (PSS, Foa, Riggs, Dancu & Rothbaum, 1993): Die PSS ist ein psychometrisches Messinstrument zur Erfassung von PTBS-Symptomatik. Sie erlaubt sowohl die kategoriale als auch die dimensionale Erfassung von PTBS-Symptomen. Die 17 Items der PSS sind eng an die diagnostischen Kriterien der PTBS nach DSM-IV angelehnt. Reliabilitätskoeffizienten, welche sowohl für die englische als auch für die deutsche Version angegeben werden, sind sehr hoch (Cronbach's $\alpha=.91$; Foa, Riggs, Dancu & Rothbaum, 1993; Steil, 1997).
- **Hospital Anxiety and Depression Scale** (HADS, Zigmond & Snaith, 1983; deutsche Version von Herrmann & Buss, 1994): Die HADS ist ein aus insgesamt 14 Items bestehendes Selbstbeurteilungsinstrument, das speziell zur Messung von Angst und Depression bei Erwachsenen mit physischen Krankheiten oder Beschwerden entwickelt wurde. Reliabilitätsangaben zu diesem Instrument sind gut bis hoch (Cronbach's $\alpha=.80$, Angaben zu einer Einwochen-Retest-Reliabilität variieren von $r=.81$ bis $.89$; Zigmond & Snaith, 1983; Herrmann & Buss, 1994).
- **Fragebogen zur Sozialen Unterstützung** (F-Soz-U-K-14; Sommer & Fydrich, 1999; Sommer & Fydrich, 1989): Der F-Soz-U ist ein deutsches Instrument zur Erfassung von wahrgenommener und antizipierter Unterstützung des sozialen Umfelds einer Person. Die im Rahmen der beschriebenen Studie angewendete Kurzform mit 14 Items weist eine hohe interne Konsistenz auf (Cronbach's $\alpha=.93$; Fydrich, Geyer, Hessel, Sommer & Brähler, 1999).
- **Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung** (FKV-LIS; Muthny, 1989): Beim FKV-LIS handelt es sich um eine 35 Items umfassende Kurzversion der deutschen FKV (102 Items), welche Copingstrategien im Umgang mit Krankheit ermittelt und auf Lazarus' (1966) Modell zu Stress und Stressbewältigung fußt. Die FKV-LIS umfasst folgende Subskalen: „depressive Verarbeitung“, „aktives problemorientiertes Coping“, „Ablenkung und Selbstaufbau“, „Religiosität und Sinnfindung“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“. Angaben zur internen Konsistenz schwanken je nach Subskala zwischen $\alpha=.68$ und $\alpha=.77$ (Muthny, 1989).

- **Life Orientation Test** (LOT, Scheier & Carver, 1985; deutsche Version von Wieland-Eckelmann & Carver, 1990): Der LOT umfasst 12 Items zur Messung des Konstrukts „Optimismus“. Optimismus wird hierbei operational definiert als generelle Tendenz, auf stressreiche Lebensereignisse mit positiven Ausgangserwartungen und problemfokussierendem Coping zu reagieren. Die interne Konsistenz wird als mäßig mit $\alpha=.76$ angegeben. Die Reliabilität im Rahmen eines Vier-Wochen-Retest dagegen erwies sich als hoch ($r=.79$, Scheier & Carver, 1985).
- **Generelle Selbstwirksamkeitsskala** (GSE, Schwarzer & Jerusalem, 1995): Die GSE ist ein zehn Items umfassendes psychometrisches Messinstrument zur Erfassung von allgemeinen optimistischen Selbstüberzeugungen. Sie misst die optimistische Kompetenzerwartung, also das Vertrauen einer Person darauf, eine schwierige Lage aus eigener Kompetenz heraus zu meistern. Im Gegensatz zu anderen Optimismusskalen ist hiermit die Überzeugung gemeint, durch eigene Handlungen positive Ergebnisse erwirken zu können. Der GSE geht auf das Selbstwirksamkeitskonzept (*perceived self-efficacy*) von Bandura (1977) zurück. Berichtete Koeffizienten der internen Konsistenz variieren von gut bis mäßig (Cronbach's $\alpha=.76$ bis $\alpha=.90$; Schwarzer & Jerusalem, 1995). Die Skala ist im Internet in vielen verschiedenen Sprachen verfügbar (<http://userpage.fu-berlin.de/~health/engscal.htm>).
- **Subjektives Schmerzerleben**: Akuter subjektiver Schmerz wurde mit einer visuellen Analogskala von 0-10 erhoben.

Erhebung medizinischer Daten: Als medizinische Variablen wurden neben der prozentual verbrannten Körperoberfläche das Ausmaß an drittgradig verbrannter Haut, der ABSI-Score, die stationäre Aufenthaltsdauer, die Anzahl erfolgter operativer Eingriffe, das Vorliegen eines Inhalationstraumas, Angaben zur Lokalisation der Verbrennungen sowie das Vorliegen von Amputationen erfasst.

Statistische Auswertung: Die Daten wurden mit dem Programm SPSS statistisch ausgewertet. Zur Ermittlung systematischer Gruppenunterschiede (Studienteilnehmer vs. Ablehner, Stichprobendaten vs. vorliegende Normwerte) wurden Student's t-Tests durchgeführt. Vorab erfolgte stets eine Überprüfung, ob die statistischen Voraussetzungen zur Durchführung von t-Tests erfüllt waren. Zur Prüfung von Unterschieden auf Signifikanz bei kategorialen Daten wurden χ^2 -Tests durchgeführt. Bei Ratingskalen, deren Werteverteilungen nicht normalverteilt waren, wodurch die Voraussetzungen für die Anwendung eines parametrischen Testverfahrens verletzt wurden, und welche sich nicht in eine Normalverteilung transferieren ließen, wurde ein nonparametrisches Testverfahren (Mann-Whitney-U-Test) angewendet. Alle Tests wurden zweiseitig durchgeführt. Da keine Daten an einer direkten Kontrollgruppe erhoben wurden, wurden die Stichprobenwerte mit vorliegenden nicht-klinischen Normwerten in Beziehung gesetzt. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um das Ausmaß von psychischem Distress und psycho-sozialen Ressourcen vergleichen und bewerten zu können.

3.3 Ergebnisse

Gruppenvergleiche

Gruppenvergleich Studienteilnehmer vs. Ablehner: Acht Patienten lehnten die Teilnahme an der Studie ab. Diese Patienten unterschieden sich nicht systematisch von den Teilnehmern hinsichtlich Verletzungsschwere, dem Ausmaß der verbrannten Körperoberfläche, der Anzahl durchgeführter Operationen sowie dem ABSI-Score.

Gruppenvergleich Akut- vs. Nachsorgepatienten: Der Vergleich der Patienten in der akuten Behandlungsphase mit den Nachsorgepatienten ergab keine signifikanten Unterschiede bezüglich Lebensalter und Bildungsstand. Signifikant unterschiedlich dagegen waren die beiden Gruppen hinsichtlich der Variablen zur objektiven Bestimmung der Verletzungsschwere: Nachsorgepatienten wiesen eine höhere Prozentzahl vKOF auf ($t=-2,21$, $df=46$, $p<.03$), zeigten tendenziell höhere ABSI-Scores ($t=-1,81$, $df=23$, $p<.083$), verfügten über mehr Tage unter Analgosedierung ($t=-2,34$, $df=21$, $p<.029$) und hatten signifikant mehr Hauttransplantationen erhalten ($\chi^2=7,85$, $df=2$, $p<.02$), auch waren bei ihnen häufiger Amputationen erfolgt ($\chi^2=7,86$, $df=2$, $p<.02$). Diese Ergebnisse verwundern nicht weiter, da schwerere Brandverletzungen mit höherer Wahrscheinlichkeit Nachsorgeaufenthalte erfordern. Verhältnismäßig schwer verletzte Patienten machen also einen großen Anteil in der Nachsorgestichprobe aus. Hinsichtlich der erhobenen Maße zu psychischer Belastung und Ressourcen unterschieden sich Akut- und Nachsorgepatienten jedoch nicht bedeutsam voneinander. Da es wie bereits beschrieben Anliegen der vorliegenden Studie war, eine typische Stichprobe von Patienten eines Brandverletzententrums zu beschreiben und grundlegende Aussagen über dieses Patientenkollektiv zu machen, wurden beide Patientengruppen trotz systematischer Unterschiede hinsichtlich der Verletzungsschwereparameter für die weiteren Analysen zusammen gefasst.

Erfassung psychischer Belastung

Die brandverletzten Patienten der Stichprobe zeigten verglichen mit Normwerten einer nicht-klinischen Population erhöhte psychische Belastung, wie Abbildung 8 verdeutlicht. Die SCL-K-9-Scores der Probanden waren höchst signifikant erhöht ($t=4,62$, $df=36$, $p<.001$). Die Stichprobenwerte in der HADS wiesen verglichen mit im Manual aufgeführten Normwerten auf signifikant erhöhte Depressivität hin ($t=2,48$, $df=36$, $p<.018$). Die Angstwerte der Stichprobe waren zwar leicht, jedoch nicht signifikant erhöht ($t=1,66$, $df=36$, $p<.105$). Verglichen mit Daten einer klinischen Stichprobe von Patienten mit koronaren Herzkrankheiten, wie sie ebenfalls im HADS-Manual veröffentlicht sind, ergaben sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zu der brandverletzten Stichprobe. Für PTBS-Symptome, wie sie von der PSS erfasst werden, ergab sich, dass 13% der brandverletzten Patienten in der akuten Behandlungsphase einen PSS-Scores aufwiesen, dessen Höhe das Vorliegen einer PTBS nahe legt. Zusätzlich zeigten 25% der Nachsorgepatienten deutlich erhöhte PSS-Scores. Für die

Gesamtstichprobe ergab sich ein dimensionaler PSS-Score von 10,5. Prävalenzangaben für PTBS in der Allgemeinbevölkerung schwanken je nach Quelle zwischen 2 und 7% (siehe II.2.2). Auf Basis der PSS-Ausprägung in der brandverletzten Stichprobe können zwar keine eindeutigen Diagnosen gefällt werden, es lässt aber sich festhalten, dass sich für 13 bzw. 25% der Probanden ein Hinweis auf das Vorliegen einer PTBS ergibt, was verglichen mit einer PTBS-Prävalenzrate von 2-7% in der Allgemeinbevölkerung als erhöht zu bewerten ist.

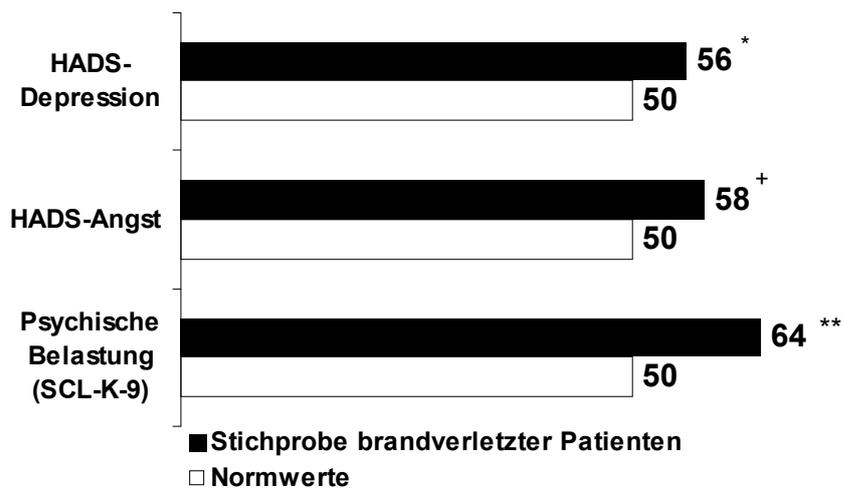


Abbildung 8: T-Werte der brandverletzten Stichprobe hinsichtlich psychischer Symptombelastung sowie Angst- und Depressionswerten verglichen mit vorliegenden Normwerten.

+ $p < .10$; * $p < .01$; ** $p < .001$

Erfassung psychosozialer Ressourcen

Für alle erhobenen Ressourcen-Maße zeigten sich verglichen mit vorliegenden Normwerten für die Allgemeinbevölkerung höchst signifikant erhöhte Werte (siehe Abbildung 9). So wiesen die brandverletzten Patienten höchst signifikant erhöhte LOT-Werte hinsichtlich dispositionellem Optimismus auf ($t=8,97$, $df=47$, $p<.001$) und berichteten höchst signifikant erhöhte soziale Unterstützung im F-Soz-U ($t=3,94$, $df=54$, $p<.001$). Auch zeigten die brandverletzten Probanden signifikant erhöhte Selbstwirksamkeitswerte in der GSE ($t=2,26$, $df=54$, $p<.028$). Für den Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und sozialer Unterstützung ergab sich eine hoch signifikante Korrelation ($r=.542$, $p<.01$), zwischen den anderen Ressourcenskalen fanden sich dagegen keine erhöhten und statistisch bedeutsamen systematischen korrelativen Zusammenhänge (z.B. Optimismus und soziale Unterstützung $r=.273$, n.s.).

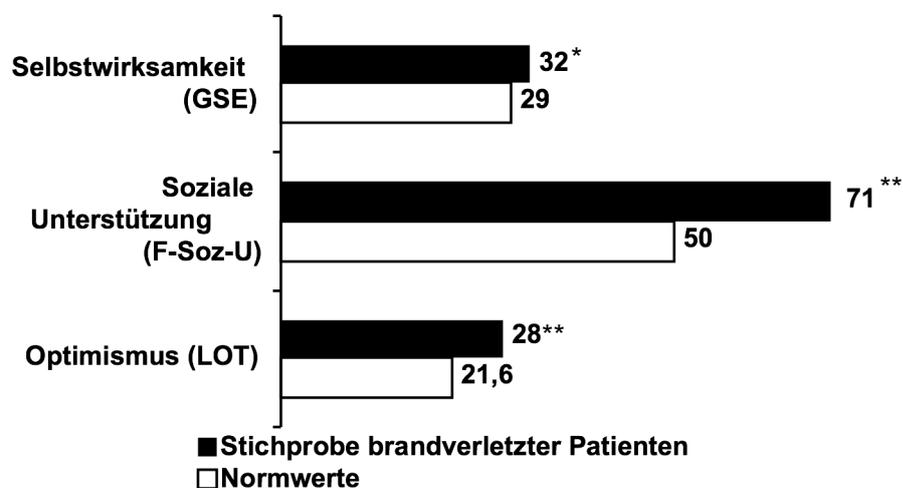


Abbildung 9: Optimismus, Selbstwirksamkeitserleben und wahrgenommene soziale Unterstützung in der Stichprobe brandverletzter Patienten sowie Normdaten einer nicht-klinischen Vergleichsgruppe.

* $p < .05$, ** $p < .001$

Subgruppenvergleich nach dem Ausmaß psychischer Belastung

Innerhalb der untersuchten Stichprobe ließ sich eine Gruppe von elf Probanden identifizieren, welche sehr hohe psychische Symptombelastung aufwiesen (t -Werte > 80). Ein Fünftel der Probanden ist also als extrem psychisch beeinträchtigt zu bewerten. Hiervon waren drei Nachsorgepatienten und acht Patienten in der akuten Behandlungsphase. Auch auf allen anderen Skalen zur Erfassung psychischer Symptombelastung wiesen diese elf Probanden signifikant erhöhte Werte verglichen mit dem Rest der Stichprobe auf, sie berichteten beispielsweise mehr Angst ($t=5,39$, $p < .001$), mehr depressive Symptome ($t=5,79$, $p < .001$) sowie mehr physische Schmerzen ($t=3,61$, $p < .001$). Auch wiesen die stark belasteten Patienten signifikant mehr posttraumatische Symptomatik auf (PSS $M=25,0$, $t=5,09$, $df=33$, $p < .001$) verglichen mit dem durchschnittlichen PSS-Score von 4,95 für die übrige Stichprobe. Hinsichtlich sozioökonomischer, medizinischer und unfallbezogener Variablen konnten keine Unterschiede zwischen der Gruppe der hoch belasteten und der restlichen Patienten identifiziert werden. Obwohl also aus physischer und sozioökonomischer Sicht keine Differenzen der Gruppen festzustellen waren, berichteten die hoch belasteten Patienten doch über signifikant mehr Schmerzen – wohlgernekt bei vergleichbarer physischer Situation wie die anderen Patienten. Hinsichtlich der Ressourcen zeigten sich ebenfalls keine Gruppenunterschiede (Optimismus $t=-0,79$, $p < .432$, Soziale Unterstützung $t=-0,43$, $p < .67$, Selbstwirksamkeit $t=0,3$, $p < .763$). Bezüglich der FKV-Werte zeigten sich Unterschiede in der Richtung, dass die belasteten Patienten höhere Werte auf der Unterskala „depressive Verarbeitung“ ($t=4,40$, $p < .001$) und „Bagatellisierung und Wunschdenken“ ($t=5,02$, $p < .001$) angaben.

Eine Voraussetzung für die Durchführung von t-Tests ist die annähernd gleiche Gruppengröße, da unterschiedlich präzise Parameterschätzungen bei verschiedener Gruppengröße die Ergebnisse verfälschen können. Diese Voraussetzung war im vorliegenden Subgruppenvergleich nicht gegeben, weshalb eine erneute Analyse unter Angleichung der Stichprobengrößen durchgeführt wurde, was ein konservatives Vorgehen ist. Alle berichteten Unterschiede blieben auch bei dieser zweiten Analyse bestehen, bei der die Angleichung der Stichprobengröße erfolgte, indem aus der größeren Gruppe eine Zufallsstichprobe von elf Probanden gezogen wurde. Die Irrtumswahrscheinlichkeit bewegte sich hierbei stets im Bereich von $p < .001$ bis $p < .047$.

Zusammenhänge zwischen objektiver Verletzungsschwere und psychischer Symptombelastung

Verletzungsschwere und psychische Symptombelastung: Es ergaben sich keinerlei signifikante Zusammenhänge zwischen dem prozentualen Ausmaß der verbrannten Körperoberfläche, der Dauer des stationären Aufenthalts oder der Unfallursache zu den Skalen psychischer Symptombelastung (Korrelationen von HADS, SCL-K-9 und PSS mit %vKOF bewegten sich im Bereich zwischen $r = -.051$ und $.153$, alle Korrelationen n.s.). Verletzungsschwere scheint also nicht in direktem Zusammenhang mit dem Ausmaß der psychischen Belastung zu stehen. Auch konnte kein systematischer Zusammenhang zwischen den untersuchten Ressourcen und der Verletzungsschwere ermittelt werden. Ebenfalls unbedeutend waren die Korrelationen zwischen den Ressourcen und den Maßen für psychische Symptombelastung (alle $r < |.301|$, alle $p > .07$, n.s.).

Verletzungslokalisation und psychische Symptombelastung: Bei der Untersuchung möglicher Zusammenhänge zwischen Verletzungslokalisation und dem Ausmaß der psychischen Symptombelastung zeigte sich, dass Patienten mit Handverletzungen in der HADS mehr Angst ($t = -2,07$, $df = 35$, $p < .046$) und tendenziell mehr Depressivität angaben ($t = -1,32$, $df = 35$, $p > .19$) als Patienten ohne Handverletzungen. Patienten mit Gesichtsverbrennungen unterschieden sich dagegen nicht vom Rest der Stichprobe im Ausmaß der psychischen Belastung, weder hinsichtlich genereller Symptombelastung noch in Bezug auf Depression und Angst. Patienten, bei welchen sowohl Hände als auch Gesicht und damit beide sozial relevanten Areale von der Verbrennung betroffen waren, berichteten tendenziell mehr depressive Symptome als die Probanden, bei denen diese Kombination nicht gegeben war ($t = -1,37$, $df = 35$, $p < .18$), bei denen also entweder keiner dieser Bereiche oder nur einer betroffen war.

Stellungnahme zu den untersuchten Fragestellungen

Fragestellung 1: Unterscheiden sich Brandverletzte im Ausmaß psychischer Belastung und psychosozialer Ressourcen von der Allgemeinbevölkerung? Brandverletzte weisen signifikant erhöhte psychische Belastung auf, aber auch signifikant erhöhte Ressourcen.

Fragestellung 2: Welche Zusammenhänge bestehen zwischen psychischer Belastung und objektiven Maßen der Verletzungsschwere? Ein Zusammenhang zwischen Verletzungsschwere und psychischer Belastung lässt sich empirisch nicht nachweisen. Die Annahme, schwerere Verletzungen führten automatisch zu erhöhter psychischer Belastung, lässt sich also auf Basis der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigen.

Fragestellung 3: Wie unterscheiden sich psychisch stark belastete und psychisch weniger belastete Patienten voneinander? Belastete Patienten berichten psychische Belastung in allen untersuchten Symptombereichen. Diese Belastung geht aber nicht mit verringerten psychosozialen Ressourcen einher und steht weiterhin nicht mit systematischen Unterschieden hinsichtlich unfallbezogener, medizinischer oder sozioökonomischer Variablen in Zusammenhang. Auf Basis der in der vorliegenden Studie untersuchten Variablen ist es also nicht möglich, eindeutige Aussagen darüber zu treffen, welche Patienten auf einen Brandunfall hin mit starker psychischer Belastung reagieren und welche nicht.

3.4 Diskussion und Ableitungen für das Gruppenbehandlungsprogramm

Die vorliegende Studie verdeutlicht, dass brandverletzte Patienten nicht nur ein hohes Ausmaß an psychischer Belastung aufweisen, sondern auch über überdurchschnittlich hohe psychosoziale Ressourcen verfügen, wenn man diese Werte mit Normwerten der Allgemeinbevölkerung vergleicht. Es liegen bereits zahlreiche empirische Studien vor, in denen eine erhöhte psychische Belastung von Menschen mit Brandverletzungen aufgezeigt wird (z.B. Patterson et al., 1993; Perry et al., 1992; Wallace & Lees; 1988; siehe II.2.2), zu Ressourcen dieser Patientengruppe ist die bisherige empirische Befundlage jedoch eher spärlich (z.B. Fauerbach et al. 2000; Gilboa et al., 1999; Willebrand, Andersson & Ekselius, 2004). Die referierten Befunde machen deutlich, dass ein Brandunfall zu psychischer Instabilität und starkem emotionalen Distress führen kann. Gleichzeitig scheint eine schwere Brandverletzung eine Krisensituation darzustellen, welche ein Maximum an Coping-Strategien und Ressourcen aktiviert, wie man anhand der erhöhten Stichprobenwerte hinsichtlich Optimismus, Selbstwirksamkeit und wahrgenommener sozialer Unterstützung schließen kann.

Das ausschließliche Fokussieren auf psychisches Leid, Probleme und Distress bei Brandverletzten, wie viele Studien es tun, greift zu kurz, um den Verarbeitungs- und Anpassungsprozess an einen Brandunfall zu erklären. Viele Studien aus anderen Forschungsbereichen machen den positiven Effekt von Ressourcen bei der Abpufferung von Stress deutlich (Procida-no & Fordham, 1992). Ressourcen, wie beispielsweise soziale Unterstützung, Selbstwirk-

samkeitserleben oder Optimismus, können zu erstaunlicher Resilienz bei der Konfrontation mit kritischen Lebensereignissen führen, z.B. bei schweren körperlichen Unfällen (Chwalisz & Vaux, 2000). Dies konnte für verschiedene medizinische Populationen gezeigt werden, z.B. Krebspatienten (z.B. McMillen, Smith & Fisher, 1997) und HIV-positive Patienten (z.B. Rogers, Hansen, Levy, Tate & Sikkema, 2005; Updegraff, Taylor, Kemeny & Wyatt, 2002). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen signifikante Korrelationen zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und sozialer Unterstützung für die untersuchten Brandverletzten. Optimistische Einstellungen und Überzeugungen eines Patienten haben mit hoher Wahrscheinlichkeit einen positiven Einfluss auf die Compliance und Mitwirkung bei der Behandlung, was den Behandlungserfolg maßgeblich mit beeinflussen kann. Es scheint, dass es eine komplexe Interaktion vielfältiger Faktoren von Belastung und Ressourcen ist, die bestimmt, wie gut es einer Person gelingt, sich an eine schwere körperliche Krankheit, wie sie ein Brandunfall darstellt, anzupassen und diese Herausforderung zu bewältigen.

Bei Brandverletzten handelt es sich um eine heterogene Gruppe. Die Teilnehmer der dargestellten Studie zeigten große Unterschiede hinsichtlich des berichteten psychischen Distresses gemessen mittels der SCL-K-9 (Klaghofer & Brähler, 2001). Auf Basis der vorliegenden Daten war es möglich, eine Untergruppe von Patienten zu identifizieren, die bei vergleichbarer Verletzungsschwere und ähnlichem soziodemografischem Hintergrund signifikant stärkere körperliche Schmerzen sowie mehr psychische Belastung (sowohl in SCL-K-9, HADS als auch PSS, also mehr Angst, Depression und Posttraumatische Stresssymptomatik) berichteten als die übrigen Patienten. Außerdem gaben sie mehr „depressives Coping“ und „Wunschdenken“ an. Dagegen unterschied sich diese Gruppe nicht vom Rest der Stichprobe hinsichtlich der untersuchten psychosozialen Ressourcen. Es handelt sich hierbei also um eine besonders stark belastete Gruppe bei gleichzeitig vergleichbarer Verletzungsschwere und Ressourcenlage. Dieser Befund illustriert die große Wichtigkeit der routinemäßigen Durchführung psychologischer Assessments im Rahmen eines multimodalen Behandlungskonzepts in einem Brandverletzentzentrum, damit besonders stark belastete Patienten frühzeitig identifiziert und gezielt unterstützt werden können. Ein klinischer Psychologe sollte unbedingt Teil eines multiprofessionellen Behandlerteams in einem Brandverletzentzentrum sein und zeitnahe Interventionen zur Stärkung von Ressourcen und zur Verhinderung von Chronifizierungsprozessen anbieten (z.B. Krisenintervention, Vermittlung von Schmerzbewältigungstechniken, Angehörigenbetreuung).

Im Rahmen der vorliegenden Studie konnte empirisch kein Nachweis für den Zusammenhang zwischen objektiven Maßen der Verletzungsschwere und dem Ausmaß der psychischen Belastung ermittelt werden, was konform ist mit vielen bereits existierenden Studienergebnissen (siehe z.B. Tedstone & Tarrier, 1997; Browne et al., 1985). Eine mögliche Ursache hierfür mag in der Stichprobengröße zu sehen sein. Allerdings muss an dieser Stelle hinzugefügt werden, dass der Stichprobenumfang von Studien, die einen solchen Zusammenhang nachweisen konnten, nicht größer ist als in der vorliegenden Studie (z.B. Madianos

et al., 2001; Malt & Ugland, 1989). Dies bedeutet, dass der Zusammenhang zwischen Verletzungsschwere und psychischem Distresserleben von Stichprobe zu Stichprobe schwankt. In der vorliegenden Studie fand sich lediglich ein positiver Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von Angst und Depression und dem Vorliegen einer Handverbrennung. Eine Brandverletzung der Hände bedeutet für den Betroffenen eine maximale Behinderung im Alltagsgeschehen bei einer Vielzahl alltäglicher Handlungen. Das ständige Angewiesen-Sein auf die Unterstützung anderer kann Gefühle von starker Hilflosigkeit auslösen und eine Reihe von Ängsten und Sorgen bezüglich des zukünftigen Funktionierens und einer dauerhaften Behinderung der Hand mit sich bringen. Handverbrennungen sind also eine Quelle besonderer Belastung für die menschliche Psyche. Gleiches ist für Amputationen der oberen Extremitäten anzunehmen. Dieser Aspekt sollte gezielt in zukünftigen Forschungsarbeiten untersucht werden.

Einschränkungen der Studie: Eine Stärke der vorliegenden Studie ist darin zu sehen, dass sie Aufschluss sowohl über brandverletzte Patienten in der akuten Behandlungsphase als auch über solche in der Nachbehandlungsphase erlaubt und damit ein Abbild aller üblicherweise in einem Brandverletzentzentrum behandelten Patienten liefert. Gleichzeitig stellt diese Vermischung von Patienten neben dem bereits genannten begrenzten Stichprobenumfang auch eine Limitation der Studie dar. In zukünftigen Studien sollten diese Patientengruppen separat analysiert werden, um differenzierte Befunde zu erhalten, wie sie sich in psychischem Status und Anpassung voneinander unterscheiden. Weiterhin ist einerseits das Fehlen von Angaben zur Erfassung des prämorbidem Hintergrunds der Probanden sowie andererseits von Daten zum Langzeitverlauf zu kritisieren. So lässt sich nicht überprüfen, ob die Unterschiede der Probanden im Ausmaß des berichteten psychischen Distresses z.B. auf das Vorliegen prämorbid psychischer Störungen oder früherer traumatischer Erlebnisse zurückzuführen sind. Auch bezüglich prämorbid Ressourcen liegen keine Daten zur untersuchten Stichprobe vor. Zwar kann die Hypothese aufgestellt werden, dass ein Ereignis wie ein Brandunfall zur Aktivierung von Ressourcen führt, es kann jedoch nicht eindeutig ausgeschlossen werden, dass die Erhöhung der Ressourcen in der vorliegenden Stichprobe nicht auch auf bereits prämorbid erhöhte Ressourcen zurückzuführen ist. Es gibt Studien, die auf erhöhte prämorbid Prävalanzraten psychischer Störungen in der Population Brandverletzter hinweisen (z.B. Patterson et al., 1993, siehe II.2.3). Andere Untersuchungen zeigen auf, dass vor dem Unfall bestehende psychische Erkrankungen das Anpassungsniveau nach dem Unfall beeinflussen (z.B. Fauerbach et al., 1996; Facherbach et al., 1997; Tarrier, 1995). Ein Proband der vorliegenden Stichprobe hatte sich seine Brandverletzungen im Rahmen eines Suizidversuchs durch Selbstverbrennung zugezogen. Dieser Unfallhintergrund legt vorbestehende psychische Störungen und ein geringes Anpassungsniveau vor dem Unfall nahe. Dennoch lagen die Werte dieses Probanden in den erhobenen Variablen im Rahmen der Konfidenzgrenzen der Stichprobe, weshalb er trotz des speziellen Unfallhintergrunds in der Stichprobe eingeschlossen blieb. In größeren Stichproben und im Rahmen

von zukünftigen Forschungsarbeiten sollte die Gruppe der Personen, welche sich Verbrennungen im Rahmen von Suizidversuchen und Selbstschädigung zuziehen, jedoch getrennt betrachtet werden. Kritisch anzumerken ist ferner, dass ein Teil der Varianz der Ergebnisse hinsichtlich der psychischen Belastung möglicherweise auch auf die mangelhafte Standardisierung des Erhebungszeitpunktes zurückzuführen ist: Festgelegt war lediglich, dass die Fragebögen im Rahmen des stationären Aufenthalts ausgefüllt werden sollten. Bei manchen Teilnehmern war dies einige Tage nach dem Brandunfall, bei anderen dagegen, welche lange stationäre Aufenthalte aufwiesen, erst mehrere Wochen nach dem Unfall. Es ist durchaus möglich, dass sich die Teilnehmer der vorliegenden Studie hierdurch in sehr unterschiedlichen Verarbeitungsphasen befanden. Im klinischen Setting ist das Problem der Standardisierung des Messzeitpunkts allerdings kaum anders zu lösen, da je nach Verletzung eine hohe Varianz der stationären Aufenthaltsdauer vorliegt. Während manche Patienten über mehrere Wochen analgosediert sind und erst dann befragt werden können, werden andere, geringer Brandverletzte nach einigen Tagen aus dem stationären Setting entlassen.

Wenn man den Befund, dass eine Subgruppe der vorliegenden Stichprobe besonders hohen emotionalen Distress aufwies, unter Heranziehen von Studien interpretiert, die hohe Korrelationen zwischen dem Ausmaß von psychischer Belastung während des stationären Aufenthalts und danach aufweisen (vergleiche Koren, Arnon & Klein, 1999), kann man die Hypothese formulieren, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit speziell diese Subgruppe der belasteten Patienten bei einer Katamnese-Erhebung psychische Probleme zeigen wird. Psychischer Distress steht in Zusammenhang mit verringerter Lebensqualität (Patterson, Ptacek, Cromes, Fauerbach & Engrav, 2000). Das Vorliegen einer PTBS geht mit reduzierter Stresstoleranz allgemein und verstärkten Arbeitsplatzproblemen einher (Schneider & Buchheim, 2004). Außerdem stellt psychische Belastung während des stationären Aufenthalts einen prognostisch hoch relevanten Faktor für den Rehabilitationsverlauf dar (Fauerbach et al., 2005). Diesen Überlegungen sollte in zukünftigen Forschungsarbeiten mit prognostischen Längsschnittdesigns weiter nachgegangen werden, wie es im Rahmen der Forschungsprojekts „Multicenterstudie – Psychosoziale Faktoren bei Brandverletzungen“ am Schwerbrandverletzententrum der BG Unfallklinik gemacht wird.

Abschließend lässt sich zusammenfassend festhalten, dass die vorliegende Studie die Bedeutung von routinemäßig durchgeführten Assessments psychischer Belastung und psychosozialer Ressourcen verdeutlicht und zeigt, wie wichtig es ist, besonders stark psychisch belastete brandverletzte Patienten frühzeitig zu identifizieren. Nur dann können diese zuverlässig und früh behandelt und der Rehabilitationsprozess optimal gestaltet werden. Gerade für die Gruppe der psychisch hoch belasteten brandverletzten Patienten scheint das Angebot des in der vorliegenden Arbeit entwickelten Gruppenbehandlungsprogramms ideal.

4 Quantitative Erfassung des Körperbilds bei Brandverletzten

4.1 Untersuchungsziel

Wie unter II.4 dargestellt, spielt das Körperbild nach Brandverletzungen eine wichtige Rolle: Wie gut es einem verletzten Patienten gelingt, sich mit seinem durch den Brandunfall und die Verbrennungsnarben veränderten Körper „anzufreunden“ und diesen zu akzeptieren, entscheidet mit, wie der Anpassungsprozess allgemein und die soziale Reintegration im Speziellen gelingen, das Körperbild hat eine hohe Wichtigkeit für die Lebensqualität eines Verletzten. Bisher liegen nur wenige empirische Studien zum Thema Körperbild bei Brandverletzten vor, und es existiert kein zufrieden stellendes Messinstrument zur Erfassung des Körperbilds bei Brandverletzten. Im Rahmen des in der Einleitung (siehe I) genannten Forschungsprojekts an der BG Unfallklinik Ludwigshafen wurde deshalb ein Fragebogen speziell zur Erfassung des Körperbilds nach Brandverletzungen entwickelt und an einer Stichprobe von 174 Brandverletzten erprobt sowie auf Gütekriterien und seine Faktorenstruktur hin überprüft (siehe Diplomarbeit von Brenner, 2006).

Ziel der im Folgenden geschilderten Studie war es, aufbauend auf dieser ersten Untersuchung weitere empirische Daten mittels des entwickelten Fragebogens zur Erfassung des Körperbilds nach Brandverletzungen (FKBB) zu gewinnen. Deskriptiv sollten Informationen über die Ausprägung des Körperbilds in einer Stichprobe Brandverletzter sechs Monate nach dem stationären Aufenthalt gewonnen und mit den bereits vorliegenden Daten aus der Studie von Brenner (2006) in Beziehung gesetzt werden. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden also die folgenden Fragestellungen bearbeitet:

- Welches Körperbild zeigen brandverletzte Patienten sechs Monate nach der akuten stationären Behandlung?
- Mit welchen Variablen (z.B. psychische Belastung, psychosoziale Ressourcen) steht das Körperbild nach einer Brandverletzung in Zusammenhang?
- Welche Faktoren können vorherzusagen helfen, wer nach einem Brandunfall Körperbildprobleme entwickelt und wer nicht?
- Wie unterscheiden sich die in der vorliegenden Studie erhobenen Daten von denen aus der Studie von Brenner (2006)?

4.2 Methode

Stichprobe: Die Datenerhebung fand als Teilprojekt der bereits geschilderten Multicenterstudie „Evaluation und Weiterentwicklung psychotherapeutischer Interventionen für die Akut- und Rehabilitationsphase nach schweren Brandverletzungen“ (siehe I und auch III.3) statt, der ein prospektives Längsschnittdesign zugrunde liegt. In diese seit April 2004 laufende Multicenterstudie werden konsekutiv alle brandverletzten Patienten im Alter von 16 bis 65 Jahren eingeschlossen, welche aufgrund einer Brandverletzung stationär in einem von fünf an dem Forschungsvorhaben beteiligten BG-Brandverletzententren in Deutschland behan-

delt werden (Ludwigshafen, Berlin, Hamburg, Bochum und Halle/Saale, eine Übersicht über die an der Studie beteiligten Zentren und die dort jeweils für die Studie verantwortlichen Personen bietet Anhang E); zu den Stichprobeeinschlusskriterien und zum Studienablauf siehe III.3.2. Zusätzlich zum unter III.3 geschilderten Vorgehen der Datenerhebung im Rahmen der stationären Behandlung finden insgesamt drei katamnestische Untersuchungen statt, nämlich jeweils sechs, zwölf und 24 Monate nach dem ersten Erhebungszeitpunkt. Zu den einzelnen Zeitpunkten werden den Probanden erneut Fragebogenpakete zugesendet, welche zu Hause ausgefüllt und postalisch zurückgeschickt werden können.

Für die Datenerhebung der vorliegenden Studie zum Thema „Körperbild bei Brandverletzten“ wurde für einen Zeitraum von Juni 2005 bis April 2006 dem Standard-Fragebogenpaket der ersten Katamneseerhebung zusätzlich der von Brenner (2006) entwickelte Fragebogen zur Erfassung des Körperbilds (siehe Anhang F) beigelegt. Der Fokus lag hierbei darauf, in einem prospektiven Design zu untersuchen, wie es um das Körperbild von brandverletzten Patienten in den ersten Monaten nach dem Brandunfall bestellt ist. Es wurden deshalb ausschließlich Datensätze derjenigen Studienteilnehmer ausgewählt, die sich zum Zeitpunkt der ersten Erhebung in der akuten Behandlung aufgrund einer Brandverletzung befunden hatten. Der Hintergrund von Patienten in der Nachbehandlung kann sehr inhomogen sein, oft sind Nachbehandlungspatienten z.B. im Durchschnitt deutlich schwerer verletzt als Patienten in der akuten Behandlung (siehe III.3 und Wallis et al., in press). Auch schwankt mitunter stark, wie lange der Brandunfall zurück liegt (Wochen bis viele Jahre), so dass von sehr unterschiedlichen Stadien im Anpassungs- und Verarbeitungsprozess auszugehen ist. Aus diesen Gründen wurde eine Auswahl der vorliegenden Datensätze zugunsten einer homogenen Stichprobe aus Akutpatienten beschlossen.

Insgesamt 65 brandverletzte Probanden aus dem Kollektiv der Gesamtstudie nahmen zu beiden Messzeitpunkten an der Erhebung teil, so dass für diese vollständige Datensätze von T1 (akute Behandlung) und T2 (erste Katamnese sechs Monate später) vorlagen.

Studiendesign: Bei der Datenerhebung der vorliegenden Studie handelt es sich um eine prospektive Längsschnittstudie mit einer katamnestischen Erhebung. Die erste Datenerhebung fand im Rahmen des akuten stationären Aufenthalts statt, die zweite zu einem Zeitpunkt sechs Monate später. Tabelle 16 verdeutlicht das Studiendesign.

Verwendete Untersuchungsinstrumente: Zusätzlich zu den bereits unter III.3 beschriebenen Forschungsinstrumenten SCL-K-9 (Klaghofer & Brähler, 2001), HADS (Zigmond & Snaith, 1983), PSS (Foa, Roggs & Dancu, 1993), FKV-LIS (Munthny, 1989), F-Soz-U (Fydrich & Sommer, 1999), SWE (Schwarzer & Jerusalem, 1995) und LOT (Scheier & Craver, 1985) wurden die folgenden Fragebögen eingesetzt:

- **NEO-Fünf-Faktoren Inventar** (NEO-FFI, Costa und McCrae, 1998): Das NEO-FFI ist ein multidimensionales Persönlichkeitsinventar, das die wichtigsten Bereiche individueller Persönlichkeitsunterschiede erfasst. Umfangreiche faktorenanalytische Studien haben gezeigt, dass der

Selbsteinschätzung von Personen in Fragebögen und auf Adjektivskalen die folgenden fünf robusten Dimensionen zugrunde liegen: „Neurotizismus“, „Extraversion“, „Offenheit für Erfahrungen“, „Verträglichkeit“ („agreeableness“) und „Gewissenhaftigkeit“. In der vorliegenden Studie wurde auf die Skala „Offenheit für Erfahrungen“ verzichtet, da einige Items in ihrer Formulierung für das Patientenkollektiv Brandverletzter ungeeignet erschienen und im Rahmen einer Pilotstudie wiederholt Verständnisprobleme auf Seiten der Patienten aufgetreten waren.

Tabelle 16: Studiendesign. Zu T1 und T2 erhobene Variablen und zugehörige Messinstrumente.

Erhobene Variablen und zugehörige Messinstrumente	T1 Akutaufenthalt	T2 6 Monate später
Basisdokumentation I - soziodemografische Variablen - unfallbezogene Variablen - medizinische und verletzungsbezogene Variablen	X	
Basisdokumentation II - Daten zum weiteren medizinischen Verlauf		X
Psychische Symptombelastung - Allgemeine psychische Belastung (SCL-K-9) - Depression und Angst (HADS) - Posttraumatische Symptome (PSS)	X	X
Psychosoziale Ressourcen - Soziale Unterstützung (F-Soz-U) - Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) - Optimismus (LOT) - Krankheitsverarbeitung (FKV-LIS)	X	X
Persönlichkeitsvariablen (NEO-FFI)	X	
Fragebogen zum Körperbild (FKBB)		X
Fragebogen zu Gesundheitszustand und gesundheitsbezogener Lebensqualität (SF-36)		X
Coping with Burns Questionnaire (CBQ)		X

- **SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand** (Bullinger & Kirchberger, 1998): Der SF-36 ist ein krankheitsübergreifendes Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten. Es umfasst acht Dimensionen, die sich konzeptuell in die Bereiche „körperliche Gesundheit“ und „psychische Gesundheit“ einordnen lassen. Im einzelnen werden die folgenden Skalen gebildet: „körperliche Funktionsfähigkeit“, „körperliche Rollenfunktion“, „körperliche Schmerzen“, „allgemeine Gesundheitswahrnehmung“, „Vitalität“, „soziale Funktionsfähigkeit“, „emotionale Rollenfunktion“ und „psychisches Wohlbefinden“.
- **Coping with Burns Questionnaire** (CBQ, Original: Willebrand et al., 2001, überarbeitet und ins Deutsche übersetzt von Ripper & Wallis): Der CBQ wurde ursprünglich im Rahmen eines schwedischen Forschungsprojekts entwickelt und anschließend ins Englische übersetzt. Es handelt sich um einen Fragebogen, der Copingstrategien speziell bei brandverletzten Patienten erfragt. Die 33 Items sind auf den sechs Subskalen „emotional support seeking“, „optimism/problem solving“, „avoidance“, „reevaluation/adjustment“, „self-control“ und „instrumental action“ angesiedelt. Bei der vorgenommenen Übersetzung der englischen Version ins Deutsche wurden aufgrund von

sprachlichen Ungenauigkeiten einige inhaltliche sowie formale Überarbeitungen der Items vorgenommen. Zwar ist hierdurch letztlich kein direkter Vergleich mit in bisher vorliegenden Studien mittels CBQ erhobenen Daten möglich. Gleichzeitig bietet sich jedoch die Möglichkeit, die überarbeitete deutsche Version des Fragebogens neu zu evaluieren, itemanalytisch zu überprüfen und faktorenanalytisch auszuwerten.

- **Fragebogen zum Körperbild nach Brandverletzungen (FKBB, Brenner, 2006):** Beim Fragebogen zum Körperbild nach Brandverletzungen handelt es sich um ein 24-Items umfassendes Selbstbeurteilungsinstrument, das 2006 von Constanze Brenner im Rahmen ihrer Diplomarbeit entwickelt und an einer Stichprobe von 174 brandverletzten Patienten erprobt wurde.¹⁰ Der Fragebogen erfasst Dimensionen des Körperbilds, die in der Auseinandersetzung einer brandverletzten Person mit ihrem veränderten Körper relevant sind. Dabei sollen sowohl emotionale und kognitive als auch behaviorale Schwierigkeiten, die sich infolge der körperlichen Entstellung ergeben, einbezogen werden. Probanden sind aufgefordert, die 24 Items auf einer fünfstufigen Skala zu beantworten, die von „1=trifft nicht zu“ bis „5=trifft genau zu“ reicht. Die Fragebogenkonstruktion erfolgte nach der rational-deduktiven Methode, anschließend wurde der Bogen einem Expertenrating unterzogen. Bei der an 174 brandverletzten Patienten durchgeführten Studie ergaben sich für den FKBB gute Itemkennwerte hinsichtlich Homogenität (Cronbach's $\alpha=.94$) und Trennschärfe. Es handelt sich um ein objektives und reliables Verfahren. Eine durchgeführte rotierte Varimax-Faktorenanalyse legte die Konstruktion von drei Skalen nahe, die inhaltlich wie folgt interpretiert wurden: Skala 1 „Wahrnehmung und Bewertung der Narben in intimen Kontakten“, Skala 2 „Wahrnehmung und Bewertung der Narben in der Öffentlichkeit“ und Skala 3 „Körperakzeptanz“. Dem FKBB werden drei allgemeine Eingangsfragen vorangestellt, welche die Probanden auf einer Skala von 0-10 („0=überhaupt nicht“, „10=sehr/völlig“) beantworten sollen: „Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Körper?“, „Wie gut gelingt es Ihnen im Allgemeinen, Ihren Körper zu akzeptieren?“ und „Wie wichtig ist Ihnen gutes Aussehen/Attraktivität?“.

Erhebung medizinischer Daten: Medizinische Daten zu den Teilnehmenden wurden aus den Akten erhoben. Hierbei wurden neben der prozentual verbrannten Körperoberfläche das Ausmaß an jeweils zweit- sowie drittgradig verbrannter Haut (in %), der ABSI-Score, die stationäre Aufenthaltsdauer, die Anzahl erfolgter operativer Eingriffe, das Vorliegen eines Inhalationstraumas, das Vorliegen und die Anzahl von Beatmungstagen, Angaben zur Lokalisation der Verbrennungen sowie das Vorliegen von Amputationen erfasst.

¹⁰ Die Stichprobe der 174 Probanden war aus unterschiedlichen Patientengruppen zusammengesetzt: So nahmen z.B. neben brandverletzten Patienten, welche die ambulante Verbrennungssprechstunde an den Brandverletzentren in Ludwigshafen oder Berlin besuchten, außerdem solche teil, die eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme absolvierten, also relativ schwer verletzt waren. Ferner konnten über das Internet auch Mitglieder von Selbsthilfegruppen für Brandverletzte als Studienteilnehmer rekrutiert werden. Zur genauen Zusammensetzung der Stichprobe siehe Brenner (2006, S.56).

Statistische Auswertung: Die Datenauswertung erfolgte mittels dem Statistikprogramm SPSS. Soziodemografische Daten sowie die FKBB-Werte wurden deskriptiv ausgewertet. Gruppenvergleiche (z.B. nach Geschlecht) wurden mittels t-Tests vorgenommen, wobei die Testung stets zweiseitig erfolgte. Um Zusammenhänge zwischen dem Körperbild und anderen Variablen zu T1 sowie T2 aufzuzeigen, erfolgte die Berechnung von Korrelationskoeffizienten (Korrelationskoeffizienten nach Pearson bei Erfüllung der Normalverteilungsvoraussetzung und Korrelationen nach Kendalls-Tau-b bei Verletzung dieser Bedingung). Die Überprüfung der FKBB-Werte auf Normalverteilung erfolgte mittels Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest. Um systematische Unterschiede zwischen den von Brenner (2006) berichteten FKBB-Daten und den Werten der vorliegenden Stichprobe zu ermitteln, wurden t-Tests für eine Stichprobe durchgeführt. Auch wurde eine rotierte Varimax-Faktorenanalyse berechnet, um zu überprüfen, inwiefern der vorliegende Datensatz die von Brenner formulierte drei-Faktoren-Lösung replizierte. Zusätzlich wurden weiterhin Regressionsanalysen unter Einbezug verschiedener T1-Variablen zur Vorhersage des Körperbilds zu T2 berechnet. Das Vorgehen hierbei war rückwärtsgerichtet.

4.3 Ergebnisse

4.3.1 Stichprobenbeschreibung

Tabelle 17 enthält soziodemografische Angaben zur Stichprobe, Tabelle 18 liefert unfallbezogene und medizinische Parameter der brandverletzten Stichprobe.

Tabelle 17: Deskriptive Statistik: Soziodemografische Stichprobedaten.

	Anzahl der n=65 brandverletzten Patienten (%)		Anzahl der n=65 brandverletzten Patienten (%)
Geschlecht:		Beruflicher Status:	
weiblich	21 (32,3%)	Vollzeit	41 (63,1%)
männlich	44 (67,7%)	Teilzeit	9 (13,8%)
Familienstand:		Hausfrau/-mann	1 (1,5%)
ledig	24 (36,9%)	in Ausbildung	4 (6,2%)
verheiratet/ Partner	34 (52,3%)	arbeitslos	6 (9,2%)
geschieden	7 (10,8%)	keine Angaben	4 (6,2%)
Bildungsstand:		Berufsgruppe:	
kein Schulabschluss	1 (1,5%)	Arbeiter	29 (44,6%)
Hauptschule	19 (29,2%)	Angestellter	17 (26,2%)
Mittlere Reife	25 (38,5%)	Selbstständig	3 (4,6%)
Fachhochschulreife	8 (12,3%)	Beamter	4 (6,2%)
Abitur	11 (16,9%)	Sonstiges	12 (18,5%)
Berufliche Ausbildung:		Kostenträger:	
keine	3 (4,6%)	BG	33 (50,8%)
Lehre	40 (61,5%)	GKV	29 (44,6%)
Fachschule	6 (9,2%)	Private KV	3 (4,6%)
Fachhochschule	7 (10,8%)		
Universität	7 (10,8%)		
andere	2 (3%)		

Tabelle 18: Deskriptive Statistik: Unfallbezogene und medizinische Stichprobedaten.

Anzahl der n=65 brandverletzten Patienten (%)		M (SD)	
Unfallumstände:			
Arbeitsunfall	31 (47,7%)	%vKOF gesamt	14,4 (14,9)
häuslicher Unfall	16 (24,6%)	%vKOF zweitgradig	11,1 (10,6)
Suizidversuch	2 (3,1%)	%vKOF drittgradig	3,4 (7,7)
Verkehrsunfall	1 (1,5%)	ABSI-Score	5,3 (2,2)
Freizeitunfall	12 (18,5%)	Dauer der stationären Behandlung (in Wochen)	3,6 (2,7)
sonstige	3 (4,6%)	Anzahl erfolgter Operationen	1,2 (1,6)
Verletzungsschwere:			
Gesichtsverbrennung	35 (53,8%)		
Gesichts- und Handverbrennung	49 (75,4%)		
Handverbrennung	38 (58,5%)		
Inhalationstrauma	6 (9,2%)		
Transplantationen/Operationspflichtig	41 (63,1%)		
Amputationen	2 (3,1%)		

4.3.2 Körperzufriedenheit, Körperakzeptanz und Körperbild

Die 65 Probanden gaben eine durchschnittliche Zufriedenheit mit ihrem Aussehen von 6,7 an (SD 2,7), wobei in der Stichprobe Werte von 0 bis 10 vorkamen. Die Körperakzeptanz wurde im Mittel mit 7,2 (SD 2,6) beziffert, auch hier wurde die Skala bei den Antworten voll ausgeschöpft (Range 0-10). Die subjektive Wichtigkeit von Aussehen und Attraktivität lag bei 8,5 (SD 1,5), wobei nur Skalenwerte von 5-10 vorkamen, was bedeutet, dass keinem der Befragten Aussehen und Attraktivität völlig unwichtig waren. Ein Geschlechtervergleich ergab keinerlei signifikante Unterschiede hinsichtlich der drei Items zu „Körperakzeptanz“, „Körperzufriedenheit“ und „Wichtigkeit von Attraktivität“. Ebenso bestand kein systematischer Zusammenhang dieser Items zum Lebensalter (alle $r < |.18|$, alle n.s.).

Tabelle 19 zeigt einen Vergleich der Werte der vorliegenden Stichprobe mit den von Brenner (2006) ermittelten Daten. Während Körperakzeptanz und Körperzufriedenheit in der vorliegenden Stichprobe ähnlich ausgeprägt waren wie in der Brenners, ergab sich ein signifikanter Gruppenunterschied hinsichtlich der Wichtigkeit von Attraktivität: Die Probanden der vorliegenden Stichprobe berichteten eine größere Wichtigkeit von Attraktivität als die Teilnehmer aus Brenners Studie ($t=4,94$, $df=64$, $p < .001$).

Tabelle 19: Vergleich der Körperbildwerte mit der Stichprobe von Brenner (2006).

	M (SD) Brandverletzte Stichprobe N=65	M (SD) Daten von Brenner (2006) N=174
Körperzufriedenheit	6,69 (2,66)	6,13 (2,72)
Körperakzeptanz	7,22 (2,6)	7,16 (2,48)
Bedeutung Aussehen/Attraktivität*	8,54* (1,53)	7,6* (2,37)
Körperbild Gesamtwert	3,83 (0,87)	3,68 (0,8)

* $p < .001$

Ergebnisse im Körperbildfragebogen (FKBB)

Der durchschnittliche Gesamtscore im Fragebogen, der sich durch Aufsummieren der 24 Itemantworten dividiert durch 24 ergibt, lag bei 3,83 (SD 0,87). In der Stichprobe befinden sich sowohl Probanden, die einen FKBB-Gesamtwert von 1 und damit ein ausgesprochen negatives Körperbild aufweisen, als auch solche, die einen Gesamtwert von 5 und damit ein maximal positives Körperbild angeben. Bedenkt man, dass im FKBB Gesamtwerte von 1 bis maximal 5 möglich sind, so erscheint ein Durchschnitt von 3,83 recht hoch, da deutlich über der Mitte der Skala von 2,5 liegend. Leider existieren jedoch bisher keinerlei Norm- und Vergleichsdaten zum FKBB, so dass eine inhaltliche Interpretation schwierig ist. Brenner (2006) ermittelte in ihrer Stichprobe einen durchschnittlichen FKBB-Wert von 3,68 (siehe Tabelle 19), was sich nicht signifikant vom Gesamtwert der vorliegenden Stichprobe unterscheidet. Ein Vergleich der 65 Patienten nach Geschlecht ergab ein etwas geringeres, jedoch nicht signifikant niedrigeres ($p < .25$) Körperbild der Frauen (M der Frauen 3,65, SD 0,89, M der Männer 3,92, SD 0,85). Dieser Befund steht im Gegensatz zu Brenners (2006) Ergebnissen, welche – zumindest für bestimmte Subgruppen (z.B. Teilnehmer der Selbsthilfegruppe) – ein signifikant geringeres Körperbild der weiblichen gegenüber den männlichen Probanden nahe legen. In der vorliegenden Studie ergab sich konform zu Brenners (2006) Befunden kein signifikanter Zusammenhang zwischen Körperbild und Lebensalter ($r = .059$, n.s.).

Rohwerteverteilung der Eingangsitens und des FKBB-Gesamtscores

Mittels Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstests erfolgte eine Überprüfung der gemittelten Test-Scores sowohl für die Eingangsitens wie für den Körperbildgesamtwert auf Normalverteilung (vgl. Bortz et al., 1990; Bortz, 1999). Hierbei ergab sich, dass bei den drei Eingangsitens nicht von einer Normalverteilung der Werte auszugehen ist ($p < .04$), sondern diese rechtsschief verteilt sind. Der Test für die Verteilung der FKBB-Gesamtwerte dagegen war nicht signifikant ($p < .16$), so dass die Normalverteilung der Körperbildgesamtscores angenommen werden kann. Die Rohwerteverteilungen der drei Eingangsitens sowie des FKBB-Gesamtwerts sind in Anhang G abgebildet.

Interkorrelationen der drei Eingangsitens mit dem FKBB-Gesamtscore

Für die Zusammenhänge zwischen den Scores der Eingangsitens und des Körperbildfragebogens ergaben sich die in Tabelle 20 aufgelisteten Werte. Signifikante und hohe Korrelationen bestehen zwischen Körperzufriedenheit und Körperakzeptanz. Beide Maße wiederum interkorrelieren hoch und höchst signifikant mit dem Körperbildgesamtwert. Der Aspekt subjektiver Wichtigkeit von Aussehen und Attraktivität ist dagegen relativ unabhängig von Körperzufriedenheit, Körperakzeptanz und dem Gesamtkörperbild. Das in Tabelle 20 aufgezeig-

te Korrelationsmuster bleibt erhalten, wenn aufgrund der Verletzung der Normalverteilungsannahme nicht-parametrische Korrelationen nach Kendall-Tau-b ermittelt werden.

Tabelle 20: Interkorrelationsmatrix der drei Eingangsisems (Körperzufriedenheit, Körperakzeptanz, Bedeutung von Aussehen/Attraktivität) mit dem FKBB-Gesamtwert. Nicht-parametrische Korrelationskoeffizienten sind jeweils in Klammern aufgeführt.

	Körperzufriedenheit	Körperakzeptanz	Bedeutung Aussehen	Körperbild Gesamtwert
Körperzufriedenheit		.880** (.711**)	.110 (.179)	.685** (.496**)
Körperakzeptanz			.127 (.214*)	.699** (.540**)
Bedeutung Aussehen				-.192 (-.057)
Körperbild Gesamtwert				

* Die Korrelation ist auf einem Niveau von .05 (zweiseitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (zweiseitig) signifikant.

Scores der brandverletzten Stichprobe in den drei FKBB-Unterskalen und Faktorenanalyse

Brenner (2006) führte in ihrer Arbeit eine rotierte Faktorenanalyse (Varimax-Rotation) durch und entschied sich aufgrund des Kriteriums der Einfachstruktur und eindeutigen Zuordenbarkeit von Items zu den Faktoren (vgl. Bortz, 1996) für eine Drei-Faktoren-Lösung, die insgesamt 56,6% der Varianz aufklären konnte. Die erste Skala umfasste hierbei neun Items, welche von der Autorin inhaltlich mit dem Label „Wahrnehmung und Bewertung der Narben in intimen Kontakten“ überschrieben wurde. Skala 2 beinhaltete zehn Items zum Themenkomplex „Wahrnehmung und Bewertung der Narben in der Öffentlichkeit“. Skala 3 fasst fünf Items zum Thema „Körperakzeptanz“ zusammen.

Eine Auswertung der Daten der vorliegenden Stichprobe entsprechend der von Brenner (2006) vorgeschlagenen Skalen ergab die folgenden Mittelwerte: Mittelwert Skala 1=3,74 (SD 0,97), Mittelwert Skala 2=3,23 (SD 0,85), Mittelwert Skala 3=4,27 (SD 0,92). Ein Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest ergab Normalverteilung für Skala 2. Für die Scores der Skala 1 und 3 dagegen scheint die Normalverteilungsannahme unzulässig.

Wie Tabelle 21 verdeutlicht, bestehen überaus hohe und höchst signifikante Interkorrelationen der drei Körperbildskalen untereinander. Dieses Muster bleibt erhalten, wenn man aufgrund der Voraussetzungsverletzung der Normalverteilungsannahme Kendall-Tau-b Koeffizienten anstelle von Pearson-Korrelationen berechnet.

Auch mit den beiden Eingangsisems zu Körperzufriedenheit und Körperakzeptanz korrelieren die Skalenwerte ausgesprochen hoch (alle Korrelationen zwischen .558 und .704, alle $p < .01$). Aufgrund dieser Befundlage wurde erneut anhand der Datensätze der 65 untersuchten brandverletzten Patienten eine rotierte Varimax-Faktorenanalyse durchgeführt. Hierbei wiesen fünf Faktoren einen Eigenwert von größer 1 auf, wobei der erste Faktor den deutlich größten Anteil zur Varianzaufklärung leistet (siehe Grafik im Anhang H). Eine genaue Betrachtung der rotierten Komponentenmatrix ergab, dass lediglich ein Item (Item 19, „Es ist

okay für mich, mich an den verletzten Stellen berühren zu lassen.“) eine sehr hohe Ladung auf dem fünften Faktor aufwies. Ein einziges Item rechtfertigt nicht die Auswahl eines zusätzlichen Faktors. Eine Faktorenanalyse mit der vorab erfolgten Festsetzung von vier Komponenten ergab die für die Daten der Stichprobe beste Lösung: Diese Faktorenanalyse klärt immerhin 69,3% der Gesamtvarianz auf. Eine drei-Faktoren-Lösung würde 64,4% der Gesamtvarianz aufklären, jedoch ergibt sich hierbei für viele Items eine nur uneindeutige Zuordnung zu den Faktoren (siehe Tabelle im Anhang I). Deshalb wurde eine vier-Faktoren-Lösung gewählt, bei der die meisten Items eine mittlere bis hohe Ladung auf einem der vier Faktoren und niedrige auf den anderen drei Faktoren aufweisen (siehe Tabelle 22), nur einzelne Items laden hoch auf zwei oder drei der Faktoren. Das Kriterium der Einfachstruktur ist damit weitestgehend erfüllt.

Tabelle 21: Interkorrelationsmatrix der drei Körperbildskalen untereinander und zum Körperbildgesamtscore. Nicht-parametrische Kendall-Tau-b Korrelationskoeffizienten sind in Klammern aufgeführt.

	Skala 1	Skala 2	Skala 3	Körperbild Gesamtwert
Skala 1 „intime Beziehungen“		.735** (.567**)	.858** (.629**)	.961** (.833**)
Skala 2 „Öffentlichkeit“			.718** (.536**)	.863** (.694**)
Skala 3 „Körperakzeptanz“				.948** (.755**)
Körperbild Gesamtwert				

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (zweiseitig) signifikant.

Die Skalenstruktur von Brenner ließ sich also nicht replizieren, lediglich zum Teil ergeben sich Übereinstimmungen. Eine detaillierte Gegenüberstellung der vier Faktoren, die sich in der vorliegenden Arbeit ergeben haben, mit den Skalen von Brenner (2006) würde an dieser Stelle zu weit führen. Lediglich soll hier eine inhaltliche Benennung der vier Faktoren erfolgen sowie betont werden, dass eine erneute Überprüfung der Skalenstruktur des FKBB anhand eines großen Kollektivs brandverletzter Patienten aufgrund der uneindeutigen Befundlage unbedingt erforderlich erscheint. Auch sollte in einem zukünftigen Auswertungsschritt eine faktorenanalytische Berechnung bei Zusammenfassung der Daten der vorliegenden Stichprobe mit denen Brenners (2006) erfolgen.

Was die inhaltliche Interpretation der vier ermittelten Faktoren betrifft, so sind solche Items, die sehr hoch auf den Skalen laden, als besonders repräsentativ und damit „typisch“ für die Skala zu bewerten. Sie sollten insbesondere in die inhaltliche Interpretation mit einfließen. Folgende inhaltliche Belegung der vier Faktoren scheint denkbar: Skala 1 misst „Wahrnehmung und Bewertung der Narben in sozialen Situationen“. Skala 2 umfasst vor allem Items zum Thema „Vermeidungsverhalten bzgl. der Narben in sozialen Situationen“. Skala 3 misst „Vermeidungsverhalten bzgl. der Narben in intimen Kontakten und alleine“. Skala 4 umfasst vor allem positive formulierte Items und umspannt „Körperakzeptanz“. Es fällt zusätzlich auf, dass sich die vier Skalen drei Dimensionen zuordnen lassen: Skala 1 enthält vor allem kognitive Items, Skala 2 und 3 dagegen behaviorale und Skala 4 emotionale Items.

Tabelle 22: Ladungsstruktur der Items auf den vier Faktoren bei Auswahl einer Vier-Faktoren-Lösung.

Item Nr.	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Item
1	.792				„Ich fühle mich wohl in meinem Körper.“
2	.741				„Wenn ich in den Spiegel sehe, achte ich vor allem auf meine Narben.“
3	.577	.457	.410		„Ich habe Angst, dass fremde Menschen mich wegen meiner Narben ablehnen.“
6	.546	.456	.442		„Ich denke viel darüber nach, ob andere Menschen ein Problem mit meinen Narben haben.“
11	.788				„Es fällt mir schwer, meinen Körper zu akzeptieren.“
12	.779				„Es ärgert mich, wenn mich jemand anstarrt.“
13	.663		.461		„Wegen meiner Narben fühle ich mich im Kontakt mit anderen gehemmt.“
21	.555				„Ich mache mir viele Gedanken über meinen Körper.“
22	.544	.516	.478		„Ich habe Angst, dass mir nahe stehende Menschen mich wegen meiner Narben ablehnen.“
24	.606				„Insgesamt bin ich zufrieden mit meinem Aussehen.“
7		.758			„Ich verberge meine Narben von anderen.“
9	.482	.554	.476		„Es ist für mich unangenehm, wenn fremde Menschen meine Narben sehen.“
15		.826			„Ich vermeide bestimmte Sportarten (z.B. schwimmen oder anderes), bei denen andere meine Narben sehen könnten.“
16		.568	.465		„Es fällt mir schwer, meine sexuellen Aktivitäten zu genießen.“
23		.823			„Ich achte bei der Wahl meiner Kleidung darauf, dass meine Narben bedeckt sind.“
4			.768		„Es fällt mir schwer, meine Narben zu berühren.“
8			.782		„Ich vermeide es, meine Narben anzuschauen.“
17		.496	.615		„Ich vermeide es, mich mit meinen Narben im Spiegel anzuschauen.“
18		.489	.650		„Es ist mir unangenehm, wenn mir vertraute Menschen meine Narben sehen.“
20	.455	.447	.487		„Personen des anderen Geschlechts gegenüber fühle ich mich gehemmt.“
5		.405		.579	„Ich kann zu meinen Narben stehen.“
10				.605	„Es kommt nur selten vor, dass ich wegen meiner Narben traurig bin.“
14	.440			.575	„Ich schaue mich gerne im Spiegel an.“
19				.638	„Es ist okay für mich, mich an meinen verletzten Stellen berühren zu lassen.“

Anmerkung: Korrelationen <.4 werden nicht aufgeführt.

Zusammenhänge zwischen Körperbild und Parametern der Verletzungsschwere

Abbildung 10 verdeutlicht Zusammenhänge zwischen objektiven Parametern der Verletzungsschwere und dem Körperbildgesamtscore sechs Monate nach der akuten Behandlung. Variablen, wie z.B. der ABSI-Score oder das Ausmaß an verbrannter Körperoberfläche, wurden im Rahmen der akuten Behandlung zu T1 erhoben. Variablen wie beispielsweise Anzahl und Dauer der erfolgten stationären Aufenthalte oder das Vorliegen einer Behinderung (GdB/MdE) seit dem Unfall wurden zu T2 erfragt, also in der Fragebogenbatterie sechs Monate später, welche auch den FKBB enthielt. Die Korrelationen machen den hohen Zusammenhang zwischen Verletzungsschwere und Körperbild deutlich: Patienten mit schwereren

Verletzungen (also höheren ABSI-Scores, mehr %vKOF, längeren stationären Aufenthalten, zurückbleibender Behinderung) weisen ein negativeres Körperbild auf als die geringer verletzten Patienten.

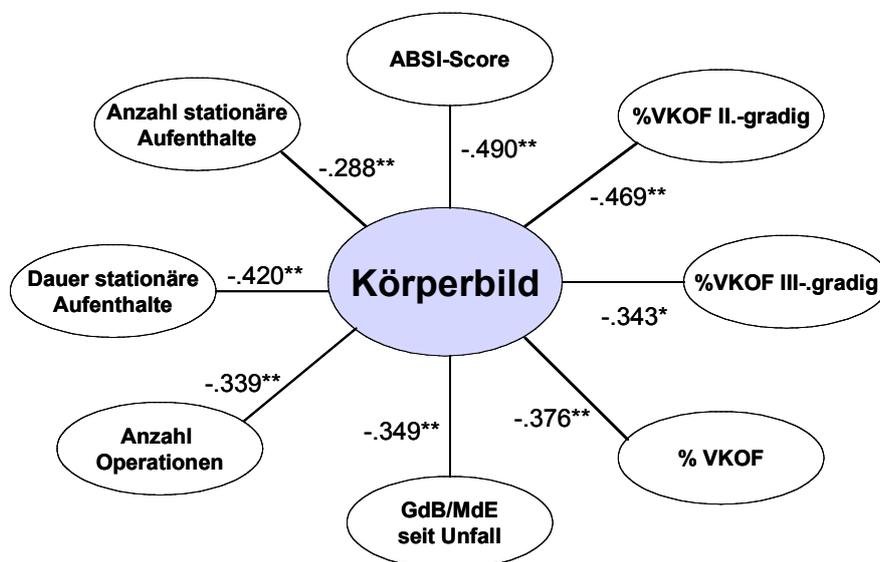


Abbildung 10: Signifikante Zusammenhänge zwischen objektiven Parametern der Verletzungsschwere und Körperbild zu T2.

* Die Korrelation ist auf einem Niveau von .05 (zweiseitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (zweiseitig) signifikant.

Im Rahmen der Datenauswertung der vorliegenden Untersuchung wurde eine Kategorisierung von Patienten mit Hand- und/oder Gesichtsverbrennungen vorgenommen und auf Unterschiede im Körperbild geprüft. Eine Gegenüberstellung von Patienten mit ($n=38$) und ohne Handverbrennungen ($n=27$) ergab keine nennenswerten Unterschiede im Körperbild. Der Vergleich von Patienten, bei denen Hände und/oder Gesicht betroffen waren ($n=49$), mit dem Rest der Stichprobe fiel ebenfalls nicht signifikant aus. Gleiches gilt für die Überprüfung der Fragestellung, ob Personen, bei denen generell sozial relevante Körperstellen, also Kopf, Gesicht oder Hals verletzt sind, sich in ihrem Körperbild unterscheiden. Für die $n=39$ Probanden ergab sich kein signifikant unterschiedlicher FKBB-Wert. Auch unterschieden sich Frauen mit Brustverbrennungen nicht signifikant im Körperbild vom Rest der Stichprobe. Ein Vergleich von Patienten mit ($n=2$) und ohne erfolgten Amputationen ergab ein geringeres Körperbild für solche mit Amputationen, dieser Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant und ist angesichts der geringen Gruppengröße ohnehin mit Vorsicht zu bewerten. Patienten, bei denen Haut transplantiert worden war ($n=41$), wiesen ein signifikant negativeres Körperbild auf als solche, bei denen die Brandverletzungen ohne Transplantationen abgeheilt waren ($t = -2,907$, $df=3$, $p < .05$).

Zusammenhänge zwischen Körperbild und psychischer Belastung sowie Ressourcen

a) Zusammenhänge zwischen psychischer Belastung und psychosozialen Ressourcen zu T1 und dem Körperbild zu T2: Abbildung 11 gibt einen Überblick über signifikante Zusammenhänge zwischen zu T1 erhobenen psychischen Maßen und dem Körperbild sechs Monate später. Es ergaben sich keinerlei statistisch bedeutsame Zusammenhänge zwischen den im NEO-FFI erhobenen Persönlichkeitsdimensionen „Neurotizismus“, „Extraversion“, „Verträglichkeit“ und „Gewissenhaftigkeit“ (alle r im Bereich zwischen $-.187$ und $.216$, alle n.s.). Auch der SWE- und der Körperbildscore korrelierten nicht signifikant ($r = .194$, n.s.), das heißt es ergab sich kein Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserleben und Körperbild. In den im FKV erhobenen Dimensionen der Krankheitsverarbeitung erwiesen sich vor allem die Bereiche „depressives Coping“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“ als für das Körperbild relevant (siehe Abbildung 11), dagegen waren die Zusammenhänge des Körperbildscores zu anderen FKV-Skalen gering und statistisch nicht bedeutsam.

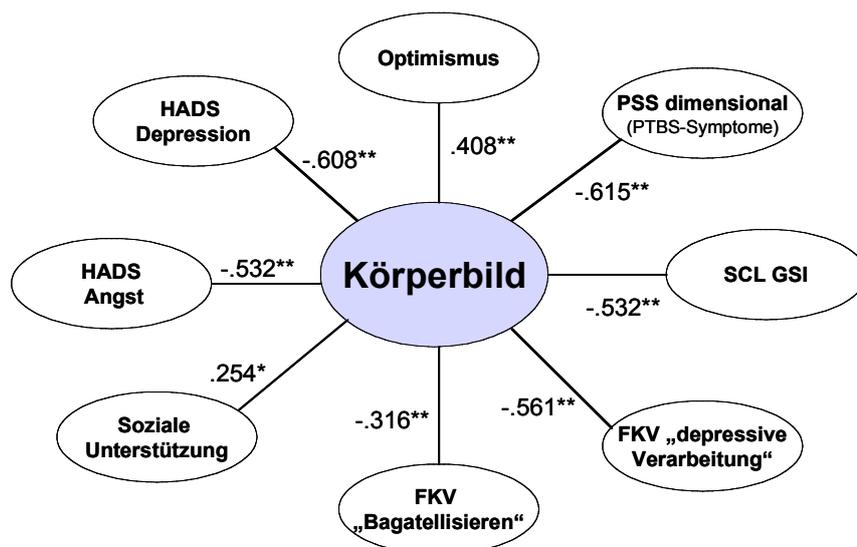


Abbildung 11: Signifikante Zusammenhänge zwischen psychischer Symptombelastung sowie psychischen Ressourcen zum Zeitpunkt der Akutbehandlung (T1) und dem Körperbild sechs Monate später (T2).

* Die Korrelation ist auf einem Niveau von .05 (zweiseitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (zweiseitig) signifikant.

Die Ergebnisse der Abbildung 11 lassen sich wie folgt zusammenfassen: Patienten, welche im Rahmen ihres stationären Akutaufenthaltes hohen Optimismus sowie viel soziale Unterstützung berichten, weisen sechs Monate später ein positiveres Körperbild auf. Solche Probanden dagegen, die hohe psychische Symptombelastung, hohe Angst- und Depressionswerte, starke Belastung durch posttraumatische Symptome sowie einen Krankheitsverarbeitungsstil zeigen, der eher depressiv und durch Bagatellisierung und Wunschdenken gekennzeichnet ist, weisen ein negativeres Körperbild zu T2 auf.

b) *Zusammenhänge zwischen psychischer Belastung und psychosozialen Ressourcen zu T2 und dem Körperbild zu T2*: Für die Zusammenhänge zwischen den erhobenen Fragebogenmaßen psychischer Belastung und psychosozialer Ressourcen zum Körperbild ergibt sich für T2 ein recht ähnliches Bild wie zu T1, wie Abbildung 12 verdeutlicht. Einen interessanten Unterschied stellt dar, dass der Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und Körperbild zu T2 eine hochsignifikante Korrelation von .426 ergibt, Körperbild und soziale Unterstützung dagegen nicht signifikant mit .245 korrelieren.

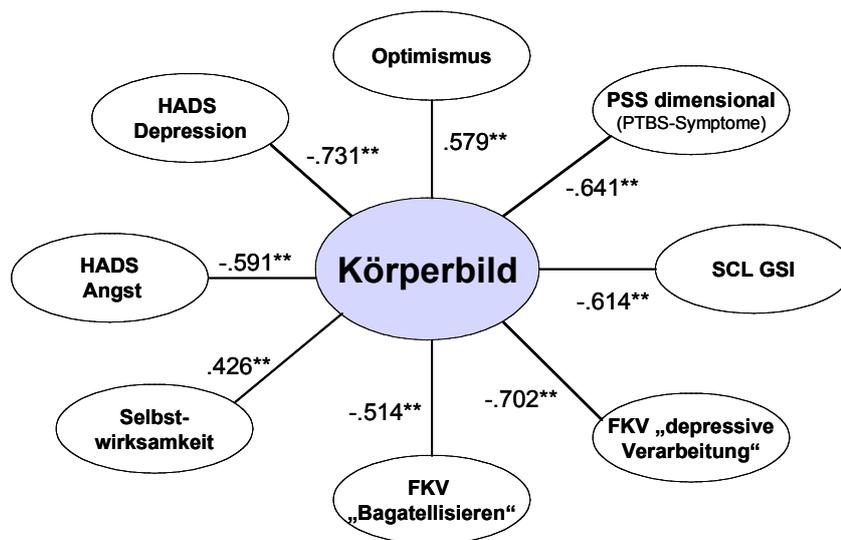


Abbildung 12: Signifikante Zusammenhänge zwischen psychischer Symptombelastung sowie psychischen Ressourcen sechs Monate nach der akuten Behandlung (Zeitpunkt T2) und dem Körperbild zu T2.

* Die Korrelation ist auf einem Niveau von .05 (zweiseitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (zweiseitig) signifikant.

Weiterhin zeichnet sich ab, dass subjektive Beeinträchtigung durch die Brandverletzung in verschiedenen Lebensbereichen (z.B. Familie, Beruf, Freizeit, Sexualität), welche ebenfalls erfragt wurde, signifikant mit einem negativen Körperbild einhergeht ($r = -.674$, $p < .01$). Auch zu den im SF-36 erhobenen Daten zum subjektiven Gesundheitszustand zeigt das Körperbild signifikante Korrelationen, wie Tabelle 23 deutlich macht. Die körperliche Summenskala des SF-36 korreliert hochsignifikant zu .479 mit dem FKBB-Gesamtscore, die psychische Summenskala sogar zu .692. Je besser eine Person also ihren körperlichen und psychischen Zustand einschätzt und je weniger sie sich in verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens durch die Brandverletzung eingeschränkt fühlt, umso positiver ist ihr Körperbild.

Hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen im CBQ gemessenen Coping und dem FKBB ergab sich das folgende Bild: Keine der sechs CBQ-Skalen außer einer korrelierte signifikant mit dem FKBB-Gesamtwert. Nur zwischen der Skala „Vermeidung“ und dem FKBB besteht eine hoch signifikante Korrelation von $-.596$; je mehr also eine Person Vermeidung zeigt, desto negativer ist ihr Körperbild. Dies könnte damit zu tun haben, dass die Items der CBQ-

Vermeidungsskala zum Teil inhaltlich sehr ähnlich sind wie die behavioralen Items im FKBB, welche ebenfalls Vermeidungsverhalten, z.B. im Zusammenhang mit dem Zeigen der Narben in der Öffentlichkeit, erfragen.

Tabelle 23: Korrelationen zwischen dem Körperbildfragebogen FKBB und den Unterskalen des SF-36 zu Lebensqualität und subjektivem Gesundheitszustand in der brandverletzten Stichprobe.

Skalen des SF-36	Körperbild Gesamtwert
1. Körperliche Funktionsfähigkeit	.496**
2. Körperliche Rollenfunktion	.486**
3. Körperliche Schmerzen	.510**
4. Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	.664**
5. Vitalität	.621**
7. Emotionale Rollenfunktionen	.633**
8. Psychisches Wohlbefinden	.591**

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (zweiseitig) signifikant.

Welche Variablen sagen das Körperbild voraus?

Ein Ziel der vorliegenden Arbeit war die Überprüfung der Frage, welche zum Zeitpunkt der akuten stationären Behandlung erhobenen Aspekte sich zur Vorhersage des Körperbilds sechs Monate nach einer Brandverletzung eignen. Zu diesem Zweck wurden Regressionsanalysen durchgeführt, in die verschiedene Faktoren auf Basis theoriegeleiteter Überlegungen sowie der bereits dargestellten Ergebnisse als Prädiktoren einbezogen wurden. Das Vorgehen erfolgte hierbei stets rückwärtsgerichtet, d.h. es wurden systematisch Faktoren ausgeschlossen, um eine optimale Varianzaufklärung zu erreichen. Aufgrund des vergleichsweise geringen Stichprobenumfangs von $n=65$ ist es nicht ratsam, mehr als vier Faktoren in ein Regressionsmodell einzuschließen, d.h. es sollten mindestens 15 Probanden pro Faktor vorliegen (vgl. Field, 2005). Deshalb wurde versucht, ein Modell mit maximal vier Prädiktoren zu ermitteln, das in der Lage war, einen maximalen Anteil der Varianz im FKBB aufzuklären. Dies gelang unter Einbezug der Variablen „ABSI-Score“, „Schmerzstärke zu T1“, „HADS-Depressionsscore zu T1“ sowie „HADS-Angstscore zu T1“. Tabelle 24 verdeutlicht die Ergebnisse dieses Regressionsmodells.

Tabelle 24: Regressionsanalyse zur Vorhersage des Körperbilds zu T2 auf Basis von T1-Daten.

	Koeffizient B	Standardfehler	β
Konstante	5,475	,246	
ABSI-Score	-,128	,038	-,340**
Schmerzstärke	-,119	,042	-,288**
HADS-Depression	-,051	,027	-,228*
HADS-Angst	-,049	,027	-,209*

Anmerkung: $R^2=.530$, ** $p<.01$, * $p<.07$

Die vier Faktoren erlauben immerhin eine Aufklärung von 53% der Gesamtvarianz im FKBB. Kein anderes berechnetes Regressionsmodell ermittelte eine derart hohe Varianzaufklärung (z.B. wurde neben anderen Varianten ein Modell unter Einbezug der Faktoren „%vKOF“, „HADS-Angstscore“, „HADS-Depressionscore“, „SCL-GSI“ und „Optimismus“ berechnet, das R^2 an aufgeklärter Varianz betrug hierbei lediglich .43). Abbildung 13 verdeutlicht die Ergebnisse der Regressionsanalyse zusätzlich grafisch.

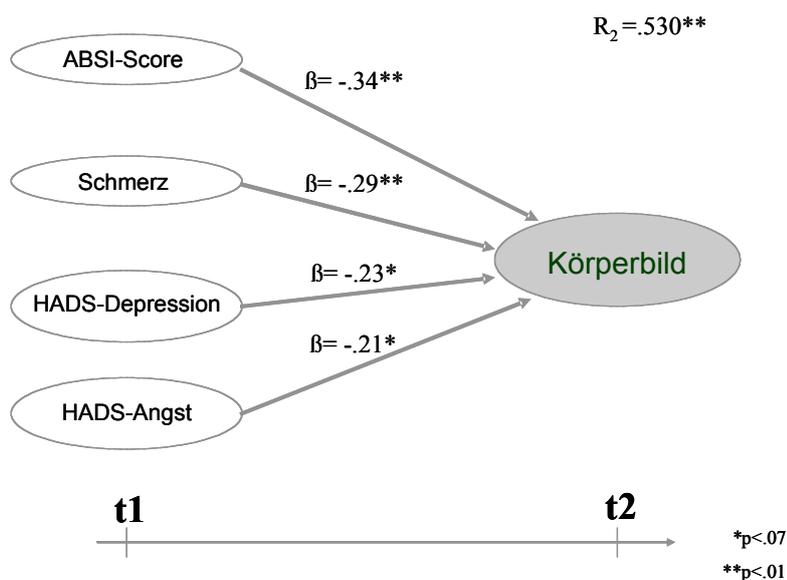


Abbildung 13: Regressionsanalyse zur Vorhersage des Körperbilds sechs Monate nach der akuten Behandlung (T2) auf Basis von T1-Daten der akuten Behandlungsphase.

4.4 Interpretation und Diskussion

In diesem Abschnitt soll zunächst eine Zusammenfassung der dargestellten Ergebnisse anhand der anfänglich genannten Fragestellungen erfolgen. Die Ergebnisse werden dabei jeweils interpretiert und in den Kontext bereits vorliegender Forschungsbefunde eingeordnet. Im Anschluss erfolgt eine kritische Diskussion. Den Abschluss des Kapitels bildet die Erörterung praktischer Implikationen der vorliegenden Befunde.

Stellungnahme zu den Fragestellungen

Fragestellung 1: Welches Körperbild zeigen brandverletzte Patienten sechs Monate nach der akuten stationären Behandlung?

Die in der vorliegenden Studie untersuchten Patienten weisen ein recht positives Körperbild auf, auch Körperzufriedenheit und –akzeptanz waren in der Stichprobe hoch ausgeprägt. Die Betrachtung der Stichprobenwerte auf der Ebene der von Brenner (2006) vorgeschlagenen

drei Skalen macht deutlich, dass die insgesamt höchsten Werte für „Körperakzeptanz“ angegeben wurden, die geringsten dagegen bzgl. der Skala „Wahrnehmung und Bewertung der Narben in der Öffentlichkeit“. Dieser Befund lässt sich vor dem Hintergrund der unter II.4 referierten Überlegungen interpretieren, dass häufig für Menschen mit Entstellungen die größte Herausforderung soziale Reaktionen auf ihre Entstellungen hin sind – und nicht der eigene Umgang mit dem veränderten Körper. Allerdings muss angemerkt werden, dass zunächst eine umfassende erneute Überprüfung der Zulässigkeit der von Brenner (2006) vorgeschlagenen Skalenstruktur vorzunehmen ist, bevor endgültige Schlüsse gezogen werden können (siehe unten).

Die Annahme, eine Brandverletzung führe quasi automatisch zu einem negativen Körperbild, kann auf Basis der vorliegenden Daten nicht bestätigt werden. Möglicherweise scheint sogar eher das Gegenteil der Fall zu sein: Die untersuchten Probanden weisen im Durchschnitt ein Körperbild im positiven Bereich, das heißt über dem Skalendurchschnitt auf. Dies steht im Widerspruch zu vorliegenden Befunden (z.B. Bergamasco et al., 2002), welche Körperbildprobleme für nahezu alle von Brandverletzungen betroffenen Personen nahe legen. Da keine Vergleichswerte im FKBB für die Allgemeinbevölkerung vorliegen, ist eine direkte Interpretation schwierig. Wie unter II.4 dargelegt, zeigen viele Studien aus dem Bereich der Körperbildforschung, dass körperliche Unzufriedenheit in der Allgemeinbevölkerung und vor allem unter Frauen weit verbreitet ist (vgl. z.B. Grogan, 2002). Von Brandverletzungen sind allerdings vor allem Männer betroffen, welche grundsätzlich weniger Körperunzufriedenheit zeigen (Grogan, 2002) und auch in der vorliegenden Untersuchung ein etwas positiveres Körperbild berichteten als die befragten brandverletzten Frauen. Es lässt sich auf Basis der dargestellten Befunde lediglich festhalten, dass eine Brandverletzung nicht zwingend Körperbild- und Körperakzeptanzprobleme nach sich ziehen muss. Zusätzlich kann als weiterführende Hypothese formuliert werden, dass langfristig bei einigen Personen möglicherweise genau das Gegenteil eines negativen Körperbilds die Folge einer Brandverletzung sein könnte, nämlich ein stärkeres Sich-Anfreunden mit dem eigenen Körper als Folge der Konfrontation mit massiver Verletzung, Heilung, Schmerz etc. Dies entspricht auch dem, was die Betroffene Regina Heeß (2004) in ihrem Roman schildert: Die Autorin beschreibt in ihrem Buch den langwierigen und schwierigen Prozess in der Auseinandersetzung mit dem durch Brandnarben gekennzeichneten Körper, an dessen Ende es ihr glückt, ihren Körper mehr wertzuschätzen, zu lieben und anzunehmen, als dies vor dem Unfall der Fall gewesen war. Ähnliches berichtet der schwer brandverletzte Journalist Johannes Groschupf in seinem 2005 erschienenen autobiografischen Roman. Bei beiden Autoren handelt es sich allerdings um sehr langwierige Prozesse über mehrere Jahre und krisenhafte Zuspitzungen mit massiver Selbst- und Körperabwertung, das heißt um Prozesse, die über den Erhebungszeitraum der vorliegenden Studie von lediglich sechs Monaten weit hinausgehen. Die formulierten hypothetischen Überlegungen wären letztlich nur in zukünftigen Forschungsarbeiten empirisch überprüfbar. Zum einen durch die Erhebung von Körperbild-Normwerten sowohl für die Allgemeinbevölkerung

als auch für Brandverletzte, was einen unmittelbaren Vergleich erlauben würde. Zum anderen müssten längsschnittlich Verlaufsdaten erhoben werden, im Idealfall zum Körperbild vor und nach einer Verbrennung. Die Ermittlung von FKBB-Normwerten an der Allgemeinbevölkerung ist jedoch schwierig, da das Instrument speziell für Brandverletzte formuliert wurde und sein Einsatz in der Normalbevölkerung aufgrund zahlreicher Items, welche explizit Umgang mit und Bewertung von Narben betreffen, keinen Sinn machen würde. Denkbar dagegen ist der Einsatz des Fragebogens an einer umfassenden Stichprobe von Brandverletzten zur Ermittlung von Brandverletzten-spezifischen Normdaten sowie die Anwendung bei anderen Verletzten, welche großflächige Narben oder Hautkrankheiten aufweisen.

Fragestellung 2 und 3: Mit welchen Variablen steht das Körperbild nach einer Brandverletzung in Zusammenhang? Und: Welche Faktoren können vorherzusagen helfen, wer nach einem Brandunfall Körperbildprobleme entwickelt und wer nicht?

Die vorliegenden Daten machen deutlich, zwischen welchen Faktoren und dem Körperbild Zusammenhänge bestehen: Zum einen sind dies Parameter der objektiven Verletzungsschwere, zum anderen psychische Aspekte, wie z.B. Symptombelastung oder Copingstil. Allerdings sind diese Zusammenhänge rein korrelativ und dürfen insofern nicht kausal interpretiert werden. Es lässt sich auf Basis der Korrelationsdaten das Folgende festhalten: Schwer Verletzte mit langen stationären Aufenthaltszeiten und großflächigen Verletzungen sowie Personen, bei denen aufgrund der Verletzung Hauttransplantationen durchgeführt werden mussten, weisen ein negativeres Körperbild auf. Brandverletzte mit hohem dispositionellem Optimismus und guter sozialer Unterstützung berichten ein positiveres Körperbild. Betroffene mit starken psychischen Symptomen und depressivem, vermeidendem und/oder bagatellisierendem Copingstil verfügen über ein negativeres Körperbild. In einer durchgeführten Regressionsanalyse erwiesen sich neben dem ABSI-Score (als Maß der Verletzungsschwere zur Bestimmung der Überlebenswahrscheinlichkeit) die Höhe der erlebten Schmerzen sowie das Ausmaß an depressiven und ängstlichen Symptomen als besonders voraussagekräftig zur Prognose des Körperbilds sechs Monate nach der akuten Behandlungsphase. Bei der Ausbildung von Körperbildproblemen scheint es sich um ein komplexes Geschehen zu handeln, in das neben Risikofaktoren (wie z.B. objektive Verletzungsschwere,) protektive psychosoziale Aspekte einfließen. Starke psychische Symptombelastung während des stationären Aufenthalts stellt ebenfalls einen Risikofaktor dar. Auf Basis der vorliegenden Regressionsanalyse kann leider keine Aussage zu möglichen Resilienzfaktoren getroffen werden, aufgrund der hohen Zusammenhänge des FKBB zu sozialer Unterstützung und Optimismus lässt sich jedoch hypothetisieren, dass diese Faktoren möglicherweise einen protektiven Einfluss bezüglich der Entwicklung von Körperbildproblemen haben. Dies müsste in zukünftigen Forschungsarbeiten an umfassenderen Datensätzen überprüft werden.

Mithilfe der vorliegenden Daten lassen sich keine signifikanten Geschlechterunterschiede im Körperbild nachweisen, jedoch zeigt sich eine gewisse Tendenz eines negativeren Körperbilds bei Frauen. Auch dieser Aspekt sollte in zukünftigen Untersuchungen überprüft und geklärt werden, ob weibliche, schwer verletzte Personen eine besondere Risikogruppe für die Entwicklung von Körperbildproblemen nach einer Verbrennung darstellen, wie durch bereits vorliegende Befunde nahe gelegt wird (Fukunishi, 1999; Orr, Reznikoff & Smith, 1989; Bowden et al., 1980). In der dargestellten Studie konnte kein Zusammenhang zwischen der Verletzungslokalisation an sozial relevanten und sichtbaren Stellen und einem negativen Körperbild festgestellt werden, wie er ihn anderen Studien propagiert wird (Fauerbach et al., 2000a). Hypothetisch wäre auch Gegenteiliges denkbar: Eine Verletzung an einer sozial relevanten Stelle, z.B. an Gesicht oder Händen, macht die Vermeidung der Exposition dieser Verletzung nahezu unmöglich (außer bei absolutem sozialem Rückzug), eine Habituation im Sinne Newells (2001, vgl. II.4 und II.6.2) wäre damit wahrscheinlicher. Eine Person mit beispielsweise Verbrennungen an Bein oder Bauch kann diese ohne Probleme ständig verdecken und so dem Gewöhnungsprozess im Rahmen von sozialer Exposition entgegenwirken.

Als hypothetisches Risikoprofil für Körperbildprobleme nach einer Brandverletzung und als Anregung für zukünftige Forschungsarbeiten sei das folgende Modell formuliert: Die Kombination der Faktoren „Verletzungsschwere“ (d.h. weitflächige und tiefe Verbrennungen der Haut, Notwendigkeit von Hauttransplantationen), „Schmerzstärke“, „geringe psychosoziale Ressourcen“ (insbesondere Optimismus, soziale Unterstützung), „weibliches Geschlecht“, „depressives und vermeidendes Coping“ sowie „hohe psychische Symptombelastung während der stationären Behandlung“ (depressive und Angstsymptome) können vorhersagen, ob eine Person nach einem Brandunfall Körperbildprobleme entwickelt oder nicht.

Fragestellung 4: Wie unterscheiden sich die in der vorliegenden Studie erhobenen Daten von denen aus der Studie von Brenner (2006)? In der vorliegenden Studie ergeben sich einige Unterschiede zu der Darstellung von Brenner (2006), auf die wichtigsten sei im Folgenden eingegangen. Die von Brenner berichteten Geschlechterunterschiede im Körperbild konnten nicht ermittelt werden, wobei darauf verwiesen sei, dass Brenners Stichprobe 38% Frauen umfasste im Gegensatz zu 32% weiblichen Probandinnen in der vorliegenden Untersuchung. In letzterer waren die Zusammenhänge von Körperakzeptanz und Körperzufriedenheit zum Körperbild ausgesprochen hoch und höher als bei Brenner (2006). Bei signifikant positiven Korrelationen von knapp .7 muss die kritische Frage gestellt werden, welchen zusätzlichen Erkenntnisgewinn ein 24 Items umfassendes Erhebungsinstrument gegenüber zwei einfachen Eingangsfragen erbringt. Hierbei sollte allerdings berücksichtigt werden, dass es sich bei der vorliegenden Stichprobe um eine kleine und bewusst homogen gewählte handelt. Der Fokus lag hierbei auf dem prospektiven Aspekt. Die Frage nach dem Nutzen des Instruments kann nur dann beantwortet werden, wenn es gelingt, Daten an einer repräsentativen Stichprobe von Brandverletzten zu gewinnen. Diese müsste alle Formen der Verbrennungs-

schwere enthalten und vor allem auch Personen umfassen, bei denen der Brandunfall lange Zeit zurück liegt. Der Datensatz von Brenner (2006) entspricht diesen Anforderungen eher als der der vorliegenden Studie (siehe III.4.2). In Brenners Untersuchung erwiesen sich die Interkorrelationen der Eingangsfragen mit dem Körperbildgesamtscore als geringer, so dass davon auszugehen ist, dass der FKBB Zusätzliches misst und mehr umfasst als lediglich Körperakzeptanz und Körperzufriedenheit. Zukünftige Forschungsarbeiten an großen Probandenkollektiven sollten diese Frage weiter beleuchten. Die durchgeführten Faktorenanalysen verdeutlichen, dass durch den neu entwickelten Fragebogen verschiedene Dimensionen des Körperbildes erfasst werden, nämlich neben der kognitiven und emotionalen auch eine behaviorale. Die Faktorenstruktur des vorliegenden Bogens sollte ebenfalls erneut an umfangreichen Probandenkollektiven überprüft werden. Brenners vorgeschlagene Skalenbildung ließ sich anhand des Datensatzes der vorliegenden Untersuchung nur zum Teil replizieren. Es muss also geklärt werden, ob es sich tatsächlich bei dem durch den FKBB Erhobenen um ein mehrdimensionales Konstrukt handelt, wie Brenner (2006) vermutet, und durch wie viele und welche Faktoren es optimal beschrieben werden kann.

Bei der Diskussion der Unterschiede zwischen den vorliegenden Daten und denen Brenners (2006) ist erneut auf die Unterschiede in der Stichprobengewinnung zu verweisen. Bei Brenners Vorgehen waren mehr schwer verletzte Patienten in die Stichprobe eingeschlossen, also Patienten mit sehr langfristigen Heilungsverläufen, die zum Teil noch viele Jahre nach dem Brandunfall eine Möglichkeit der Weiterbehandlung oder Unterstützung bei Selbsthilfeorganisationen suchten. Die vorliegende Studie dagegen bietet nur einen Ausschnitt aus der Population der Brandverletzten, nämlich relativ „frisch“ verletzte Patienten, und prüft, wie es um das Körperbild dieser Patienten sechs Monate nach dem Unfall bestellt ist. Es ist durchaus wahrscheinlich, dass zu einem solch frühen Zeitpunkt der Auseinandersetzungsprozess mit dem veränderten Körper noch nicht abgeschlossen ist. Beispielsweise werden im Zeitraum von ein bis zwei Jahren üblicherweise noch Kompressionsverbände getragen, auch können weitere Operationen ausstehen. All dies kann bewirken, dass eine betroffene Person noch große Hoffnungen in die Veränderung bestehender Narben und Funktionseinschränkungen hat. In zukünftigen Studien wäre es deshalb von großem Interesse zu untersuchen, ob sich das doch recht positive Körperbild der Stichprobe über längere Zeiträume hin verändert oder stabil positiv bleibt. Ein „Einbruch“ des Körperbilds nach ein bis zwei Jahren, wenn medizinische Maßnahmen und auch die Kompressionstherapie weitestgehend ausgeschöpft sind, und Enttäuschung über ästhetische und funktionale Ergebnisse aufkommen kann, wäre durchaus denkbar.

Diskussion

Die vorliegende Studie kann aufgrund ihres geringen und homogenen Stichprobenumfangs als Pilotstudie gewertet werden. Die Befunde machen deutlich, welche hohe Relevanz es hat,

das Körperbild eines Patienten nach einer Brandverletzung zu erheben, denn ein negatives Körperbild geht mit höherer psychischer Belastung einher. Die Ausbildung psychischer Symptome, die subjektive Lebensqualität sowie der subjektive Gesundheitszustand stehen mit dem Körperbild im Zusammenhang. Dies ist konform zu bereits vorliegenden Forschungsbefunden (z.B. Benrud-Larson et al., 2003; Lawrence et al., 1998; Fauerbach et al., 2000a; Heinberg et al., 1997; Van-Loey & Van-Son, 2003). Menschen mit einem negativen Körperbild fühlen sich in vielen Lebensbereichen stärker beeinträchtigt und berichten ein geringeres psychosoziales Funktionsniveau (vgl. auch: Heinberg et al., 1997). Stark ausgeprägte personale und soziale Ressourcen dagegen stehen mit einem positiveren Körperbild in Zusammenhang (vgl. Bergamasco et al., 2002). Der FKBB erfasst mehr als lediglich Körperakzeptanz oder –zufriedenheit. Mittels seines Einsatzes können sowohl kognitive als auch emotionale und behaviorale Dimensionen des Körperbildes erfasst werden. Damit ist der FKBB ein wesentlich differenzierteres und umfassenderes Instrument als beispielsweise die SWAP (Lawrence et al., 1998, siehe II.4). Auch erlaubt die genaue Betrachtung der Itemantworten einer Person im FKBB direkte therapeutische Ableitungen (siehe unten). Kritisch sei angemerkt, dass auf Basis der dargestellten Daten einige Fragen offen und Hypothesen ungeklärt bleiben. Eine erneute Anwendung des FKBB an einem größeren und inhomogeneren Probandenkollektiv scheint deshalb erforderlich, gerade auch zur Ermittlung von validen Prognosemodellen und Gruppenvergleichen. Die dargestellte Studie umfasst weder längsschnittliche Daten zum Körperbild noch existieren Vergleichswerte der Allgemeinbevölkerung oder anderer Krankheits- oder Verletzengruppen, welche eine zuverlässige Einordnung der Körperbildwerte ermöglichen. Letztlich können so keine eindeutigen Antworten dazu getroffen werden, ob das Körperbild bei Brandverletzten negativer ist als bei körperlich Gesunden und ob Brandverletzte verglichen mit Menschen mit anderen Krankheiten ein besonders negatives Körperbild aufweisen. Auch eine endgültige Validierung des Fragebogens anhand zuverlässiger Außenkriterien wäre wünschenswert.

Ableitungen für das Gruppenbehandlungsprogramm

Nach Erörterung der vier Fragestellungen sowie der Diskussion sei abschließend darauf eingegangen, welche *praktische Relevanz* die dargestellten Befunde haben und welche Bedeutung diese für die Entwicklung eines Gruppenbehandlungskonzepts für Brandverletzte aufweisen. Die Ergebnisse machen deutlich, dass es wichtig ist, das Körperbild bei Brandverletzten zu erfassen, um damit zu klären, welche Patienten zusätzliche Unterstützung bei der Anpassung an den veränderten Körper benötigen, denn Körperbildprobleme gehen mit erhöhter psychischer Belastung und verringerter Lebensqualität einher. Nicht alle Brandverletzten brauchen diesbezüglich Unterstützung, da vielen eine Adaptation an den veränderten Körper gut zu gelingen scheint. Im Sinne eines ökonomischen Einsatzes begrenzter psychologischer personeller Ressourcen in vielen Brandverletzententren sollte also gut ausgewählt werden, welche Patienten zusätzlicher Betreuung bedürfen und welche nicht. Der Vorteil des

FKBB liegt darin, dass es sich um ein kurzes, einfaches und mit wenig Aufwand anwendbares Instrument handelt. Aufgrund der hohen inhaltlichen Spezifität ist davon auszugehen, dass es auf eine gute Akzeptanz auf Seiten der Brandverletzten stößt. Der FKBB hilft zuverlässig, Personen ausfindig zu machen, die zusätzliche Unterstützung bei der Bewältigung der körperlichen Folgen eines Brandunfalls benötigen. Problemlos und routinemäßig könnte dieser Fragebogen z.B. auch im Rahmen von ambulanten Verbrennungssprechstunden an Brandverletztzentren eingesetzt werden und bei der Entscheidung helfen, welchen Patienten die Gruppenteilnahme an einem ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsprogramm angeboten werden soll. Zusätzlich zeigt der Fragebogen dadurch, dass nicht nur die Einstellung zum Körper und den Narben, sondern auch der konkrete Umgang mit den Narben in verschiedenen Situationen erfragt werden, ganz praktisch therapeutische Ansatzpunkte auf. Weist eine Person beispielsweise geringe Werte in der Skala 2 „Umgang mit den Narben in der Öffentlichkeit“ auf, kann dies einen Hinweis darauf liefern, dass möglicherweise Konfrontationsübungen und ein therapeutisches Vorgehen entsprechend des von Newell (2001) skizzierten (vgl. II.6.2) indiziert sind. Werden eher „kognitive Items“ bejaht, kann dies Anhalt bieten, in der psychotherapeutischen Zusammenarbeit einen Fokus auf die Bearbeitung der eigenen Bewertung des Körpers zu legen.

IV Gruppenbehandlungsprogramm für Brandverletzte in der Rehabilitationsbehandlung

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der vier unter III dargestellten empirischen Studien kurz in ihren wesentlichen Befunden und Einschränkungen zusammengefasst. Aufbauend auf den dargestellten theoretischen (vgl. Abschnitt II) und empirischen Ergebnissen (vgl. Abschnitt III) werden mögliche Inhalte und Bausteine des geplanten verhaltenstherapeutischen, ressourcenorientierten Gruppenbehandlungsprogramms entwickelt. Die Struktur der einzelnen Sitzungen wird im Überblick dargestellt. Ein Ausblick auf zukünftige Anwendungsmöglichkeiten des Programms, beispielsweise auf der Rehabilitationsstation für Brandverletzte der BG Unfallklinik Ludwigshafen oder als Teil der ambulanten Brandverletzten-Rehabilitation, schließt die vorliegende Arbeit ab.

1 Zusammenfassung und Diskussion der empirischen Ergebnisse

Im Rahmen von zwei qualitativen Interviewstudien gelang es, vielfältige Bereiche von Belastungsfaktoren gerade auch im psychischen und sozialen Bereich aufzuzeigen, denen einerseits Brandverletzte selbst, aber auch ihre Familienangehörigen ausgesetzt sind. Gleichzeitig wurde im Rahmen dieser Untersuchungen deutlich, welche Ressourcen Betroffene und Angehörige dazu nutzen, mit den Herausforderungen, vor welche sie ein schwerer Brandunfall stellt, umzugehen. Zahlreiche Betroffene und deren Angehörige sind dazu in der Lage, auch positive Auswirkungen und Folgen des Brandunfalls zu sehen, z.B. in Form eines intensiveren Erlebens zwischenmenschlicher Beziehungen oder einer Veränderung persönlicher Prioritäten. Viele der Befragten wünschten sich zusätzliche psychologische Unterstützung und kritisierten einen Mangel an solchen Angeboten. Aus den Befunden lassen sich zahlreiche Ansatzpunkte für Behandlungsangebote ableiten, z.B. die Wichtigkeit der gezielten Informationsgabe zu möglichen psychischen Folgen von Brandverletzungen zwecks Normalisierung und Entdramatisierung, sowie die Vermittlung von Bewältigungsstrategien.

Eine wesentliche Stärke, die gleichzeitig zentraler Kritikpunkt der beiden Interviewstudien ist, ist sicherlich im qualitativen Vorgehen zu sehen: Dieses bringt immer eine hohe Subjektivität der Befunde mit sich, die Verallgemeinerbarkeit ist eingeschränkt. Auch können aufgrund des hohen Aufwandes nur geringe Zahlen von Probanden befragt werden, was ebenfalls die Ableitung generell gültiger Aussagen erschwert. In den vorliegenden Untersuchungen kommt hinzu, dass aufgrund des Vorgehens bei der Probandenakquisition nicht vom Vorliegen einer repräsentativen Stichprobe auszugehen ist.

Zusätzlich wurde deshalb eine quantitative Studie an einer größeren Anzahl brandverletzter Patienten durchgeführt. Hierbei wurde versucht, einen möglichst kompletten Ausschnitt der üblicherweise in einem Brandverletzententrum stationär behandelten Patienten in die Studie

einzuschließen. Auch wurde mit bereits wissenschaftlich erprobten Fragebogeninstrumenten gearbeitet, für die Normwerte vorliegen, und darauf geachtet, sowohl den Bereich psychischer Belastung und Symptomatik sowie den psychosozialer Ressourcen zu berücksichtigen. Die Ergebnisse dieser Studie machen deutlich, dass Brandverletzte eine erhöhte psychische Belastung aufweisen, beispielsweise erhöhte Depressivitäts- und Angstwerte sowie hohe posttraumatische Stresssymptomatik. Gleichzeitig verfügen sie durchschnittlich über gute psychosoziale Ressourcen. Es ließ sich kein Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und dem objektiven Ausmaß der Verletzungsschwere aufzeigen. Mithilfe der verwendeten Untersuchungsverfahren war zwar eine Gruppe besonders stark psychisch belasteter Patienten identifizierbar; es war auf Basis der erhobenen Daten jedoch nicht eindeutig festzumachen, worauf dieses starke Reagieren einzelner Patienten zurückzuführen ist: Zwischen hoch und niedrig belasteten Patienten bestanden keinerlei systematische Unterschiede hinsichtlich soziodemografischer, unfallbezogener und medizinischer Variablen.

Einschränkungen dieser quantitativen Studie sind darin zu sehen, dass keine längsschnittlichen oder Katamnesedaten vorliegen, und prämorbid bestehende Unterschiede damit nicht sicher ausgeschlossen werden können. Auch ist kritisch zu bemerken, dass Befunde von Patienten in der akuten Behandlungsphase sowie von solchen in der Nachbehandlung in die Stichprobe einfließen. Ferner lag keine eindeutige Standardisierung des Erhebungszeitpunktes vor. Kriterium für die Erhebung war lediglich, dass ein Verletzter im Rahmen seines stationären Aufenthalts befragt werden sollte, was im Einzelfall Tage bis hin zu Monate nach dem Unfall sein konnte. Es ist also nicht sicher auszuschließen, dass bestehende Gruppenunterschiede zwischen Patienten, welche sich aufgrund des variierenden Erhebungszeitpunkts in sehr unterschiedlichen Verarbeitungsphasen befanden, im Rahmen dieser Studie nicht ausreichend Berücksichtigung fanden. Die Studie macht jedoch deutlich, wie wichtig es ist, besonders stark psychisch belastete Patienten frühzeitig durch routinemäßig durchgeführte Screenings zu identifizieren und gezielt psychologisch zu unterstützen. Von der einfachen „Faustregel“ auszugehen, dass aufgrund der häufig knappen personellen Ressourcen in Brandverletzentren nur schwer verletzte Patienten unterstützt werden sollten, ist, wie die vorliegenden Daten zeigen, nicht zulässig. Auch zahlreiche Patienten mit vergleichsweise geringer Verletzungsschwere weisen zum Teil massive psychische Verarbeitungsschwierigkeiten nach einem Brandunfall auf. Gerade für diese Patientengruppe ist die Teilnahme am entwickelten Gruppenbehandlungskonzept zur Vorbeugung von Chronifizierungsprozessen psychischer Probleme indiziert.

Im Rahmen der vierten Studie wurde das Körperbild sechs Monate nach der stationären Brandverletzungsbehandlung anhand eines hierfür speziell entwickelten Fragebogens erfasst. Wesentliches Ergebnis der Untersuchung ist darin zu sehen, dass viele Patienten ein positives Körperbild aufwiesen. Es ist also nicht davon auszugehen, dass eine Brandverletzung zwangsläufig ein negatives Körperbild nach sich zieht. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Körperbildprobleme mit der objektiven Verletzungsschwere in Zusammenhang stehen,

aber auch mit psychischen Variablen, wie beispielsweise psychischer Symptombelastung. Risikopatienten für die Entwicklung eines negativen Körperbilds scheinen schwer Verletzte zu sein, die zusätzlich im Rahmen der akuten Behandlungsphase massive psychische Belastung aufweisen. Das Körperbild steht mit der subjektiven Einschätzung von Lebensqualität in Zusammenhang, die Anpassung an einen durch eine Brandverletzung veränderten Körper hat also weit reichende Auswirkungen und geht mit der Entwicklung psychischer Symptome und dem subjektiven Gesundheitsempfinden einher. Der vorgestellte Fragebogen erlaubt es, Personen zu identifizieren, denen eine gute Anpassung an den veränderten Körper nicht gelingt und die ein negatives Körperbild aufweisen. Diese sollten gezielt beim Anpassungsprozess therapeutisch unterstützt werden, um z.B. sozialem Rückzugsverhalten aufgrund von Körperunzufriedenheit und Scham entgegen zu wirken, welches ein Risikofaktor für die Ausbildung von depressiver Symptomatik ist.

Eine Limitation der Studie stellt dar, dass für das verwendete Instrument noch keine Normwerte vorliegen und eindeutige Aussagen über das Körperbild Brandverletzter hierdurch nicht möglich sind. Auch handelt es sich bei der untersuchten um eine stark selektierte Stichprobe, da ausschließlich Brandverletzte sechs Monate nach dem Unfall eingeschlossen wurden. Bedenkt man jedoch, wie lange Brandverletzungen benötigen, um zu verheilen, und dass Narbenreifungsprozesse sich häufig über Jahre erstrecken, so ist der in der vorliegenden Studie aufgewendete Erhebungszeitraum von sechs Monaten vergleichsweise gering. Um weitreichendere Aussagen zum Körperbild bei Brandverletzten machen zu können, müsste in zukünftigen Forschungsarbeiten eine größere Stichprobe von Patienten, deren Unfälle unterschiedlich lange zurück liegen, über längere Zeiträume und mehrere Messzeitpunkte hin befragt werden.

Trotz aller geschilderten Einschränkungen liefern die vier Studien interessante Hinweise für die praktische therapeutische Arbeit mit Brandverletzten. Das im Folgenden dargestellte Gruppenprogramm ist Ergebnis der vorgestellten theoretischen sowie empirischen Analysen.

2 Setting des Gruppenbehandlungsprogramms für Brandverletzte

Gruppensetting

Das Programm findet als teilstrukturierte, halboffene Gruppe mit einem Umfang von insgesamt acht Sitzungen im Rahmen der stationären Rehabilitation statt. Ein wesentlicher Vorzug der Gruppenbehandlung ist neben dem Aspekt der Ökonomie darin zu sehen, dass sich im Gruppensetting spezielle Gruppenwirkfaktoren entfalten können (siehe Yalom, 1975; Fiedler, 1996), z.B. Kohäsion, Solidarität, Offenheit, Vertrauen, wechselseitiges Feedback und gegenseitige Unterstützung. So ist neben der Vermittlung bestimmter Inhalte, die im folgenden geschildert werden, vor allem übergeordnetes Ziel, durch das Angebot einer therapeutischen Gruppe Brandverletzte untereinander ins Gespräch zu bringen und einen Rahmen zu schaffen, innerhalb dessen solche Gruppenwirkfaktoren ihre Wirkung tun können.

Eine Gruppe umfasst optimalerweise sechs bis maximal zehn Patienten und wird im Idealfall von einem psychologischen Psychotherapeuten und einem Cotherapeuten (beispielsweise speziell qualifiziertes Pflegepersonal) durchgeführt. Die therapeutische Grundhaltung ist hierbei eine grundsätzlich ressourcenorientierte und wertschätzende. Hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens wird auf verhaltensmedizinische und verhaltenstherapeutische Interventionen zurückgegriffen, wesentliche Bestandteile des Programms bestehen in psychoedukativen Elementen. Jede Sitzung endet mit einer Kurzentspannungsübung im zeitlichen Umfang von ca. zehn Minuten. Bereits nach der ersten Sitzung erhalten die Teilnehmer eine Kassette oder CD mit einer Entspannungsübung und damit verbunden die Aufgabe, zwischen den Sitzungen regelmäßig in Eigenregie zu üben.

Die Sitzungen dauern jeweils anderthalb Zeitstunden und finden zwei Mal wöchentlich statt. Einmal pro Woche können neue Mitglieder in die Gruppe aufgenommen werden. Dies geschieht stets anhand eines standardisierten Aufnahmerrituals. Dieses umfasst neben einer Begrüßung und der Vermittlung von Gruppenregeln (insbesondere das Gebot der Vertraulichkeit und Schweigepflicht) auch die Eigenvorstellung des neuen Patienten, welche eine kurze Aussage zu den Ursachen seiner stationären Behandlung enthalten sollte. Ebenso gibt es ein feststehendes Abschiedsritual für ausscheidende Gruppenmitglieder (z.B. „Koffer packen“, Feedbackrunde).

Mit jedem potenziellen Gruppenteilnehmer wird vor Einbezug in die Gruppe ein Vorgespräch geführt. Im Rahmen eines solchen Erstkontakts können beratend Informationen vermittelt, Schwellenängste auf Seiten des Patienten bei erstmaligem Kontakt zu einem Psychologen und Psychotherapie abgebaut und weiterhin verdeutlicht werden, dass die Gruppe eine sinnvolle Möglichkeit bietet, persönliche Interessen zu verfolgen und individuell relevante Probleme zu bearbeiten. Ein solcher „anbahnender Erstkontakt“ steigert die Motivation und Compliance zur Gruppenteilnahme auf Seiten des Patienten und kann gezielt zum Aufbau von Motivation, regelhaft und aktiv an der Gruppe teilzunehmen, genutzt werden.

Eine halboffene Gruppenstruktur bietet neben hoher Flexibilität und besserer Durchführbarkeit im alltäglichen Krankenhausbetrieb mit wechselnden Aufnahme- und Entlassungsterminen den Vorteil, dass „neue“ Mitglieder von „alten“ profitieren und letztere eine Modell- und Vorbildfunktion für neue Teilnehmer übernehmen können. Zu einer der insgesamt acht Gesamtsitzungen werden Angehörige der Gruppenteilnehmer eingeladen. Angemerkt sei an dieser Stelle, dass dies ein aus Gründen der Ökonomie gewähltes Minimum darstellt. Sicherlich wäre eine eigene Angehörigengruppe mit regelmäßigen Sitzungen wünschenswert und eher geeignet, dem Unterstützungsbedarf auf Seiten der Angehörigen gerecht zu werden. Da der Wohnort vieler Patienten weit entfernt von der Klinik liegt, ist es nur schwer realisierbar, Angehörige stärker direkt mit in das Programm einzubinden. Eine Alternative zum direkten Einbezug von Angehörigen in das Gruppenbehandlungsprogramm stellt der indirekte Einbezug des sozialen Netzes dar: Z.B. könnten in der Gruppe Gespräche zum Thema, wie der Umgang mit den Angehörigen empfunden wird, sowie zur Frage, wie man sich bestmög-

lich soziale Unterstützung von wichtigen Personen des Umfelds einholen kann, angeregt werden. Im Anschluss hieran kann das Führen von Gesprächen über diese Thematiken mit den Angehörigen quasi als Hausaufgabe aufgetragen werden.

In der alltäglichen Arbeit mit brandverletzten Patienten wird immer wieder deutlich, wie groß der Bedarf auf Seiten der Patienten nach Aufklärung und Informationsgabe über medizinische Maßnahmen nach Brandverletzungen, körperliche Prozesse bei Verbrennungen sowie nach weiteren Therapiemöglichkeiten ist. In der Anfangsphase des Programms ist deshalb eine von einem Verbrennungsmediziner durchgeführte Informationssitzung vorgesehen, innerhalb derer sich Patienten über sie interessierende Aspekte der Verbrennungsbehandlung informieren können. Themen wie z.B. langfristige Narbenentwicklung, Kompressionsbehandlung und Möglichkeiten zu ästhetischen Korrekturen könnten auch in Form von Kurzvorträgen vorgestellt werden, in deren Anschluss diskutiert werden kann. Alternativ zu dieser „medizinischen Sitzung“ ist eine Gruppeneinheit denkbar, innerhalb derer – ohne Anwesenheit eines Arztes – das Gespräch der Patienten untereinander dazu angeregt wird, welche Erfahrungen bisher mit medizinischen Maßnahmen gemacht wurden, wie diese bewertet und empfunden wurden, welche Fragen noch offen sind etc. Eine offene Frage- und Informationssitzung gerade zu Themen der medizinischen Behandlung dient dazu, die Patienten „dort abzuholen, wo sie stehen“, Interesse zu wecken und vor allem auch zu verdeutlichen, dass das Gruppenangebot eigenen Interessen entgegen kommt, gerade auch bei solchen Patienten, die einer „Psychogruppe“ zunächst ablehnend und skeptisch gegenüber stehen. So können Motivation und Compliance zur regelhaften Gruppenteilnahme gesteigert werden.

Gruppenteilnehmer

Zielgruppe für das Gruppenprogramm sind schwerbrandverletzte Patienten in der stationären Rehabilitationsphase. Als geeignet für die Gruppe können solche Patienten gelten, deren Mobilität soweit wieder hergestellt ist, dass sie an den Gruppentreffen teilnehmen können (d.h. die laufen, das Bett verlassen und ausreichend lange sitzen können) und bei denen die akute Behandlungsphase abgeschlossen ist. Optimal ist, wenn zwischen dem Abschluss der akuten Behandlungsphase und der Teilnahme an der Gruppe bereits eine Rückkehr der Patienten nach Hause erfolgt ist, so dass erste Erfahrungen bezüglich des alltäglichen Lebens mit der Brandverletzung im häuslichen Setting vorliegen, zumindest wäre eine schon erfolgte Beurlaubung über ein Wochenende nützlich. Wie unter II.3.1 skizziert, findet oft gerade in dieser Phase die erste „harte“ Konfrontation mit der Realität statt, Probleme und dauerhafte Lebensveränderungen werden offenbar. Meist beginnt die Auseinandersetzung mit bestimmten Themen also erst dann, wenn das Überleben gesichert und der Körper zumindest grob verheilt ist, zuvor sind Patienten hierfür häufig nicht zugänglich. In der praktischen Arbeit mit brandverletzten Patienten zeigt sich immer wieder, dass gerade in der akuten Behandlungsphase neben der Unfallbearbeitung die praktische Alltagsbewältigung (z.B. Selbstbehaup-

tung im Kontakt zu behandelndem Personal, Umgang mit Schmerzen bei ergo- und physiotherapeutischen Anwendungen) im Fokus der Aufmerksamkeit steht. Das zu frühe Thematisieren bestimmter Problembereiche (z.B. soziale Probleme aufgrund des veränderten Äußeren, langfristige berufliche Veränderungen als Folge des Unfalls) kann eine Überforderung der Patienten bedeuten und Abwehr und Widerstand bewirken, es sei denn, der Betroffene problematisiert diese Themen von sich aus. Da es Hauptanliegen des Gruppenbehandlungsprogramms ist, Brandverletzte auf dem Weg der Krankheitsverarbeitung zu unterstützen und zu stärken, wäre ein zu frühes Einbinden der Patienten in die Gruppe kontraindiziert.

Patienten mit positivem Keimbefund, die aus hygienischen Gründen isoliert untergebracht sind, können nicht in die Gruppe aufgenommen werden. Potenzielle Teilnehmer sollten über ausreichend gute Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen. Das Gruppenprogramm ist als stationäres Behandlungsangebot konzipiert. Es stellt neben intensiver Ergo- und Physiotherapie sowie ästhetisch-chirurgischen Maßnahmen *einen* Baustein im Rahmen einer multimodalen stationären Rehabilitationsbehandlung für Brandverletzte dar.

Was soll und kann ein solches Gruppenangebot leisten?

Sicherlich ist es nicht möglich, alle für die psychotherapeutische Unterstützung von Brandverletzten relevanten unter II und III genannten Aspekte im Rahmen eines komprimierten Programms mit acht Sitzungen von jeweils nur anderthalb Zeitstunden erschöpfend zu behandeln. Dies ist auch nicht Sinn des vorgestellten Behandlungsprogramms. Vielmehr ist es Ziel, einen ersten Überblick zu geben, einzelne Problembereiche herauszugreifen und exemplarisch zu vertiefen. Die Gruppe stellt *keine* Alternative zur psychotherapeutischen Einzelbehandlung dar, vielmehr ist sie eine Ergänzung hierzu wie auch zur medizinischen Behandlung. Bei brandverletzten Patienten, welche manifeste psychische Störungen, z.B. eine Depression, Anpassungsstörung oder PTBS, ausgebildet haben, kann die Gruppe flankierend zur Einzeltherapie eingesetzt werden. Für andere Patienten bietet die Gruppe die Möglichkeit, mit psychologischer Beratung in ersten Kontakt zu kommen, sich einen Überblick über verschiedene, für Brandverletzte relevante Themenbereiche zu verschaffen und eventuell bestehende Berührungängste bzgl. psychologischer Unterstützung abzubauen. So hat das Gruppenprogramm auch indirekt zum Ziel, vorbeugend darauf einzuwirken, dass Patienten in dem Falle, dass zu einem späteren Zeitpunkt psychische Probleme auftreten und deshalb Bedarf an psychologischer Unterstützung entsteht, Behandlungsangebote aktiv aufsuchen und in Anspruch nehmen, was für viele Betroffene immer wieder schwierig ist und eine große Hürde darstellt.

Was unterscheidet das Gruppenbehandlungsprogramm für Brandverletzte von anderen Gruppenkonzepten?

Das vorgestellte Gruppenkonzept enthält einzelne Bausteine, zu denen bereits erprobte und evaluierte Gruppenkonzepte existieren, z.B. zum Thema Depressionsprophylaxe (vgl. Kühner & Weber, 2001), Stressbewältigung (vgl. z.B. Kaluza, 2004), Entspannungstraining (vgl. Ohm, 1999) oder Schmerzbewältigung (Rief & Hiller, 1998). Es existieren also durchaus Überschneidungspunkte mit solchen Konzepten. Einzigartig ist am vorgestellten Gruppenkonzept jedoch die Zusammenstellung der einzelnen Module anhand von für Brandverletzte spezifischen Problembereichen sowie die inhaltliche Schwerpunktsetzung auf den Aspekt der Förderung sozialer Kompetenzen im Umgang mit den Reaktionen anderer auf die Brandnarben/Entstellung. Diese Thematik spielt sicherlich auch bei Menschen mit anderen entstellenden Erkrankungen eine Rolle (z.B. nach schweren Unfällen, Gesichtskarzinomen etc.). Wie unter II.6 dargelegt, hat die Organisation *Changing Faces* speziell ein Trainingsprogramm für Menschen mit sichtbaren Entstellungen entwickelt, also nicht nur für Menschen mit Brandverletzungen. Das in der vorliegenden Arbeit entwickelte Gruppenprogramm macht Anleihen bei anderen, bereits erprobten Konzepten. In der Zusammenstellung der einzelnen Module und Inhalte ist das vorliegende Programm jedoch als spezifisches Konzept für Menschen mit Brandverletzungen sicherlich einzigartig.

3 Bausteine des Gruppenbehandlungsprogramms für Brandverletzte

In der bisherigen Arbeit wurden sowohl aus dem aktuellen Forschungsstand sowie aus eigenen empirischen Daten mögliche Inhalte für ein Gruppenbehandlungsprogramm für Brandverletzte abgeleitet. Diese Ableitungen werden im Folgenden noch einmal zusammengefasst. Wesentliche Ziele und Themen des geplanten Gruppenbehandlungsprogramms für Brandverletzte in der Rehabilitationsphase werden hierbei skizziert:

① **Verarbeitung des Unfallgeschehens**

- Aufklärung und Informationsvermittlung zu Themen wie Trauma, Traumafolgen, Traumaverarbeitung
- Unterstützung bei der Einordnung von Erlebnissen auf der Intensivstation und während der Beatmungszeit unter Analgosedierung (z.B. Oneiroiden; als traumatisierend erlebte medizinische Prozeduren)
- *Anmerkung:* Themen wie der Umgang mit und die Bewältigung von posttraumatischen Symptomen, die Integration traumatischer Lebensereignisse sowie die Auseinandersetzung mit Verantwortung und Schuld bezüglich des Unfallhergangs stellen sicherlich wichtige Aspekte in der Behandlung Schwerbrandverletzter dar, sollten aber eher im Einzelsetting als in der Gruppe behandelt werden, um negative Effekte (im Sinne einer Retraumatisierung oder auch in Form von negativen Auswirkungen, wie sie für Debriefing-Interventionen gezeigt werden konnten) zu vermeiden. Deshalb sollten Einzelheiten hierzu *nicht* in der Gruppe besprochen, sondern – so Bedarf auf Seiten einzelner Teilnehmer deutlich wird – auf die Einzelgespräche verwiesen werden.

② Aufbau von **sozial kompetenten Verhaltensweisen**

- Aufbau von Kompetenzen im Umgang mit den Reaktionen von Mitmenschen auf die Brandverletzung
- Ziel: Verhinderung des Aufbaus bzw. (wenn bereits bestehend) Abbau von Rückzugs- und Vermeidungsverhalten
- Planung, Vorbereitung und Durchführung gestufter sozialer Konfrontationen
- Aktivierung und Förderung sozialer Ressourcen, Aufbau von Kompetenzen zum Einfordern und Annehmen von Unterstützungsangeboten
- Aufbau und Einüben von Abgrenzungsstrategien gegenüber Überfürsorglichkeit, Übergriffigkeit und Bevormundung z.B. durch *überbesorgte* und *-fürsorgliche* Angehörige

③ **Selbstwertstärkung**

- Aufbau/Stärkung eines positiven Körperbilds
- Förderung von Körperakzeptanz und positivem Körpererleben, z.B. durch Entspannung
- Thematisierung des Umgangs mit der veränderten sozialen Rolle, Umgang mit der Krankenrolle, mit Hilfsbedürftigkeit, Schwäche, Ohnmacht

④ Informationsvermittlung zu möglichen **psychischen Folgen von Brandverletzungen**

- Psychoedukation, Vermittlung von Bewältigungsstrategien und Kompetenzen im Umgang mit psychischen Unfallfolgen, Informationsgabe zu Behandlungsmöglichkeiten und Kontaktadressen
- Normalisierung und Entdramatisierung psychischer Folgeprobleme
- Depressionsbewältigung und –prophylaxe: Umgang mit Stimmungstiefs, Frustrationen, Trauer und Depressivität im Behandlungsprozess, Prophylaxe bzgl. der Entwicklung und Chronifizierung psychischer Störungen

⑤ **Alltagsbewältigung**

- Aufbau von Tagesstruktur bei längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten und Berentung, Schaffung von zur Arbeit alternativen Inhalten und Beschäftigungsformen; Anregung, Prioritäten neu zu ordnen
- Aufbau von Kompetenzen zur Stressbewältigung, Problemlösetraining
- Aufbau von Strategien im Umgang mit Schmerzen, Schmerzbewältigungsstrategien

⑥ **Förderung von Ressourcen und Bewältigungskompetenzen allgemein**

- Anregung von adäquaten Copingstrategien zum Umgang mit durch den Unfall entstandenen Veränderungen (z.B. hinsichtlich der Selbstsicht, von Beziehungen, der sozialen Rolle etc.), Förderung von aktiver Bewältigung, Abbau beziehungsweise Prophylaxe bzgl. Vermeidungsverhalten
- Identifikation von bisherigen Bewältigungskompetenzen, Ausbau und Nutzung dieser Ressourcen
- Unterstützung von „*posttraumatic growth*“/„*benefit finding*“/Akkommodationsprozessen: Würdigung und Anerkennung des Erlittenen, behutsame Förderung von bereits vorhandenen Ansätzen der Teilnehmer, auch positive Folgen und Begleiterscheinungen des Unfalls zu sehen und erlittene Verluste sinnstiftend zu interpretieren

⑦ **Einbezug der Angehörigen und anderer zentraler Bezugspersonen** als Unterstützungssystem

- Informationsvermittlung über häufige Auswirkungen schwerer Unfälle auf die Angehörigen, Normalisierung von Erschöpfung, Ausgebranntsein etc.
- Sammeln von Fragen und Interessen der Angehörigen, Anregung von Diskussionen der Angehörigen untereinander
- Würdigung und Anerkennung des Geleisteten
- Erarbeitung von Entlastungs- und Regenerationsstrategien, Burnoutprophylaxe
- *Anmerkung:* Angehörige sollten in jedem Fall mit in die Behandlung einbezogen werden. Zwei alternative Vorgehensweisen erscheinen hierbei denkbar: Das Angebot einer eigenen und regelmäßig stattfindenden Gruppe für Angehörige oder das Angebot von ein bis zwei Sitzungen gemeinsam mit Angehörigen im Rahmen des Gruppenbehandlungsprogramms für Brandverletzte. Eine Klärung, welche der beiden Vorgehensweisen günstiger ist, sollte in Form von praktischer Erprobung erfolgen.

4 Sitzungen des Behandlungsprogramms für Brandverletzte

Im Folgenden werden die Sitzungen des Gruppenbehandlungskonzepts ausführlich dargestellt. Hierbei wird beschrieben, welche Inhalte in welchen Sitzungen behandelt werden sollten, welche Ziele hiermit verfolgt werden und welche Übungen und Vermittlungsformen hierfür als Behandlungsplan vorgesehen sind. Basis für die Durchführung des Dargestellten ist wie bereits erwähnt eine grundsätzlich ressourcenorientierte und wertschätzende Grundhaltung und ein verhaltenstherapeutisch ausgerichtetes Vorgehen.

1. Sitzung: Inhalte: Begrüßung, Kennenlernen, Organisatorisches, Erwartungsabfrage	
Ziele:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schaffung eines guten Gruppenklimas (Vertrauen, Kohäsion) ▪ gegenseitiges Kennenlernen: Vorstellung des/der Therapeuten; Vorstellung der einzelnen Gruppenteilnehmer (Name, Alter, Beruf, kurze Angaben zum Unfall) ▪ Klärung von Erwartungen, Wünschen und Befürchtungen der Gruppenteilnehmer ▪ Aufbau von Motivation zur regelhaften Gruppenteilnahme ▪ Vermittlung von Gruppen- und Feedbackregeln ▪ Vermittlung der Struktur und wesentlicher Bausteine des Konzepts ▪ Einführung in Entspannungstechniken
Behandlungsplan:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorstellungsrunde anhand vorgegebener Kriterien (neue Patienten stellen ihre Zielsetzungen und Erwartungen an die Gruppe vor) ▪ Abfrage von Erwartungen, Befürchtungen, Wünsche (z.B. mittels Karten, die dann vorgestellt und angepinnt werden) ▪ Vorstellung des Konzepts und der Bausteine des Programms anhand von Folien ▪ Vorstellung von Gruppenregeln, z.B. anhand von Vorspielen von Extremen durch die Teilnehmer, Ausgabe eines Handouts ▪ Kurzvortrag als Einführung in Entspannungstechniken, Durchführung einer Kurzentspannung (PMR, Phantasiereise mit positivem inneren Bild, Ruhe-Phantasiebild) ▪ Abschlussblitzlicht

2. Sitzung: Informations- und Fragestunde zur Therapie bei Brandverletzungen	
Ziele:	<ul style="list-style-type: none">▪ Informationsvermittlung zu verschiedenen Themen, z.B. medizinische Behandlung von Brandverletzungen allgemein, Narbenentwicklung, Kompressionstherapie, ästhetisch-chirurgische rekonstruktive und korrigierende Eingriffe, Umgang mit Hautirritationen und Schmerzen, Möglichkeiten der Schmerztherapie▪ Schaffung eines Forums für die Patienten, Fragen zu klären, hierdurch: Steigerung der Motivation und Compliance bzgl. der Gruppen- teilnahme
Behandlungsplan:	<ul style="list-style-type: none">▪ Kurzvorträge zu bestimmten ausgewählten Themen durch Arzt und/oder Physio-/Ergotherapeut▪ Informationsgabe durch Weitergabe von Literaturempfehlungen und Informationsmaterial, wichtigen Web-Adressen zum Thema, Informationen über Selbsthilfegruppen▪ Diskussionsrunde▪ Abschluss: Kurzentspannung

3. Sitzung: Psychische Folgen von Brandverletzungen, Schmerz- und Schmerzbewältigung	
Ziele:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychoedukation zu psychischen Problemen nach Brandverletzungen, insbesondere zu Symptomen von PTBS, Depression, Angst und Schmerzen ▪ Entdramatisierung von psychischen Symptomen, Vermittlung von Wissen zum besseren Verständnis (z.B. auch von Prozessen der Trauma- und Schmerzverarbeitung im Gehirn) ▪ Hierdurch: Abbau von „Berührungsängsten“ bzgl. psychotherapeutischer Behandlungsangebote ▪ Angebot von Bewältigungsstrategien zu depressiven Symptomen (Fokus auf Aktivität und Abbau von Rückzugs- und Vermeidungsverhalten) ▪ Aufbau von Wissen über Schmerz, Schmerzentstehung, Schmerzbewältigung, zum Einfluss von Gedanken und Aufmerksamkeit auf Schmerzerleben
Behandlungsplan:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sammeln, welche psychischen Reaktionen und Auswirkungen von Brandverletzungen die Patienten kennen ▪ Psychoedukation zum Forschungsgebiet „Brandverletzungen und psychische Folgen“ (z.B. Art der Folgen, Häufigkeiten), zu häufig auftretenden sozialen Problemen bei Menschen mit Entstellungen, zu psychischen Folgen von Unfällen und lebensverändernden Ereignissen ▪ Erarbeiten von Bewältigungsstrategien: Was tun, wenn psychische Probleme überhand nehmen? Vermittlung von Hilfsangeboten und Kontaktadressen ▪ Vermittlung eines Modells zur Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen, Erläuterung ▪ Psychoedukation: Was ist Schmerz? Schmerzerleben im Gehirn, Schmerzbewältigungsstrategien ▪ gegebenenfalls Übung zur Aufmerksamkeitsumlenkung (z.B. Übungen mit durch Gummiband induziertem Schmerz) ▪ bei ausreichend verbleibender Zeit gegebenenfalls: Umgang mit Gefühlen in Bezug auf das Unfallereignis, Thematisierung: Selbst- vs. Fremdverschulden (Anregung eines Gesprächs hierüber anhand von Fragen, z.B. Wo sind eigene Anteile am Geschehen? Wie denken andere darüber etc.) ▪ gegebenenfalls Phantasiereise zu positivem inneren Bild: z.B. „Baumübung“ oder „Sicherer innerer Ort“

Vorbemerkung zur 4. und 5. Sitzung: Aufgrund der hohen Relevanz des Themas „Umgang mit sozialen Reaktionen auf den Unfall und den verletzten Körper“ sollen hierfür mindestens zwei Doppelstunden (d.h. die 4. und 5. Sitzung des Programms) aufgewendet werden. Gegebenenfalls können – je nach Bedarf der Gruppenteilnehmer – weitere Sitzungen hierfür eingeplant werden. Das therapeutische Vorgehen dieser Sitzungen ist angelehnt an das Programm der Organisation *Changing Faces*, welches unter II.6.2 beschrieben wurde.

Die erste der beiden Sitzungen soll dazu dienen, allgemeine Informationen zu Themen wie Gesprächsführung, Kommunikation und kommunikative Prozesse sowie soziale Kompetenzen zu vermitteln. Wesentliche Grundannahmen sind hierbei erstens, dass soziale Interaktion erschwert ist, wenn Menschen entstellt sind, da dies beim Gegenüber zu Unsicherheit und Unbehagen führen kann, und zweitens, dass Menschen, die sich äußerlich durch Narben/Verletzungen von anderen unterscheiden, über besondere soziale Fertigkeiten verfügen müssen, um soziale Interaktion aktiv und für das Gegenüber möglichst angenehm zu gestalten. Vermeidungs- und Rückzugsverhalten soll entgegengewirkt und die Teilnehmer dazu ermutigt werden, sich zu zeigen, Stärken (z.B. durch Kleidung, Frisur und Make-Up) hervorzuheben und so offen und direkt wie möglich zu sein. Teilnehmer, bei denen der Ausdruck beeinträchtigt ist, z.B. durch Narben im Gesicht, sollten dazu aufgefordert werden, andere Aspekte der Kommunikation hervor zu heben, z.B. explizite Formulierung von emotionalen Reaktionen, Einsatz von Körpersprache oder Stimmvariationen.

In einer weiteren Sitzung können subjektiv für die Teilnehmer schwierige soziale Situationen gesammelt, analysiert und verschiedene Verhaltens- und Reaktionsalternativen praxisnah vorbereitet werden. Handlungsalternativen können mithilfe der zuvor theoretisch vermittelten Strategien erarbeitet und im Rollenspiel ausprobiert werden. Eine Auswertung der gemachten Erfahrungen sollte unter Ressourcenbilanzierung erfolgen (z.B. „Was hat gut geklappt?“, „Was habe ich gut gemacht?“, „Womit war ich zufrieden?“ etc.). Bei aller Anregung zur Ausformung neuen Verhaltens sollte stets deutlich gemacht werden, das Ängste und Unsicherheiten in sozialen Kontakten nach einem schweren Unfall mit sichtbaren Verletzungen von allen an der sozialen Interaktion beteiligten Akteuren als normal und nachvollziehbar zu bewerten sind. Auch sollte stets eine explizite Würdigung der Schwierigkeit von Verhaltensänderungen sowie jeglicher Versuche der Teilnehmer in diese Richtung erfolgen.

Zusätzlich sind Rollenspiele anhand vorgegebener Situationen möglich, z.B. Kontaktaufnahme und Gesprächsbeginne mit Fremden, Aufrechterhalten von Konversationen, Hinzukommen zu Gruppen. Mögliche Antworten auf häufig gestellte Fragen (z.B. „Was ist denn mit Dir passiert?“) werden vorbereitet und verschiedene Antwortvarianten erprobt (je nachdem, ob man das Thema beenden, auf eine allgemeine Diskussion überleiten oder deutlich machen will, dass man prinzipiell zu einer Fortführung unter Preisgabe persönlicher Details bereit ist; außerdem Erprobung von Varianten, bei denen man das Thema Unfall/Entstehung selbst und aktiv einbringt, beispielsweise mit Humor und als Selbstoffenbarung). Auch können in diesem Rahmen verschiedene Möglichkeiten des Umgangs mit verletzenden, distanz-

losen und verbal grenzüberschreitenden Kommentaren eingeübt werden. Didaktisch wäre dies auch über die Vorstellung von Fallvignetten und Narrativen möglich, anhand derer die Patienten verschiedene Reaktionen und deren Auswirkungen erarbeiten und durchspielen können. Die Arbeit mit fiktiven Fällen kann für Patienten einfacher und weniger angstbesetzt sein, als eigene Schwierigkeiten einzubringen.

Im Rahmen des Fertigkeitentrainings anhand von Rollenspielen ist auch eine Identifikation und Bearbeitung dysfunktionaler Grundüberzeugungen möglich, welche es dem Einzelnen erschweren, in sozialen Situationen aktiv, kompetent und selbstbewusst aufzutreten. Durch kognitive Umstrukturierung ist ein Hinterfragen dysfunktionaler Grundüberzeugungen sowie das Angebot alternativer Bewertungen möglich (z.B. dysfunktionale Bewertung: „Wenn Leute mich anstarren, heißt das, dass sie mich ekelhaft und abstoßend finden.“ Alternative Bewertung: „Starren und Nachfragen von Mitmenschen sind nicht per se böse, sondern Ausdruck von natürlicher Neugier sowie Unsicherheit bei der Konfrontation mit etwas Neuem. Sie zeugen von Verunsicherung aufgrund der Nicht-Verfügbarkeit eines geeigneten Verhaltensrepertoires durch mangelnden Erfahrungsreichtum.“). Anhand von Beispielen schwieriger Situationen und Fallvignetten können eine funktionale innere Haltung sowie positive Selbstkommentare eingeübt und erarbeitet werden, wie man hiermit umgehen kann (z.B. wohlwollend Denken, Selbstbestärken, Ablenkung). Auch sollte in diesem Rahmen die Frage erörtert werden, wem man wie viel Macht und Einfluss auf die eigene Befindlichkeit geben möchte, und so Eigenaktivität gestärkt und eine passive innere Opferhaltung abgebaut werden. Am Ende der beiden Sitzungen erhalten die Teilnehmer als Hausaufgabe, Übungen durchzuführen, z.B. Einkaufen oder Kaffeetrinken zu gehen, Kontakte zu initiieren etc.

Bezogen auf die Ziele und den Behandlungsplan dieser Stunden bedeutet dies:

4. und 5. Sitzung: Kompetenz im Umgang mit sozialen Reaktionen auf die Brandverletzung: „Jeder starrt mich an...!“	
Ziele:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhöhung der sozialen Kompetenzen im Umgang mit den Reaktionen anderer auf den Unfall und die Verletzungen ▪ Aufbau spezieller sozialer/kommunikativer Kompetenzen, Erarbeiten eines Verhaltensrepertoires mit verschiedenen Verhaltensweisen, um kompetent mit schwierigen sozialen Situationen umzugehen (z.B. Zusammentreffen mit Unbekannten, Angestarrt-Werden, Nachfragen zum Geschehenen etc.) ▪ Erweiterung des Verhaltensspielraums in sozialen Situationen, Steigerung der sozialen Aktivität, Verringerung von Rückzugsverhalten ▪ Steigerung des Selbstwertgefühls und der Selbstakzeptanz, Ressourcenförderung

Behandlungsplan:	<ul style="list-style-type: none">▪ Kommunikationstraining, d.h. Psychoedukation zum Thema Gesprächsführung und Kommunikation (z.B. Wichtigkeit und Bedeutung des Gesichts im kommunikativen Prozess, Gesicht als Spiegel von Gefühlen und als Hinweisreiz dafür, welches Verhalten im Miteinander angebracht ist; Möglichkeiten der verbalen und non-verbalen Kommunikation, selbstunsicheres vs. selbstsicheres vs. aggressives Verhalten)▪ Aufklärung und Informationsgabe z.B. bezüglich negativer Feedbackschleifen und erschwelter Kommunikationsbedingungen bei sichtbaren Entstellungen durch Narben oder Amputationen, gemeinsames Erarbeiten von Teufelskreisen (Antizipation negativer Umweltreaktionen führt zu bestimmten negativen Verhaltensweisen, z.B. aggressivem oder selbstunsicherem Verhalten, dies ruft negative Reaktionen hervor, das die negativen Antizipationen bestätigt)▪ Psychoedukation zu Auswirkungen von Vermeidungsverhalten bei Angst, Vor- und Nachteile erarbeiten, Teufelskreise verdeutlichen▪ Vermittlung von speziellen sozialen Fertigkeiten zur flexiblen und aktiven, initiativen und situationsadäquaten Gestaltung sozialer Situationen, zur positiven Selbstpräsentation und zur Erhöhung der positiven Verstärkerbilanz.▪ Sammeln von subjektiv für die Teilnehmer schwierigen sozialen Situationen und bisheriger Bewältigungsversuche. Erarbeiten von funktionalen Skills, z.B. zu Abgrenzung und Wahren der Intimsphäre bei Fragen, die unangenehm sind etc.▪ Würdigung der Schwierigkeit dieser Verhaltensänderung▪ Herausarbeiten dysfunktionaler Selbstkommentare und Grundüberzeugungen, kognitive Umstrukturierung, Vermittlung selbstwertförderlicher Grundüberzeugungen und einer selbst-ermutigenden Grundhaltungen (z.B. konkretes Verhalten bestimmt mehr als eine Entstellung oder das Aussehen, ob man in sozialen Situationen erfolgreich ist, Betonung der Wichtigkeit von zum Aussehen alternativen Werten). Mut machen und Motivierung zur aktiven Bewältigung subjektiv schwieriger sozialer Situationen, Ermutigung bei Misserfolg, Motivierung zum Weitermachen, Motto: „Übung macht den Meister!“▪ Rollenspiele und Verhaltensexperimente zur Überprüfung dysfunktionaler Überzeugungen und zum Experimentieren mit verschiedenen Verhaltensstrategien, eventuell Verhaltensfeedback anhand von Videoaufnahmen. Einbezug von Feedback der Gruppenmitglieder untereinander.▪ Sammeln von gängigen Mythen über Aussehen in der Gruppe, Anregung zur kritischen Diskussion und Hinterfragung, Sammeln von Werten außerhalb des Aussehens▪ Kurzentspannung
-------------------------	--

6. Sitzung: Kompetenz im Umgang mit dem verletzten Körper, „Mein Körper und ich...“ Stressbewältigung	
Ziele:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufbau von positiven Empfindungen und Kognitionen gegenüber dem eigenen Körper („den eigenen Körper wieder in Besitz nehmen“, nachdem er über weite Strecken Objekt medizinischer Eingriffe war) ▪ Bearbeitung von Körperbildstörungen ▪ Aufbau von Entspannungsstrategien und Genussverhalten ▪ Aufbau von Kompetenzen zur Stressbewältigung, Fokus auf Stress im Zusammenhang mit der Brandverletzung
Behandlungsplan:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Körpererfahrungsübungen, z.B. Phantasiereise durch den eigenen Körper, Ertasten, Malen ▪ Moderierte Diskussion zur Anregung des Austauschs der Gruppenteilnehmer zu bestimmten Leitfragen, z.B. „Was ist mir körperlich angenehm, was ist unangenehm?“, „Was mag ich, was nicht?“, „Kann ich die verletzten Stellen berühren?“, „Wie ist es, wenn andere die verletzten Stellen berühren?“, „Wie stehe ich zu meinem Körper?“, „Wie ist es, wenn ich meinen verletzten Körper in der Öffentlichkeit zeige?“ ▪ Psychoedukation: Was ist Stress und wie entsteht Stress? Vorstellung des Fassmodells ▪ Sammeln von Beiträgen der Gruppenmitglieder (Was mag ich/mache ich gerne? Was mache ich, wenn ich entspannen will? Was macht mir Spaß? Was kann ich genießen?) ▪ Teilnehmer nennen subjektiv stressende Situationen ▪ Erarbeiten von Bewältigungsstrategien ▪ Kurzentspannung

7. Sitzung: Einbezug von Angehörigen	
Ziele:	<ul style="list-style-type: none">▪ Verbesserung der Kommunikation zwischen Brandverletztem und Angehörigen▪ Sicherung des sozialen Unterstützungssystems▪ Identifikation synchroner und nicht synchroner Verarbeitungsprozesse bei Angehörigen und Patienten, Würdigung von Unterschiedlichkeit▪ Verdeutlichung der Auswirkungen des Unfalls und seiner Folgen auf das soziale Netz, z.B. auf Partner, Kinder etc.
Behandlungsplan:	<ul style="list-style-type: none">▪ Schwerpunkt Psychoedukation, z.B. über häufige Ängste, Befürchtungen und Probleme von Angehörigen, über häufige Auswirkungen eines Brandunfalls auf das Umfeld und typische Reaktionsweisen, Sammeln von den Teilnehmern bekannten Schwierigkeiten▪ Sammeln von Fragen und Anliegen der Angehörigen, Anregung von Gruppendiskussionen, Gesprächsrunde zu subjektiv relevanten Themen (z.B. Sexualität und Partnerschaft, Umgang mit eigenen Kindern, Unterstützung vs. Bevormundung)▪ Würdigung und Anerkennung des durch die Angehörigen Geleisteten▪ Erarbeitung von Entlastungs- und Regenerationsstrategien für Angehörige (Burnoutprophylaxe)▪ Motivierung zum offenen verbalen Austausch zwischen Verletzten und Angehörigen, Übung zu wechselseitigem Feedback▪ Anregung einer Bilanzierung über Verluste und Gewinne im Zusammenhang mit dem Unfall und seinen Folgen

8. Sitzung: Abschlusssitzung, Verabschiedung	
Ziele:	<ul style="list-style-type: none">▪ Bilanz und Verabschiedung▪ Feedback: Was mögen andere an mir?▪ Prophylaxe
Behandlungsplan:	<ul style="list-style-type: none">▪ Reflektion des Erreichten, „Wie habe ich von der Gruppe profitiert? Was nehme ich mit? Was lasse ich hier?“, Auswertungsrunde▪ Packen eines Notfallkoffers mit hilfreichen, selbstermutigenden Botschaften, der in Situationen psychischer Belastung und psychischer Krisen „geöffnet“ werden kann (z.B. jeder Teilnehmer schreibt auf Kärtchen, die er stets mit sich führen kann, was er machen kann, wenn es ihm schlecht geht)▪ Abschiedsritual: Kofferpacken▪ Feedback: Komplimente machen▪ Jeder Teilnehmer verfasst einen Brief an sich selbst über das innerhalb der Gruppe Erreichte und zur Frage, was von dem Entwickelten er gerne mit nach Hause nehmen und dort umsetzen möchte. Diese Briefe nimmt jeder mit nach Hause, sie werden jedoch vorab kopiert und drei Monate später erneut an die Teilnehmer per Post versendet.

5 Aktueller Stand in der Anwendung des Programms und Ausblick

Das Gruppenbehandlungsprogramm für Brandverletzte in der Rehabilitationsphase liegt derzeit als Konzept vor und kann in einem ersten Durchgang angewendet werden. Hierfür laufen aktuell Vorbereitungen am Schwerbrandverletztenzentrum der BG Unfallklinik Ludwigshafen. Bisher fand keine praktische Erprobung des Programms statt. Fragen, wie beispielsweise die, ob es günstiger ist, Angehörige im Rahmen einer Sitzung mit in die Gruppe mit einzubeziehen oder eine eigene Angehörigengruppe anzubieten, konnten deshalb noch nicht endgültig geklärt werden. Auch bleibt zu überprüfen, inwiefern das unter IV.4 dargestellte, recht umfangreiche Gruppenprogramm tatsächlich in nur acht Sitzungen realisiert werden kann. Eventuell müssen Inhalte gekürzt oder aber der Umfang des Programms auf mehr als acht Sitzungen ausgedehnt werden.

Für einen weiteren Einsatz und eine umfassendere Erprobung des Programms wird die Kooperation mit anderen Kliniken vonnöten sein, welche Brandverletztenrehabilitation anbieten. Hierfür wären neben anderen deutschen BG-Brandverletztenzentren Rehabilitationseinrichtungen, wie z.B. die Moritz-Kliniken in Bad Klosterlausnitz oder die Kliniken Passauer Wolf in Bad Griesbach, denkbar, welche sich in den letzten Jahren auch auf die Rehabilitation für Schwerbrandverletzte spezialisiert haben und über spezielle Behandlungsangebote für diese Patientengruppe verfügen. Nur durch eine solche Kooperation ist eine breit angelegte Evaluationsstudie zur Wirksamkeit des Gruppenprogramms realisierbar, welche Voraussetzung für eine Publikation des Programms wäre. Beim HVBG wurde deshalb im Juli 2006 ein Fortführungsantrag für die beschriebene Multicenterstudie gestellt, um das Projekt ab dessen Ende im April 2007 für weitere zwei Jahre fortzusetzen. Hierbei ist geplant, einen Fokus auf die Evaluation des Gruppenprogramms zu legen. Sollte der Fortführungsantrag vom Ausschuss des HVBG bewilligt werden, so wird eine Manualisierung des Gruppenprogramms vorgenommen. Nach einem intensiven Training der Mitarbeiter an den beteiligten Kliniken kann dann eine Anwendung des Gruppenprogramms in insgesamt vier Einrichtungen erfolgen (BG Unfallklinik Ludwigshafen, Unfallkrankenhaus Berlin, Kliniken Passauer Wolf Bad Griesbach, Moritzkliniken Bad Klosterlausnitz). Neben einem Kontrollgruppendesign (Standardprogramm mit zusätzlichem Gruppenangebot vs. Standardprogramm ohne Gruppe) wäre zusätzlich der Nachweis einer spezifischen Wirksamkeit des vorgestellten Gruppenkonzepts durch Vergleiche mit den Einsatz beispielsweise eines generischen Gruppenangebots zu Stressreduktion oder Entspannung möglich.

Eine weitere Option besteht darin, das Gruppenprogramm auch im ambulanten Setting anzubieten. Vorteilhaft wäre hierbei, dass die Gruppe auch über den Umfang von acht Sitzungen hinaus stattfinden könnte. Die Wohnortnähe des Angebots ermöglicht ferner einen stärkeren Einbezug von Angehörigen. Zu klären wäre allerdings im Vorfeld die Frage nach der Kostenübernahme. Da viele Brandverletzte unteren sozialen Schichten entstammen und nur über geringe finanzielle Mittel verfügen, ist die rein private Finanzierung als suboptimal zu bewerten. Es ist jedoch ausgesprochen fraglich, ob sich angesichts des Kostendrucks im

Gesundheitswesen die gesetzlichen Krankenkassen zu einer Übernahme der Gruppenteilnahmegebühren bereit erklären würden.

Am Ende dieser Arbeit steht die optimistische Hoffnung, mit der Erarbeitung des vorliegenden Gruppenprogramms einen Beitrag dazu zu leisten, dass psychologische Betreuung in Zukunft noch selbstverständlicher und häufiger Bestandteil der Rehabilitation Schwerbrandverletzter sein wird. Denn nur durch multiprofessionelles Vorgehen ist es möglich, die großen Herausforderungen, vor die Verbrennungsrehabilitation alle Behandelnden stellt, konstruktiv zu bewältigen. Es wäre wünschenswert, dass psychische Aspekte im Rahmen der Gesamtbehandlung Brandverletzter mehr Berücksichtigung finden. Zitate, wie das folgende, das von einem Patient aus der unter III.3 vorgestellten Studie stammt, sollten in Zukunft der Vergangenheit angehören: *„Um meinen Körper haben sie sich gekümmert, aber für das Innere, für die Psyche, wird nichts gemacht, da ist man alleine.“*

Alle im empirischen Teil dieser Arbeit dargestellten Studien machen deutlich, dass auf Seiten der betroffenen Patienten durchaus Bedarf und Interesse für psychologische Unterstützungsangebote besteht. Es wäre schön, wenn diesem Bedürfnis auf Patientenseite in Zukunft durch eine Erweiterung der Behandlungsangebote mehr entsprochen werden würde.

V Zusammenfassung

Brandverletzungen bedeuten nicht nur ein schweres körperliches, sondern häufig auch ein psychisches Trauma und ziehen nicht selten lang anhaltende emotionale, berufliche und soziale Folgeprobleme nach sich. Obwohl der Bedarf an psychologischer Unterstützung auf Seiten der Betroffenen hoch ist und mittlerweile zahlreiche empirische Studien darauf hinweisen, dass viele Brandverletzte gerade auch im Langzeitverlauf psychische Probleme entwickeln, mangelt es an fundierten psychotherapeutischen Konzepten zur gezielten Unterstützung dieser Patientengruppe. Ziel der vorliegenden Arbeit war deshalb die Erarbeitung eines verhaltenstherapeutischen Gruppenbehandlungsprogramms für Brandverletzte in der Rehabilitationsphase. Hierzu wurde zum einen eine umfassende Analyse der zu diesem Thema existierenden Forschungsliteratur mit dem Fokus vorgenommen, welche Implikationen sich hieraus für die psychologische Unterstützung von Brandverletzten ergeben. Zum anderen erfolgte die Durchführung von vier empirischen Studien an brandverletzten Patienten. Auf Basis der empirischen Befunde wurden Ableitungen zur Entwicklung eines Gruppenbehandlungskonzepts getroffen.

In einer zwei Jahre nach dem Unfall durchgeführten qualitativen Interviewstudie und Inhaltsanalyse zu Belastungsfaktoren und Ressourcen von 21 Brandverletzten wurden vielfältige Bereiche von Belastungen deutlich, welche Brandverletzte erleben, insbesondere im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich. Häufig, so wurde offenbar, treten psychische Probleme erst Wochen oder Monate nach dem Unfall zutage, z.B. wenn eine Reintegration ins Berufsleben misslingt, Behandlungsprozesse stagnieren oder bleibende Funktionseinschränkungen und ästhetische Entstellungen offenbar werden. Viele der Betroffenen äußern Bedarf an zusätzlicher psychologischer Betreuung. Die Ergebnisse zeigen zusätzlich, dass die meisten Betroffenen auch anhaltende positive Auswirkungen des Unfalls berichten, wie beispielsweise eine Intensivierung zwischenmenschlicher Beziehungen und eine Veränderung persönlicher Prioritäten.

Eine zweite qualitative Interviewstudie lieferte Aufschluss über Belastungsfaktoren und Ressourcen bei 19 Familienangehörigen von Menschen mit Verbrennungen. Deutlich wurde, welche enorme Belastung, vor allem im psychischen und sozialen Bereich, der Brandunfall eines nahen Verwandten für die Angehörigen mit sich bringt. Zahlreiche Befragte wünschten sich rückblickend zusätzliche psychologische Unterstützung. Angehörige sollten unbedingt in psychologische Unterstützungsangebote mit einbezogen werden.

Im Rahmen einer weiteren Studie wurde an 55 Probanden ein umfassendes Assessment zu psychischer Belastung und psychosozialen Ressourcen durchgeführt. Brandverletzte weisen eine erhöhte psychische Belastung auf, z.B. erhöhte Depressivitäts- und Angstwerte sowie posttraumatische Stresssymptomatik. Gleichzeitig verfügen sie durchschnittlich über gute psychosoziale Ressourcen. Mithilfe der verwendeten Untersuchungsverfahren lässt sich eine

Gruppe besonders stark psychisch belasteter Patienten identifizieren, die sich vom Rest der Stichprobe *nicht* hinsichtlich soziodemografischer, unfallbezogener und medizinischer Variablen unterscheidet. Die Studienergebnisse verdeutlichen, wie wichtig es ist, psychisch hoch belastete Patienten frühzeitig durch routinemäßig durchgeführte Screenings zu identifizieren und gezielt psychologisch zu unterstützen. Gerade für diese Patientengruppe ist die Teilnahme am entwickelten Gruppenbehandlungskonzept zur Vorbeugung von Chronifizierungsprozessen psychischer Probleme indiziert.

In einer vierten Studie erfolgte die Erfassung des Körperbilds bei 65 Brandverletzten sechs Monate nach der stationären Behandlung anhand eines neu entwickelten Fragebogens. Es zeigte sich, dass viele Patienten ein positives Körperbild aufwiesen. Körperbildprobleme stehen mit der objektiven Verletzungsschwere in Zusammenhang, aber auch mit psychischen Variablen, wie z.B. psychischer Symptombelastung. Patienten mit einem positiveren Körperbild berichten eine höhere psychische und physische Lebensqualität. Die Anpassung an einen durch eine Brandverletzung veränderten Körper hat also weit reichende Auswirkungen und steht mit der Entwicklung psychischer Symptome und subjektivem Gesundheitsempfinden in Zusammenhang. Personen, denen eine Anpassung an den veränderten Körper nicht gelingt und die ein negatives Körperbild aufweisen, sollten gezielt beim Anpassungsprozess unterstützt werden, um z.B. sozialem Rückzugsverhalten aufgrund von Körperunzufriedenheit und Scham entgegen zu wirken.

Zusammenfassend machen die Ergebnisse deutlich, wie wichtig die frühzeitige Identifikation psychisch hoch belasteter Patienten durch routinemäßig durchgeführte klinische Assessments sowie die gezielte Unterstützung dieser Personen zur Vorbeugung psychischer Folgeerkrankungen ist. Die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Fragebögen stellen brauchbare und ökonomische Instrumente dar, um dieser Anforderung gerecht zu werden.

Auf Basis der Forschungsliteratur und der empirischen Befunde werden in der vorliegenden Arbeit Ansatzpunkte und Strategien für das Gruppenbehandlungsprogramm entwickelt, das in seinen Bausteinen am Ende der Arbeit dargestellt wird. Es ist als halboffene Gruppe für 6-10 Patienten konzipiert, welche sich in der Rehabilitationsphase befinden, und durch ein kompetenzfokussierendes und ressourcenorientiertes therapeutisches Vorgehen gekennzeichnet. Wesentliche Inhalte des Gruppenangebots sind neben Psychoedukation zum Thema „psychische Folgen von schweren Brandverletzungen“ die Aktivierung und Vermittlung von aktiven Bewältigungsstrategien sowie der Aufbau spezieller sozialer Kompetenzen im Umgang mit Reaktionen der Öffentlichkeit auf die Brandverletzung und auf Narben. Die Annahmen, dass das Angebot des Programms psychische Belastung auf Seiten der Betroffenen reduziert, das Behandlungsergebnis verbessert und die Lebensqualität der Patienten langfristig steigert, müssen in zukünftigen Evaluationsstudien überprüft werden.

VI Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

1 Tabellen

Tabelle 1	Überblick über empirische Studien zu Prävalenzraten psychischer Störungen bei Brandverletzten	10
Tabelle 2	Modell der psychischen Anpassung von Familienangehörigen Brandverletzter an den Unfall und seine Folgen (nach Watkins et al., 1996)	39
Tabelle 3	Themenkomplexe und zugehörige Therapieziele, Behandlungsinhalte sowie therapeutische Strategien und Interventionen eines Gruppenbehandlungskonzepts für Brandverletzte	47
Tabelle 4	Schematischer Überblick über thematische Einheiten im Interviewleitfaden des halbstrukturierten Interviews für brandverletzte Patienten	54
Tabelle 5	Soziodemografische Beschreibung der Stichprobe sowie Auflistung der Unfallursachen	56
Tabelle 6	Durchschnittswerte der Stichprobe hinsichtlich prozentual verbrannter Körperoberfläche (%vKOF) und ABSI-Score	56
Tabelle 7	Haupt- und Subkategorien 1. Ordnung jeweils zu Belastungsfaktoren und Ressourcen	58
Tabelle 8	Präsenz der Belastungsfaktoren in den einzelnen Hauptkategorien zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Behandlungsprozess	66
Tabelle 9	Präsenz der Ressourcen in den einzelnen Hauptkategorien zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Behandlungsprozess	68
Tabelle 10	Schematischer Überblick über die im Interviewleitfaden des halbstrukturierten Interviews für Angehörige Brandverletzter enthaltenen Themenblöcke	77
Tabelle 11	Soziodemografische Beschreibung der Angehörigenstichprobe sowie Auflistung der familiären Beziehung der Befragten zum brandverletzten Verwandten	78
Tabelle 12	Überblick über die Hauptkategorien und Subkategorien 1. Ordnung jeweils zum Bereich „Belastungsfaktoren“ und „Ressourcen“ bei den befragten Angehörigen	79
Tabelle 13	Exemplarische Darstellung aller Subkategorien und der Auszählungen zum Bereich „Psychische Ressourcen – Copingstrategien“ von Angehörigen Brandverletzter	81
Tabelle 14	Deskriptive Statistik: Soziodemografische Daten der brandverletzten Stichprobe	98

Tabelle 15	Deskriptive Statistik: Medizinische und unfallbezogene Stichprobedaten	98
Tabelle 16	Studiendesign. Zu T1 und T2 erhobene Variablen und zugehörige Messinstrumente	111
Tabelle 17	Deskriptive Statistik: Soziodemografische Stichprobedaten	113
Tabelle 18	Deskriptive Statistik: Unfallbezogene und medizinische Stichprobedaten	114
Tabelle 19	Vergleich der Körperbildwerte mit der Stichprobe von Brenner (2006)	114
Tabelle 20	Interkorrelationsmatrix der drei Eingangsitens (Körperzufriedenheit, Körperakzeptanz, Bedeutung von Aussehen/Attraktivität) mit dem FKBB-Gesamtwert	116
Tabelle 21	Interkorrelationsmatrix der drei Körperbildskalen untereinander und zum Körperbildgesamtscore	117
Tabelle 22	Ladungsstruktur der Items auf den vier Faktoren bei Auswahl einer Vierfaktoren-Lösung	118
Tabelle 23	Korrelationen zwischen dem Körperbildfragebogen FKBB und den Unterskalen des SF-36 zu Lebensqualität und subjektivem Gesundheitszustand in der brandverletzten Stichprobe	122
Tabelle 24	Regressionsanalyse zur Vorhersage des Körperbilds zu T2 auf Basis von T1-Daten	122

2 Abbildungen

Abbildung 1	Modell zum Prozess der Entwicklung eines gestörten Körperbilds vs. der günstigen Anpassung an eine körperliche Veränderung (nach Newell, 2001)	33
Abbildung 2	Schritte bei der Therapie zur Behandlung von Körperbildproblemen und Körperbildstörung nach schweren körperlichen Verletzungen (Newell, 2001)	45
Abbildung 3	Prozentualer Anteil der Nennungen in den fünf Hauptkategorien an den Gesamtnennungen für die Bereiche „Belastungsfaktoren“ und „Ressourcen“	59
Abbildung 4	Häufigkeiten der Nennungen zu psychischen Belastungsfaktoren	60
Abbildung 5	Häufigkeiten der Nennungen zur psychischen Ressource „posttraumatic growth“	63
Abbildung 6	Prozentualer Anteil der Nennungen in den einzelnen Hauptkategorien jeweils für die Belastungsfaktoren und Ressourcen der Angehörigen	80
Abbildung 7	Häufigkeiten der Angehörigen-Nennungen zu Subkategorien der psychischen Ressource „posttraumatic growth“	88
Abbildung 8	T-Werte der brandverletzten Stichprobe hinsichtlich psychischer Symptombelastung sowie Angst- und Depressionswerten verglichen mit vorliegenden Normwerten	102
Abbildung 9	Optimismus, Selbstwirksamkeitserleben und wahrgenommene soziale Unterstützung brandverletzter Patienten sowie Normdaten einer nicht-klinischen Vergleichsgruppe	103
Abbildung 10	Signifikante Zusammenhänge zwischen objektiven Parametern der Verletzungsschwere und Körperbild zu T2	119
Abbildung 11	Signifikante Zusammenhänge zwischen psychischer Symptombelastung sowie psychischen Ressourcen zum Zeitpunkt der Akutbehandlung (T1) und dem Körperbild sechs Monate später (T2)	120
Abbildung 12	Signifikante Zusammenhänge zwischen psychischer Symptombelastung sowie psychischen Ressourcen sechs Monate nach der akuten Behandlung (Zeitpunkt T2) und dem Körperbild zu T2	121
Abbildung 13	Regressionsanalyse zur Vorhersage des Körperbilds sechs Monate nach der akuten Behandlung (T2) auf Basis von T1-Daten der akuten Behandlungsphase	123

VII Literaturverzeichnis

- Abdullah, A., Blakeney, P., Hunt, R., Broemeling, L., Philips, L., Herndon, D.N. & Robson, M.C. (1994). Visible scars and self-esteem in pediatric patients with burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 15, 164-168.
- Adam, M. (2005). Ressourcen und Belastungsfaktoren bei Angehörigen von Personen mit Brandverletzungen. Unveröffentlichte Diplomarbeit am Psychologischen Institut der Ruprecht-Karls Universität Heidelberg.
- Adriaenssens, P., Boeckx, W., Gilles, B., Mertens, S., Nijs, P. & Pyck, K. (1987). Impact of facial burns on the family. *Scandinavian Journal of Plastic & Reconstructive Surgery & Hand Surgery*, 21(3). 303-5.
- Altier, N., Malenfant, A., Forget, R. & Choiniere, M. (2002). Long-term adjustment in burn victims: a matched-control study. *Psychological Medicine*, 32, 677-685.
- Amelang, M. & Bartussek, D. (1997). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung*. 4. Auflage. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Anderson, F.D., Maloney, J.P. & Redland, A.R. (1993). Study of hope in patient with critical burn injuries. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 14, 207-214.
- Andreasen, N.J.C. & Norris, A.S. (1972). Long-term adjustment and adaption mechanisms in severely burned adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 154 (5), 352-362.
- Antebi, D. (1993). The psychiatrist in the burns unit. *Burns*, 19, 43-46.
- Antoni, M.H., Lehman, J.M., Kilbourn, K.M., Boyers, A.E., Culver, J.L., Alferi, S.M., Yount, S.E., McGregor, B.A., Arena, P.L., Harris, S.D., Price, A.A. & Craver, C.S. (2001). Cognitive-behavioural stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment of early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20, 20-32.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- AWMF (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften, 2004). Leitlinien Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Posttraumatische Belastungsstörung. <http://leitlinien.net/>, Zugriff vom 21.2.2005.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-217.

-
- Baker, R.A., Jones, S., Sanders, C., Sadinski, C., Martin-Duffy, K., Berchin, H. & Valentine, S. (1996). Degree of burn, localisation of burn, and length of hospital stay as predictors of psychosocial status and physical functioning. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 17, 327-333.
- Bastine, R. (1998). *Klinische Psychologie, Band 1. Grundlegungen der Allgemeinen Klinischen Psychologie. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage.* Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Baur, K.M., Hardy, P.E. & Van Dorsten, B. (1998). Posttraumatic stress disorder in burn populations: A critical review of the literature. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 19, 230-240.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1996). *Kognitive Therapie der Depression.* Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Ben-Tovim, D. & Walker, M.K. (1995). Body-image, disfigurement and disability. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 283-291.
- Benrud-Larson, L.M., Heinberg, L.J., Boling, C., Reed, J., White, B., Wigley, F.M. & Haythornthwaite, J.A. (2003). Body image dissatisfaction among woman with scleroderma: extent and relationship to psychosocial functioning. *Health Psychology*, 22(2), 130-139.
- Bergamasco, E.C., Rossi, L.A., Amacio, A. da C.G. & Carvalho, E.C. (2002). Body image of patients with burn sequellae: evaluation through the critical incident technique. *Burns* 28, 47-52.
- Bernstein, L., Jacobsberg, L., Ashman, T., Musagni, G., Goodwin, C.W. & Perry, S. (1992). Detection of alcoholism among burn patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(3), 255-256.
- Bisson, J.I., Jenkins, P.L., Alexander, J. & Bannister, C. (1997). Randomized controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry*, 171, 78-81.
- Blades, B.C., Jones, C. & Munster, A.M. (1979). Quality of life after major burns. *The Journal of Trauma*, 19(8), 556-558.
- Blades, B.C., Mellis, N. & Munster, A.M. (1982). A burn specific health scale. *The Journal of Trauma*, 22(10), 872-875.
- Blakeney P., Herndon, D., Desai, M., Beard, S. & Wales-Seales, P. (1988). Longterm psychosocial adjustment following burn injury. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 9, 661-665.

-
- Blalock, S.J., Bunker, B.J. & DeVellis, R.F. (1994). Measuring health status among survivors of burn injury: Revisions of the burn specific health scale. *The Journal of Trauma*, 36(4), 508-515.
- Blumenfield, M. & Reddish, P.M. (1987). Identification of Psychologic Impairment in Patient with mild-moderate thermal injury: small burn, big problem. *General Hospital Psychiatry*, 9, 142-146.
- Blumenthal, K. (1995). Die Versorgung des Brandverletzten mit Kompressionsbandagen - Grundlagen und Fallbeispiele. *Orthopädie Technik*, 1, 26-30.
- Bogaerts, F. & Boeckx, W. (1992). Burns and sexuality. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 13, 39-43.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bortz, J., Lienert, G.A. & Boehnke, K. (1990). *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik*. Berlin: Springer.
- Bowden, L., Feller, I., Tholen, D., Davidson, T.N. & James, M.H. (1980). Self-esteem of severely burned patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 61, 449-452.
- Brandstädter, J. (2002). Protective processes in later life: Maintaining and revising personal goals. In: van Hofsten, C. & Bäckman, L. (Hrsg.). *Psychology at the turn of the millennium, Vol. 2: Social, developmental and clinical perspectives*. 133-152. Florence, KY, US: Taylor & Frances/Routledge.
- Brandstädter, J. & Renner, G. (1992). Coping with discrepancies between aspirations and achievements in adult development: A dual-process model. In: Montada, L., Filipp, S-H. & Lerner, M. (Hrsg.). *Life crisis and experiences of loss in adulthood*. 301-319. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Brandstädter, J., Wentura, D. & Greve, W. (1993). Adaptive resources of the aging self: Outlines of an emergent perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 16, 323-349.
- Brenner, C. (2006). *Entwicklung eines Fragebogens zum Körperbild nach Brandverletzungen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit am Psychologischen Institut der Ruprecht-Karls Universität Heidelberg.
- Breslau, N., Davis, G.C. & Andreski, P. (1995). Risk-factors for PTSD-related traumatic events: a prospective analysis. *American Journal of Psychiatry*, 152(4), 529-535.
- Browne, G., Byrne, C., Brown, B., Pennock, M., Streiner, D., Roberts, R., Eyles, P., Truscott, D. & Dabbs, R. (1985). Psychosocial adjustment in burn survivors. *Burns* 12, 28.
- Bruck, J.C., Müller, F.E. & Stehen, M. (Hrsg.). (2002). *Handbuch der Verbrennungsmedizin*. Landsberg: ecomed Verlagsgesellschaft AG&Co.KG.

-
- Bryant, R. A. (1996). Predictors of post-traumatic stress disorder following burns injury. *Burns*, 22(2), 89-92.
- Brych, S.B., Engrav, L.H., Rivara, F.P., Ptacek, J.T., Lezotte, D.C., Esselman, P.C., Kowalske, K.J. & Gibran, N.S. (2001). Time off work and return to work rates after burns: systematic review of the literature and a large two-center series. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 22, 401-405.
- Bull, R. & Rumsey, N. (1988). *The social psychology of facial appearance*. New York: Springer Verlag.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe.
- Carver, C.S., Pozo-Caderman, C., Price, A.A., Noriega, V., Harris, S.D., Derhagopian, R.P., Robinson, D.S. & Moffatt, F.L. (1998). Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 60, 168-174.
- Cash, T.F. & Pruzinsky, T. (Hrsg.). (1990) *Body Images, development, deviance and change*. New York, London: The Guilford Press.
- Cella, D.F., Perry, S.W., Kulchycky, S. & Goodwin, C. (1988). Stress and coping in relatives of burn patients: a longitudinal study. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 159-166.
- Chang, E.J., Edelman, L.S., Morris, S.E. & Saffle, J.R. (2005). Gender influences on burn outcome in the elderly. *Burns*, 31, 31-35.
- Chang, P., Laubenthal, K.N., Lewis, R.W. 2nd., Rosenquist, M.D., Lindley-Smith, P. & Kealey, G.P. (1995). Prospective, randomized study of the efficacy of pressure garment therapy in patients with burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 16(5), 473-5.
- Changing Faces (2001). *The Psychology of facial disfigurement, a guide for health and social care professionals*. A Changing Faces Publication.
- Chwalisz, K. & Vaux, A. (2000). Social support and adjustment to disability. In Frank, Elliot (Hrsg.). *Handbook of rehabilitation psychology*. Washington: APA: 537-552.
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1985). *The NEO Personality Inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cox, E.R., Call, S.B., Williams, N.R. & Reeves, P.M. (2004). Shedding the layers: exploring the impact of the Burn Camp Experience on adolescent campers' body image. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 25, 141-147.
- Cromes, G.F., Holavanahalli, R., Kowalske, K. & Helm, P. (2002). Predictors of Quality of Life as Measured by the Burn Specific Health Scale in Persons With Major Burn Injury. *Journal of Burn Care Rehabilitation*, 2002, 23(3), 229-234.

-
- Derogatis, L.R. (1977). Symptom Check List-90-R. Pearson Assessment.
- Deusinger, I.M. (1998). Frankfurter Körperkonzeptskalen FKKS. Göttingen: Hogrefe.
- Difede, J. & Barocas, D. (1999). Acute intrusive and avoidant PTSD symptoms as predictors of chronic PTSD following burn injury. *Journal of Traumatic Stress*, 12(2), 363-9.
- Difede, J., Ptacek, J.T., Roberts, J., Barocas, D., Rives, W., Apfeldorf, W. & Yurt, R. (2002). Acute stress disorder after burn injury: a predictor of posttraumatic stress disorder? *Psychosomatic Medicine*, 64(5), 826-34.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E./ Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.). (1994). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), Forschungskriterien. Göttingen: Verlag Hans Huber.
- DIMDI (2002). ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. [<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>, Zugriff: 10.6.2006].
- Dinkel, A. & Balck, F. (2003). Bedürfnisse der Angehörigen von Schädel-Hirn-Traumapatienten im Rehabilitationsprozess: ein Literaturüberblick. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 62, 138-156.
- Dion, K., Berscheid, E. & Walster, E. (1972). What is beautiful is good. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24, 285-290.
- Dyster-Aas, J., Kildal, M., Willebrand, M., Gerdin, B. & Ekselius, L. (2004). Work status and burn specific health after work-related burn injury. *Burns*, 30, 839-842.
- Eberlein, A., Perbix, W. & Spilker, G. (2004). Kompressionstherapie bei Brandverletzten. *Orthopädie Technik*, 10, 284-292.
- Ehde, D. M., Patterson, D.R., Wiechmann, S.A. & Wilson, L.G. (1999). Post-traumatic stress symptoms and distress following acute burn injury. *Burns*, 25, 587-592.
- Ehlers, A. (1999). Die Posttraumatische Belastungsstörung. Fortschritte in der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- El hamaoui, Y., Yaalaoui, S., Chihabessine, K., Boukind, E. & Moussaoui, D. (2002). Post-traumatic stress disorder in burned patients. *Burns* 28, 647-650.
- Everett, J.J., Patterson, D.R. & Chen, A.C.R. (1990). Cognitive and behavioral treatments for burned pain. *Pain Clinic*, 3(3), 133-145.
- Fauerbach, J.A., Heinberg, L., Lawrence, J.W., Bryant, A.G., Richter, L. & Spencer, R.J. (2002). Coping with body image changes following a disfiguring burn injury. *Health Psychology*, 21, 115-121.

-
- Fauerbach, J.A., Heinberg, L.J., Lawrence, J.W., Munster, A.M., Palombo, D.A., Richter, D., Spence, R.J., Stevens, S.S., Ware, L. & Muehlberger, T. (2000a). Effect of early body dissatisfaction on subsequent psychological and physical adjustment after disfiguring injury. *Psychosomatic Medicine*, 62, 576-582.
- Fauerbach, J.A., Lawrence, J.W., Haythornthwaite, J., McGuire, M. & Munster, A. (1996). Preinjury psychiatric illness and postinjury adjustment in adult burn survivors. *Psychosomatics*, 37, 547-555.
- Fauerbach, J.A., Lawrence, J.W., Haythornthwaite, J., Richter, D., McGuire, M. & Schmidt, C. (1997). Preburn psychiatric history affects posttrauma morbidity. *Psychosomatics*, 38, 374-385.
- Fauerbach, J.A., Lawrence, J.W., Munster, A., Palombo, D.A. & Richter, D. (1999). Prolonged adjustment difficulties among those with acute posttrauma distress following burn injury. *Journal of Behavioral Medicine*, 22(4), 359-378.
- Fauerbach, J.A., Lawrence, J.W., Schmidt, C.W., Munster, A.M. & Costa, P.T. (2000b). Personality predictors of injury-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 510-517.
- Fauerbach, J.A., Lawrence, J.W., Stevens, S. & Munster, A. (1998). Work status and attrition from longitudinal studies are influenced by psychiatric disorder. *Journal of Burn Care Rehabilitation*, 19, 247-252.
- Fauerbach, J.A., Lezotte, D., Hills, R.A., Cromes, G.F., Kowalske, K., deLateur, B.J., Goodwin, C.W., Blakeney, P., Herndon, D.N., Wiechman, S.A., Engrav, L.H. & Patterson, D.R. (2005). The 2004 Clinical Research Award: Burden of the burn: a norm-based inquiry into the influence of burn size and distress on recovery of physical and psychosocial function. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 26, 21-32.
- Fauerbach, J. A., Richter, L. & Lawrence, J.W. (2002). Regulating acute posttrauma distress. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 23(4), 249-257.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS (and sex, drugs and rock'n'roll)*. 2nd edition. London: SAGE Publications.
- Fiedler, P. (1996). *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Fischer, J. (2003). Das Trauma sitzt tief. *Pflegezeitschrift*, 10, 722-725.
- Flatten, G., Wälte, D., Erli, H., Jünger, S. & Petzold, E.R. (2002). Self-efficacy in acutely traumatized patients and the risk of developing posttraumatic stress reactions. Manuscript submitted for publication.
- Foa, W.B., Riggs, D.S. & Dancu, C.V. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Trauma Stress*, 6, 459-473.

-
- Folkman, S. & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Franke, G.H. (1995). Die Symptom-Checkliste von Derogatis (1977) – Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test Gesellschaft.
- Frankl, V.E. (1981). Die Sinnfrage in der Psychotherapie. München: Piper.
- Freedman, S., Brandes, D., Peri, T. & Shaley, A.Y. (1999). Predictors of chronic post-traumatic stress disorder: A prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 174, 353-359.
- Fukunishi, I. (1999). Relationship of Cosmetic Disfigurement to the Severity of Posttraumatic Stress Disorder in Burn Injury or Digital Amputation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1999, 68(2), 82-86.
- Fydrich, T., Geyer, M., Hessel, A., Sommer, G. & Brähler, E. (1999). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (Fsoz-U): Normierung an einer repräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*: 45, 212-216.
- Germann, G., Barthold, U., Lefering, R., Raff, T. & Hartmann, B. (1997). The impact of risk factors and pre-existing conditions on the mortality of burn patients and the precision of predictive admission-scoring systems. *Burns*, 23(3), 195-203.
- Germann, G., Wentzenzen, A. Brandt, K.A. & Steinau, H.U. (1999). Denkschrift Rehabilitation Brandverletzter. Empfehlungen des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Köln: HVBG Öffentlichkeitsarbeit.
- Gilboa, D. (2001). Long-term psychosocial adjustment after burn injury. *Burns*, 27, 335-341.
- Gilboa, D., Bisk, L., Montag, I. & Tsur, H. (1999). Personality Traits and Psychosocial Adjustment of Patients With Burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 20, 340-346.
- Gilboa, D., Borenstein, A., Seidman, D.S. & Tsur, H. (1990). Burn patients' use of autohypnosis: making a painful experience bearable. *Burns*, 16, 441-444.
- Goldenberg, J.L., McCoy, S.K., Pyszczynski, T., Greenberg, J. & Solomon, S. (2000). The body as a source of self-esteem: The effect of mortality salience on identification with one's body, interest in sex, and appearance monitoring. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(1), 118-130.
- Grogan, S. (2002). *Body Image*. London: Routledge.
- Groschupf, J. Aus dem Schatten treten – vom Umgang mit Brandverletzungen aus der Sicht eines Betroffenen. Unveröffentlichter Vortrag zur Eröffnung des Rehabilitationszentrums für Brandverletzte in der BG-Unfallklinik Ludwigshafen, Februar 2004.

-
- Hartmann, B. (2002). Behandlung von Brandverletzten. In: Der Mensch nach der Katastrophe. Wenn Nachsorge zur Vorsorge wird... ASB, Editor, Eigenverlag: Berlin.
- Hautzinger, M. (1998). Depression. Göttingen: Hogrefe.
- Haythornthwaite, J.A., Lawrence, J.W. & Fauerbach, J.A. (2001). Brief cognitive interventions for burn pain. *Annals of Behaviour Medicine*, 23(1), 42-49.
- Heeß, R. (2004). Ich lebe ein zweites Leben. Eine wahre Geschichte. Berlin: Rütten & Loening GmbH.
- Helm, P.A. & Walker, M.S. (1992). Return to work after Burn Injuries. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 13, 53-57.
- Heinberg, L.J., Fauerbach, J.A., Spence, R.J. & Hackerman, F. (1997). Psychological factors predict the decision to undergo reconstructive surgery following a burn injury. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 18, 374-380.
- Herrmann, C. & Buss, U. (1994). Vorstellung und Validierung einer deutschen Version der "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HAD-Skala); Ein Fragebogen zur Erfassung des psychischen Befindens bei Patienten mit körperlichen Beschwerden. *Diagnostica*, 40, 143-54.
- Hirsch, U. & Hach, U. (1996). Informationen für Patienten mit hypertropher Narbenbildung und spezifischen Weichteilplastiken. Ludwigshafen: Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Ludwigshafen.
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A. & Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for the use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37, 189-197.
- Horner, B.M., Ahmadi, H., Mulholland, R., Myers, S.R. & Catalan, J. (2005). Case-controlled study of patients with self-inflicted burns. *Burns*, 31, 471-475.
- Jacobi, C., Thiel, A. & Paul, T. (1996). Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia Nervosa. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Johnson, J., Greenspan, B., Gorga, D. Nagler, W. & Goodwin, C. (1994). Compliance with pressure garment use in burn rehabilitation. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 15(2), 180-188.
- Kaluza, G. (2004). Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic Stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

-
- Kildal, M., Willebrand, M., Andersson, G., Gerdin, B., & Ekselius, L. (2004). Personality characteristics and perceived health problems after burn injury. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 25, 228-235.
- Klaghofer, R. & Brähler, E. (2001). Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49, 115-124.
- Kleve, L. & Robinson, E. (1999). A survey of psychological need amongst adult burn-injured patients. *Burns*, 25, 575-579.
- Knäuper, B. & Schwarzer, R. (2000). Selbstwirksamkeitserwartungen in der Patientenschulung. *Praxis klinische Verhaltenstherapie und Rehabilitation*, 51, 5-10.
- Koren, D., Arnon, I. & Klein, E. (1999). Acute stress response and posttraumatic stress disorder in traffic accident victims: a one year prospective, follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 156, 367-373.
- Koren, D., Arnon, I., Lavie, P. & Klein, E. (2002). Sleep Complaints as early Predictors of PTSD: A 1-Year prospective Study of Injured Survivors of Motor Vehicles Accidents. *American Journal of Psychiatry*, 159, 855-857.
- Krause-Wloch, P. (Hrsg.). (2004). *Brandverletzt – Ein Leitfaden für Betroffene*. Schulz-Kirchner-Verlag.
- Krummen, D.M., James, K. & Klein, R.L. (1998). Suicide by burning: a retrospective review of the Akron Regional Burn Center. *Burns* 24, 147-149.
- Kühner, C. & Weber, I. (2001). *Depressionen vorbeugen. Ein Gruppenprogramm nach R.F. Munoz*. Reihe: Therapeutische Praxis. Göttingen: Hogrefe.
- Künzi, W. & Wedler, V. (2004). *Wegweiser Verbrennungen. Beurteilung und Behandlung von Verbrennungen bei Erwachsenen*. IBSA; Institut Biochemique SA, Pambio-Noranco.
- Lambert, J. F., Difede, J. & Contrada, R.J. (2004). The relationship of attribution of responsibility to acute stress disorder among hospitalized burn patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(4), 304-312.
- Lawrence, J.W. & Fauerbach, J.A. (2003). Personality, coping, chronic stress, social support and PTSD symptoms among adult burn survivors. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 24, 63-72.
- Lawrence, J. W., Fauerbach, J. A., Heinberg, L., & Doctor, M. (2004). Visible vs hidden scars and their relation to body esteem. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 25(1), 25-32.
- Lawrence, J., Fauerbach, J. & Munster, A. (1996). Early avoidance of traumatic stimuli predicts chronicity of intrusive thoughts following burn injury. *Behaviour Research Therapy*, 34, 643-646.

-
- Lawrence, J.W., Heinberg, L.J., Roca, R., Munster, A., Spence, R. & Fauerbach, J.A. (1998). Development and Validation of the Satisfaction with Appearance Scale: Assessing Body Image among Burn-injured Patients. *Psychological Assessment*, 10(1), 64-70.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill.
- LeDoux, J., Meyer III, W.J., Blakeney, P.E. & Herndon, D.N. (1998): Relationship between parental emotional states, family environment and the behavioural adjustment of pediatric burn survivors. *Burns*, 24, 425-432.
- Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioral approach to depression. In: Friedman, R. J. & Katz, M.M. (Hrsg.). *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. S. 157-178. Washington DC: Winston-Wiley.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Low, J.F., Dyster-Aas, J., Willebrand, M., Kildal, M., Gerdin, B. & Ekselius, L. (2003). Chronic nightmares after severe burns: risk factors and implications for treatment. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 24, 260-267.
- Macgregor, F. (1990). Facial Disfigurement: problems and management of social interaction and implications for mental health. *Aesthetic Plastic Surgery*, 14, 249-257.
- Madianos, M.G., Papaghelis, M, Ioannovich, J. & Dafni, R. (2001). Psychiatric disorders in burn patients: a follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(1), 30-37.
- Mago, V., Ahmad, I., Kochhar, N. & Bariar, L.M. (2005). Burnt pregnant wives: a social stigma. *Burns*, 31, 175-177.
- Malt, U.F. & Ugland, O.M. (1989). A long-term psychosocial follow-up study of burned adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80 (Suppl. 355), 94-102.
- Mayou, R.A., Ehlers, A. & Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims. *British Journal of Psychiatry*, 2000,176, 589-593.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken*. (8. Auflage). Weinheim/Basel: Beltz.
- McMillen, J.C., Smith, E.M. & Fisher, R.H. (1997). Perceived benefit and mental health after three types of disaster. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 733-739.
- McNulty, K.L. (2002). Psychosocial and emotional Recovery to severe burn injury. *Journal of Applied Rehabilitation Counselling*, 33(1), 7-12.
- McQuaid, D., Barton, J. & Campbell, E.A. (2000). Body image issues for children and adolescents with burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 21, 194-198.

-
- Michaels, A.J., Michaels, C.E., Moon, C.H., Smith, J.S., Zimmerman, M.A., Taheri, P.A. & Peterson, C. (1999). Posttraumatic stress disorder after injury: impact on general health outcome and early risk assessment. *Journal of Trauma*, 47, 460-466.
- Miller, A.C., Hickman, L.C. & Lemasters, G.K. (1992). A distraction technique for control of burn pain. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 1992, 13, 576-580.
- Mohamed, N.E. & Böhmer, S. (2004). Die deutsche Version der Benefit Finding Skala: Ihre psychometrischen Eigenschaften bei Tumorkranken. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 13, 85-91.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
- Munster, A.M., Fauerbach, J.A. & Lawrence, J. (1996). Development and utilization of a psychometric instrument for measuring quality of life in burn patients, 1976 to 1996. *Acta Chirurgiae Plasticae*, 38(4), 128-131.
- Munster, A.M., Horowitz, G.L. & Tudahl, L.A. (1987). The abbreviated burn specific health scale. *The Journal of Trauma*, 27(4), 425-428.
- Muthny, F.A. (1989). *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung*. Weinheim: Beltz.
- Nachtigall, C., Mitte, K. & Steil, R. (2003). Zur Vorbeugung posttraumatischer Symptomatik nach einer Traumatisierung: Eine Meta-Analyse zur Wirksamkeit kurzfristiger Interventionen. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, Vol 35(2), 273-281.
- Neumann, M. (2005). *Ressourcen und Belastungsfaktoren von Menschen mit Brandverletzungen – Eine qualitative Studie zwei Jahre nach dem Unfall*. Unveröffentlichte Diplomarbeit am Psychologischen Institut der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
- Newell, R. (2001). *Body image and disfigurement care*. London: Routledge essentials for nurses.
- Nicolay, J. (2005). *Nahtod-Erfahrungen in Therapie und Beratung*. *Report Psychologie*, 30, 14-20.
- Ohm, D. (1999). *Progressive Relaxation. Tiefmuskelentspannung nach Jacobson. Einführung und Übungen. Kombinationsmöglichkeiten mit dem Autogenen Training*. 3. Auflage. Stuttgart: Trias.
- Orr, D.A., Reznikoff, M. & Smith, G.M. (1989). Body image self-esteem and depression in burn-injured adolescents and young adults. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 10, 454-461.
- Pallua, N., Künsebeck, H.W. & Noah, E.M. (2003). Psychosocial adjustment 5 years after burn injury. *Burns* 29 (2). 143-152.

-
- Park, C.L. & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1, 115-144.
- Partridge, J. (1994). *Changing face: the challenge of facial disfigurement*, 2nd. Edition. London: Changing faces. 1994.
- Partridge, J. (1997). About Changing Faces: promoting a good quality of life for people with visible disfigurements. *Burns*, 23, 186-187.
- Partridge, J. & Robinson, E. (1995). Psychological and social aspects of burns. *Burns*, 21(6), 453-457.
- Patterson, D.R. (1992). Practical application of psychological techniques in controlling burn pain. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 13, 13-18.
- Patterson, D.R., Everett, J.J., Bombardier, C.H., Questad, K.A., Lee, V.K. & Marvin, J.A. (1993). Psychological Effects of Severe Burn Injuries. *Psychological Bulletin*, 113(2), 362-378.
- Patterson, D.R., Everett, J.J., Burns, G.L. & Marvin, J.A. (1992). Hypnosis for the treatment of burn pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 713-717.
- Patterson, D.R., Ptacek, J., Cromes, F., Fauerbach, J. & Engrav, L. (2000a). Describing and predicting adjustment in burn survivors. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 21, 490-498.
- Patterson, D.R., Ptacek, J.T., Cromes, F., Fauerbach, J.A. & Engrav, L. (2000b). The 2000 Clinical Research Award. Describing and predicting distress and satisfaction with life for burn survivors. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 21(6), 490-498.
- Perry, S., Difede, J., Musgni, G., Frances, A.J., & Jacobsberg, L. (1992). Predictors of post traumatic stress disorder after burn injury. *American Journal of Psychiatry*, 149, 931-935.
- Pham, T.N., King, J.R., Palmieri, T.L. & Greenhalgh, D.G. (2003). Predisposing factors for self-inflicted burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 24, 223-227.
- Powers, P., Cruse, C., Daniels, D. & Stevens, B. (1994). Posttraumatic stress disorder in patients with burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 15, 147-153.
- Procidano, M.E. & Fordham, U. (1992). The nature of perceived social support: Findings of meta-analytic studies. In Spielberger, C. & Butcher, J.N. (Hrsg.). *Advances in personality assessment*, Vol. 9. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, 1-26.
- Pruzinsky, T. (1996). The psychology of plastic surgery: advances in evaluating body image, quality of life, and psychopathology. *Advances in Plastic and Reconstructive Surgery*, 12, 153-171.

-
- Pruzinsky, T. (1998). Rehabilitation challenges for burn survivors with residual disfigurement: promising directions for interventions, research, and collaboration. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 19, 169-173.
- Ptacek, J. T., Patterson, D.R. & Heimbach, D.M. (2002). Inpatient depression in persons with burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 23(1), 1-9.
- Questad, A., Patterson, D., Boltwood, M., Heimbach, D.M., Dutcher, K.A., de-Lateur B.J., Marvin, J.A. & Covey, M.H. (1988). Relating mental health and physical function at discharge to rehabilitation status at three months postburn. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 9, 87-89.
- Rief, W. & Hiller, W. (1998). Somatisierungsstörung und Hypochondrie. Reihe: Fortschritte der Psychotherapie, Band 1. Göttingen: Hogrefe.
- Rizzone, L., Stoddard, F., Murphy, J.M. & Kruger, L.J. (1994). Posttraumatic stress disorder in mothers of children and adolescents with burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 15, 158-163.
- Robert, R., Blakeney, P., Villarreal, C. & Meyer III, W.J. (2000). Anxiety: current practices in assessment and treatment of anxiety of burn patients. *Burns* 26, 549-552.
- Robinson, E., Rumsey, N. & Partridge, J. (1996). An evaluation of the impact of social interaction skills training for facially disfigured people. *British Journal of Plastic Surgery*, 49, 281-289.
- Roca, R., Spence, R. & Munster, A. (1992). Posttraumatic adaption and distress among adult burn survivors. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1234-1238.
- Rogers, M.E., Hansen, N.B., Levy, B.R., Tate, D.C. & Sikkema, K.J. (2005). Optimism and coping with loss in bereaved HIV-infected men and women. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(3), 341-360.
- Rosen, J.C., Reiter, J. & Orosan, P. (1995) Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 263-269.
- Rossi, L.A., da Vila, V., Zago, M.M.F. & Ferreira, E. (2005). The stigma of burns perceptions of burned patients` relatives when facing discharge from hospital. *Burns*, 31, 37-44.
- Rumsey, N., Bull, R. & Gahagen, D. (1982). The effect of facial disfigurement on the proxemic behaviour of the general public. *Journal of Applied Social Psychology*, 12, 137-150.
- Saffle, J.R. (1998). Predicting outcomes of burns. *New England Journal of Medicine*, 338(6), 387-388.
- Saffle J.R., Tuohig, G.M., Sullivan, J.J., Shelby, J., Morris, S.E. & Mone, M. (1996). Return to work as a Measure of Outcome in Adults Hospitalized for acute Burn Treatment. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 17, 353-361.

-
- Salter, M. (1999). Körperbild und Körperbildstörung. Wiesbaden: Ullstein.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV. Göttingen: Hogrefe
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-47.
- Schneider, J. & Buchheim, P. (2004). Integrierte Psychotherapie von psychisch traumatisierten Patienten mit Unfallverletzungen. *Psychomed*, 16/4, 216-223.
- Schmidt, G. (2001). Identität und Body-Image. Unveröffentlichte Dissertation, Tübingen.
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource Generalized self-efficacy: Assessment of a personal coping resource. *Diagnostica*, 40(2), 105-123.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In: Weinman, J., Wright, S. & Johnston, M. (Hrsg.). *Measures in health psychology: A users portfolio. Causal and control beliefs.* (S. 35-37). Windsor, UK: NFER-Nelson.
- Schwarzer, R. & Jerusalem (Hrsg.). (1999). Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung SWE. <http://www.fu-berlin.de/gesund/>
- Shakespeare, V. (1998). Effect of small burn injury on physical, social and psychological health at 3-4 months after discharge. *Burns*, 24, 739-744.
- Shelby, J., Sullivan, J., Groussmann, M., Gray, R. & Saffle, J. (1992). Severe burn injury: effects on psychologic and immunologic function in noninjured close relatives. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 13, 58-63.
- So, K., Umraw, N., Scott, J., Campbell, K., Musgrave, M. & Cartotto, R. (2003). Effects of enhanced patient education on compliance with silicone gel sheeting and burn scar outcome: a randomized prospective study. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 24, 411-417.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1989). Fragebogen zur sozialen Unterstützung F-Soz-U. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, DGVT.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1991). Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SozU). *Diagnostica*, 37(2), 160-178.
- Steil R. (1997) Posttraumatische Intrusionen nach Verkehrsunfällen: Faktoren der Aufrechterhaltung. Frankfurt am Main: Lang.
- Strauß, B. & Richter-Appelt, H. (1996). Ein Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers. Göttingen: Hogrefe.

-
- Taal, L. A. & Faber, A.W. (1997). Dissociation as a predictor of psychopathology following burns injury. *Burns*, 23(5), 400-403.
- Taal, L. & Faber, A.W. (1998a). Posttraumatic Stress and maladjustment among adults burn survivors 1 to 2 years postburn. Part I. *Burns*, 24, 285-292.
- Taal, L. & Faber A.W. (1998b). Posttraumatic Stress and maladjustment among adult burn survivors 1 to 2 years postburn Part II: the interview data. *Burns*, 24, 399-405.
- Tarnowski, K.J., Rasnake, L.K. & Gavaghan-Jones, M. P. (1991). Psychosocial Sequellae of pediatric burn injuries: a review. *Clinical Psychology Review*, 11. 371-398.
- Tarrier, N. (1995). Psychological morbidity in adults burns patients; prevalence and treatment. *Journal of Mental Health*, 4, 51-62.
- Tarrier, N., Gregg, L., Edwards, J. & Dunn, K. (2005). The influence of pre-existing psychiatric illness on recovery in burn injury patients: the impact of psychosis and depression. *Burns*, 31, 45-49.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-472.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15 (1). 1-18.
- Tedstone, J.E. & Tarrier, N. (1997). An investigation of the prevalence of psychological morbidity in burn-injured patients. *Burns Vol.* 23(7/8), 550-554.
- Tedstone, J.E., Tarrier, N. & Faragher, E.B. (1998). An investigation of the factors associated with an increased risk of psychological morbidity in burn-injured patients. *Burns*, 24, 407-415.
- Thompson, J.K. (1990). *Body Image Disturbance, Assessment and Treatment*. New York: Pergamon Press Inc.
- Thompson, A. & Kent, G. (2001). Adjusting to disfigurement: Processes involved in dealing with being visibly different. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 663-682.
- Thompson, R., Boyle, D., Teel, C., Wambach, K. & Cramer, A. (1999). A qualitative analysis of family member needs and concerns in the population of patients with burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 20(6), 487-496.
- Thudal, L.A., Blades, B.C. & Munster, A.M. (1987). Sexual satisfaction in burn patients. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 8, 292-293.
- Updegraff, J.A., Taylor, S.E., Kemeny, M.E. & Wyatt, G.E. (2002). Positive and negative effects of HIV infection in woman with low socioeconomic resources. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(3), 382-394.

-
- Van Loey, N.E. & Van Son, J.M. (2003). Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars. *American Journal of Clinical Dermatology*, 4(4), 245-272.
- Van-Loey, N.E., Faber, A.W. & Taal, L.A. (2001). A European hospital survey to determine the extent of psychological services offered to patients with severe burns. *Burns*, 27, 23-31.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1996). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Empfehlungen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. *Deutsche Rentenversicherung*, 51, 633-665.
- Verres, R. (1991). *Die Kunst zu Leben. Krebs und Psyche*. Freiburg, Basel, Wien: Herder.
- Wallace, M. & Lees, J. (1988). A psychological follow-up study of adult patients discharged from a British burn unit. *Burns*, 14(11), 39-45.
- Wallis, H., Renneberg, B., Ripper, S., Germann, G. Wind, G. & Jester, A. (in Druck). Emotional distress and psycho-social resources in the recovery from severe burn injury. Manuskript zur Publikation angenommen beim *Journal of Burn Care and Rehabilitation*.
- Wallis, H., Renneberg, B., Neumann, M., Ripper, S. & Bastine, R. (in Druck). Ressourcen und Belastungsfaktoren nach schweren Brandverletzungen – eine qualitative Studie zwei Jahre nach dem Unfall. Manuskript zur Publikation eingereicht.
- Ward, H.W., Moss, R.L., Darko, D.F., Berry, C.C., Anderson, J., Kolman, P., Green, A., Nielsen, J., Klauber, M., Wachtel, T.L. & Frank, H. (1987). Prevalence of postburn depression following burn injury. *Journal of Burn Care Rehabilitation*, 8, 294-298.
- Watkins, P.N., Cook, E.L., May, R., Ehleben, C.M. (1988). Psychological Stages in Adaption Following Burn Injury: A Method for Facilitating Psychological Recovery of Burn Victims. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 9, 376-384.
- Watkins, P.N., Cook, L., May, R. & Still, J.M. (1992). The role of the psychiatrist in the team treatment of the adult patient with burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 13, 19-27.
- Watkins, P.N., Cook, L., May, R., Still, J.M., Luterman, A. & Purvis, J. (1996). Postburn psychologic adaption pf family members of patients with burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 17, 78-92.
- Waymack, J.P. & Rutan, R.L. (1994). Recent advances in burn care. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 31, 230-238.
- Whitehead, T.L. (1993). Sexual health promotion of the patient with burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 14, 221-226.
- Wiechman, S.A. & Patterson, D.R. (2004). Psychosocial Aspects of burn injuries. *British Medical Journal*, 329, 391-393.

-
- Wiechman, S.A., Ptacek, J.T., Patterson, D.R., Gibran, N.S., Engrav, L.E. & Heimbach, D.M. (2001). Rates, trends and severity of depression after burn injuries. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 22, 417-424.
- Wieland-Eckelmann, R. & Carver, C.S. (1990). Dispositionelle Bewältigungsstile, Optimismus und Bewältigung: Ein interkultureller Vergleich. *Zeitschrift für Differentielle und diagnostische Psychologie*, 11(3),167-84.
- Willebrand, M., Andersson, G. & Ekselius, L. (2004). Prediction of psychological health after an accidental burn. *Journal of Trauma*, 57(2), 367-374.
- Willebrand, M., Kildal, M., Ekselius, L., Gerdin, B. & Andersson, G. (2001). Development of the coping with burns questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 30, 1059-1072.
- Williams, E. & Griffiths, T. (1991). Psychological consequences of burn injury. *Burns*, 17, 478-480.
- Wisely, J.A. & Tarrier, N. (2001). A survey of the needs for psychological input in a follow-up service for adult burn-injured patients. *Burns*, 27, 801-808.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2002). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheits surveys 1998. *Psychotherapeutenjournal*, 0/2002, 6-15. bzw. Ebenfalls 2001 veröffentlicht im Bundesgesundheitsblatt, 44, 993-1000.
- Wrigley, M., Trotman, B.K., Dimick, A. & Fine, P.R. (1995). Factors relating to return to work after burn injury. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 16, 445-450.
- Yalom, I.D. (1975). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Ein Lehrbuch. München: Pfeifer.
- Yalom, I.D. (1980). *Existenzielle Psychotherapie*, 3. Auflage 2000. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Young, A. (2002). Rehabilitation of Burn Injuries. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 13(1), 85-108.
- Zatzick, D.F., Kang, S.-M., Müller, H.-G., Russo, J.E., Rivara, F.P., Katon, W., Jurkovich, G.J. & Roy-Byrne, P. (2002). Predicting Posttraumatic Distress in Hospitalized Trauma Survivors With Acute Injuries. *American Journal of Psychiatry*, 2002,159, 941-946.
- Ziegenthaler, H. & Brückner, L. (2003). Mitteldeutsches Rehabilitationsdreieck, Konzept zur Koordination der Rehabilitation Brandverletzter. *Trauma und Berufskrankheit*, 5 (Suppl. 2), 152-157.

-
- Ziegenthaler, H., Neumann, U., Fritzsche, U. & Sühnel, B. (2005). Polytraumatisierte Brandverletzte, eine besondere Herausforderung für die Rehabilitation. *Orthopäde*, 34, 906-916.
- Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zor, F., Deveci, M., Bozkurt, M., Dikkatli, S., Duman, H. & Senegezer, M. (2005). Psychological evaluation of self-inflicted burn patients: suicide or parasuicide? *Burns*, 31, 178-181.

VI Anhang

Anhang A: Auflistung der 21 brandverletzten Probanden hinsichtlich soziodemografischer und Unfallbe- zogener Variablen

Geschlecht	Alter	%vKOF	ABSI-Score	Unfall- umstände	stationäre Aufenthaltsdauer (in Tagen)	aktueller beruflicher Status	Familien- stand
w	23	10	4	Suizidversuch	55	Psychiatrische Werkstätte	ledig
w	54	1	6	Häuslicher Unfall	16	Teilzeit	geschieden
w	58	13	4	Häuslicher Unfall	45	Hausfrau	verheiratet
w	40	7	5	Arbeitsunfall	20	Vollzeit	ledig
w	48	14	7	Freizeitunfall	36	Teilzeit	verheiratet
w	16			Häuslicher Unfall	225	Schülerin	ledig
w	57	20	7	Häuslicher Unfall	60	Vollzeit	geschieden
w	40	1	5	Häuslicher Unfall	15	Teilzeit	verheiratet
m	46	15,5	3	Arbeitsunfall	22	Vollzeit	geschieden
m	38	7	3	Häuslicher Unfall	15	Vollzeit	verheiratet
m	58	8,5	4	Arbeitsunfall	20	Vollzeit	verheiratet
m	43	9	3	Arbeitsunfall	27	Vollzeit	verheiratet
m	51	9	5	Arbeitsunfall	19	Vollzeit	verheiratet
m	36	20	4	Arbeitsunfall	26	Vollzeit	verheiratet
m	53	1	5	OP-Unfall	15	Vollzeit	verheiratet
m	54	41	9	Häuslicher Unfall	114	Rente	verheiratet
m	55	15	6	Häuslicher Unfall	15	Arbeitslos	verheiratet
m	25	15	4	Freizeitunfall	16	Student	ledig
m	48	48,5	9	Arbeitsunfall	170	Rente	geschieden
m	62	39	8	Arbeitsunfall	23	Rente	verheiratet
m	20	7	3	Freizeitunfall	15	Arbeitslos	ledig

Anhang B: Kategoriensystem Belastungsfaktoren und Ressourcen von brandverletzten Patienten

a) Belastungsfaktoren

Hauptkategorie: Körperliche Belastungsfaktoren

Kategorie 1. Ordnung	Kategorie 2. Ordnung	Kategorie 3. Ordnung	Kategorie 4. Ordnung	Nennungen
Behandlung	medizinisch unzureichend	BGU stationär: billige Creme		7
		BGU Ambulanz: nur oberflächliche Untersuchung		18,20
		Nicht-Spezialisten	überfordert	4,18,19,20
	falsche, verschlechternde Behandlung		8,9	
	zu kurz / zu wenig	BGU stationär: Heilung noch nicht abgeschlossen		20
		ambulante Rehabilitation: Kostenträger zahlt nicht ausreichend lang		5,7,17,19,20,21
	unangenehm	Kompressionsbandagen	allgemein	4,8,9,10,12,13,18,20
			drücken	3,7,19,20
			Jucken	4,9,16,17
			schweißtreibend	8,10,14,15
Pflegepersonal grob, brutal			7,17	
Einschränkungen	Haut	Schmerzen	allgemein	1,3,4,5,7,8,9,10,12,13,19
			beim Verbandswechsel	3,8,10,18
			beim Säubern der Wunden	4,9
			durch den Verband	4
			bei Bewegung	1,3,5,7,8,10,16,17,18
			Nachts	3,4,12
			trotz Schmerzmitteln	4,12
			Haut zieht, Narben spannen	5,7,8,10,17,19
		Sensibilitätsstörungen	kein Gefühl	7,15,16
			chronisches Jucken („Ameisenkribbeln“)	4,5,17,20
		Heilung	Wunde heilt nicht	2,6,7,8,10,12,13,14,16,19
			Wunde reißt wieder auf	9,16,17,19,20
		erhöhte Empfindlichkeit (z.B. Verfärbung)	bei Sonneneinstrahlung	4, 6, 8, 9, 10, 11,12, 14, 16, 17, 18,20
	bei Hitze/Kälte		19,21	
	Beweglichkeit	einzelne Körperteile	Arme	6,7,9,13,16,17,19
			Hände	2,7,9,10,11,13,15,16,19,21
			Beine	7,8,14,16,18,19,20
ganzer Körper		gar nicht bewegbar	16	
		Gleichgewichtsstörungen	20	
Belastbarkeit	Ausdauer		13,19,20	

		Kraft		7,11,13,19
	sonstige	Schlafstörungen		4,12,19
		Gewichtszunahme		6,15
		Verschlechterung des Kurzzeitgedächtnisses		19
		sexuelle Funktionsstörungen (Erektion)		19,20
		Allergien		12
		MRSA-Infektion		3,5,16

Hauptkategorie: Psychische Belastungsfaktoren

Kategorie 1. Ordnung	Kategorie 2. Ordnung	Kategorie 3. Ordnung	Kategorie 4. Ordnung	Nennungen
Enttäuschung, Trauer, „Tiefs“, Depressivität	bzgl. Körperbild	Gefühl der Entstellung, Unattraktivität	allgemein	8,19
			durch Amputation	2,5
			beim Sehen der Verletzung zum 1. Mal	10,16,19,20
		bleibende körperliche Einschränkungen		5,6,7,13,15,20
	bzgl. Beruf und Finanzen	Rückschritte im Behandlungsverlauf	Haut platzt auf	6,9,19
			MRSA-Infektion	3,5
		mangelnde Wiedergutmachung	keine finanzielle Anerkennung (z.B. kein Schmerzensgeld, keine Anerkennung MdE, GdB)	13,14,19,20
			Diebstahl bei Wohnungsbrandsanierung	7
Arbeitsunfähigkeit (Strukturlosigkeit)	in Zeit bis zum beruflichen Wiedereinstieg	7,9,13,15		
	Arbeitslosigkeit	19,20,21		
Unsicherheit	medizinische Betreuung	Informationen	Informationsdefizite	1,4,16
			keine/ widersprüchliche Prognosen	4,9,18,21
			widersprüchliche Informationen (z.B. stationäre und ambulante Behandler)	4,9,16
		Behandlungsgüte	Überforderung bei Nachbehandlern	4,18,19,20
			Verweigerung ambulante Nachbehandlung	8
			Wartezeiten bzgl. OPs	3,8,9
	sonstige	Bewältigung alltäglicher Anforderungen	Haushalt, Hobbys	2
		Unklarheit bzgl. Ausgang laufender Verfahren	Rente	16
			Schmerzensgeld	5,13,19,20
			Festlegung GdB, MdE	19
	Ermittlungen bzgl. Schuld (Unfallverursachung)	10,16,18		
Ängste	in Zusammenhang mit dem Körper	Schmerzen		9,10,17
		Ersticken		10
		bleibende Bewegungseinschränkungen		2,7,8,10,13,16,21
		bleibende Entstellung		4,5,8,10,16,19
	in Zusammenhang mit Posttraumatischen Stresssymptome	Angst vor Feuer		8,10,18
		Intrusionen		10,18
		Dissoziation	nicht ansprechbar sein	20
			Impulsdurchbrüche	19
	partielle Amnesie	7,19		

	Kontrollverlust	allgemein, Verlust „Illusion der Kontrolle“		10	
		Abhängigkeit	körperliche Hilfsbedürftigkeit allgemein	7,15,16,20	
			Pflegebedürftigkeit	2,5	
	sonstige	Verantwortungsabgabe am Arbeitsplatz		4	
		Angst vor Reaktionen anderer Menschen auf Verletzungen/Narben		4	
		Angst vor bleibender Arbeitsunfähigkeit		3	
Schuldgefühle (sich selbst gegenüber)	da Brandverletzung i.R. eines Suizidversuchs			1	
	da Unfall nicht verhindert			10	
Gedanken	Nicht-Akzeptanz/ Nicht-Verarbeitung des veränderten Körpers	Aussehen		5,8,10,14,19,21	
		eingeschränkte Funktion		2,13,15	
	Grübeln, Gedanken kreisen um Unfall/ Unfallfolgen			2,5,13,19,20	
	Erinnerungen (z.T. verknüpft mit Wiedererleben von Schmerzen)	Bilder	Unfallbilder		10,13,18,19
			schwer verletzte Mitpatienten		14
		externe Trigger (z.B. Silvester)			8,21

Hauptkategorie: Berufliche Belastungsfaktoren

Kategorie 1. Ordnung	Kategorie 2. Ordnung	Kategorie 3. Ordnung	Kategorie 4. Ordnung	Nennungen	
Probleme beim beruflichen Wiedereinstieg	Körperlich: Bewegungseinschränkungen	Schreibmaschine, Tastatur		2,7,10	
		Stehen		5	
		Werkzeug		13	
	psychische	Konfrontation mit Unfallort (Angst)			9,14
		Stress/Überforderung			4
	soziale	Chef	Kündigung		19,20
			keine Unterstützung		20,21
		keine Anteilnahme der Kollegen			5
	sonstige	Arbeits-/Lerninhalte verpasst durch abwesenheit			7,21

Hauptkategorie: Soziale Belastungsfaktoren

Kategorie 1. Ordnung	Kategorie 2. Ordnung	Kategorie 3. Ordnung	Kategorie 4. Ordnung	Nennungen
Behandlung	Behandler	fachlich	zu wenig Zeit	4,5,12,18
			zu wenig Informationsgabe	1,4,5,8,9,12,20
			Verweigerung der ambulanten Nachbehandlung	7,8
		menschlich	Behandlung entwürdigend empfunden	4,5,7
			keine Rücksichtnahme auf Vorerkrankungen	17
			kein Eingehen auf Patientenwünsche	5,7
			Vorwürfe (bzgl. Unfall)	5,21
	Entlassung	plötzlich, ohne Vorankündigung		8,14,20
		subjektiv „als Rauschmiss“ erlebt		5,7,20
	psychologische Unterstützung	stationär (in Klinik)	Gespräche vermisst	5,8,10
			Vorbereitung auf zu Hause vermisst	5
		poststationär (nach Klinik)	kein Spezialist auffindbar	18
			persönliche Schwierigkeiten mit Therapeut	19
zu frühe Beendigung der Therapie			5	
privat	Verschlechterung von Beziehungen	zum Partner	Trennung durch Partner	7
			Probleme in der Sexualität	5,19,20
			Streit, Auseinandersetzungen	8,14,15,19
		zu eigenen Kindern		19
		zu Freunden	Rückzug, wenden sich abgehen nicht auf Befinden des Patienten ein	4,7,21 4,5,21
	Reaktionen anderer	auf sichtbare Verletzungen hin	Anstarren, Fingerzeigen	6,9,10,14
			Wechsel der Straßenseite	19
			Kontaktvermeidung	2
		Bevormundung	5,13	
	im Rechtsstreit: Unterstellen von Teilschuld		18	
	Isolation	selbst herbeigeführt, gewünscht	nicht über Unfall und Folgen reden wollen	4,5,13,18
			nicht gesehen werden wollen, sich nicht zeigen wollen	8,13,19
		nicht selbst herbeigeführt, ungewünscht	Hygienemaßnahmen (Isolierung) bei MRSA-Infektion	3,5,16
			Trennung von Familie	10,13,14
			zu wenig Gesprächsangebote	1,19

Hauptkategorie: Belastungsfaktoren im Alltag

Kategorie 1. Ordnung	Kategorie 2. Ordnung	Kategorie 3. Ordnung	Kategorie 4. Ordnung	Nennungen	
Probleme durch körperliche Einschränkungen	Selbstversorgung	An-/Ausziehen		5,7,15,19,20,21	
		Hygiene		2,5,16,19,21	
		Nahrungsaufnahme		7,16,19,21	
		Blutwerte Testen (Diabetes)		2	
	Haushalt	kochen, backen		2,5,9	
		putzen, spülen, bügeln		2,5,9	
		tragen, heben		11	
		Autofahren		20,21	
	Hobbys	Sport, Bewegung		4,6,10,11,18,19	
		Freibad		4,9,14,16	
		Gartenarbeit		5,16,19	
		Autoreparaturen		16,20	
		Sonstiges		2,4,7,16	
	allgemein: „gar nichts machen können“		5,8,16,19,20		
Zeitverlust/ hoher Zeitaufwand	Behandlung	Behandlungsdauer, Anfahrt, Wartezeiten		5,6,13,20	
		Kompressionsverbände anziehen, Verbandswechsel		14,18,20	
		allgemein: „alles dauert länger“		7,10,20	
finanzielle Einschränkungen	geringerer Verdienst	Arbeitslosigkeit, Rente		16,19,20,21	
		berufliches Aussetzen auf Zeit		5,7,8,15	
		kein Schichtarbeiten mehr möglich, keine Zulagen		7,9,19	
		schlechtere Stelle als vor Unfall		13	
	sonstige	Verlust vom Besitz	durch Unfall		7
			durch Diebstahl i.R.d. Wohnungssanierung		7
	durch Scheidung		7		
sonstige	stationär, in Klinik	Klinikalltag	unkomfortables Zimmer		8
			zu wenig Bewegungsmöglichkeiten		9
			zu wenig Freizeitbeschäftigungen		21
			unschöne Umgebung		12
		unzureichende Vorbereitung auf Alltag		4,5,7,8,20	
	nachstationär	Wohnungsrenovierung, Brandsanierung		7,10	
		Kompressionsbehandlung	gedankliche Beschäftigung damit		4
			einschränkend bei Handlungen		4
empfinden der Bandagen als eklig, schmutzig			4,8,10		

b) Ressourcen

Hauptkategorie: Körperliche Ressourcen

Kategorie 1. Ordnung	Kategorie 2. Ordnung	Kategorie 3. Ordnung	Kategorie 4. Ordnung	Nennungen	
Behandlung	Heilung	Operationen	allgemein	1,8,15	
			Rettung von Fingern	13	
			Erhöhung der Beweglichkeit	16,17,19	
		Kompressionsbehandlung	Hautglättung	3,4,5,7,8,9,10,14,15,16,18,19,20	
			Verbesserung der Beweglichkeit	10,13,15,17	
			Verbesserung der Durchblutung	4,13	
			sonstiges	Salben, Cremes	3,4,7
				Hilfsmittel	9,14,16
				Bäderbehandlung	1
	Linderung	durch Tabletten, Spritzen, Salben	3,9,13,18,19,20		
		durch baden	3,4		
		durch Prothese	5		
	Bewegung	i.R.v. Physiotherapie	Übungen	2,3,7,9,10,11,13,15,16,17,19,20,21	
			Massage	2,9,10,16,19	
		i.R.v. Ergotherapie	11,13,15		
		Übungen in Eigenregie	2,3,7,9,10,11,13,15,16,17,19,20,21		
	sonstiges	stationäre Rehabilitationsbehandlung	1,5,7		
ambulante Rehabilitationsbehandlung		2,3,9,16			
unbeeinflussbare Faktoren	günstige, gute Heilung		1,2,3,7,10,12,14,15,16,17,20,21		
	geringe Verletzungsschwere		12		

Hauptkategorie: Psychische Ressourcen

Kategorie 1. Ordnung	Kategorie 2. Ordnung	Kategorie 3. Ordnung	Kategorie 4. Ordnung	Nennungen
Coping-Strategien	optimistische	Akzeptanz	des durch die Verletzungen veränderten Körpers	2,3,4,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21
			der Lebenssituation	2,4,6,7,10,13,14,16,17
			des Unfallhergangs (keine Selbstvorwürfe trotz Selbstverschulden)	3,17
		Ressourcenorientierung: Fokus auf Fortschritt	2,7,10,16,17,18,19	
		Erleben von Selbstwirksamkeit	7,16,17,20,21	
		Hoffnung auf Heilung	4,7,10,18	
	realistisch: Geduld		Vertrauen in die Ärzte	10,16
				4,7,9,10,11,13,16,17,19,21
	selbst-schützend	„Downward compairson“	Vergleich mit anderen, denen es schlechter geht	2,4,8,10,14,21
			Vergleich mit eigenen Vorerkrankungen (Krebs ist schlimmer)	17
		Verdrängung negativer Gefühle	8	
		externale Attribution negativer Reaktionen anderer	2,6,7,9,21	
Coping-Verhalten	durch: Ablenkung	lesen	3,8,19	
		Fernsehen	2,3,6,9,13,15	
		Musik hören	8	
		Haushaltstätigkeiten	6,19	
		Fahrrad fahren	20	
	durch: Glauben Praktizieren: beten		2,7,10	
	sonstiges	Selbstbehauptung: bei Problemen den Mund aufmachen	3,5,9,14,16,18,20,21	
		Aktivität: Übungen in Eigenregie durchführen	2,3,7,9,10,11,13,15,16,17,19,20,21	
Posttraumatic Growth	erhöhte Wertschätzung des Lebens	erhöhte Lebenszufriedenheit	10,12,16	
		erhöhtes Erleben von Dankbarkeit (dass man lebt, Glück gehabt hat)	10,13,14,16,21	
	Veränderung von Prioritäten	innere Werte bedeutender	4	
		Familie bedeutender	10	
		bewusster Leben, Schwerpunkte setzen	4,10	
		sich Zeit nehmen für Dinge, die einem wirklich wichtig sind	11	
	erhöhter persönliche Stärke	mehr Selbstbewusstsein	6	
		mehr Gelassenheit	10,16	
realistischere Weltansicht (durch Aufgezeigtbekommen eigener Grenzen/ Verletzlichkeit)		9,10		

	Wachstum im spirituellen Bereich	Kontakt zu Gott intensiviert		4,7
		Gedanken gemacht, was den Menschen wirklich ausmacht		4

Hauptkategorie: Soziale Ressourcen

Kategorie 1. Ordnung	Kategorie 2. Ordnung	Kategorie 3. Ordnung	Kategorie 4. Ordnung	Nennungen	
Hilfe/Unterstützung	personal	Behandler	Pflegepersonal	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,19,20,21	
			Ärzte	1,2,3,6,7,8,9,10,13,14,15,16,17,18,19,20	
			Physio-/ Ergotherapeuten	2,3,5,7,10,13,16	
		privater Bereich	(Ex-)Partner/-in	5,8,9,10,13,14,15,16,19,20	
			Familienangehörige	2,4,5,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,20,21	
			Freunde	2,4,5,7,8,9,10,12,15,16,21	
			Nachbarn, Gemeindemitglieder	4,7,10,14	
			Mitpatienten	3,7,8,10,14	
			Sonstige: z.B. Pfarrer, Wohngruppenbetreuer	16,1	
			Haustiere	7,13,16	
		psychisch	Anteilnahme, Interesse	Gespräche	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,12,13,14,16,19,20,21,
				Besuche	2,3,5,6,7,8,10,12,13,14,15,18,19,21
				Beten anderer für den Patienten	4,16
	Akzeptanz (verändertes Aussehen, Funktionseinschränkungen) durch andere		2,4,7,13,16		
	Informationsgabe		medizinisches Wissen	2,3,4,6,9,10,14,15	
			hilfreiche Tipps	2,4,8	
			Prognosen	2,12,18	
	sonstiges		Eingehen auf Bedürfnisse des Patienten	2,3,5,6,7,9,10,13,14,16,18,19,20,21	
			Aufmunterung, Ermutigung	2,3,4,5,6,9,10,16,17	
			Beruhigung, Trösten	2,4,19	
	körperlich	Bewegung	Unterstützung bei Übungen	7,10	
			Animieren, Dinge selber zu tun („zum Glück zwingen“)	9,16,21	
		Pflege	4,5,6,7,8,14,18,19,20		
im Alltag	Haushalt	2,5,9			
	Selbstversorgung	3,5,7,15,19,20			

		Wohnsituation: Wohnraum zur Verfügung stellen		10
Posttraumatic Growth	engere, intimere, bedeutungsvollere Beziehungen	allgemein		18,21
		zu bestimmten Personen	Partner	8,10,20
			Familienangehörige	4,9,14
			Freunde	4,7,10
			Nachbarn	10
	Kollegen	4,10		
	neue, intensivere Erlebnisqualität	„Zusammenrücken“, Nähe		10,20
		Dankbarkeit		10,13
Versöhnung			9	
Empathiefähigkeit in andere erhöht			4,8,14,21	
Respekt, Wertschätzung erhöht		10		
neue Kontakte infolge des Unfalls	Beziehungen: Freundschaften, Lebenspartner/-in			7,18,21
	Bekanntschaften: Mitpatienten, Menschen mit Unfallerfahrungen			4,7,14

Hauptkategorie: Ressourcen im Beruf

Kategorie 1. Ordnung	Kategorie 2. Ordnung	Kategorie 3. Ordnung	Kategorie 4. Ordnung	Nennungen
Hilfe/ Hilfreiches beim beruflichen Wiedereinstieg	Rücksichtnahme auf Funktionseinschränkungen	Übernahme anderer Tätigkeiten am Arbeitsplatz		2,9,13
		gestufte Wiedereingliederung		4,5,7,15
		Gewährung von Spezialanfertigungen	Spezialgriff	15
			Spezialstuhl	5
		Zeit lassen	Teilzeit	2,4
			Ermöglichung erneuter Krankmeldung (wenn nötig)	2
			behutsamer Einstieg („langsam angehen lassen“)	5,10,11
	Unterstützung durch Chef/ Kollegen	allgemein		12
		Kontaktaufnahme während AU-Zeit	Besuche	10,14
			Briefe	10
			Anrufe	14
		Eingehen auf Belastungen auf Seiten des Patienten	auf Ängste eingehen	14
			nach Wünschen erkundigen, Anteilnahme	2,10,15
	Abnahme von Arbeit		5,9,11,13,14	
Geduld	7,10			
Wissen um Sicherheit des Arbeitsplatzes			2,4,5,7,8,10,12,14	
Vorteile durch den Unfall	arbeitsbezogen	Weiterbildung	Betrieb finanziert Seminare	9
			Aufbaustudium mit Schmerzensgeld finanziert	18

		dauerhafte Arbeitsunfähigkeit (Berentung als Entlastung empfunden)		16
	sozial	Beziehung zu Kollegen verbessert (mehr Ansehen, intensivere Beziehung)		4,10
Arbeitstätigkeit als Ressource	Ablenkung	von Grübelgedanken, „Tapetenwechsel“, Struktur		5,13
		von Schmerzen		18
		durch soziale Kontakte		2
	sonstiges	Förderung des Heilungsprozesses durch Bewegung bei Arbeitstätigkeit		11
		Verbesserung der Körperakzeptanz durch Arbeitstätigkeit		2
		Sinnstiftend, Lebensinhalt		7

Hauptkategorie: Ressourcen im Alltag

Kategorie 1. Ordnung	Kategorie 2. Ordnung	Kategorie 3. Ordnung	Kategorie 4. Ordnung	Nennungen	
Positive Folgen/ Auswirkungen des Unfalls	Profit im Bereich: Hobbys	Verbesserung	beim Spielen eines Musikinstruments	21	
			mehr Wissen über Verbrennungen (hilfreich bei Tätigkeit Freiwillige Feuerwehr)	21	
		Entdeckung neuer Interessen, Hobbys		7	
	Profit im Bereich: Finanzen	zusätzliche Rente	Schmerzensgeld		2
			Zahlungen einer Zusatzversicherung		18
					6
	Profit im Bereich Lebensführung	Aufhören mit Rauchen			12,13,14,16
mehr Rücksicht auf Körperpflege/ -versorgung				19	
sonstige	stationärer Aufenthalt	Klinkalltag	Atmosphäre, Umfeld	2,3,7,10,20	
			Essen	7,9	
			Bewegung auf Station	7,9	
			Strukturierter Tagesablauf	5,10,13	
			Freizeitangebote	11	
		gezielte Vorbereitung auf den Alltag nach Entlassung		1,2,3,9,10,11,12,13,15,16,17,19,21	
	Zufriedenheit mit Kostenerstattung durch Kostenträger			5,7,10,13,16	

Anhang C: Differenzierte Einzelfallbeschreibung der befragten Angehörigen hinsichtlich soziodemografischer Variablen sowie Darstellung zugehöriger unfallbezogener Daten des verletzten Patienten

Nr.	Geschlecht	Alter	Familiäre Beziehung zum Verunfallten	Beruflicher Status	Unfallursache Angehöriger	%vKOF Angehöriger	ABSI-Score Angehöriger
1	M	61	Ehemann	Frührente	Storm	14	7
2	W	48	Ehefrau	Teilzeit	Explosion	41	9
3	W	35	Ehefrau	Teilzeit	Kontakt	20	4
4	W	51	Ehefrau	400-€-Job	Kontakt	1	5
5	W	27	Tochter	Vollzeit	Kontakt	1	6/7
6	W	50	Ehefrau	Hausfrau	Strom	9	5
7	W	61	Mutter	Hausfrau	Flamme	15	4
8	W	37	Tochter	Vollzeit	Verbrühung	13	4
9	W	30	Tochter	Hausfrau	Flamme	15	6
10	W	38	Ehefrau	Teilzeit	Flamme	7	3
11	W	42	Schwester	Vollzeit	Verbrühung	7	5
12	W	49	Lebenspartnerin	Teilzeit	Explosion	48,5	9
13	W	56	Schwester	Teilzeit	Flamme	20	7
14	W	62	Ehefrau	Rente	Verbrühung	39	8
15	W	49	Mutter	Teilzeit	Flamme	7	3
16	W	42	Ehefrau	Teilzeit	Verbrühung	9	3
17	W	45	Mutter	Vollzeit	Flamme	-	-
18	M	39	Ehefrau	Vollzeit	Flamme	1	5
19	W	21	Tochter	Studentin	Explosion	7,5	3

Anhang D: Kategoriensystem für Belastungsfaktoren und Ressourcen von Angehörigen Brandverletzter

a) Belastungsfaktoren

Haupt-kategorie	Kategorie 1. Ordnung	Kategorie 2. Ordnung	Kategorie 3. Ordnung	Kategorie 4. Ordnung/ Ankerbeispiele	Nennungen
1. körperlich	1.1 körperliche Einschränkungen	1.1.1 durch körperliche Vorerkrankungen		- Herzprobleme - Magenblutung - Brustkrebs	1,6,14
		1.1.2 körperliche Stresssymptome	1.1.2.1 diverse	- Nervosität, - Schlaf-, Magenprobleme - Schwitzen - Alpträume etc.	2,6,11,12,15
			1.1.2.2 so stark, dass zeitweise Medikamenteneinnahme	- Beruhigungsmitteln - Psychopharmaka	2,6
		1.1.3 beim Brandunfall selbst verletzt			10
	1.3 körperliche Belastung aufgrund der Behandlungsbedingungen	1.3.1 Hitze		- bei Isolierung des Verletzten Angehörigen	2,6,7
		1.3.2 Geruch		- verbrannte Hautstellen - verbranntes Haar	6,11

Hauptkategorie	Kategorie 1. Ordnung	Kategorie 2. Ordnung	Kategorie 3. Ordnung	Kategorie 4. Ordnung/ Ankerbeispiele	Nennungen
2. sozial	2.1 bzgl. des verletzten Patienten	2.1.1 Konfrontation mit Veränderungen des verletzten Patienten durch den Unfall	2.1.1.1 körperliche (Konfrontation mit körperlichen Veränderungen des Verletzten, die schwer zu ertragen sind)	2.1.1.1.1 Schmerzen/ Schmerzempfindlichkeit	2,3,4,9,13,14,16,17
				2.1.1.1.2 Wunden/ verändertes Äußeres	1,2,6,7,8,11,12,13,15,17
			2.1.1.2 psychische	2.1.1.2.1 Stimmungsschwankungen, z.B.: - „emotionale Tiefs“ - Mutlosigkeit - Ungeduld - Rastlosigkeit	1,2,4,6,7,12,13,14,18
				2.1.1.2.2 Psychische Langzeitprobleme des Angehörigen in der Unfallverarbeitung	1,4,5,12,13,14,17
				2.1.1.2.3 starke psychische Symptome beim verletzten Angehörigen: - Suizidalität - PTBS-Symptome	12,14
				2.1.1.2.4 Durchgangssyndrom	6,17
				2.1.1.2.5 Ängste (Klammern)	4,6,14
				2.1.1.2.6 (emotionaler) Rückzug	2,6,12,13
				2.1.1.2.7 Angehöriger akzeptiert veränderten Körper nicht/ leidet hierunter	1,4,6,9,13,18
				2.1.1.2.8 Konzentrationsprobleme	12
		2.1.1.3 berufliche/ finanzielle	- Arbeitsunfähigkeit - Berentung	12,14	
		2.1.2 nachteilige Veränderungen in der Beziehung zum verletzten Patienten	2.1.2.1 Streit, Auseinandersetzungen	12	
			2.1.2.2 Rückgang der Sexualität/ eingeschränkter körperlicher Kontakt	1,12	
		2.1.3 Verhalten des verletzten Patienten im Behandlungsprozess		geringe Compliance z.B. bzgl. - Eincremen - Tragen der Kompressionsverbände	7,15
	2.2 bzgl. anderer Personen	2.2.1 nahe stehende Personen	2.2.1.1 Kränkungen, Schuldzuweisungen		15,17
			2.2.1.2 Schockiertheit anderer Personen über das Geschehene	- Angehöriger hat das Gefühl, beruhigen und trösten zu müssen	11,17
			2.2.1.3 sonstiges	- Rückzug, Unsicherheit - Streit	9,12
2.2.2 fremde Personen		2.2.2.1 verbale Äußerungen	- kränkende Bemerkungen	6,15	
		2.2.2.2 nonverbale Äußerungen	- Starren auf Narben	12,13	

	2.3 bzgl. der Behandler	2.3.1 Zeitmangel	2.3.1.1 bei Pflege auf Normalstation		1,2,7	
			2.3.1.2 bei Kontrolluntersuchungen		14,15	
			2.3.1.3 bei Fragen		1,2,9	
			2.3.1.4 keine psychologische Betreuung gegeben		2,12,17	
		2.3.2 Verhalten	2.3.2.1 zu wenig Gesprächsangebote für den verletzten Patienten	- Körper des Pat. wird versorgt, aber „menschlich“ zu wenig für ihn getan		1,14,17
			2.3.2.2 mangelnde Informationsweitergabe/Aufklärung			1,2,5,12,14,18
			2.3.2.3 unklare Aussagen	- Prognose - Verlauf - noch anstehende Maßnahmen		1,2,5
			2.3.2.4 sonstiges	- Unfreundlichkeit dem verletzten Patienten wird nicht geglaubt - grobe Pflege - abrupte Entlassung		9,14,15
		2.3.3 durch häufigen Personalwechsel	2.3.3.1 kein fester Ansprechpartner			1,2,14,18
			2.3.3.2 sich widersprechende Anweisungen			1,2,15
		2.3.4 bzgl. der ambulanten Versorgung	2.3.4.1 lange Wartezeiten			1,14,15,18
			2.3.4.2 mangelnde Fachkompetenz der Behandler	- Unerfahrenheit - Unwissenheit bzgl. Verbrennungsbehandlung		1,2,14,15,18
		2.4 bzgl. Kollegen und Chef des Angehörigen			- kein Verständnis, Desinteresse - keine praktische Unterstützung	5,18

Ergänzungen:

- Wunsch nach psychologischer Unterstützung:
 - 3x für sich selbst (4,12,17)
 - 9x für den verletzten Angehörigen (1,2,4,5,12,13,14,17,18)
- nur eine befragte Angehörige (12) hatte auf eigenes Drängen hin psychologische Unterstützung während der stationären Behandlung
- 8x explizites Lob der Intensivstation (1,2,7,8,12,13,14,15)
- 4x explizite Kritik an der Normalstation, v.a. wegen Zeitmangel und nicht ausreichenden Möglichkeiten, Fragen mit Ärzten oder Schwestern zu klären (1,2,7,13)
- 5x explizite Kritik an der Ambulanz, v.a. wegen langen Wartezeiten, wechselnden Behandlern und unklaren bzw. widersprüchlichen Aussagen (1,2,14,15,18)

Hauptkategorie	Kategorie 1. Ordnung	Kategorie 2. Ordnung	Kategorie 3. Ordnung	Kategorie 4. Ordnung/ Ankerbeispiele	Nennungen
3. psychisch	3.1 Ängste, Unsicherheit, Besorgnis	3.1.1 Verlustängste		- Verlust des verletzten Patienten durch Tod - bei Komplikationen im Verlauf	3,6,8,10,12,14,16
		3.1.2 Ängste aufgrund spezifischer Bedingungen		- Koma, Isolierung - Verbände - Warten auf Operation - Durchgangssyndrom	6,12,13,17,18,19
		3.1.3 Zukunftsängste	3.1.3.1 bzgl. Verletzungsausmaß	- Schwere - Heilung - Rehabilitation des Angehörigen	2,4,5,7,10,11,12,13,14,15,16,17,19
			3.1.3.2 bzgl. beruflicher Zukunft des Verletzten		1,4,5,12,15
			3.1.3.3 bzgl. Finanzen/Rente		1,2,4,5,12
		3.1.4 generalisierte Ängste, Angstzustände		- erhöhte Furcht vor erneutem Unfall - Sicherheitsverhalten	13,15,17
		3.1.5 sonstige Ängste	3.1.5.1 bzgl. psychischer Befindlichkeit des verletzten Patienten (siehe 2.1.2)		1,2,3,4,6,12
	3.1.5.2 bzgl. Pflege/Versorgung der Verletzungen			2,12,17	
	3.2 hoher Anspruch an sich selbst			- keine Schwäche zeigen - allem gerecht werden - für den verletzten Patienten da sein, alle seine Bedürfnisse erfüllen, trösten	1,2,3,4,5,9,11,13,14,17
	3.3 sonstige emotionale Reaktionen	3.3.1 Schockzustand		- bei Übermittlung der Nachricht - bei erster Konfrontation mit den Verletzungen	1,2,3,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,19
		3.3.2 Ärger		- über Behandler - bei Begutachtungen	2,3,5,7,9
		3.3.3 Wut, Zorn			4,5,8,12,14
		3.3.4 Ekel/ Überforderung		- bzgl. der körperlichen Verletzungen des verletzten Patienten	1,6,11,12
		3.3.5 Stimmungsschwankungen, Traurigkeit			6,11,12
		3.3.6 Verzweiflung			3,6,12
		3.3.7 Hilflosigkeit			4,12,15,17
		3.3.8 Erschöpfung			1,12,17
	3.4 sonstiges	3.4.1 Traumatisierung		- durch Anwesenheit beim Unfall des Patienten - durch Anwesenheit bei Verbandwechseln/OPs	10,17

		3.4.2 Grübeln			1,3,5,7
		3.4.3 Glaubens- krise			1,12
		3.4.4 Fokus auf Verlusten, Negati- vem			1,3,12

Ergänzungen:

- 2x Überforderung durch Alleingelassen-Werden mit sozialrechtlichen und finanziellen Problemen (1,2)
- 2x langfristige psychische Probleme der Interviewten (12: Depression, 17: Angstzustände und Burnout)

Haupt-kategorie	Kategorie 1. Ordnung	Kategorie 2. Ordnung	Kategorie 3. Ordnung	Kategorie 4. Ordnung/ Ankerbeispiele	Nennungen
4. beruflich	4.1 Übersteigen eigener zeitlicher Kapazitäten			- durch Arbeit und Pflege	2,5,13,14,18
	4.2 Desinteresse und mangelnde Unterstützung durch Kollegen/ Chef (siehe 2.4)				5,18
	4.3 sonstiges			- Mangel an Engagement der Mitarbeiter, Projekte laufen schlecht bei eigener Abwesenheit	18

Haupt-kategorie	Kategorie 1. Ordnung	Kategorie 2. Ordnung	Kategorie 3. Ordnung	Kategorie 4. Ordnung/ Ankerbeispiele	Nennungen
5. finanziell	5.1 Einschränkungen durch weniger Einkünfte/ zusätzliche Ausgaben	5.1.1 Verzicht		- Urlaub - neues Auto	1,2,4,14,15
		5.1.2 existenzielle Bedrohung		- offene Kredite/ Hausabzahlung	1,2,4
	5.2 Finanzstreitigkeiten	5.2.1 bzgl. Kostenübernahme		- Behandlung - brandgeschädigte Wohnung - ambulante Pflege - Medikamente, Heilmittel	1,7,13,14
		5.2.2 Rechtsstreit über Anwalt		- Schmerzensgeld - Verbrennung durch ärztliche Fehler	4,7,14
		5.2.3 Rentenstreit			2,5
	5.3 keine Möglichkeiten zur Finanzierung professioneller ambulanter Pflege				12,13

2x tatsächliche Berentung des Angehörigen erfolgt (12,14)

Hauptkategorie	Kategorie 1. Ordnung	Kategorie 2. Ordnung	Kategorie 3. Ordnung	Kategorie 4. Ordnung/ Ankerbeispiele	Nennungen		
6. im Alltag	6.1 erhöhter Zeitaufwand	6.1.1 Fahrten	6.1.1.1 zur Klinik		1,2,3,4,5,12,14,15,18		
			6.1.1.2 zu ambulanten Behandlungsterminen		1,4		
		6.1.2 Erledigung von Aufgaben für den verletzten Patienten		- Bankgeschäfte - Haushaltarbeiten - Wohnungsanierung - Polizeigespräche	1,2,4,5,8,11,13,18		
		6.1.3 Pflegerische Tätigkeiten am Patienten		- Verbinden - Eincremen	1,2,3,4,6,12,14,17		
		6.1.4 „Papierkrieg“ mit Versicherungen/ Bürokratie			11,15		
	6.2 Folgen von erhöhtem Zeitaufwand	6.2.1 Hobbys nicht mehr durchführbar				1,2,12	
			6.2.2 weniger Zeit für Pflege anderer Angehöriger		- behindertes Kind - pflegebedürftige Schwieger-/Eltern	2,7,12,13	
			6.2.3 Erhöhte Organisation nötig für	6.2.3.1 Haushaltserledigung			2,15
				6.2.4 Kinderbetreuung			1,2,3,12,18
	6.3 sonstiges	6.3.1 Probleme mit Heilmitteln			- Kompressionswäsche passt nicht	13	

b) Ressourcen

Haupt-kategorie	Kategorie 1. Ordnung	Kategorie 2. Ordnung	Kategorie 3. Ordnung	Kategorie 4. Ordnung/ Ankerbeispiele	Nennungen
1. sozial	1.1 bzgl. des verletzten Patienten	1.1.1 positive Veränderung in der Beziehung zum verletzten Patienten	1.1.1.1 Intensivierung der Beziehung		2,4,5,6,10,13,16,17
			1.1.1.2 Intensivierung der Sexualität		10
			1.1.1.3 Rückgang von Streitigkeiten		3
		1.1.2 Haltung/ Verhalten des verletzten Patienten	1.1.2.1 hohe Compliance und Motivation im Behandlungsprozess		2,7,8,13
			1.1.2.2 Angehöriger akzeptiert den eigenen veränderten Körper gut		2,9,11
			1.1.2.3 Angehöriger ist optimistisch, positiv gestimmt		5,7,9,11,15
			1.1.2.4 sonstiges	- verletzter Patient nimmt Familie wichtiger - mehr Verständnis	2,3,10,15
	1.2 bzgl. anderer Personen	1.2.1 nahe stehende Personen	1.2.1.1 emotionale Unterstützung	- Gespräche - Anteilnahme - Zuspruch	1,3,4,5,6,7,10,12,13,14,15,16,18,19
			1.2.1.2 praktische Unterstützung	- Übernahme von Einkäufen - Kinderbetreuung - Pflege - Besuche beim Verletzten	1,2,3,5,6,10,13,14,15,16,17
			1.2.1.3 Intensivierung von Beziehungen		2,3,5,10,12,15,17
		1.2.2 fremde Personen		- Interesse - Nachfragen	3,10,14
		1.3 bzgl. der Behandler	1.3.1 Informationsgabe/ Aufklärung		- zum medizinischen Verlauf - Pflege - Maßnahmen
					6,7,8,9,10,12,13,14,15,17
	1.3.2 menschlicher Umgang allgemein				1,2,3,6,8,9,12,14,15
	1.3.3 jederzeit Gesprächsangebote				2,3,8,9,10,13,14,15,16,17
	1.3.4 gutes Eingehen auf Bedürfnisse des Angehörigen				1,2,7,8,17
	1.3.5 hohe Fachkompetenz				1,2,16
	1.3.6 hohes Engagement				2,5,13,14,15
	1.4 bzgl. Kollegen und Chef	1.4.1 Verständnis, Interesse, Anteilnahme			2,5,13,16
		1.4.2 Unterstützung, praktische Hilfsbereitschaft		- Freistellung - Ermöglichung flexibler Arbeitszeiten	2,5,13,16

Hauptkategorie	Kategorie 1. Ordnung	Kategorie 2. Ordnung	Kategorie 3. Ordnung	Kategorie 4. Ordnung/ Ankerbeispiele	Nennungen
2. psychisch	2.1 Coping-Strategien	2.1.1 aktive Inanspruchnahme sozialer Ressourcen		- Familie - Freunde/ Bekannte	1,2,3,6,10,11,12,15
		2.1.2 Akzeptanz	2.1.2.1 der Situation/des Geschehenen		2,6,8,16,17
			2.1.2.2 des veränderten Äußeren des verletzten Patienten		3,6,8,9,12,14,18
		2.1.3 Hoffnung		- auf Genesung - auf guten Verlauf	1,2,6,7,10,11,12,14
		2.1.4 Optimismus	2.1.4.1 Fokus auf Fortschritt		2,7,10,13,14,15,18
			2.1.4.2 Fokus auf Kompetenzen des verletzten Patienten	- Stärke - Durchhaltevermögen	1,3,7,9,11,13,14,17,19
			2.1.4.3 Fokus auf Positivem allgemein		2,10,16
		2.1.5 Fokus auf eigenen Ressourcen/ Kompetenzen	2.1.5.1 den verletzten Patienten zu unterstützen		2,6,9,11,13,19
			2.1.5.2 eigene Stärke und eigenes Durchhaltevermögen		1,2,4,7,12
			2.1.5.3 selbstsicheres Verhalten	- Abgrenzung - Bestehen auf Arztkontakt - die eigene Meinung vertreten	2,4,6,12,13,17
			2.1.5.4 Vorwissen	- zu Verbrennungen - bzgl. Krankheiten - bzgl. Krankenhausaufenthalten	5,8,9
			2.1.5.5 auf soziale Ressourcen/ Rückhalt		2,3,8,15
		2.1.6 Relativierung	2.1.6.1 anhand bestehender Vorerkrankungen	- Krebs - Herzinfarkt	5,8,9
			2.1.6.2 anhand anderer, schwererer Fälle	- „downward comparison“	5,7,11,15,16
			2.1.6.3 innere Haltung: „Bei allem noch Glück gehabt!“		2,3,4,6,7,10,11,14,15
		2.1.7 Religiosität, Glaube, Spiritualität		- Beten - Gespräche mit Pfarrer	1,2,3,5,6,7,9,11,13,14,15,16,19
		2.1.8 bewusste Ablenkung		- soziale Aktivitäten - Hobbys	1,2,3,4,5,6,10,11,12,13,15,17
		2.1.9 Selbstberuhigung/ Selbstermutigung	2.1.9.1 sich Mut zusprechen		7,11
			2.1.9.2 Fokussieren darauf, dass Angehöriger in BGU gut aufgehoben ist		1,2,3,7,10,11,12,13,15,16
			2.1.9.3 Weinen		2,4
2.1.10 aktive Informationssuche		- bzgl. Ausmaß der Verletzung - Behandlung - Nachsorge	2,13,18		
2.1.11 sonstiges		- Humor, Geduld	2,13		

	2.2 Posttraumatic Growth	2.2.1 erhöhte Wertschätzung des Lebens		- Lebenszufriedenheit	2,3,10,11,13
		2.2.2 erhöhte Dankbarkeit		- für die erfahrene soziale Unterstützung - für die erfahrene Behandlung	10,11
		2.2.3 grundsätzlich veränderte Lebenseinstellung	2.2.3.1 Veränderung von persönlichen Wertigkeiten	- Familie und Privatleben wichtiger - Wissen, wer „echte Freunde“ sind	5,11,15
			2.2.3.2 erhöhte Bewusstheit, Nachdenklichkeit, mehr „Tiefgang“	- bewusstes Genießen körperlicher Unversehrtheit - Bewusstheit über Endlichkeit des Lebens	3,6,10,11,13,15
			2.2.3.3 spirituelle Neuorientierung/ Horizonterweiterung		1,11
		2.2.4 Beziehungen intensiviert	2.2.4.1 Beziehungen werden als tiefer und inniger erlebt		2,3,4,5,6,10,12,13,15,16,17
			2.2.4.2 es wird mehr Zeit mit gemeinsamen Aktivitäten verbracht	- mit Familie - mit verletztem Patienten	2,6,14,15

Haupt-kategorie	Kategorie 1. Ordnung	Kategorie 2. Ordnung	Kategorie 3. Ordnung	Kategorie 4. Ordnung/ Ankerbeispiele	Nennungen
3. beruflich	3.1 Bewahren von Normalität			- Struktur durch Arbeit	3,11,15
	3.2 Ablenkung, Kontextwechsel			- Konzentration auf Arbeitstätigkeit - soziale Kontakte	2,3,11,12,14,15,17

Haupt-kategorie	Kategorie 1. Ordnung	Kategorie 2. Ordnung	Kategorie 3. Ordnung	Kategorie 4. Ordnung/ Ankerbeispiele	Nennungen
4. finanziell	4.1 finanzielle Unterstützung/ Kulanz	4.1.1 durch Kostenträger		- BG	4
		4.1.2 durch Versicherung		- ADAC - Rechtsschutz - Unfallversicherung - Hausratsversicherung	1,7,10,13,15
		4.1.3 Sozialamt			6
	4.2 Möglichkeit zusätzlicher Einkünfte			- Aufnahme einer Arbeit zum Ausgleich finanzieller Einbußen	2,12,14

Haupt-kategorie	Kategorie 1. Ordnung	Kategorie 2. Ordnung	Kategorie 3. Ordnung	Kategorie 4. Ordnung/ Ankerbeispiele	Nennungen
5. im Alltag	5.1 sonstiges	5.1.1 schnelle Rückkehr zur Normalität			5,8,15,16,19
		5.1.2 Entlastung durch Einstellung einer Pflegekraft			2

Anhang E: An der Multicenterstudie beteiligte BG-Brandverletztenzentren

- **Offizieller Projekttitlel:** „Multicenterstudie: Evaluation und Weiterentwicklung psychotherapeutischer Interventionen für die Akut- und Rehabilitationsphase nach schweren Brandverletzungen
- **Finanzierung:** Forschungsprojekt gefördert durch den Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG)

- **Antragstellende:**

BG – Unfallklinik Ludwigshafen Klinik für Hand-, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie,
Schwerbrandverletztenzentrum der Universität Heidelberg
Chefarzt: Univ. Prof. Dr. med. G. Germann &
Psychologischer Dienst
Dipl.-Psych. G. Wind
Ludwig Guttman Str. 13
67071 Ludwigshafen

Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannstrost
Klinik für Plastische und Handchirurgie -Brandverletztenzentrum
Chefarzt: PD Dr. med. M. Steen &
Medizinische Psychologie
Dr. phil. Dipl.-Psych. U. Ullmann.
Merseburger Str. 165
06112 Halle / Saale

Freie Universität Berlin
Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie,
Arbeitsbereich Gesundheitspsychologie
PD Dr. B. Renneberg
Habelschwerdter Allee 45, Raum JK 25/100
14195 Berlin

Psychologisches Institut der Universität Heidelberg
Arbeitseinheit Klinische Psychologie und Psychotherapie
Prof. Dr. R. Bastine
Hauptstr. 47-51
69117 Heidelberg

- **An der Multicenterstudie beteiligte Kooperationspartner:**

BG Unfallkrankenhaus Hamburg
Klinik für Hand-, Plastische und Mikrochirurgie, schwer Brandverletzte
Chefarzt: Prof. Dr. med. B.-D. Patecke
Dipl. Psych. U. Engelmann, Pfr. Dr. C. Braune
Bergedorfer Str. 10
21033 Hamburg

Berufgenossenschaftliche Kliniken Bergmannsheil
Universitätsklinik
Klinik für Plastische Chirurgie und Schwerbrandverletzte
Chefarzt: Prof. Dr. H. U. Steinau
Dipl.-Psych. E. Rellecke
Bürkle-de-la-Camp Platz 1
44789 Bochum

Unfallkrankenhaus Berlin-Marzahn
Zentrum für Schwerbrandverletzte mit plastischer Chirurgie
Chefarzt: Dr. med. B. Hartmann
Dr. med. C. Uftring
Warener Str. 7
12683 Berlin

Anhang F: Fragebogen zum Körperbild nach Brandverletzungen von Brenner (2006)

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihren Körper und Ihre Brandverletzung. Es geht um die Einstellung, die Sie zu Ihrem Körper haben und um Ihren Umgang mit Ihren Narben.

Bitte kreuzen Sie nach jeder Aussage an, in welchem Ausmaß diese für Sie zutrifft. Dabei gibt es keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Es geht um Ihre ganz persönliche Sichtweise.

Ein Kreuz ganz rechts würde bedeuten, dass die entsprechende Aussage für Sie völlig zutrifft; ein Kreuz ganz links würde bedeuten, dass die Aussage für Sie überhaupt nicht zutrifft.

A) Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Körper?

Ich bin mit meinem Körper.....

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

überhaupt
nicht
zufrieden

weder
noch

völlig
zufrieden

B) Wie gut gelingt es Ihnen im Allgemeinen, Ihren Körper zu akzeptieren?

Ich akzeptiere meinen Körper

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

überhaupt
nicht

weder
noch

völlig

C) Wie wichtig ist Ihnen gutes Aussehen/Attraktivität?

Es ist mir wichtig, gut auszusehen.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

überhaupt
nicht

weder
noch

sehr

Wichtig: Falls Sie Narben an mehreren Körperstellen haben, beziehen Sie sich mit Ihrer Antwort im Folgenden bitte auf die Narben, die Sie am meisten beeinträchtigen.

Bitte beantworten Sie die Aussagen nun auf einer Skala von 1 bis 5. Ein Kreuz ganz rechts („trifft genau zu“) würde wieder bedeuten, dass die entsprechende Aussage für Sie genau zutrifft; ein Kreuz ganz links („trifft nicht zu“) würde bedeuten, dass die Aussage für Sie gar nicht zutrifft.

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teil- weise zu	trifft zu	trifft genau zu
1. Ich fühle mich wohl in meinem Körper.	<input type="checkbox"/>				
2. Wenn ich in den Spiegel sehe, achte ich vor allem auf meine Narben.	<input type="checkbox"/>				
3. Ich habe Angst, dass fremde Menschen mich wegen meiner Narben ablehnen.	<input type="checkbox"/>				
4. Es fällt mir schwer, meine Narben zu berühren.	<input type="checkbox"/>				
5. Ich kann zu meinen Narben stehen.	<input type="checkbox"/>				
6. Ich denke viel darüber nach, ob andere Leute ein Problem mit meinem Aussehen haben.	<input type="checkbox"/>				
7. Ich verberge meine Narben vor anderen.	<input type="checkbox"/>				
8. Ich vermeide es, meine Narben anzuschauen.	<input type="checkbox"/>				
9. Es ist mir unangenehm, wenn fremde Menschen meine Narben sehen.	<input type="checkbox"/>				
10. Es kommt nur selten vor, dass ich wegen meiner Narben traurig bin.	<input type="checkbox"/>				

trifft nicht zu trifft eher nicht zu trifft teilweise zu trifft zu trifft genau zu

11. Es fällt mir schwer, meinen Körper zu akzeptieren.

1 2 3 4 5

12. Es ärgert mich, wenn mich jemand anstarrt.

1 2 3 4 5

13. Wegen meiner Narben fühle ich mich im Kontakt mit anderen gehemmt.

1 2 3 4 5

14. Ich schaue mich gern im Spiegel an.

1 2 3 4 5

15. Ich vermeide bestimmte Sportarten (z.B. schwimmen oder anderes), bei denen andere meine Narben sehen könnten.

1 2 3 4 5

16. Es fällt mir schwer, meine sexuellen Aktivitäten zu genießen.

1 2 3 4 5

17. Ich vermeide es, mich mit meinen Narben im Spiegel anzuschauen.

1 2 3 4 5

18. Es ist mir unangenehm, wenn mir vertraute Menschen meine Narben sehen.

1 2 3 4 5

19. Es ist o.k. für mich, mich an meinen verletzten Stellen berühren zu lassen.

1 2 3 4 5

20. Personen des anderen Geschlechts gegenüber fühle ich mich gehemmt.

1 2 3 4 5

21. Ich mache mir viele Gedanken über meinen Körper.

1 2 3 4 5

22. Ich habe Angst, dass mir nahe stehende Menschen mich wegen meiner Narben ablehnen.

1 2 3 4 5

23. Ich achte bei der Wahl meiner Kleidung darauf, dass meine Narben verdeckt sind.

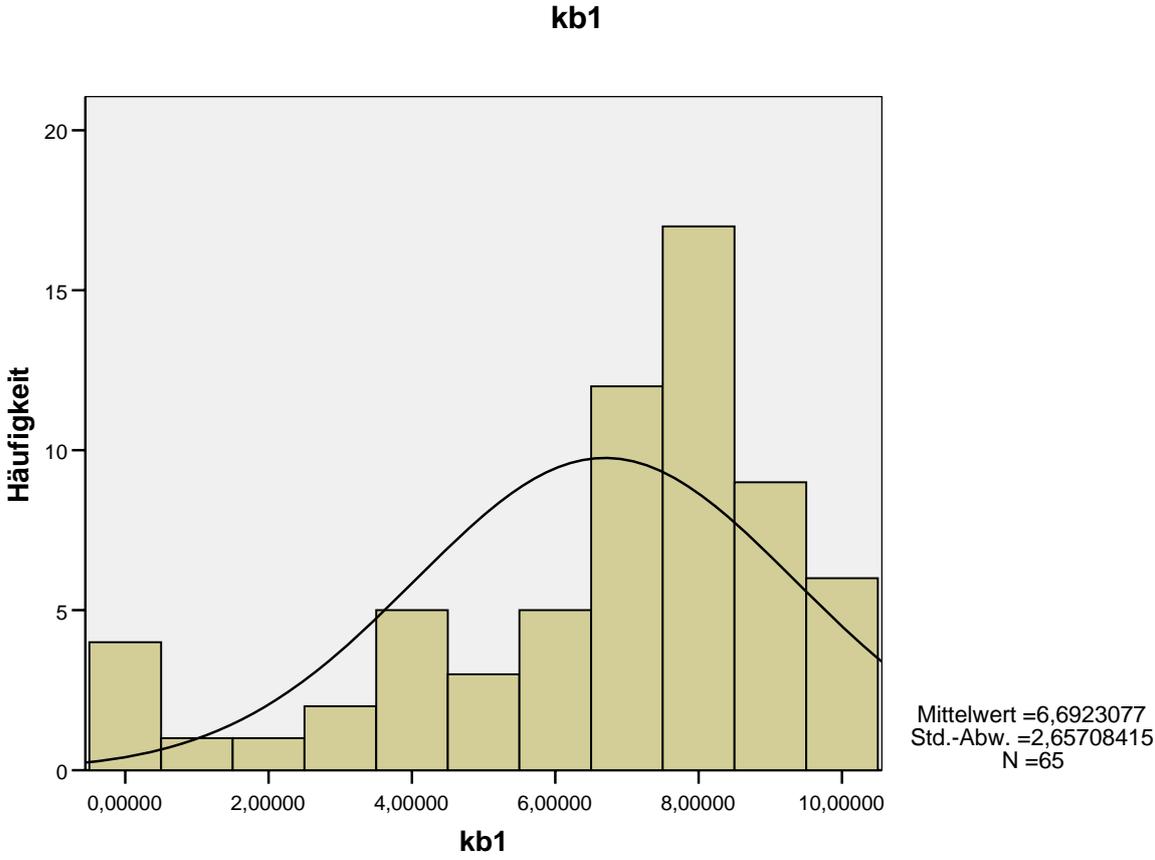
1 2 3 4 5

24. Insgesamt bin ich zufrieden mit meinem Aussehen.

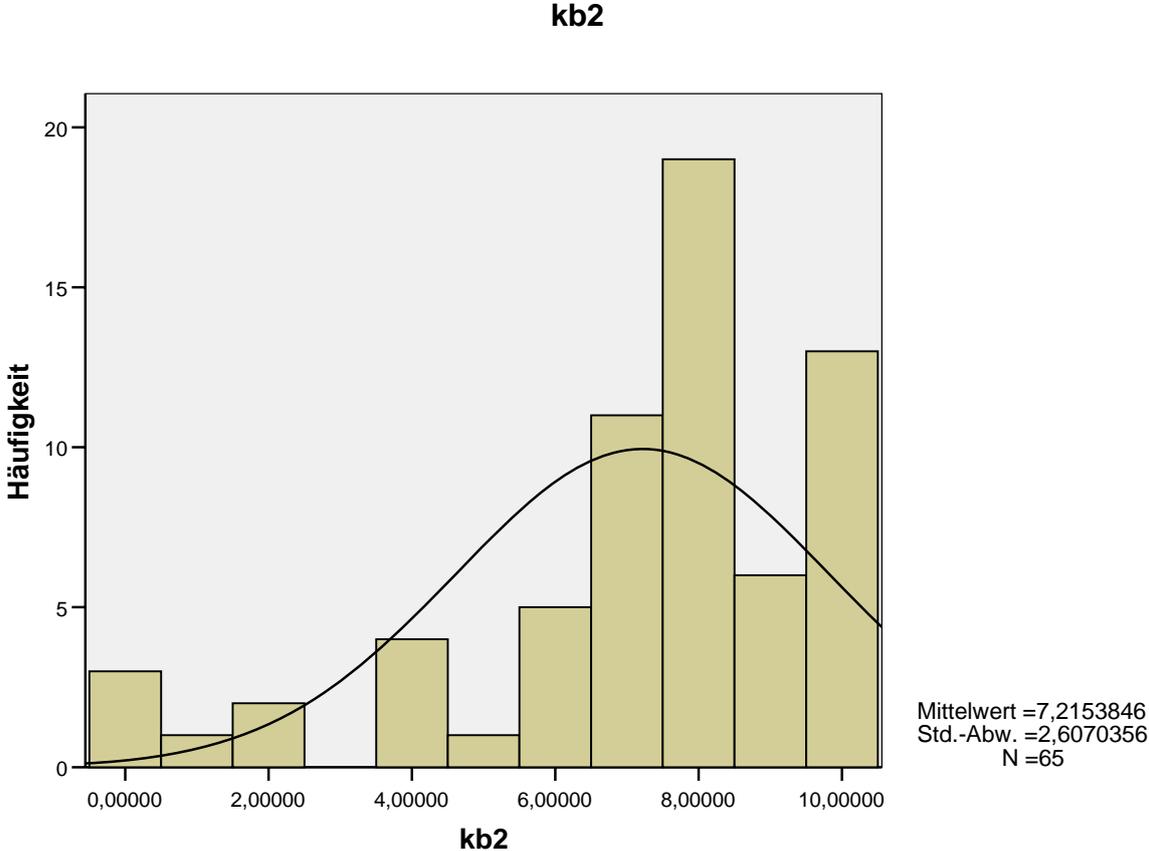
1 2 3 4 5

Anhang G: Rohwerteverteilungen der drei Eingangsisems im FKBB sowie der FKBB-Gesamtwerte

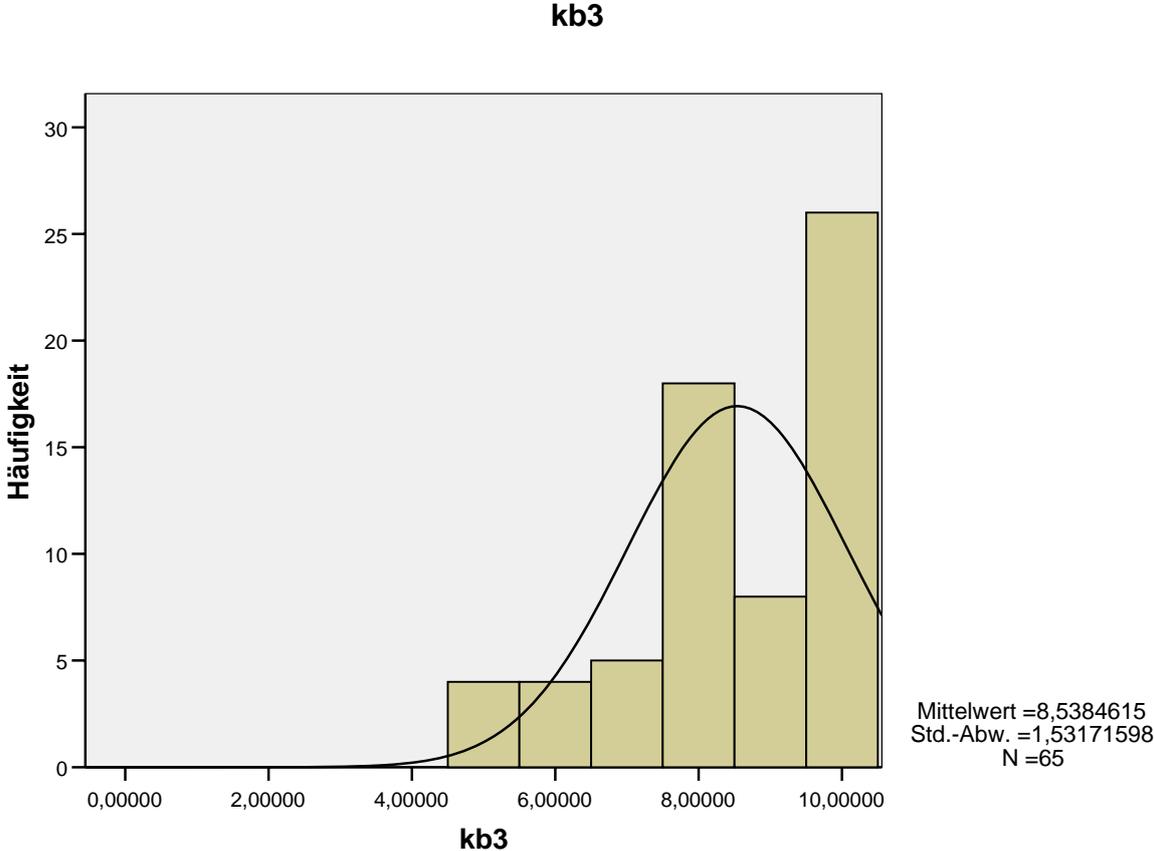
Eingangsisem 1: Zufriedenheit mit dem eigenen Körper



Eingangstem 2: Körperakzeptanz

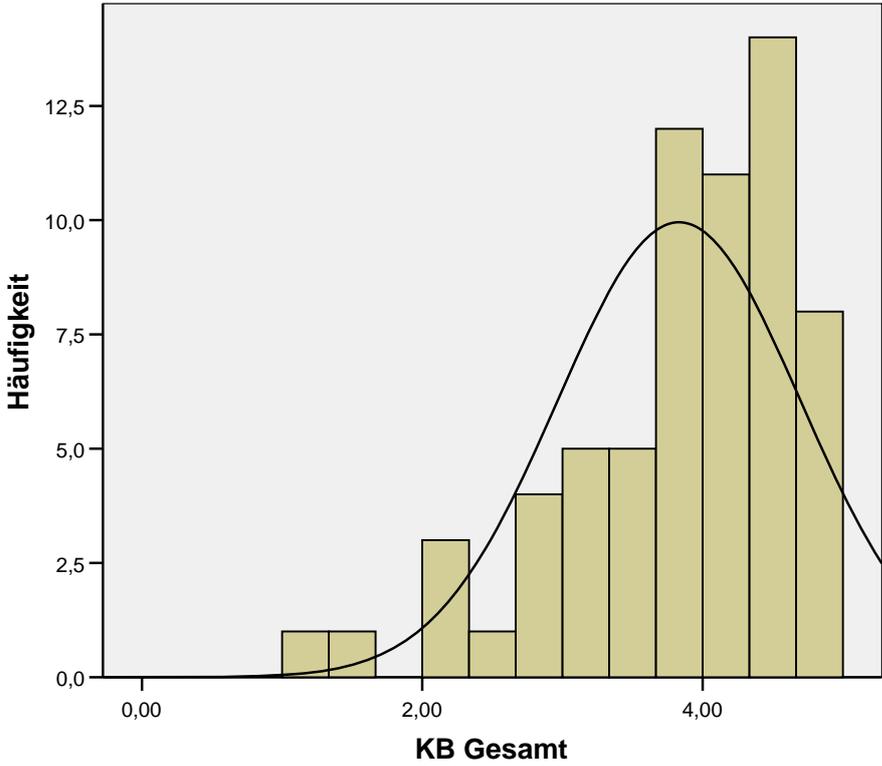


Eingangstem 3: Wichtigkeit von Attraktivität und Aussehen



FKBB-Gesamtwert

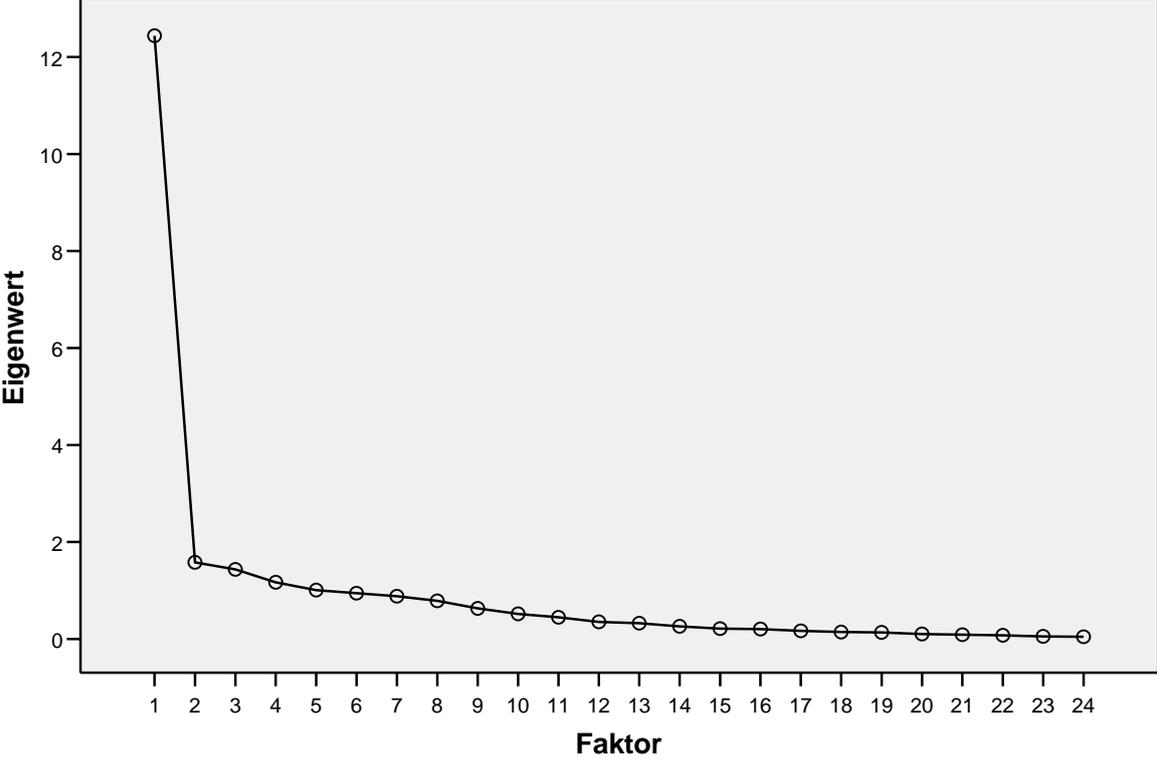
KB Gesamt



Mittelwert =3,8314
Std.-Abw. =0,86835
N =65

Anhang H: Screenplot zur Veranschaulichung der Eigenwerte der Faktoren bei einer rotierten Varimax-Faktorenanalyse der FKBB-Daten

Screepplot



Anhang I: Ladungsmatrix der FKBB-Items bei einer drei-Faktoren-Lösung

Item Nr.	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Item
1	.660	.450		„Ich fühle mich wohl in meinem Körper.“
3	.628	.530		„Ich habe Angst, dass fremde Menschen mich wegen meiner Narben ablehnen.“
4	.679			„Es fällt mir schwer, meine Narben zu berühren.“
6	.633	.550		„Ich denke viel darüber nach, ob andere Menschen ein Problem mit meinen Narben haben.“
8	.824			„Ich vermeide es, meine Narben anzuschauen.“
11	.711	.457		„Es fällt mir schwer, meinen Körper zu akzeptieren.“
12	.718			„Es ärgert mich, wenn mich jemand anstarrt.“
13	.732	.494		„Wegen meiner Narben fühle ich mich im Kontakt mit anderen gehemmt.“
17	.627	.492		„Ich vermeide es, mich mit meinen Narben im Spiegel anzuschauen.“
18	.641	.474		„Es ist mir unangenehm, wenn mir vertraute Menschen meine Narben sehen.“
20	.615	.503		„Personen des anderen Geschlechts gegenüber fühle ich mich gehemmt.“
21	.484	.444		„Ich mache mir viele Gedanken über meinen Körper.“
22	.656	.597		„Ich habe Angst, dass mir nahe stehende Menschen mich wegen meiner Narben ablehnen.“
24	.597			„Insgesamt bin ich zufrieden mit meinem Aussehen.“
2		.530		„Wenn ich in den Spiegel sehe, achte ich vor allem auf meine Narben.“
7		.788		„Ich verberge meine Narben von anderen.“
9	.612	.614		„Es ist für mich unangenehm, wenn fremde Menschen meine Narben sehen.“
15		.837		„Ich vermeide bestimmte Sportarten (z.B. schwimmen oder anderes), bei denen andere meine Narben sehen könnten.“
16	.495	.574		„Es fällt mir schwer, meine sexuellen Aktivitäten zu genießen.“
23		.859		„Ich achte bei der Wahl meiner Kleidung darauf, dass meine Narben bedeckt sind.“
5			.596	„Ich kann zu meinen Narben stehen.“
10			.615	„Es kommt nur selten vor, dass ich wegen meiner Narben traurig bin.“
14	.517		.559	„Ich schaue mich gerne im Spiegel an.“
19			.633	„Es ist okay für mich, mich an meinen verletzten Stellen berühren zu lassen.“

Anmerkung: Korrelationen <.4 werden nicht aufgeführt.