

Psychische stress bij 'geavanceerde' medische zorg - de kunstnierbehandeling

door J. C. Loos

Inleiding

In dit artikel worden psychische mechanismen beschreven, optredend bij en na ingrijpende medische behandelingsmethodieken. De laatste jaren worden psychiaters en ook wel klinisch psychologen, werkzaam in algemene ziekenhuizen in toenemende mate geconsulteerd om hulp te verlenen aan patiënten die, dankzij de stormachtige ontwikkeling binnen de geneeskunde, behandeld worden met de meest ingewikkelde apparatuur (intensive care-afdelingen, beademingspatiënten, transplantatie- en kunstnierpatiënten), maar psychisch hiervan vaak ernstige repercussies onder vinden. Freyberger (*Praxis der Intensivbehandlung*, 1968) spreekt van nieuwe psycho-syndromen: hopeloosheid, angst en catastrofe-reacties, depressies. Waar dit nieuwe veld van psychiatrische hulpverlening slechts incidenteel is geëxploreerd, wordt in deze bijdrage het accent gelegd op psychische stressfactoren bij de kunstnierbehandeling. Als themata komen aan de orde: (1) het thema patiënt-apparatuur, (2) aanpassingsproblemen, stress-factoren en reacties op de kunstnierbehandeling, en (3) ontkennings- en vermijdingsgedrag.

De kunstnier die de mogelijkheid schept van intermitterende haemodialyse bij chronische nierinsufficiëntie, is een voorbeeld van de verworvenheden van moderne technologie. Onafhankelijk van elkaar werkten in Zweden en Nederland gedurende de oorlogsjaren '40-'45 de artsen Alwall en Kolff aan de ontwikkeling van een experimentele kunstnier. Hoewel het principe eenvoudig is, heeft het tot 1960 geduurd voor men in de Verenigde Staten door middel van een Scribnershunt ook patiënten kon behandelen bij wie de nierfunctie blijvend was uitgevallen. Het doel van de kunstnier is de functie van de uitgevallen eigen nieren over te nemen en zo het bloed te zuiveren van metabolieten alsmede de water- en zouthuishouding te reguleren.

Nu de behandeling met de kunstnier het experimentele stadium

voorbij is en meer regelmatig wordt toegepast, blijft de vraag in hoeverre deze behandeling op onbeperkte schaal kan worden toegepast. Voor ons land is deze vraag nog eens duidelijk aan de orde gesteld door Wijdeveld, de Graeff en Struyvenberg (1975). Het totale aantal kunstnierpatiënten in Nederland is heden \pm 1300, waarvan \pm 120 thuisdialysepatiënten. De norm waarvan men destijds is uitgegaan (rapport commissie de Graeff, 1972) was 71 patiënten op één miljoen inwoners. Patiënten die met een kunstnier behandeld worden gaan twee à drie maal per week naar een ziekenhuis om hier gedurende vijf à zes uur gespoeld te worden.

1 Het thema patiënt-apparatuur

Niet alleen van gedragswetenschappelijke zijde, maar ook vanuit de medische wereld wordt gesteld dat de toepassing van moderne technische apparatuur van psychologisch standpunt uit beperkt wordt door het incasseringsvermogen van de patiënt. Hattinga Verschuere (1973) noemt als voorbeeld de psychisch zware stress bij sommige beademingspatiënten en bij chronische haemodialysepatiënten. Scribner (1974) verwijst naar een in 1964 gehouden voordracht waarin hij de verwachting uitspreekt dat, 'nu niet meer alle energie opgaat in het slechts in leven houden van de patiënt, wij steeds meer geconfronteerd zullen worden met de psychische en emotionele gevolgen van deze in het leven van de patiënt ingrijpende behandeling'. Het is duidelijk dat van de moderne apparatuur, waaronder begrepen de kunstnier, een verantwoord, op de individuele patiënt gericht gebruik moet worden gemaakt. Het feit, dat de laatste jaren de discussie rondom de toepassing van levensverlengende apparatuur niet meer alleen op strikt medisch niveau wordt gevoerd, maar dat we ook hier steeds meer voorbeelden zien van interdisciplinaire samenwerking, kan als een belangrijke vooruitgang worden gezien. Terecht wordt in een redactioneel hoofdartikel (J.A.M.A. 1968) gesteld dat het voor de medicus-specialist een te zware opgave is om alleen te beslissen over de vraag 'of' en 'wanneer' de vitale functies van het menselijk lichaam moeten worden overgenomen met technische hulpmiddelen. Daarom dienen naar veler mening dergelijke ingrijpende beslissingen bij voorkeur in teamverband te worden genomen.

In 'Medicine and the quality of life' spitsen Elkinton (1966) en o.a. Lewis (1966) deze kwestie toe op de toepassing van intermitterende haemodialyse; zij vragen zich af of voor de toepassing van de kunstnier voldoende aandacht is besteed aan de kwaliteit van het menselijk leven in relatie tot die behandeling. Abram (1970) beschrijft aan de hand van de in 1970 beschikbare gegevens het 'being hooked up to the machine' in een artikel: 'Survival by machine'. Van de dialysepatiënt wordt verwacht dat hij zich zowel afhankelijk als onafhankelijk zal op stellen. Hij/zij moet zich onderwerpen aan de voorgestelde behandeling met alle restricties van dien (diëet, vochtbeperking, regels van de afdeling, etc). Anderzijds wordt verwacht dat de dialysepatiënt een nor-

maal leven leidt (bijvoorbeeld werkhervatting). Conflicten in dit opzicht doen zich vooral voor bij patiënten met onopgeloste afhankelijkheidsbehoeften. Dit leidt niet zelden tot extreme afhankelijkheid, secundaire ziekte winst (Dansak, 1972) of vlucht in de ziekte. Kaplan de Nour (1970) wijst op voorkomende regressieverschijnselen als gevolg van gedwongen afhankelijkheid. Het zijn overigens de kunstnierpatiënten zelf die zich op indringende wijze uitlaten over deze gedwongen afhankelijkheid. 'Though my contact with the machine is for only thirty hours a week, it is seldom, if ever completely out of my mind. It maintains a powerful almost frightening hold on my life. Where it is not for the kidney, I would not be there to write this, and yet I find it impossible to make friends with the monster' (Abram, 1970, pag. 42). Zo kunnen in een extreme afhankelijkheidssituatie patiënt en apparatuur versmelten tot een symbiotische eenheid. De fantasieën rondom een shunt (verbinding tussen bloedbaan en kunstnier) wijzen eveneens op de ambivalente gevoelens jegens de apparatuur, waar de patiënt zich afhankelijk van weet en waar hij zich vaak de gevangene van voelt. 'I have compared my relationship at that time to the kidney machine to that of a child's doll, which would only walk after having being wound, but would soon come to a stop unless it were rewound; I needed to rewind the dialysis. Thus the patient is the prisoner of his haemodialysis machine' (Rapaport, 1974).

Als voorbeeld van dehumanisering en verlies van identiteit vermelden Borgenicht e.a. (1969) de ervaringen van een thuisdialysepatiënt: 'When I am on dialysis I am half robot, half machine, or half robot, half man'. Shea e.a. (1965) vermelden hoe de symbiotische versmelting van mens en apparatuur wordt uitgebeeld via de tekeningen van een patiënt (vooral op kindertekeningen).

Wright (1966) wijst op de symbolische betekenis van de kunstnier als placenta en de shunt als navelstreng. Abram, een psychoanalyticus, citeert in dit verband ook Blaine (1966) die de kunstnier vergelijkt met de ijzeren long, als de veilige omgeving, de kunstmoeder, die de patiënt vreest te moeten verlaten: 'From a psycho-analytic view-point this prison between patient and machine complicates the process of separation and individuation in the extreme symbiosis of the early infant mother relationship' (Abram, 1970, pag. 43). De vergelijking met poliomyelitis patiënten vinden we ook bij Prugh en Taguiri (1954) die in een goed gedocumenteerd verslag o.a. melding maken van science-fictionachtige fantasieën, vooral bij kinderen. Mededelingen van dialysepatiënten (droombeelden) tonen eveneens aan dat science fiction associaties vaker voorkomen. Vermeldenswaard is het verhaal van een predikant die na te zijn gedialyseerd, in zijn eerste preek daarna het thema van de verrezen Lazarus aansneemt en zichzelf daarbij beschrijft als de moderne Lazarus, gered door het wonder . . . van de geavanceerde medische hulpverlening. Tijdens een sessie merkt een patiënt, bij Abram in psycho-analyse, op: 'We are sort of zombies, . . . sort of close to death . . . I guess we are like

the living dead . . . somebody who should be dead but who is not. In essence we are dead anyway. I will never have the feeling of being a whole human being. Even if I have a (kidney) transplant one of these days, I will never get over the feeling, I am already dead' (Abram, 1970, pag. 44).

Op grond van het bovenstaande kan worden vastgesteld, dat de afhankelijkheidssituatie, respectievelijk de afhankelijkheids-situatie binnen het kader van de apparaat-patiënt relatie zich bij uitstek leent voor psycho-analytische duidingen. Men moet hier toch met enige reserve tegenover staan. De dialysepatiënten op wie de boven beschreven citaten van toepassing zijn, vormen een minderheid binnen de totale populatie van kunstnierpatiënten en er zijn wetenschappelijke bezwaren tegen de gechargeerde visie die Abram zelf heeft ten opzichte van de dialysepatiënt wanneer hij bijvoorbeeld zegt: 'Ik zie deze patiënten als levende doden die tweemaal per week door de kunstnier tot leven komen', of wanneer hij ze beschrijft als 'levende kunstnieren'. Wel kan het voorkomen dat voor de dialysepatiënten die hun behandeling over het algemeen goed aankunnen, de kunstnier een corpus alienum blijft. Norton (1969) relateert te veel de afhankelijkheid van de dialyse-apparaat, waar hij stelt dat de apparaat vrijwel feilloos functioneert. Wel voegt hij hieraan toe dat er een afhankelijkheid blijft ten opzichte van de mensen die de apparaat bedienen (verpleegkundigen, technici). In een verslag over groepstherapie met dialysepatiënten maken Wijsenbeek en Munitz (1970) melding van ervaringen van dialysepatiënten die 's nachts niet kunnen slapen (bij dialyse gedurende de nacht). Men voelt zich toch niet geheel 'safe', zoals mensen die niet in een vliegtuig kunnen slapen, als gevolg van een steeds aanwezig gevoel van spanning. Deze angst en afhankelijkheidsgevoelens verdwijnen vaak zeer langzaam. Dialyse-patiënten verschillen onderling in hun afhankelijkheidsreacties ten opzichte van de kunstnier. Persoonlijkheidsfactoren en eerder opgedane ervaringen spelen in dit opzicht zeker een rol. Angstige, neurotische patiënten en personen die ook in eerdere levensomstandigheden van een afhankelijke instelling blijf gaven, zullen op de kunstnierbehandeling overeenkomstige reacties vertonen.

Een bekend gegeven is dat bij de de zogenaamde acute gevallen - waarbij voorbereiding en informatie vooraf niet mogelijk was - de angst voor de apparaat en de afhankelijkheidsreacties ten opzichte van het bedienend personeel steeds overheerst, zodat de ter plaatse aangeboden informatie niet verwerkt wordt. Opgemerkt kan worden dat vanuit de afdeling veel kan worden gedaan om deze afhankelijkheidsreacties te beperken. Wanneer de patiënten zoveel mogelijk worden ingeschakeld bij aan- en afsluiten en bij die handelingen die niet specifiek door het verplegend personeel moeten worden verricht (vgl. het leren hanteren van de injectie-naald door diabetes patiënten), kunnen sterke afhankelijkheidsreacties worden voorkomen. Dit geldt eveneens voor alle vorm van overprotectie van de kant van het verplegend personeel en de

familie. Terloops zij hierbij opgemerkt dat dialysepatiënten die niet binnen de afdeling zelf vanaf het begin hebben geleerd bepaalde handelingen zelf te verrichten, uiterst moeilijk zijn op te leiden voor thuis- of hoteldialyse. Men zal meer dan nu het geval is een strategie moeten volgen die erop gericht is zoveel mogelijk handelingen door de patiënt zelf te laten verrichten.

In hoeverre is de dialysepatiënt vergelijkbaar met andere patiënten die in sterke mate afhankelijk zijn van medische apparatuur, welke vitale functies moet overnemen? Naast poliomyelitispatiënten denke men aan hartpatiënten (hart-long apparatuur bij open hartchirurgie, monitor en pacemaker), en de groep patiënten die om andere redenen dan de genoemde afhankelijk zijn van beademingsapparatuur. In de literatuur over de psychologische implicaties van intensieve behandelingsvormen wordt vooral het accent gelegd op de reactie-patronen als gevolg van een acuut lijden (Prugh en Taguiri, 1954; Visotsky e.a., 1961), vermijdingsgedrag, en sterke afhankelijkheidsreacties ten aanzien van het medisch en verplegend personeel. Voor patiënten die geconfronteerd worden met de apparatuur bij hartchirurgie en de patiënten die op een cardio-monitor zijn aangesloten is de confrontatie met deze apparatuur van tijdelijke aard, hetgeen meestal ook het geval is bij beademingspatiënten. Hackett en Cassem (1972) vermelden dat ongeveer de helft van de monitorpatiënten zich gerustgesteld voelt door de aanwezigheid van de monitor. Vrouwelijke patiënten reageren hierop overigens positiever dan mannen.

Patiënten bij wie een pacemaker is geïmplantéerd behoren over het algemeen tot een oudere leeftijdsgroep. De gegevens van Blacker en Basch (1970), Greene en Moss (1969), Brown en Hackett (1967), tonen aan dat de implantatie voor de patiënt een emotioneel sterke betekenis heeft. Het is een vreemd, ongrijpbaar orgaan, waarvan de patiënt zich absoluut afhankelijk weet, zonder dat hij er invloed op kan uitoefenen. De pacemaker wordt geassocieerd met het hart, het orgaan met de grootste emotionele lading voor de mens. Deze permanente afhankelijkheid vinden we evenzo bij de kunstnierpatiënt. Hoewel er sprake is van een zekere overeenkomst (tijdelijk of permanent) met patiënten die wat hun leven betreft afhankelijk zijn van kunstmatige organen, lijken kunstnierpatiënten naar de aard van hun ziekte toch meer gelijkenis vertonen met bijvoorbeeld diabetes patiënten (Scribner, 1974): afhankelijkheid van insuline, chronisch ziek zijn, diëtvoorschriften, verminderde fertiliteit, verhoogde mortaliteit. Abram (1974) vergelijkt de kunstnierpatiënt met kankerpatiënten die tweemaal per week in het ziekenhuis moeten worden bestraald. Kunstnierpatiënten, die niet voor een transplantatie in aanmerking komen, blijven altijd afhankelijk van de kunstnier, die overigens geen leven op lange termijn garandeert. Voor veel kunstnierpatiënten is het een bittere pil te moeten ervaren dat met de duur van de dialysebehandeling de kans op complicaties, gevolg van het voortbestaan van het chronisch nierlijden, toeneemt. Dit houdt in dat de kunstnier tot een levensverlengende maar niet tot de uiteinde-

lijk levensreddende apparatuur behoort.

2 Aanpassingsproblemen, stress-factoren en reacties op de kunstnierbehandeling

In de eerste jaren van de toepassing van de kunstnier wordt frequent melding gemaakt van ernstige psychische decompensaties (o.a. Abram, 1970) waaronder begrepen depressies, emotionele instabiliteit en paranoïde psychosen (Brown, 1962). Kunstnierpatiënten staan niet zelden voor de opgave chronisch te leren leven met de kunstnier. Dit 'being hooked up to the machine' wordt door veel auteurs als een enorme stress gezien. In de jaren 1963-1968 verschijnen de eerste publicaties over enkele follow-up studies waarin aandacht wordt besteed aan de psychosociale aspecten van de behandeling, al laten de relatief kleine aantallen onderzochte patiënten geen significante conclusies toe. De opvattingen lopen daarom in deze jaren sterk uiteen. Barber (1963) en Gutsch (1964) laten zich vrij optimistisch uit over hun patiënten. Zij spreken over een goede moraal, voortzetting van activiteiten en coöperatief gedrag. Gombos (1964) accentueert de afhankelijkheids-situatie en vermeldt psychische reacties als zich terugtrekken, angst, negeren van dieetvoorschriften en suïcide neigingen. Hierbij zijn in aanmerking genomen dat de door Gombos beschreven patiëntengroep was geselecteerd op 'first come, first served' basis. Sand e.a. (1966) vermelden redelijke aanpassingsresultaten en schrijven die toe aan de screeningsprocedure vóór de behandeling. Zij kennen grote betekenis toe aan de mogelijkheid van thuisdialyse, voortzetting van werkzaamheden en stress-tolerantie. Het meest aangepast waren patiënten met: een intelligentie van voldoende niveau; een minder defensieve houding ten aanzien van het uiten van angstgevoelens en emoties; minder conversieklachten; aanwezigheid van steun van het eigen milieu (partner, ouders).

Wright e.a. (1966) onderscheiden als stressfactoren: het verlies van bepaalde lichamelijke functies (potentieverlies, niet meer kunnen urineren), verlies van contacten, verlies van toekomstperspectief, verlies c.q. verandering van levenspatronen, verlies van status en financiële mogelijkheden, verlies van werk en/of carrière mogelijkheden. Meldrum e.a. (1968) wijzen er in een follow-up studie van 24 patiënten op, dat een emotioneel stabiele omgeving (gezin) en een duidelijke motivatie van de patiënt onmisbaar zijn voor een goede aanpassing aan de kunstnierbehandeling. Kaplan de Nour e.a. (1968) beschrijven een groep van negen patiënten met een follow-up van een jaar. Zij noemen mechanismen als ontkenning, vermijdingsgedrag, reactieformatie en projecties. Deze mechanismen leiden, ongeacht de achtergrond hiervan en ondanks hun adaptieve functie, tot een aanzienlijke egobeperking. Deze auteurs menen dat de belangrijkste stressfactoren het gevolg zijn van de afhankelijkheid van de apparatuur, van de staf en van de gemeenschap. Deze afhankelijkheid wordt moeilijk aanvaard en roept

verzet op. Deze agressie kan moeilijk geuit worden, omdat er immers afhankelijkheid van de omgeving bestaat. Dit leidt tot mobilisatie van afweermechanismen, die een duidelijk adaptieve functie hebben. Wright e.a. (1966) menen dat stressfactoren een voortdurende bedreiging vormen voor het gevoel van eigenwaarde van de dialysepatiënt. De patiënt en zijn omgeving (afdeling, gezin) hebben hoge verwachtingen van de kunstnierbehandeling. Wordt aan deze verwachtingen niet voldaan, dan geven de partners vaker uiting aan hun teleurstelling dan de patiënten zelf. Bij een aantal dialysepatiënten ontstaan echter complicaties, zowel in fysiek als in psychosociaal opzicht, die niet worden voorzien. Slechts zelden wordt vermeld dat het hele dialysegebeuren een proces is van een langzaam voortgaande fysieke en sociale invalidering (Loos, 1973).

Aanpassingsgedrag blijkt moeilijk te voorspellen. Kaplan de Nour e.a. (1971) menen dat voor de beoordeling daarvan geen uniforme criteria zijn. Wat is een goede aanpassing? In de verschillende centra wordt hier uiteenlopend over gedacht. 'In some places most members of the team have been of the opinion that life on dialysis is a horrible thing, look at those miserable patients. At other places we (K. de N.) have heard that dialysis is a wonderful treatment and that their patients are happy, adjusted and rehabilitated' (pag. 534). Op grond hiervan stellen zij als hypothese dat de meningsvorm over de patiënten vanuit een dialyseteam gedeeltelijk berust op waarneembaar gedrag (feiten) maar ook beïnvloed wordt door andere factoren (wensen, verwachtingen en vooroordelen). Dit zou ook kunnen verklaren waarom er zo verschillend wordt geoordeeld over wel of niet aangepast gedrag, een gegeven dat vaker wordt vermeld. De verpleging denkt vaak zeer uiteenlopend over wat in feite een aangepaste dialysepatiënt is. De verpleegkundigen hanteren hier duidelijk een afdelingscriterium (houden aan de regels, diët-vochtbeperking, niet lastig zijn, meewerken etc.). Wanneer psychiater of psycholoog op patiëntenbesprekingen in het midden brengen dat dit ook voorbeelden kunnen zijn van angstig, infantiel, regressief of afhankelijkheidsgedrag, wordt deze visie niet steeds door de verpleegkundige gedeeld. Samenvattend kan worden gesteld dat de volgende factoren verband houden met een redelijk goede aanpassing:

- a uit hetero-anamnestiche gegevens moet blijken dat de patiënt in staat is moeilijke situaties te verwerken (frustratie-tolerantie c.q. incasseringsvermogen);
- b een positieve motivatie ten aanzien van de dialyse-situatie;
- c voldoende steun van het eigen milieu met goede relaties tot de partner of ouders;
- d een onafhankelijke maar open houding ten aanzien van de dialysebehandeling, dat wil zeggen de mogelijkheid en bereidheid uiting te geven aan gevoelens;
- e afweermechanismen (aanpassingsmechanismen). Deze functioneren niet alleen als aanpassingsmogelijkheid bij acute dialysepatiënten, maar ook bij patiënten die al langer worden behan-

deld. Ze dienen derhalve als adequate zelfbeschermingsmaatregelen te worden beschouwd (Schneemann, 1971) en werken angstreducerend.

In aansluiting aan deze factoren dient te worden opgemerkt, dat de factor intelligentie over het algemeen niet voldoende differentieert ten aanzien van een geslaagde of niet geslaagde aanpassing. Voorts moet nog aandacht worden besteed aan het verloop van het aanpassingsgedrag. Cramond e.a. (1967) noemen als eerste fase die van de dankbaarheid. Door inschakeling van de kunstnier wordt het leven van de patiënt gered, maar hij realiseert zich nog niet wat de consequenties hiervan zijn. In een tweede fase (na de eerste spoelingen) moet de patiënt leren aanvaarden dat hij een fatale nierziekte heeft en dat intermitterende dialyse de enige mogelijkheid is om te kunnen blijven leven. Het is bekend dat in deze fase veel moeilijkheden worden overwonnen, zoals vrees voor eigen bloed buiten het lichaam en angst voor de apparatuur. De veranderingen in de lichaamsbeleving worden als een bedreiging beleefd (niet meer urineren bijvoorbeeld). De shunt, de verbindingsschakel tussen patiënt en kunstnier, wordt als niet eigen ervaren. De apparatuur en alles wat om hen heen gebeurt roept niet zelden angstige associaties op (de pomp, die defect kan raken of geluidssignalen, die storingen tijdens de behandeling melden).

Identieke associaties komen voor bij monitorpatiënten. De dialysepatiënt leert geleidelijk aan zich met de gevolgen van de kunstnierbehandeling te verenigen, of zich bij onontkoombare feiten neer te leggen. Het zijn vooral de *beperkingen* die hij moet leren aanvaarden (Schneemann, 1971). Op de dagen of avonden van de kunstnierbehandeling kan men geen afspraken maken. Wanneer men nog werkt moeten er afspraken gemaakt worden, waardoor men in een uitzonderingspositie komt te verkeren. In werk en gezin dreigt een verlies van status en verantwoordelijkheid, carrièremogelijkheden in het werk vallen af. De bewegingsvrijheid om te reizen worden beperkt. Men kan niet meer met vakantie. Men wordt gehandicapt door het verlies van normale uitlaatkleppen voor spanningen, zoals sportbeoefening, eten, drinken. De sexuele potentie bij mannen neemt doorgaans af (Levy, 1974); vrouwen kunnen geen kinderen meer krijgen. Deze beperkingen verhogen de afhankelijkheid die vooral door onafhankelijke patiënten slecht wordt verdragen. Deze afhankelijkheid wordt vaak daarom zo slecht verdragen, omdat de kunstnierbehandeling niet door vrije keuze bepaald is; er bestaat een *afgedwongen* afhankelijkheid die weerstanden oproept. Als voorbeeld noemen wij de diëetvoorschriften, die een frustratie van elementaire drijfveren kunnen zijn. Er wordt veel over eten gesproken (ook gedroomd). Via de klachten over het eten wordt onvrede geuit over de levenssituatie. Het weigeren van eten betekent vaak een uiting van ongenoegen over de staf (de maaltijd is één van de weinige dingen die geweigerd kunnen worden). Diëetproblemen worden vooral waargenomen bij patiënten die acuut moeten worden aangesloten of die vóór de dialysebehandeling niet aan diëetrestricties gewend wa-

ren. De toekomst wordt als onzeker beleefd, men lijdt geestelijk om alles wat hetzij voorbij is, hetzij onvervuld moet blijven.

Hoewel er in deze fase wel doodswensen worden geuit, zien de meeste dialysepatiënten over het algemeen hun lot moedig onder ogen. Wel komen gevoelens van afgunst voor, omdat een ander die nog maar kort gedialyseerd werd al voor een transplantatie in aanmerking kwam. Voorts komen gevoelens van wrok jegens de afdeling en jegens de gemeenschap voor, omdat transplantatiemogelijkheden achterblijven bij wat men veronderstelde. Sommige patiënten ondergaan hun lot als een straf. Zo kunnen ook schuldgevoelens worden geuit, niet zelden in depressieve perioden. Diverse auteurs (o.a. Scribner, 1974) vestigen de aandacht op het overlijden van patiënten die geen levenswil meer hadden.

Het spreekt voor zich dat men vanuit de afdeling alert moet zijn op aanpassingsproblematiek bij dialysepatiënten. Het is duidelijk dat de bijdrage hiertoe van de psycholoog of psychiater in dit verband belangrijk is, zeker als het erom gaat de betekenis aan te geven van de met ziekte samenhangende gedragingen binnen de afdeling. Coaching van het personeel door een gedragsdeskundige kan veel ophelderen. Stafleden kunnen zich via regelmatig te houden besprekingen bewust worden van de betekenis van eigen - vaak niet bewuste - gevoelens voor de patiënt. Zowel patiënten als personeel staan voor de opgave zich wederzijds aan te passen aan de behandelingssituatie die van beide kanten een sterk emotionele investering vergt (Cramond, 1967). Men dient hierbij ook in aanmerking te nemen dat acceptatie van een patiënt voor de kunstnierbehandeling een 'engagement' voor het leven vergt en dat hier, in tegenstelling tot andere afdelingen in het ziekenhuis, sprake is van een intensief contact, dat vele jaren kan voortduren.

Ook Abram e.a. (1970) faseren het aanpassingsproces van dialysepatiënten; zij onderscheiden bovendien een zekere tijdslimiet:

fase 1: de uraemische status (moehheid, apathie, onvermogen zich te concentreren, labiliteit en depressie) gedurende de eerste drie weken na aansluiting op de kunstnier;

fase 2: beginnend herstel van een zeker evenwicht (wisselende stemmingen);

fase 3: 'terugkeer naar het leven', na \pm 3 maanden; manifest worden van het conflict onafhankelijkheid (thuis, werk) en afhankelijkheid (kunstnier, ziekenhuis);

fase 4: de strijd van het al of niet normaal zijn van de derde tot de twaalfde maand; mogelijkheden van complicaties; de vraag naar de zin van het leven wordt actueel.

Reichsman en Levy (1974) gaan eveneens uitvoerig in op de problemen die ontstaan bij de aanpassing aan de dialysebehandeling. Zij onderscheiden drie stadia. 'In most patients we could distinguish three distinct stages during the course of maintenance haemodialysis. We have named these the 'honeymoon' period, the period of disenchantment and discouragement and the period of longterm adaptation' (pag. 36).

3 Ontkennings- en vermijdingsgedrag bij dialysepatiënten

In aansluiting op wat reeds werd vermeld zal in het volgende aandacht worden besteed aan wat in de literatuur over psycho-sociale aspecten van haemodialyse veelvuldig als het ontkenningssyndroom wordt beschreven. Het is bekend dat ontkenningsverschijnselen als afweermechanisme vaak voorkomen bij ernstig zieke en terminale patiënten (Kübler-Ross, 1965; Weisman, 1973). Visotsky e.a. (1961) maken melding van ontkenningsgedrag bij polio-myelitis patiënten; Hamburg e.a. (1953) noemen in dit verband ook patiënten met ernstige verbrandingen. Croog e.a. (1971) vermelden ontkenning bij mannelijke hartpatiënten. Ontkenning als afweermechanisme komt voor bij mensen in bedreigende situaties, 'grenssituaties' (Jaspers, 1948). Deze ontkenningsverschijnselen doen zich echter niet alleen voor bij patiënten. Zij komen ook voor in de omgeving van de patiënt (gezin, familie, artsen en verplegend personeel in ziekenhuizen) in situaties van ernstig lijden en rouw.

Wanneer de werkelijkheid een te zware last is om onder ogen te worden gezien, biedt de ontkenning ervan een tijdelijke uitvlucht, die een belangrijke beschermende functie heeft. Weisman (1973) meent dat alle afweermechanismen voortkomen uit ontkenning: 'Afweermechanismen zijn gebaseerd op een primitieve wijze van reageren op gevaar, die ontkenning heet. Wanneer iemand wordt bedreigd, is de ontkenning altijd bij de hand; de gebruikelijke uitwerking is het negeren van een pijnlijke waarneming of het neutraliseren van een pijnlijk conflict.' (pag. 69). Ontkenningsverschijnselen bij dialysepatiënten hebben, mede gezien vanuit de situatie van leven met dreigend doodsgevaar een dubbele functie: enerzijds het negeren van gevaar en anderzijds het voorkomen van het verlies van sleutelfiguren. Dat verklaart ook waarom patiënten de neiging vertonen om tegenover de een meer te ontkennen dan tegenover een ander, aldus pogend om bijvoorbeeld gevoelens van eigenwaarde en de status quo van de relaties ten aanzien van de anderen te handhaven.

Als voorbeelden van ontkenningsgedrag verwijzen we naar wat Diederiks (1974) het 'ontkenningssyndroom' noemt bij dialysepatiënten (pag. 45). Binnen dialyse-centra wordt op massale wijze 'ontkend' door patiënten, familie, artsen en verplegend personeel. 'We conclude that the patient copes with the stress of this program (dialysis) by the massive use of denial and adaptive mechanism' (Glassmann en Siegel, 1970, pag. 573). Dat ook psychologen voor dit fenomeen niet gevrijwaard zijn, wordt vermeld door Goldstein (1972), die tijdens een onderzoek naar ontkenningsverschijnselen zelf enkele voorbeelden van eigen ontkenningsgedrag registreerde. Goldstein (1972) spreekt van ontkenning die als functie heeft het onverdraaglijke acceptabel te doen zijn. De ontkenning van de patiënt wordt bevorderd wanneer hij overweldigd wordt door een bedreigende situatie die hij zelf niet kan hanteren. De schrijver brengt die ontkenningsverschijnselen ook in verband met door de

dialysepatiënt ervaren stress als gevolg van fysieke pijn, vrees voor de dood, vermindering van inkomen en sociale status, en afname van seksuele potentie. Hoe minder de patiënt geneigd is deze zaken reëel onder ogen te zien, hoe groter de kans dat hij deze ten aanzien van de buitenwereld en zichzelf zal ontkennen. Goldstein maakt duidelijk dat ontkenningsgedrag zich ook voordoet bij leden van het team. Hier komt het voort uit het onvermogen te erkennen dat alle goed bedoelde pogingen geen resultaat hebben gehad. Het is voor allen die betrokken zijn bij de behandeling en begeleiding van dialysepatiënten belangrijk zich de aanwezigheid van dit ontkenningsgedrag te realiseren. Wanneer dit niet gebeurt, ontstaan er 'blinde vlekken' die de wederzijdse verhoudingen nadelig kunnen beïnvloeden.

Short, Wilson en Durham (1969) menen dat ontkennen alleen zin heeft voor de patiënt, niet voor de afdeling of de familie/partner van de patiënt. Kaplan de Nour (1970) wijst er in een artikel op dat extreme vormen van ontkenning psychotherapeutische begeleiding ernstig belemmeren. Een belangrijk stuk hulpverlening ligt dan ook in het de patiënt bewust maken van zijn ontkenningsgedrag. Abram (1970) vermeldt dat ontkenning bij dialysepatiënten in de psychologische literatuur veelvuldig voorkomt. Het wordt omschreven als het 'defensieve mechanisme' waarbij geweigerd wordt logische feiten of implicaties van de externe werkelijkheid onder ogen te zien ten gunste van 'wishful thinking'. Ook wijst hij op de aanwezigheid van deze mechanismen bij staf en personeel van dialyse-afdelingen. Eisendrath (1969) beschrijft voorbeelden van ontkenning en vermijdingsgedrag bij enkele patiënten die na een mislukte transplantatie weer moesten worden gedialyseerd. Alles wordt tegen de feiten in ontkend. Men kan slechts gissen naar de wezenlijke angsten en depressieve gedachten die achter dit overdreven gedrag van zich goed voelen schuil gaan.

Cramond (1967) is van mening dat ontkenningsverschijnselen na enkele maanden verdwijnen wanneer de patiënt de onzekere toekomst accepteert. 'Most patients are able to achieve this level of insight simply because of the undeniable reality of 'being hooked up' to the machine several times a week' (Short, Wilson en Durham, 1969, pag. 433). Een uitzondering hierop wordt gevormd door een groep patiënten die tegen beter weten in de kunstnierbehandeling zien als een voorbereiding op een niertransplantatie; dit kan een ontkenning zijn van de werkelijke toestand. De patiënt heeft vaak niet de energie en de fysieke conditie om aan het eigen verwachtingsbeeld te voldoen, wat aanleiding kan geven tot een reinforcement van het ontkenningsgedrag.

Wat is de betekenis van ontkenningsgedrag voor de partner van de patiënt, in het bijzonder ten aanzien van de rol van echtgenoot of echtgenote? Naarmate de behandeling langer duurt en de complicaties toenemen, is de patiënt vaak genooddaakt zijn/haar rol in het gezin (autoritair en instrumenteel rolgedrag) op te geven. 'The dialysand becomes more and more expectator in home activities and in time, he may no longer be involved in family decisions,

since his presence in the future is far from certain' (Short, Wilson en Durham, 1969, pag. 435). Ook op de gezinsleden gaat de last van beperkingen en gevolgen van de behandeling drukken. De hoop en dankbaarheid aan het begin van de kunstnierbehandeling maken plaats voor een zekere berusting. De patiënt kan blijven leven; het blijft echter een leven op crediet, 'on borrowed time'. Wanneer de man als patiënt gedialiseerd wordt, zal de echtgenote de spil van het gezin worden. Verschillende auteurs, o.a. Abram en Levy, wijzen erop dat met name het huwelijks- en het seksuele leven lijden onder de last en de gevolgen van de kunstnierbehandeling. Fysieke en uiterlijke veranderingen en de geboden voorzichtigheid met de shunt werken belemmerend op intieme of seksuele contacten. De positie van de patiënt wordt perifeer; hij moet die persoonlijke eigenschappen prijsgeven die voor het gevoel van eigenwaarde van essentieel belang zijn. Wanneer de dialysebehandeling lang gaat duren, een niertransplantatie uitblijft, complicaties toenemen met als gevolg herhaalde tussentijdse opnamen, gaat men aan het nut van de behandeling twijfelen. De vrouw merkt steeds meer dat de man met wie zij leeft niet de man is met wie zij trouwde. Men tracht veel voor elkaar en voor de kinderen te vermijden, of verborgen te houden. Men wil of kan de feiten niet onder ogen zien, hetgeen tot ontkennen leidt. Zo kan in gezinsverband - overigens met goede bedoelingen - een collectief ontkenningsgedrag ontstaan, waarbij de partijen steeds meer van elkaar vervreemd raken. Onbewuste vijandige gevoelens kunnen worden gesublimeerd, of familieleden projecteren hun (schuld-) gevoelens op het dialyseteam. Veel kortsluitingsreacties tussen patiënt en omgeving moeten aan wederzijdse ontkenningsschijnselen worden toegeschreven. Ook de arts kan 'ontkenning' reageren op bepaalde klachten van dialysepatiënten waarvan de achtergrond niet duidelijk is. Achter een positief oordeel over de algehele toestand en de situatie van dialysepatiënten kan ontkenning van de realiteit schuilgaan: 'Behoudens diëet en vochtbeperking is het de patiënt mogelijk een vrijwel normaal leven te leiden en zijn rol in het gezin en in zijn werk te hervatten' (Roodvoets en Struyvenberg, 1970).

De uiteenlopende interpretaties ten opzichte van het begrip 'ontkenningssyndroom' in aanmerking genomen, lijkt de volgende samenvatting gerechtvaardigd.

(a) Ontkennen heeft een adaptieve functie. Het verschijnsel doet zich voor bij een bepaalde groep dialysepatiënten, bijvoorbeeld onafhankelijke personen die zo min mogelijk geconfronteerd willen worden met de bijkomstigheden van hun aandoening, en bij patiënten die, hoewel zij angstig en bezorgd zijn, de neiging hebben zich naar buiten evenwichtiger voor te doen dan zij zijn, en in een kritieke fase van hun ziekte blijven vasthouden aan wat - objectief gezien - vrijwel onmogelijk is.

(b) Men zij voorzichtig met het gebruik van het begrip 'ontkenningsschijnselen'. Men beseffe dat deze veelvuldig in de psy-

chologische literatuur genoemde fenomenen betrekking hebben op een circumscribe groep van dialysepatiënten, die in het algemeen zeker niet representatief is voor de totale populatie. De meeste patiënten tonen slechts ontkennend gedrag tijdens de periode van aanpassing aan de kunstnier, waarin zij onmogelijk alle consequenties van deze behandeling kunnen overzien.

(c) Ontkenningsgedrag kan het gevolg zijn van gebrek aan goede informatie; de patiënt weet nog niet waar hij aan toe is. Wij verwijzen in dit opzicht naar Norton (1969), die spreekt over het cognitieve onvermogen zich met de ernst van de situatie bezig te houden.

(d) Wanneer de discrepantie tussen de eerste, door meerdere betrokkenen gedeelde, indruk en de gegevens die de patiënt over zichzelf geeft, groot is, dient men alert te zijn op ontkenninggedrag.

(e) In feite valt ontkennen alleen te meten in termen van gedrag (afspraken 'vergeten', voorschriften duidelijk overschrijden, etc.). In de betreffende literatuur wordt ontkennen te makkelijk en te snel als een vanzelfsprekend mechanisme geaccepteerd; dit kan betekenen dat signalen die door patiënten worden uitgezonden niet goed worden opgemerkt en als ontkenning worden geïnterpreteerd, hetgeen een optimale interactie tussen de patiënt en zijn omgeving niet bevordert.

Slotopmerkingen

Voor patiënten die lijden aan een chronische nierinsufficiëntie is de kunstnierbehandeling geïndiceerd bij toename van een uraemisch syndroom. Niet zelden gaan uraemische verschijnselen gepaard met psychiatrische symptomatologie (denkstoorissen, verwardheid, psychotische reacties) die in deze fase zeker niet als contra-indicatie voor een kunstnierbehandeling gelden. Vrijwel altijd verdwijnen deze verschijnselen na aansluiting op de kunstnier. In feite fungeert de kunstnierbehandeling als nierfunctievervangende behandeling, als doorgangsstadium voor een niertransplantatie. Voor die patiënten die om uiteenlopende redenen (leeftijd, nevenaandoeningen, complicaties) niet transplantabel zijn is de kunstnierbehandeling blijvend geïndiceerd. De facto geldt dit voor $\pm 50\%$ van de kunstnierpopulatie. De beperkingen die aan deze behandeling inherent zijn leggen over het algemeen een zware druk op de patiënt en zijn omgeving (verlieservaringen, diët en vochtbeperking, afhankelijkheid van ziekenhuis en apparatuur). Deze stressfactoren leiden bij een aantal patiënten tot periodieke of passagère depressies, tot reactiepatronen die door Schmale en Engel werden beschreven als het 'given-up syndroom'. In het wankele door patiënten opgebouwde afweersysteem, speelt ontkenning van de werkelijkheid een grote rol. Dit als beschermingsmechanisme werkende systeem maakt de patiënt vaak moeilijk toegankelijk voor psychotherapeutische interventie.

Bedreiging door ziekte, een mogelijke dood, de reële vrees voor

toenemende complicaties, perken het leven van de gemiddelde dialysepatiënt aanzienlijk in. Bij een niet onaanzienlijk deel van de kunstnierpatiënten die langer dan twee jaar 'spoelen' ontwikkelt zich tevens een organisch syndroom, gekenmerkt door denkfunctiestoornissen, verminderde concentratie, moeheid, apathie en verhoogde irritabiliteit. De psychologische implicaties hiervan leiden tot toenemende afhankelijkheid en regressief gedrag.

Als conclusies mogen de volgende overwegingen gelden:

- Het is van essentieel belang dat door kunstniercentra gebruik kan worden gemaakt van psychiatrische of medisch-psychologische consultatie. Wij denken hierbij aan de bijdrage van psychiaters en psychologen bij de beoordeling op geschiktheid voor deze behandeling, aan medicamenteuze en/of psychotherapeutische begeleiding van patiënten (aanpassingsmoeilijkheden, passagère depressies, acting-out gedrag, crisisinterventie o.a. bij suïcidepogingen, en terminale begeleiding).
- Tevens kunnen psychiater en psycholoog een belangrijke taak vervullen ter ondersteuning van medisch en verplegend personeel. De ervaring heeft geleerd dat de kunstnierbehandeling meer impliceert dan het uitvoeren van medische en verpleegkundige handelingen en gezien kan worden als een behandelingssituatie waarbij een zware wissel getrokken wordt op het incasservermogen van de patiënt en zijn omgeving, waarbij tevens de - vaak beperkte - kwaliteit van leven in het geding is en daarom ook ter discussie mag staan bij hen, die bij deze behandeling zijn betrokken.

Literatuur

- Abram, H. S. (1970), Survival by machine: the psychological stress of chronic haemodialysis. *Psychiatry in Medicine*, 1, no. 1.
- Alexander, A. (1969), Emotional problems in a chronic Dialysis Unit. *The Lancet*, 25 Jan. (ingez. stuk).
- Barber, N. D. e.a. (1963), *Trans. Amer. Soc. Artif. Organs*, 9:21
- Blacker, R. S. en Basch, S. H. (1970), Psychological aspects of pacemaker implantation. *Arch. of Gen. Psychiatry*.
- Borgenicht, e.a. (1969), *Psychological aspects of home dialysis* (niet gepubl. ref.).
- Brown, H. W. en Mahrer, J. F. (1962), Clinical problems related to the prolonged artificial maintenance of life by haemodialysis in chronic renal failure. *Trans. Amer. Soc. Artif. Organs*, 8.
- Brown, J. W. en Hackett, T. P. (1967), Emotional reactions to the threat of impending death; a study of patients on the monitor cardiac pacemaker. *Irish. Med. Sc.* 496: 177.
- Commissie de Graeff (1972), *Advies inzake Haemodialyse en Niertransplantatie*, Ministerie v. Volksgezondheid, verslagen en rapporten, no. 21.
- Cramond, W. A. (1967), Renal homotransplantation. Some observations on Recipients and Donors. *Brit. J. Psychiat.* 113, 1223-1230.
- Cramond, W. A., Knight, P. R., Lawrence, J. R. e.a. (1968), Psychological Aspects of the management of Chronic Renal Failure. *Brit. Med. Journal*, 1, 539-543.
- Cramond, W. A. (1970), The psychological problems of renal dialysis and transplantation. *Modern trends in psychosomatic medicine*. 2nd ed. Butterworths, London.

- Croog, S. H. e.a. (1968), The heart patient and the recovery process, Soc. *Sci. en Med.* 2, 111.
- Dansak, D. A. (1972), Secondary Gain in Long Term haemodialysis Patients. *Amer. J. Psychiat.* 129: 3.
- Diederiks, J. P. M. (1974), Typen patiënten en hun begeleiding. *T. soc. Geneesk.* 52, 45-50.
- Eisendrath, R. M. (1969), The role of grief and fear in the death of kidney transplant patients, *Amer. J. Psychiat.* 126: 3.
- Elkinton, J. R. (1966), Medicine and the Quality of life. *Ann. of Int. Medicine.* 64, no. 3.
- Freyberger, H. (1968) in: *Praxis der Intensivbehandlung*, Ausg. Dr. P. Lawin, 1e Aufl., p. 28 München.
- Glassmann, B. M. en Siegel, A. (1970), Personality Correlates of Survival in a Long-Term Haemodialysis Program. *Arch. Gen. Psychiat.* 22, 318-323.
- Goldstein, A. M. (1972), The Subjective Experience of Denial in an Objective Investigation of chronically ill patients. *Psychosomatics*, 13, 20-22.
- Gombos, E. A., Lee, T. H. e.a. (1964), One year's experience with an intermittent dialysis program, *Ann. Int. Med.* 61, p. 642-649.
- Greene, W. A. en Moss, A. (1969), Psychosocial factors in the adjustment of patients with permanently implanted cardiac pacemakers. *Ann. of Int. Med.* 70, 897-902.
- Gutsch, C. F. e.a. (1964), *Ann. Intern. Med.* 60, 289.
- Hackett, Cassem, N. H. (1972), In: *Psychosocial aspects of terminal care* (B. Schönberg, A. C. Carr e.a.), Columb. Univ. Press, New York/London.
- Hamburg, D. A. e.a. (1953), Clinical importance of emotional problems in the care of patients with burns, *New Engl. J. Med.* 248.
- Hattinga Verschure, J. C. M. (1973), 'Project', *tijdschr. voor toegepaste wetenschappen* no. 10: Geneeskunde en Technologie.
- Jaspers, K. (1948), *Allgemeine psychopathologie*, Berlin, Springer Verlag, p. 201 e.v.
- Kaplan de Nour, A. en Czaczkes, J. W. (1968), Emotional problems and reactions of the Medical Team in a chronic haemodialysis Unit. *The Lancet*, 9 Nov., 987-991.
- Kaplan de Nour, A. en Czaczkes, J. W. (1970), Psychotherapy with patients on chronic haemodialysis. *Brit. J. Psychiat.* 116, 207-215.
- Kaplan de Nour, A. en Czaczkes, J. W. (1971), Professional team Opinion and personal. Bias-A study of a chronic haemodialysis Unit Team. *J. Chron. Dis.* 24, 535-541.
- Kaplan de Nour, A., Czaczkes, J. W. (1968), Emotional Problems and Reactions of the Medical Team in a chronic haemodialysis Unit, *The Lancet*, 9 nov., p. 987-991.
- Kübler-Ross, E. (1965, 1969), *On death and dying*, The Macmillan Comp. New York; Ned. vert. *Lessen voor levenden, gesprekken met stervenden*, Ambo.
- Lazarus, R. S. (1969), *Patterns of adjustment and human effectiveness*. Mc.Graw Hill, New York.
- Levy, N. B. (1974), *Living or dying - Adaption to haemodialysis*. Ch. C. Thomas Publ. Springfield, Illinois.
- Lewis, H. P. (1966), Machine Medicine and its Relation to the fatality ill, *Jama*, oct. 7, vol. 206 no. 2.
- Loos, J. C. (1973), *Selectie en begeleiding van kunstnierpatiënten*. Voordr. Congres Technologie en Psychische (on)mogelijkheden. N.I.P., Den Haag.

- Loos, J. C. (1975), *Inventarisatie-onderzoek naar vragen rondom de psychosociale aspecten van intermitterende haemodialyse*. Nierstichting Nederland, A'dam.
- Loos, J. C. (1976a), Ontwikkeling van psychosociale zorg binnen de afdeling van haemodialyse, In: *Ontwikkeling van psychosociale zorg binnen het algemeen ziekenhuis*. (Red.: Dr. Wolters), Baarn.
- Loos, J. C. (1976b), Aanvaarding van ziekte. *Metamedica* 55, no. 5.
- Loos, J. C. (1978a), De klinische psychologie en de kunstnierpatiënt. *De Psycholoog*, XIII, no. 3.
- Loos, J. C. (1978b), Psychotherapie en begeleiding van kunstnierpatiënten. *Ned. Tijdschrift v. Psychotherapie* (in voorber.).
- Meldrum, M. W. e.a. (1968), The impact of chronic haemodialysis upon the socio-economics of a veteran patient group. *J. Chronic Dis.* 21, 37.
- Norton, Ch. E. (1969), Attitudes toward living and dying in patients on chronic haemodialysis. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 164, 720-732.
- Prugh, D. G. en Taguiri, K. (1954), Emotional aspects of the respirator care of patients with poliomyelitis. *Psychosomatic Medicine*, XVI, no. 2.
- Rapaport, F. T. (1974), *A second look at life*, Grune & Stratton, New York.
- Reichsman, F. en Levy, N. B. (1972), Problems in adaption to maintenance haemodialysis: A four years study of 25 patients. *Arch. Int. Med.* 130, 859.
- Rotter, J. B. (1966), Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol. Monogr.* 80, 1-28.
- Roodvoets, A. P., Struyvenberg, A. (1970), in: *Arts en Verpleegkundige in het Ziekenhuis*, Leiden, pag. 37-41.
- Sand, Patricia, Livingstone, G. en Wright, R. G. (1966), Psychological assessment of Candidates for a Haemodialysis Program. *Annals of Internal Medicine*, 64, 602.-610.
- Schmale, A. H. Engel, G. L. (1972), Giving up as a final common pathway to changes in health, *adv. psychosom. med.* vol. 8, p. 20-40.
- Schneemann, R. T. (1971), Psychosociale aspecten van de thuisdialyse. *Metamedica*, 50.
- Schneemann, R. T. en De Vries-de Regt, M. L. (1975), *Evaluatie onderzoek thuisdialyse*. Rapport, Nierstichting Nederland, A'dam.
- Scribner, B. H. (1974), Inleiding. In: Levy, N. B.: *Living or Dying - Adaption to haemodialysis* (zie boven).
- Shea, Eileen, Bodgan, D. F., e.a. (1965), Haemodialysis for Chronic Renal Failure: IV, Psychological Considerations. *Annals of Internal Medicine*, 62, 558-563.
- Short, M. J., Wilson, W. P., e.a. (1969), Roles of Denial in Chronic Haemodialysis. *Arch. Gen. Psychiat.* 20, 433-437.
- Visotsky, H. M. e.a., (1961), Coping behavior under extreme stress. *Arch. of Gen. Psychiatry*, 5, 27-52.
- Weisman, A. D. (1972), *On Dying and Denying*. New York, (1973). Ned. vert.: *De dood nabij*, Ambo.
- Wright, R. D., Sand, Patricia en Livingstone, G. (1966), Psychological Stress during haemodialysis for Chronic Renal Failure. *Annals of Internal Medicine*, 64, 611-621.
- Wijdeveld, P., Graeff, J. de en Struyvenberg, A. (1975), De zuinigheid die de wijsheid bedriegt. Zorgen over kunstnierbehandeling en niertransplantatie. *Ned. T. Geneesk.* 119, no. 1.
- Wijsenbeek, H. en Munitz, H. (1973), Group Treatment in a Haemodialysis Center. *Psychiat. neurol. neurochir.*, 73, 213-220.