

# Psychotraumatische gevolgen van beademing

door H.B. Pomerantz

## Samenvatting

Het psychotraumatisch effect van reanimatie wordt behandeld aan de hand van vijf casus waarvan twee met en drie zonder het gebruik van tracheotomie. Het blijkt dat de groep van astmapatiënten die enige vorm van noodbehandeling ondergaat later lijdt aan een posttraumatisch stress-syndroom. De reactie die op de ingreep volgt heeft een typisch verloop, dat ook gezien wordt bij de slachtoffers van concentratiekampen of andere rampen. Ook ziet men veel elementen van het klinisch-psychiatrisch beeld na een celebraal trauma. In het algemeen vindt men in de literatuur weinig materiaal over dit verschijnsel bij patiënten met een chronische pulmonaire obstructie. De diagnose en behandeling van de psychologische aspecten van dit probleem wordt beschreven, als ook de specifieke aspecten daarvan bij astmapatiënten. De schrijver concludeert dat aandacht geschonken moet worden aan een adequate medische en psychologische begeleiding na een fysiek trauma.

## Inleiding

De bespreking van de gevolgen van somatische ziekten op zowel de lichamelijke als de psychische beleving heeft een vaste plaats verworven in de medische en psychologische literatuur (Rooymans 1983; Lipowski 1975). De studie van specifieke consequenties ten gevolge van beademing en daarin beademing via tracheotomie, is echter niet beschreven. Of dit een aparte plaats verdient moet uit de volgende discussie blijken.

In onze klinische praktijk behandelen wij ernstige CARA-lijdende, onder wie een aantal patiënten, die een of meerdere malen beademd zijn geweest. Bij deze patiënten valt op, dat diegenen, die via tracheotomie beademd zijn, een aparte groep lijken te vormen ten aanzien van coping met het longlijden in het algemeen, en de verwerking van het trauma van de ingreep zelf. Wij menen dat er bij de groep beademde patiënten mogelijk sprake is van een posttraumatisch stress-syndroom.

Om dit te verduidelijken volgen hier vijf voorbeelden van reanima-

tie, 2 met en 3 zonder toepassing van tracheotomie, uit de 10 gevallen die de schrijver in de afgelopen 3½ jaar heeft behandeld.

*Casus I* – Patiënte A is een 19-jarige jonge vrouw, die omstreeks een half jaar vóór opname in Davos beademd moest worden na een periode van drie dagen benauwdheid. Na met spoed te zijn overgeplaatst van haar streekziekenhuis naar een groter ziekenhuis in de stad, werd A als laatste redmiddel beademd; A had reeds onderweg naar het tweede ziekenhuis het bewustzijn verloren. Zij werd pas acht dagen later wakker. Hierna was A enkele dagen verward en angstig. Zij revalideerde langzaam, waarna werd besloten naar het Nederlands Astmacentrum Davos te verwijzen.

Bij onze eerste ontmoeting beschreef A steeds terugkerende nachtmerries over de gebeurtenissen. Zij voelde zich minderwaardig ten opzichte van anderen, schuldig tegenover haar ouders en broer en schaamde zich voor het duidelijk zichtbare litteken op de trachea.

In het contact ervoeren wij A als afwisselend onverschillig – bagatelliserend en angstig. Zij leefde na de beademing een leven van ontkenning van haar astma, hetgeen vol zat met gevaarlijke momenten: zij rookte, bleef nachten rondzwerfen en gebruikte haar medicatie onregelmatig. Zij voelde zich voortdurend schuldig en angstig en merkte zelf ook een negatieve verandering in haar gedrag sinds de ingreep.

In het boven beschreven geval worden de meest kenmerkende gevoelens en reacties ten gevolge van beademing naar voren gebracht. De ingreep heeft enkele stereotype reacties tot gevolg: onder andere schuld over de inadequate handelwijze van de patiënt zelf en over de veroorzaakte overlast aan de omgeving, machteloosheid en schaamte.

Opvallend in dit verband is de sterke aantasting van het zelfgevoel, van de zelfwaardering – de volstreekte machteloosheid van 'Leed dat onafwendbaar is, of ons reeds overkomen, een machteloosheid die de draagkracht van de mens al te vaak te boven dreigt te gaan' (Kuijper 1980).

*Casus II* – Patiënte B is een 60-jarige vrouw, die drie maanden vóór haar opname in Davos beademd moest worden. Patiënte werd gedurende de nacht benauwd wakker, maar stelde het bellen van de huisarts uit. Zij besloot echter na een tijdje alsnog haar echtgenoot te wekken om de arts te waarschuwen. Tijdens het wachten verloor zij het bewustzijn en werd tien dagen later wakker in het ziekenhuis. Eenmaal bij bewustzijn was zij verward, gedesoriënteerd en angstig. Zij had moeite bekende personen te herkennen en was in tijd en plaats gedesoriënteerd. Er volgde een revalidatieperiode van tien weken, waarin patiënte hard heeft moeten vechten om verloren functies te herkrijgen. Patiënte beschreef een diep gevoel van schuld ten aanzien van haar familieleden, die in haar beleving meer dan zijzelf hebben moeten lijden tijdens de beademingsperiode. Zij twijfelde eraan bij een tweede beademing de wil en kracht te hebben om in leven te kunnen blijven. Regelmatig had zij nachtmerries over dit onderwerp. Haar familie vond haar veranderd sinds de beademing.

Bij dit tweede geval zien wij veel dezelfde problemen aanwezig als bij het eerste geval. Bij B echter, speelde de krenking van zelfgevoel een

kleinere rol, de schuldgevoelens ten aanzien van de belasting van de omgeving een grotere rol. De revalidatie was een lang en pijnlijk proces. In geval A was de krenking van de zelfingenomenheid en zelfliefdte ten gevolge van de verminkende tracheotomie sterker aanwezig. Overeenkomstig het eerste geval is het té lang wachten alvorens hulp in te roepen een belangrijke factor. De machteloosheid, angst en de bedreiging van het bestaan door ziekte, komen met elkaar overeen.

*Casus III* – Patiënt C is een 36-jarige getrouwde man, die reeds twee maal beademd is. De situaties waarin hij beademd wordt, treden plotseling op en worden door hem beleefd als niet te voorkomen 'slagen uit heldere hemel'. Patiënt meent geen voortekens van ernstige benauwdheid te kunnen onderkennen. Het scenario is beide keren hetzelfde geweest: patiënt wordt 's morgens vroeg benauwd wakker, past de hem bekende maatregelen toe, hetgeen meestal tot afname van de klachten leidt. Dit lukte echter twee maal niet. De eerste maal werd de echtgenote van patiënt wakker door de onrust van patiënt, en belde de huisarts, die verder de opname regelde. Bij de tweede maal echter was zij al gewend om toch iedere keer wakker te worden als hij opstond in de nacht. De tweede keer waarschuwde zij zelf het ziekenhuis. Patiënt en zijn vrouw beschrijven het leven thuis als angstig. Zij slapen beiden slecht. Patiënt, een voormalig actief vertegenwoordiger, is sinds de eerste beademing en in nog versterkte mate sinds de tweede beademing, passief geworden, en doet alles om situaties te vermijden waarin hij benauwd kan worden. Hij werkt niet meer. Hij heeft het gevoel dat elke benauwdheid thans kan leiden tot beademing of dood. Inzicht in zijn handelwijze bij benauwdheid of factoren die leiden tot benauwdheid, ontbreekt. Patiënt kan in relatie tot zijn vrouw nauwelijks meer functioneren, en beide partners leven in voortdurende angst voor hetgeen boven hun hoofd hangt.

Bij patiënt C zijn de directe gevolgen van beademing in de huiselijke situatie het meest herkenbaar. Het dagelijkse leven wordt doorgaans verlamd door de angst voor het astma, en de passiviteit die daarvan een gevolg is. Contact met vrienden en familie is vervangen door de obsessie van ziekte en het frequente artsbezoek. Patiënt voelt zich niets meer waard. Voor de opname in Davos dreigt er somatische en/of psychische decompensatie ten gevolge van stress en uitputting ten gevolge van de hoge waakzaamheid. Patiënt is verder van beide beademingen goed hersteld, en er zijn geen restsymptomen.

*Casus IV* – Patiënte D is een 26-jarige getrouwde vrouw, die gedurende negen maanden opgenomen is geweest in onze kliniek. Zij is bekend met een ernstige vorm van corticosteroid-afhankelijk astma en is in het verleden beademd geweest. Gedurende de opname is het redelijk gelukt de corticosteroiden te reduceren en patiënte op een duidelijk adequatere wijze om te leren gaan met haar aanzienlijke beperkingen ten gevolge van astma. Een zekere mate van acceptatie van en inzicht in deze problemen was te bespeuren bij ontslag. Ondanks deze psychische en somatische vooruitgang bleek het noodzakelijk om in Nederland door te gaan met hoge doseringen corticosteroid. Gedurende een periode van luchtweginfectie is

patiënte opgenomen geweest in het ziekenhuis, en wegens een acuut slecht geworden toestand beademd.

De toestand waarin patiënte het bewustzijn verloor, verslechterde immers zo snel dat haar behandelaars zich genoodzaakt voelden om via de trachea te beademen. Patiënte bleef enkele weken aan de beademing. Nadien kon zij niet praten, vanwege schade aan de stembanden. De stem kwam maar langzaam terug en er was een duidelijk zichtbaar litteken op haar keel. Patiënte was maanden erna overmatig prikkelbaar en angstig voor een herhaling van de beademing. Vaak had zij nachtmerries over de gebeurtenissen. Zij meende dan liever dood te willen gaan dan dit nog een keer mee te moeten maken.

Bovenstaand verhaal is aan de schrijver door patiënte zelf verteld tijdens een bezoek aan Davos, een jaar na haar ontslag uit onze kliniek, en twee maanden na ontslag uit het ziekenhuis in Nederland. Hoewel de stemming van patiënte duidelijk verbeterd was, was er een opvallend verschil in houding sinds haar verblijf als patiënte in onze kliniek. De lichaamshouding was defensief – opgetrokken schouders en weinig oogcontact – kleding duidelijk gericht op het verbergen van het litteken van de treacheotomie. Hoewel patiënte zo goed mogelijk het leven trachtte te normaliseren, miste ze het vertrouwen in haar eigen aanpassingsvermogen om nog één crisis het hoofd te bieden. Haar partner, van aard een optimistische man, begon ook te twijfelen aan de toekomst.

*Casus V* – Patiënte E is een ongetrouwde 54-jarige vrouw, die tijdens haar opname in Davos op straat in bewusteloze toestand werd gevonden, en daar in het plaatselijk ziekenhuis werd gebracht door voorbijgangers. Patiënte is beademd, en na 24 uur heeft zij weer zelfstandig kunnen ademen. Het bewustzijn bleef gestoord gedurende drie dagen, waarna geheugenstoornissen, desoriëntatie en een perifere neuropathie overbleef. Patiënte is een alleenstaande, afhankelijke, schuwe vrouw, die in Nederland thuis vegeteerde. Ze durfde vanwege haar toenemende astma niets te ondernemen. In de behandeling werd zij gestimuleerd zich wat zelfstandiger te ontwikkelen, vooral in het ondernemen van activiteiten buitenshuis. Gedurende een voor haar lange wandeling alleen door Davos, is er ernstige zuurstofnood ontstaan. Patiënte had, ondanks een duidelijk verminderde lichamelijke toestand van de voorafgaande dagen, en psychische spanning vanwege bezoek, toch besloten tot de wandeling.

Na de beademing en terugplaatsing in onze kliniek volgde een langdurige en moeizame lichamelijke en geestelijke revalidatie. Patiënte kon gedurende de eerste weken na de beademing weinig lichamelijke activiteiten ondernemen, en durfde geheel niet meer alleen te zijn. Zij maakte een infantiel geregredieerde indruk. Alle vooruitgang van voor het trauma was verdwenen.

In dit geval worden ernstige somatische en psychische problemen ten gevolge van beademing met elkaar in combinatie gezien. De restverschijnselen in somatische en psychische zin werken bevestigend op de reeds aanwezige afhankelijkheid en passiviteitsproblemen van patiënte. Neurotische afweer en ziekte winst werken vertragend op het revalidatieproces. Waren het immers niet haar behandelaars die haar zo nodig zelfstandig wilden maken?

Bovenstaande vijf voorbeelden zijn typerend voor de beademde patiënten, die wij in onze kliniek opgenomen zien. Vanwege de voortdurende terugkerende angsten, dromen en de door zichzelf en door anderen opgemerkte gedrags/persoonlijkheidsveranderingen, kan er een vraag ontstaan naar een psychologische begeleiding.

### Psychologie van de beademing

Hoewel de individuele verschillen, deels bepaald door de premorbide persoonlijkheidsstructuur, en deels bepaald door de omstandigheden rondom de beademing, een rol spelen in de gedragsmanifestaties, is er toch een grote lijn in de reacties van de patiënten terug te vinden.

Alvorens over de behandeling van bovenstaande gevallen uit te weiden, lijkt het nuttig de factoren die vóóraf, tijdens en naar aanleiding van de beademing een rol spelen te inventariseren:

1. Er is vaak een door de patiënt niet bewust waargenomen combinatie van bepaalde factoren aanwezig, die de luchtwegen nadelig beïnvloeden.
2. In bepaalde gevallen stelt men het waarschuwen van de arts (te lang) uit.
3. Na het weer bijkomen is men angstig, verward/gedesoriënteerd (amnestisch toestandsbeeld).
4. In meerdere of mindere mate is somatische revalidatie noodzakelijk.
5. Men voelt zich schuldig ten aanzien van het leed dat de naaste omgeving heeft geleden ten gevolge van de beademing.
6. Er bestaat een zekere schaamte voor het litteken veroorzaakt door een tracheotomie.
7. Relaties met de omgeving (vrienden en familie) veranderen – men wordt ontzien of als een 'tijdbom' behandeld.
8. Het gevoel van basic security wordt bij de patiënten geschaad – er ontstaat een altijd aanwezige angst voor een nieuwe somatische decompensatie – er zijn nachtmerries.
9. Men heeft geen inzicht in het proces dat er naar toe geleid heeft.
10. De gebeurtenissen rondom de beademing nemen een speciale betekenis in voor de patiënten.
11. De naaste omgeving wenst het trauma te vergeten en weigert het openlijk te bespreken, doch wordt er langdurig door beïnvloed.

In de crisistheorie zoals beschreven door Gersons (1981) kunnen wij enkele belangrijke aanknopingspunten vinden, waardoor de bovenstaande casuïstiek makkelijker te begrijpen wordt. Er wordt gesproken van een posttraumatische fase, waarin het gebeuren geleidelijk verwerkt moet worden. Beademing wordt beleefd als een kwellende ervaring waarin onmacht op de voorgrond staat. De getroffen blijft zich afvragen of er maatregelen waren om het te voorkomen, of er sprake is van schuld. De omgeving tracht dit te relativeren doch vraagt zich ook

af waarin zij mede een preventieve rol had kunnen spelen.

De patiënt zelf houdt het al dan niet irrationele gevoel over dat de gebeurtenissen zich kunnen herhalen. In feite herhalen beademingsincidenten zich dikwijls bij hoogrisico dragende CARA-patiënten. Freud (1916) merkte op, dat er een duidelijke relatie bestaat tussen het gedrag van neurotische patiënten en het gedrag van patiënten met trauma's ten gevolge van oorlog, ongelukken, natuurrampen enzovoort. Bij traumatische neurose, volgens Freud, blijkt dat een fixatie op het moment van de traumatisering aan de wortel ligt. De situatie wordt tevens regelmatig herhaald in dromen.

Er blijft een obsessieel gedragspatroon over, echter, de patiënten zijn zich niet bewust van de link tussen hun gedrag en de oorzakelijke factoren. Freedman, Kaplan en Sadock (1976) stellen dat neurosen ten gevolge van lichamelijk trauma pas zichtbaar worden nadat de somatische symptomen min of meer op de achtergrond zijn geraakt.

Er volgt tevens zowel primaire als secundaire ziekte winst; primair doordat ten gevolge van de neurotische symptomen vermindering van angst tot stand komt en daardoor bedreiging voor het ego van verlies van autonomie of vernieling afgeweerd wordt, en secundair doordat de neurotische symptomen aanleiding geven tot meer aandacht, sympathie, financiële compensatie (ZW of WAO), of het vermijden van moeilijke inter- of intrapersoonlijke conflicten.

Bij het bespreken van traumatische neurosen in dit verband, is het interessant om op te merken, dat ook bij goed geïntegreerde en gedifferentieerde mensen psychotraumatisering ten gevolge van concentratiekampervaringen is ontstaan met de bekende gevolgen. Tevens is de term traumatische neurose niet per se bedoeld als duidend op een rente- of compensatieneurose zoals dat weleens in het hedendaagse spraakgebruik voorkomt. Een onderliggende neurotische persoonlijkheid is geen noodzakelijke voorwaarde voor het tot stand komen van een dergelijk psychotrauma.

In een verhandeling over het posttraumatisch stress-syndroom bij politiemensen naar aanleiding van schietincidenten (Gersons 1984), wordt doorgaans hetzelfde beschreven. Opvallend is dat een somatische oorzaak en een psychische oorzaak van een posttraumatisch stress-syndroom, dezelfde symptomen tot gevolg hebben.

Andere gebruikelijke psychologische symptomen, die secundair optreden ten gevolge van somatische trauma's zijn:

1. angst, waaronder overreageren op stress, overdrijven van symptomen;
2. angstaanvallen (hyperventilatie, paniek, tachycardie enz.);
3. slapeloosheid;
4. episodes van conversiehysterie gekenmerkt door onverschilligheid (*la belle indifférence*);
5. hypochondrie.

Hoewel de symptomen primair van neurotische aard kunnen zijn,

wordt dikwijls een combinatie van organische en psychiatrische pathologie waargenomen. Nogmaals is het belangrijk op te merken dat mogelijkserwijs een deel van het veranderde gedrag van de patiënt na de beademing niet alleen toe te schrijven is aan het psychotrauma, maar ook aan een toestand van onvoldoende zuurstofvoorziening.

De toestand kan daarmee analoog zijn met de resttoestanden die wij kennen bij patiënten die bijvoorbeeld te lang in narcotische toestand hebben gelegen na een operatie, of bij patiënten die na een hersentrauma lang beademd zijn geweest.

## Behandeling

Terugkomend op de bovenbeschreven patiënten, is *bijpatiente A* veel neurotische symptomatologie terug te vinden. Rondom de tijd van de beademing was zij verwickeld in de normale adolescentenstrijd om onafhankelijkheid te bereiken van de ouders. Bij de jonge chronische astmapatiënten, wordt dit vaak moeilijker gemaakt door de gedwongen afhankelijkheid van de ouders ten gevolge van jarenlange intensieve zorg rond het astma. Dit proces van separatie was echter op adequate wijze op gang gekomen. Na de beademing is het proces blijven steken in een regressieve strijd, waarin patiënte koste wat het kost op nogal zelfdestructieve wijze haar onafhankelijkheid wilde bevechten. Patiënte ontwikkelde steeds meer lichamelijke klachten, voelde zich in toenemende mate gejaagd en was angstig voor een tweede decompensatie. Zij droeg uitsluitend coltruien om het litteken te verbergen, zij staakte haar opleiding. In deze periode besloot de specialist tot een verwijzing naar Davos.

De therapie werd gericht op het bespreken van het trauma en het leggen van verbanden tussen de pretraumatische ontwikkeling en de posttraumatische gevolgen. Zonder al te diep op de premorbide problematiek in te gaan was het mogelijk binnen tien sessies zowel de verwerking van het trauma te vergemakkelijken, als de gevolgen van de fixatie bespreekbaar te maken. Patiënte droeg geen coltruien meer en besloot te zijner tijd een plastisch-chirurgische correctie van het litteken te ondergaan. Na deze korte psychotherapeutische interventie kon patiënte zich verder binnen de integrale behandelingssetting in onze kliniek ontwikkelen.

Ook bij *patiënte B* is een soortgelijke ontwikkeling te bespeuren. Sinds de reanimatie was de relatie met de partner verslechterd. Patiënte voelde zich schuldig over de door haar veroorzaakte last. Toegedekt verdriet over het overlijden van een zoon negen jaar geleden achtervolgde haar opnieuw. Patiënte had in toenemende mate last van slaapproblemen en allerlei kwaaltjes.

Na een klein aantal psychotherapeutische sessies lijkt patiënte opgelucht te zijn. In brieven en over de telefoon bemerkt zij een wederzijdse ontspanning in de relatie met haar echtgenoot. Haar relative-

ringsvermogen is toegenomen en zij is aanzienlijk minder gespannen.

Bij *patiënt C* was een verder normaal dagelijks leven onmogelijk geworden na de tweede beademing. De sterk gebagatelliseerde beperkingen van zijn mogelijkheden tot het invullen van beroeps- en vrijetijdsactiviteiten werden ineens zo actueel, dat de patiënt geen tussenweg meer kon zien tussen totale activiteit en totale passiviteit. De psychologische begeleiding richtte zich voornamelijk op het scheppen van inzicht in de situaties, leidend tot ernstige benauwdheid, situaties waarin vooral onder sterke sociale druk de patiënt zich onvoldoende kon aanpassen aan zijn klachten. Ook zijn partner speelde aanvankelijk een negatieve rol in het aansporen van het ontkennen van astma. Patiënt leerde zich adequaat aan te passen – zijn behoefte aan passief zijn werd besproken, en een aanvaardbaar compromis werd gevonden waarin patiënt aan de passieve behoefte kon voldoen, zonder ziek te hoeven worden.

*Patiënte D* geeft een aanzienlijk ingewikkelder beeld te zien vanwege de gecompliceerde somatische problematiek, inclusief duidelijk waarneembare bijwerkingen op psychisch vlak van extreem hoge dagelijkse doseringen corticosteroiden (doorgaans 100 tot 150 mg per dag). In dit geval is er verder ook geen psychologische begeleiding geweest. In een klinisch interview dat heeft plaatsgevonden, is de nadruk voornamelijk gelegd op de gevolgen van de tracheotomie zelf en haar beleving van het verschil tussen beademing met en beademing zonder tracheotomie. De bijwerkingen van corticosteroid worden tevens buiten beschouwing gehouden, daar dit een aparte verhandeling vereist. Zowel patiënt als interviewer was opgevallen dat de directe van buitenaf zichtbare aanval op haar lichaam, vergaande consequenties had gehad op haar zelfvertrouwen. Zij maakte de indruk veel onverwerkte woede tegen behandelaars in zich te hebben en zich ook bedreigd te voelen. Het feit nu getekend te zijn door de beademing, betekent voor haar tevens dat het verbergen van astma geheel niet meer tot de mogelijkheden behoort (patiënte vertoont geen cushing symptomen ondanks haar steroïde-medicatie). Zij overwoog plastische chirurgie. Een deel van het volwassen functioneren wat herwonnen was na de opname in Davos, leek verloren te zijn gegaan na de trauma van de tracheotomie. Tevens bleek dat naast haar partner patiënte met niemand anders over de beademing had gesproken.

In het laatstbeschreven geval van *patiënte E* vindt een combinatie van somatische en psychische factoren plaats, die een wederzijdse beïnvloeding hebben. Wij zien na de beademing regressie. Er is sprake van ziekte winst. De restsymptomen van de beademing en de omstandigheden, leidend tot de somatische decompensatie, worden door patiënte gezien als bevestiging van het eigen onvermogen zelfstandig te kunnen functioneren. Patiënte houdt derhalve hardnekkig aan de symptomen vast, en lang nadat ze geacht kan worden voldoende lichamelijke te zijn hersteld, blijft zij intensief begeleiding vergen. Opvallend



is dat patiënte niet reageert op elke training in zelfstandigheid. Het duurt enkele maanden alvorens patiënte bereid is de mogelijkheden tot zelfstandig leven onder ogen te zien. Haar weerstanden worden uitvoerig met haar besproken als mede nieuwe strategieën om haar leven in Nederland voort te kunnen zetten. De afhankelijkheid vermindert. Een jaar na ontslag blijkt patiënte een actiever leven te leiden dan voor de opname in Davos.

In deze gevallen krijgen de patiënten over het algemeen voor het eerst gelegenheid over de reanimatie te praten in onze kliniek. Het onderwerp werd thuis enerzijds stilgezwegen, en anderzijds werden de patiënten omringd met geïntensiverde zorg en waakzaamheid.

### Nabeschoouwing

Er zijn ons inziens twee complementaire benaderingen die genomen kunnen worden bij patiënten, leidend onder posttraumatische stress-syndromen ten gevolge van beademing.

In eerste instantie met de huidige kennis van de diagnostische entiteit van respons na traumatische stress, is het mogelijk patiënten te begeleiden in het proces van het herstellen van de directe (primaire) somatische gevolgen (o.a. tijdelijke of blijvende invaliditeit) en sociale gevolgen (WAO, gezinsspanning) van het trauma (zie gevallen 2 en 3).

In tweede instantie doet zich een keuzemoment voor waarin de psychische gevolgen moeten worden geanalyseerd, en gerelateerd aan zowel premorbide neurotische problemen als de verdere indirecte (secundaire) consequenties voor de somatische (psychosomatose) en sociale (secundaire ziektewinst) toestand, ten gevolge van neurotisch reageren (zie bijv. gevallen 1 en 5). In het doorwerken van het trauma is het opvallend dat neurotische componenten van het ziektebeeld samenhangen met de onverwerkte rouw van verloren of verminderd lichamelijk functioneren en zelfvertrouwen. Met rouw wordt bedoeld het wetmatige proces van het verwerken van een verlies; in dit geval verlies van gezondheid.

Het signaleren van het bestaan van een posttraumatisch stress-syndroom bij de betrokken patiënt, waarin voornamelijk gestreefd wordt hem een kader te geven voor het begrijpen van gedrags- en belevingsveranderingen na somatisch trauma, moet voorop staan. Pas in een later stadium kan er in overleg met de betrokkene gekozen worden voor een strategie van hulpverlening waar het nodig blijkt te zijn.

De lering die ons inziens uit bovenstaande kan worden getrokken, is dat de beademing in het algemeen, en speciaal via tracheotomie, een posttraumatisch stress-syndroom tot gevolg heeft. Na de intensieve zorg bij een dergelijke ingreep en de navolgende somatische revalidatie, is het essentieel om psychologische aandacht te besteden aan de symptomen van posttraumatische stress, die na een dergelijk incident

ontstaat. Het lijkt verstandig om bij nazorg rekening te houden met de volgende factoren:

1. het kan enkele weken tot enkele maanden duren alvorens een hulpvraag ontstaat;
2. in de somatische nazorg moet men rekening houden met de bovenbeschreven symptomatologie, om de klachten van de patiënten in het juiste licht te kunnen interpreteren;
3. er moet voldoende aandacht besteed worden aan de pretraumatische situatie in relatie tot de posttraumatische toestand;
4. de psychologische gevolgen kunnen beschouwd worden in hetzelfde licht als rouw – het goed doorlopen van de verscheidene fasen kan leiden tot een verwerking zonder overblijvende neurotische symptomen;
5. de sociale situatie van patiënt (familie, echtgenoot) heeft begeleiding en voorlichting nodig, om wederzijds een negatieve beïnvloeding te voorkomen;
6. bij de astmapatiënt is het hierna noodzakelijk tevens de algemene omgang met ziekte bespreekbaar te maken. Het attent worden op vroege tekenen van benauwdheid en het nemen van adequate maatregelen, kan bijdragen tot het voorkomen van recidieven.

Bij verschillende chronische en acuut optredende somatische toestanden, kan reanimatie noodzakelijk zijn. Astmapatiënten vormen in dat opzicht geen aparte groep. De dreiging echter die doorgaans aanwezig is om in ademnood te komen, maakt dat beademing het zwaard van Damocles is voor de ernstige astmalijder.

Het coping-gedrag van astmapatiënten is om verschillende redenen tevens opvallend inadequaet vergeleken met andere groepen chronisch zieke patiënten (Creer 1983). Verder meen ik te mogen constateren dat de CARA-patiënten een aparte groep vormen, voor wat betreft verwerking van de trauma van beademing. De dreiging van een herhaling staat voor hen duidelijk op de voorgrond, en is van diepgaande invloed op het verwerkingsproces.

Ons inziens zijn er tevens verschillen op te merken tussen de patiënten, die via tracheotomie worden beademd, en patiënten die zonder tracheotomie worden beademd. Het verschil ligt voornamelijk op het vlak van de krenking van zelfgevoel ten gevolge van de ingreep. Deze problematiek, zoals eerder geschetst, speelt zich af op twee vlakken:

- in eerste instantie ten gevolge van een uiterlijk kenmerk (litteken), of duidelijk merkbare verandering (beschadiging stembanden) als gevolg van beademing, en
- in tweede instantie op het vlak van verloren autonomie en vertrouwen in eigen somatisch functioneren.

Ervaring leert dat in de psychologische begeleiding de tracheotomiepatiënt emotioneler is – er is veel onverwerkte rouw aanwezig (aantasting van onsterfelijkheidsfantasieën, machteloosheid); het psycho-trauma ligt dieper.

De zorg voor patiënten die gereanimeerd worden, kan in het algemeen profiteren van integratie van het psychologisch inzicht over de gevolgen van trauma's met de somatische zorg.

Naast geneeskundige/respiratoire hulp, is ook psychologische ondersteuning belangrijk, zoals in Davos aangeboden wordt. Hier ligt ons inziens een belangrijke taak voor ziekenhuispsychologen. Zodoende kan zowel een verkeerde interpretatie van symptomen, als later psychische decompensatie hopelijk voorkomen worden.

### Literatuur

- Creer, T. (1983), Respiratory disorders, in: T.G. Burish en L.A. Bradley (eds.), *Coping with chronic disease*. Academic Press, New York.
- Freedman, A.M., H.I. Kaplan en B.J. Sadock (1976), *Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry*, William and Wilkins, Baltimore.
- Freud, S. (1916), *Introductory Lectures on Psychoanalysis III*. Standard Edition, 16, 273.
- Gersons, B.P.R. (1981), Over crisistheorie, rouw en rolverandering: het transitionele proces in de ondersteuningsgroep. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 23, 430-452.
- Gersons, B.P.R. (1984), Schietincidenten: de psychische gevolgen bij politiemensen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 9, 899-911.
- Kuiper, P.C. (1980), *Verborgene Betekenissen*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Lipowski, Z.J. (1975), Psychiatry of somatic diseases: epidemiology, pathogenesis, classification. *Comprehensive Psychiatry*, 16, 105-124.
- Rooymans, H.G.M. (1983), De verwevenheid van somatische en psychische ziekten II. Psychiatrische stoornissen bij lichamelijk zieke patiënten. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 127, 2327-2331.

---

Schrijver is psycholoog/psychotherapeut, destijds werkzaam als behandelingscoördinator bij het Nederlands Astmacentrum Davos, thans: Algemeen Directeur RIAGG Maastricht e.o., Pr. Bisschopsingel 22, Maastricht.