

Balanceren tussen trauma en veerkracht

Geestelijke verzorging van COVID-19-revalidanten in het verpleeghuis

Sinds COVID-19 Nederland bereikte, is revalidatie van 'corona' niet meer weg te denken uit de verpleegzorg. In deze bijdrage brengt de auteur in kaart welk beroep de specifieke existentiële problematiek van COVID-19-revalidanten op de geestelijk verzorger in een verpleeghuis doet.

Esther Labrie

DE KANS OP EEN ERNSTIG verloop van COVID-19 met ziekenhuisopname en mogelijk een dodelijke afloop neemt toe met de leeftijd van de patiënt en wordt daarnaast negatief beïnvloed door eventueel aanwezig onderliggend lijden (Polidori e.a., 2021). Cliënten die na COVID-19 revalideren, behoren allemaal tot de groep bij wie het ziekteverloop hevig is geweest; meestal was de combinatie van kortademigheid als gevolg van longontsteking en hoge koorts de reden waarom ze op de intensive care (IC) werden opgenomen en

brachten ze daar enige dagen tot weken door. Ze werden geïntubeerd vanwege ernstige ademhalingsmoeilijkheden en in een kunstmatige coma gehouden. Wanneer ze daarna voor revalidatie in een verpleeghuis worden opgenomen, zien we een aantal fysieke gebieden waarop deze revalidanten problemen vertonen.

- *Ademhalingsproblemen.* Revalidanten blijven na het verwijderen van de ademhalingsapparatuur ademhalingsproblemen ervaren (Torres-Castro e.a., 2020). De meeste revalidanten beschikken daarom over zuurstof die ze bij extra inspanning of juist in rust via een neusmasker kunnen innemen. Geleidelijke afbouw van de zuurstof is onderdeel van het revalidatieproces.
- *Pijn en bewegingsbeperkingen van de gewrichten.* Een langdurig immobilisatie op de IC naar aanleiding van longontsteking door COVID-19 blijkt een risico met zich mee te brengen op een beginnende botvorming rond de gewrichten (Ploegmakers e.a., 2020). Dit leidt tot pijnklachten en bewegingsbeperkingen die op zich al problematisch zijn, maar daarnaast oefeningen voor spieropbouw bij fysiothera-



pie bemoeilijken. Revalidanten zijn vaak aangewezen op een rolstoel om zich te verplaatsen; een enkeling kan in de eerste fase zelfs nog niet zitten.

- *Geheugen- en concentratieproblemen.* Naast de duidelijke fysieke klachten kampt een groot deel van de revalidanten na COVID-19 met problemen gerelateerd aan een (tijdelijke) beperking in hersenfunctie (Arenivas e.a., 2020). Zich concentreren is moeilijk, het geheugen wordt als minder adequaat ervaren dan voor de ziekte, en revalidanten rapporteren een algehele traagheid in denken.

Geestelijke verzorging bij revalidatie na COVID-19

Als geestelijk verzorgers komen we op de revalidatieafdeling een aantal thema's regelmatig tegen, zoals verlies van zelfstan-

digheid, afscheid van de woning, onzekerheid over de toekomst en (soms vertraagde) rouw. Mensen zijn vaak onverwacht tot stilstaan gebracht en hebben – als ze eenmaal van de eerste schrik en een eventuele ingreep bekomen zijn – veel tijd om na te denken en de balans van het leven tot dan toe op te maken. Voor revalidanten van COVID-19 spelen de meeste van deze thema's ook, al is er van verlies van zelfstandigheid en afscheid van de woning in mindere mate sprake. In de meeste gevallen wordt uitgegaan van zodanig herstel dat de cliënt op termijn weer naar huis kan.

Revalidanten van COVID-19 hebben daarbij het volgende gemeenschappelijk: zij hebben gedurende het ziekteproces een ervaring van contingentie opgedaan die niet alleen het perspectief op de eigen sterfelijkheid op

losse schroeven zet, maar in sommige gevallen ook de al geleden verliezen in een ander licht plaatst (Scherer-Rath, 2013). Verliezen van lang geleden worden opeens weer actueel. Het perspectief op het leven en de dood in het algemeen is dus aan het wankelen gebracht. Dit is meestal een duidelijke aanleiding voor de doorverwijzing van de arts naar de geestelijk verzorger.

Door het oog van de naald

Het meest kenmerkend voor COVID-19-revalidanten is een allesoverheersend gevoel van contingentie: het had ook heel anders af kunnen lopen ... Revalidanten rapporteren verwondering, ontzetting, verbazing, verdriet, boosheid of schrik vanwege de wetenschap (voor hen die het pas later van de artsen hoorden) of het gevoel (voor diegenen die het bewust hebben meegemaakt) dat hun leven, soms zelfs meer dan eens, aan een zijden draadje heeft gehangen.

Een revalidant blijkt nog diep onder de indruk te zijn van het moment dat hij op de IC in slaap werd gebracht. De mededeling dat hij het ziekenhuis mogelijk niet levend zou verlaten, maakte dat de dood nog steeds heel dichtbij was in zijn gedachten.

Soms overheerst eerder het gevoel te zijn verraden door het voorheen zo sterke en gezonde lichaam, en soms is er vooral een grote opluchting en dankbaarheid voor het feit dat ze er nog zijn. Maar alle revalidanten hebben moeite om het gebeurde te interpreteren. Als geestelijk verzorgers kunnen we er zijn om al die gevoelens eerst te laten landen. Daarna komt er ruimte voor relativering; de grootse gebeurtenissen veranderden het perspectief op het leven van voor en na COVID-19, en langzamerhand krijgen de indrukwekkende ervaringen een plek in het levensverhaal.

Bij dat veranderende perspectief kan een geestelijk verzorger een cliënt ondersteunen door het verkennen van standpunten te stimuleren en te helpen woorden of beelden te geven aan het gevoel. Soms begint

dat verkennen van het gevoel met een uitnodiging om het eerst alleen maar eens toe te laten. Juist bij deze cliënten kan het helend zijn als een geestelijk verzorger uit ervaring kan zeggen: 'Wat u nu meemaakt en voelt is heel normaal, het hoort bij het revalidatieproces. Gaandeweg zal de grote focus die er nu op de ervaring van contingentie ligt minder worden en het gevoel naar de achtergrond verdwijnen.'

Post-IC-trauma en PTSS na een bijna-doodervaring

Het verblijf op de IC en de aanloop daar naartoe blijkt een grote rol te spelen bij de existentiële problematiek die voor de afdelingsarts aanleiding kan zijn om een cliënt door te verwijzen naar de geestelijk verzorger. Het verblijf op de IC, voor zover bewust beleefd – met bijvoorbeeld geluiden op de afdeling van mensen in doodsnood, de urgentie van de verzorging en het afgesloten zijn van naasten – is vaak aanleiding voor een zeker trauma ofwel postintensivacare-syndroom (PICS; Rathore & Ilyas, 2020) dat ook de naasten parten kan spelen. In sommige gevallen rapporteren cliënten na een hevig ziekteverloop als bij COVID-19 een ervaring van bijna-doodgaan ('near death experience' ofwel NDE). Contact met overleden dierbaren en een allesomvattend wit licht maken dit tot een positieve ervaring (Nelson, 2014). Toch blijkt uit onderzoek dat een NDE de kans op het ontwikkelen van een posttraumatisch stresssyndroom (PTSS) vergroot (Greyson, 2001). Maar ook wanneer trauma uitblijft is – juist vanwege de overduidelijke existentiële implicaties van een NDE – specifieke aandacht van de geestelijk verzorger vereist. Waar naasten snel aan een NDE voorbijgaan, is de geestelijk verzorger in staat om met de cliënt de transcendente waarde van die ervaring te verkennen.

Overigens is trauma op zich in eerste instantie niet de zorg van de geestelijk verzorger, maar bij het verkennen van de achterliggende ervaring van contingentie en/of levensvragen is het voor de geestelijk verzorger in een multidisciplinaire setting wel

van groot belang om zich hier bewust van te zijn. Niet alleen het eigen trauma van de cliënt, maar ook diens zorg om een eventueel trauma van naasten als toeschouwer van het verloop van COVID-19 bij de cliënt kan prominent aanwezig zijn in de gesprekken met de geestelijk verzorger.

Een revalidant voelde telkens weer met terugwerkende kracht de radeloosheid die het bij haar opriep, als ze zich realiseerde hoe het voor haar partner en kinderen moest zijn geweest dat ze vier keer 'kritiek had gelezen'.

De geestelijk verzorger kan de cliënt bijstaan door in eerste instantie vooral een luisterend oor te bieden en pas daarna op specifieke ervaringen in te zoomen. Wanneer dat onvoldoende verlichting geeft en er een vermoeden van onverwerkt trauma is, kan begeleiding door de psycholoog uitkomst bieden. Vanwege de inhoudelijke kant (zoals wankelende spiritualiteit, rouw, verlies en existentiële vragen) is betrokkenheid van een geestelijk verzorger echter nog steeds gewenst. Deze kan ondersteuning bieden bij het herbeleven van de doorgemaakte ervaringen en helpen de ervaringen in het nieuwe levensverhaal te integreren.

Vinden van veerkracht

Vrijwel elke revalidant krijgt met een allesoverheersende en schijnbaar eindeloze vermoeidheid te maken. Dit vraagt dat de revalidant zichzelf in acht neemt en leert luisteren naar het lichaam, om verstandig om te gaan met de fluctuerende energie. Dat leidt soms tot frustratie en is uitermate confronterend; het lichaam voelt vreemd en het energieniveau is onherkenbaar laag. De gevoel van eigenwaarde is aangetast en de revalidant staat voor de uitdaging om het zelfbeeld (in ieder geval tijdelijk) bij te stellen, zonder de hoop op herstel te verliezen. Juist in deze moeilijke omstandigheden vereist het mentale veerkracht om de vermoeidheid toe te laten en als het ware uit te laten woeden, om te voorkomen dat negatieve gevoelens de revalidatie in de weg gaan staan.

Een revalidant merkte dat hij veel nadacht over zijn leven tot nu toe, omdat hij daar door het verplicht rust nemen niet onderuit kwam. Hij waardeerde de ondersteuning die de geestelijk verzorger daarbij bood.

Een geestelijk verzorger kan bijvoorbeeld bijdragen aan het vergroten of vinden van mentale veerkracht door – naast het bieden van een luisterend oor en het verkennen van de identiteit buiten COVID-19 – met de cliënt in te zoomen op niet-constructieve gedachten en gedrag. Te snel te veel willen doen en de gedachte dat het nooit meer goed zal komen, zijn dan ook terugkerende thema's bij COVID-19-revalidanten.

Zoals met alles wat moeilijk is, wordt er voor elke twee stappen vooruit ook weer een teruggedaan. Vaak is dat een terugkerende frustratie, waarover simpelweg stoom moet worden afgeblazen. Naarmate de revalidatie vordert, herstellen het energieniveau en spierkracht zich en komt langzaam het vertrouwen in het eigen lichaam terug. Voor de geestelijk verzorger is het aftasten om te voelen waar en wanneer er ruimte ontstaat om terug te kijken of juist voorzichtig vooruit te kijken. Tot dat moment is het meebewegen en samen uithouden een van de meest uitdagende, maar ook waardevolle doelen van de geestelijk verzorger.

Hernieuwde rouw

Bij revalidatie valt op dat rouw om eerder overleden naasten vaak (weer) actueel wordt en dat dit verlies in een nieuw licht komt te staan. Bij revalidanten van COVID-19 lijkt dit in nog grotere mate te spelen dan bij cliënten die herstellen van een gebroken heup of een CVA. Vermoedelijk speelt de heftigheid van wat zij op de IC hebben ervaren daarbij een rol. De recente en overweldigende confrontatie met de eigen sterfelijkheid nodigt de cliënt ook uit om vanuit dit nieuwe perspectief terug te kijken op eerdere eigen ervaringen rondom sterven en rouw en deze als het ware opnieuw te 'ijken'.



In tegenstelling tot eerdere vermoedens is van een rouwstoornis zoals 'complicated grief syndrome' (CG) en 'persistent complex bereavement disorder' (PCBD; Boelen & Smid, 2017) bij COVID-19-revalidanten in principe geen sprake, tenzij deze er al was. Rouwstoornissen ontstaan al rondom het overlijden van een dierbare en komen gaandeweg tot uiting als afwijkend. Voor COVID-19-revalidanten is het opgelopen trauma de aanleiding voor het opnieuw of anders verwerken van een eerder verlies van een geliefde. Vandaar dat er wel sprake is van iets wat zich het beste laat beschrijven als 'hernieuwde rouw', maar dat niet per se moet worden uitgegaan van verstoorde rouw of een rouwstoornis.

Behandelaren moeten zich ervan bewust zijn dat er bij COVID-19-revalidanten wel degelijk sprake is van een verhoogd risico op verstoorde rouw, namelijk wanneer de cliënt tijdens het eigen ziekteproces een naaste verliest. Juist vanwege de besmettelijkheid van COVID-19 is die kans aanwezig, met vaak ingrijpende gevolgen voor de revalidant en diens omgeving. Zo konden of mochten sommigen niet aanwezig zijn bij het overlijden of de uitvaart van een naaste, terwijl anderen bij het ontwaken op de IC ontdekten dat een naaste inmiddels overleden was.

Een revalidant had behoefte aan ondersteuning bij het leren omgaan met het tragische gegeven dat zijn broer overleed, terwijl hij een kamer verderop vocht voor zijn leven.

Naast een mogelijk verstoorde rouw is er dan in ieder geval sprake van een zekere tragiek die aanleiding kan zijn voor het inschakelen van de geestelijk verzorger. Voor zowel de afdelingsarts als de geestelijk verzorger is het daarom van belang alert te zijn op eventuele complicerende factoren in de directe omgeving, om ook een revalidant met al dan niet verstoorde rouw vanwege een recent verlies adequaat te kunnen begeleiden.

Zorg voor COVID-19-revalidanten

De behandeling van COVID-19-revalidanten concentreert zich op drie gebieden:

- ademhalingsproblemen;
- pijn en bewegingsbeperkingen van de gewrichten;
- geheugen- en concentratieproblemen.

Aanleiding voor doorverwijzing door de arts naar de geestelijk verzorger bij COVID-19-revalidanten:

- ervaring van contingentie ('door het oog van de naald');
- post-IC trauma of PTSS na bijna-doodervaring;
- andere existentiële problematiek.

Begeleiding door de geestelijk verzorger concentreert zich op de volgende vijf gebieden:

- omgaan met ervaring van contingentie;
- veranderend perspectief op sterfelijkheid en leven;
- vinden van veerkracht;
- hernieuwde rouw;
- zorg thuis en zorg voor naasten.

Zorg thuis en zorg voor naasten

Als de intramurale revalidatie is afgerond, kan er toch een zorgbehoefte blijven bestaan. De fysieke revalidatie gaat thuis verder en ook op geestelijk gebied is er dan nog een weg te gaan. Vaak dienen zich juist in de thuissituatie nieuwe problemen aan. Zo worden COVID-19-revalidanten na aanvankelijke blijdschap vanwege het ontslag vaak overvallen door een gevoel van zwakte. Het energieniveau is nog laag en de vanzelfsprekendheid van het oude levensritme blijkt te zijn verdwenen. De mentale veerkracht wordt dus opnieuw op de proef gesteld. Ook de verhouding met de partner en de directe omgeving kan onder druk komen te staan. De balans van samenleven en wederzijdse zorg moet worden hervonden en dat kan leiden tot spanningen en wederzijds onbegrip. Zo hebben revalidanten soms moeite met het toelaten van zorg door de partner of moeten ze juist constateren dat zij door de gevolgen van COVID-19 zelf niet meer in staat zijn de eerder zo vanzelfsprekende zorgrol voor de partner te vervullen. Dit soort problemen kunnen ernstig ingrijpen in het zelfbeeld van revalidant, partner en naasten.

Door goede ketenzorg (Everink e.a., 2015) kan een eerstelijns geestelijk verzorger of een geestelijke uit het eigen netwerk betrokken worden om ook thuis de revalidant en zijn of haar partner te ondersteunen bij het vinden van veerkracht, het omgaan met veranderende verhoudingen en het hervinden van de (gezamenlijke) identiteit. Door ruimte te creëren voor de verschillende perspectieven op de nieuwe situatie, kunnen de levensverhalen van de revalidant en de directe omgeving weer met elkaar verbonden worden. Daarbij is nadrukkelijk ook aandacht voor het perspectief van de partner nodig. Ook de positief bedoelde maar vaak verlamme tactiek van 'vanaf nu alleen nog maar vooruit kijken' kan effectief worden bijgesteld door het verbinden van de verschillende delen van het levensverhaal. De geestelijk verzorger kan hieraan bijdragen door de revalidant de ruimte te geven om het doorgemaakte te blijven bespreken zolang als nodig is.

E. Labrie is geestelijk verzorger bij Gelre Ziekenhuizen te Apeldoorn. E-mail: e.labrie@gelre.com.

Literatuur

- Arenivas, A.P.D.M.P.H., Carter, K.R.P.D., Harik, L.M.P.D. & Hays, K.M.P.D. (2020). COVID-19 neuropsychological factors and considerations within the acute physical medicine and rehabilitation setting. *Brain Injury*, 34 (8), 1136-1137.
- Boelen, P.A. & Smid, G.E. (2017). Disturbed grief: prolonged grief disorder (PGD) and persistent complex bereavement disorder (PCBD). *British Medical Journal*, 357, j2016.
- Dey, N., Mishra, R., Fong, S.J., Santosh, K.C., Tan, S. & Crespo González, R. (2021). COVID-19: psychological and psychosocial impact, fear, and passion. *Digital Government: Research and Practice*, 2 (1), 1-4.
- Diolaiuti, F., Marazziti, D., Beatino, M. F., Mucci, F. & Pozza, A. (2021). Impact and consequences of COVID-19 pandemic on complicated grief and persistent complex bereavement disorder. *Psychiatry Research*, 300, 113916.
- Everink, I.H.J., Haastregt, J.C.M. van, Kempen, G.I.J.M., Dielis, L.M.J., Maessen, J.M.C. & Schols, J.M.G.A. (2015). Uitdagingen in de geriatrische revalidatiezorg: de ontwikkeling van een zorgpad. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 46 (2), 104-112.
- Greyson, B. (2001). Posttraumatic stress symptoms following near-death experiences. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71 (3), 368-373.
- Nelson, K.R. (2014). Near-death experience: arising from the borderlands of consciousness in crisis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1330 (1), 111-119.
- Ploegmakers, D.J.M., Zielman-Blokhuis, A.M., Duinhoven, H.J.R. van, Rooy, J.W.J. de, Geurts, A.C.H. & Nonnekes, J. (2020). Heterotope ossificatie na een COVID-19-pneumonie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 164, D5357.
- Polidori, M.C., Sies, H., Ferrucci, L. & Benzing, T. (2021). COVID-19 mortality as a fingerprint of biological age. *Ageing Research Reviews*, 67, 101308.
- Rathore, F.A. & Ilyas, A. (2020). Post-intensive care syndrome and COVID-19: crisis after a crisis? *Heart Lung and Circulation*, 29 (12), 1893-1894.
- Scherer-Rath, M. (2013). Ervaring van contingentie en spirituele zorg. *Psyche en Geloof*, 24, 184-195.
- Torres-Castro, R., Vasconcello-Castillo, L., Alsina-Restoy, X., Solis-Navarro, L., Burgos, F., Puppo, H. & Vilaró, J. (2020). Respiratory function in patients post-infection by COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Pulmonology*, 27 (4), 328-337.