

Ειδικό άρθρο Special article

Νεφρική ανεπάρκεια: Βιοβιολογικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις

Σ. Σπυρίδη, Α. Ιακωβίδης, Γ. Καπρίνης

Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Ψυχιατρική 2008, 19:28-34

Μία από τις πιο δύσκολες ομάδες ασθενών με τις οποίες καλείται ο ψυχίατρος να εργαστεί, ειδικότερα στα πλαίσια της Συμβουλευτικής-Διασυνδετικής, είναι οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια, λόγω της πολυπλοκότητας και της πολυδιάστατης φύσης των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν. Στην παρούσα ανασκόπηση γίνεται προσπάθεια για μία ολιστική θεώρηση, λαμβάνοντας υπόψη τους βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, που σχετίζονται με τη νόσο και με τα εξειδικευμένα θεραπευτικά προγράμματα. Γίνεται συζήτηση για τον τρόπο με τον οποίο οι παράγοντες αυτοί αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και καθορίζουν όχι μόνο την πορεία αλλά και την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους. Τέλος, γίνεται μία σύντομη αναφορά στις ψυχοκοινωνικές και φαρμακευτικές παρεμβάσεις, που ενδείκνυνται σε αυτή την ομάδα των ασθενών για την αντιμετώπιση των ψυχικών και ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της νόσου.

Λέξεις ευρητηρίου: Νεφρική ανεπάρκεια, εξωνεφρική κάθαρση, ψυχικές, ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις, Συμβουλευτική-Διασυνδετική Ψυχιατρική.

Εισαγωγή

Μία από τις πιο δύσκολες ομάδες ασθενών με τις οποίες καλείται ο ψυχίατρος να εργαστεί, ειδικότερα στα πλαίσια της Συμβουλευτικής-Διασυνδετικής, είναι οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια, λόγω της πολυπλοκότητας και της πολυδιάστατης φύσης των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν. Εκτός από τις διάφορες βιολογικές διαταραχές, κυρίως μεταβολικού τύπου, που μπορεί να επηρεάσουν την ψυχική κατάσταση, τα θεραπευτικά προγράμματα όπως η εξωνεφρική κάθαρση, η μεταμόσχευση νεφρού κ.ά. είναι δυνατό να έχουν ψυχοπαιστικό αποτέλεσμα στον ασθενή και τους οικείους του.¹ Συχνά, συμπτώματα κατάθλιψης αλληλεπικαλύπτονται με συμπτώματα αρχόμενης νεφρικής ανεπάρκειας ή η ίδια η νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να προκαλέσει καταθλιπτική συμπτωματολογία. Συχνά ο ψυχίατρος καλείται να κάνει τη διαφοροδιάγνωση ανάμεσα στην

οργανική ή στην ενδογενή προέλευση των συμπτωμάτων, ώστε να τα αντιμετωπίσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Δεν θα μπορούσαμε παρά να προσεγγίσουμε το θέμα με μία ολιστική θεώρηση, λαμβάνοντας υπόψη τους βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που αλληλεπιδρούν και καθορίζουν όχι μόνο την πορεία αλλά και την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους.

Βιολογικοί παράγοντες

Υιοθετώντας το βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο και ξεκινώντας από τη βιολογική διάσταση του προβλήματος, η οξεία νεφρική ανεπάρκεια θα πρέπει να βρίσκεται στη διαφοροδιαγνωστική μας σκέψη σε ασθενείς με κόπωση και υποθυμία, όπως επίσης και σε ασθενείς με οξεία οργανική ψυχική διαταραχή π.χ. σύγχυση ή και οξύ συγχυτικό παραλήρημα.¹

Στο παρελθόν η νεφρική ανεπάρκεια είχε σχεδόν πάντα κακή και μη αναστρέψιμη πρόγνωση (νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου). Με την πρόοδο όμως της ιατρικής στο συγκεκριμένο τομέα, χρησιμοποιήθηκαν μέθοδοι που επιμηκύνουν ή και σώζουν ζωές. Έτσι, η ανάγκη για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών επιπτώσεων που προκαλούνται από την ίδια τη νόσο, αλλά και από τα θεραπευτικά προγράμματα, καθώς και η ανάγκη για βελτίωση της ποιότητας ζωής, καθιστούν σημαντική την παρέμβαση του ψυχιάτρου της Συμβουλευτικής-Διασυνδεδετικής σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ).

Ανάμεσα στα σωματικά συμπτώματα της ΧΝΑ που σχετίζονται με ψυχικές εκδηλώσεις, συχνότερα είναι οι διαταραχές σίτισης, η αναιμία και η σεξουαλική δυσλειτουργία. Η κατάθλιψη φαίνεται να επιδεινώνει την ανορεξία που οφείλεται σε ουραιμία και την υπολευκωματιναιμία, λόγω της μειωμένης πρόσληψης πρωτεϊνών.^{2,3} Η αναιμία από μειωμένη έκκριση ερυθροποιητίνης, κλινικά εμφανίζεται ως εύκολη κόπωση ή/και κατάθλιψη και φαίνεται να συνδέεται με πτωχή ποιότητα ζωής σε αυτή την ομάδα ασθενών,⁴ ενώ θεραπεία υποκατάστασης με ερυθροποιητίνη φαίνεται να βελτιώνει τα συμπτώματα κόπωσης, τη λειτουργικότητα και αρκετές παραμέτρους της ποιότητας ζωής.^{5,6} Για το υψηλό ποσοστό σεξουαλικής δυσλειτουργίας στους νεφροπαθείς υπεύθυνοι φαίνεται να είναι ενδοκρινικές διαταραχές (διαταραχή στη σύνθεση ορμονών, στη μεταφορά, στη σύνδεση με τους υποδοχείς και στην ανταπόκριση των οργάνων-στόχων)⁵ και μεταβολικές διαταραχές, με κυριότερη την επίδραση ουραιμικών τοξινών.⁷ Οι διαταραχές αυτές δεν βελτιώνονται με την αιμοκάθαρση, αντιθέτως μπορεί και να επιδεινωθούν, ενώ συχνά αποκαθίστανται μετά από μεταμόσχευση. Στους άνδρες εκδηλώνονται συνήθως ως διαταραχή στη στύση, ενώ στις γυναίκες ως ανωμαλίες του καταμήνιου κύκλου ή μειωμένη libido.¹ Για τη σεξουαλική δυσλειτουργία πολύ σημαντικό ρόλο παίζουν βέβαια και ψυχολογικοί παράγοντες, που αναφέρονται παρακάτω.

Για την επιβάρυνση όμως της ψυχικής και ψυχοκοινωνικής ζωής των χρόνιων νεφροπαθών ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό και η θεραπεία που περιλαμβάνει είτε τη συντηρητική φαρμακευτική αγωγή είτε τη εξωνεφρική κάθαρση και τέλος τη νεφρική μεταμόσχευση. Πολλά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη νεφρική νόσο (κορτικοστεροειδή, ρεσερπίνη, θειαζίδες, κλονιδίνη, αναστολείς ΜΕΑ, αναστολείς ιόντων ασβεστίου, β-αναστολείς, κυκλοσπορίνη

κ.ά.) είναι αιτίες για νευροψυχιατρικές επιπλοκές, που κυμαίνονται από κατάθλιψη ή ευφορία έως σύγχυση, ψευδαισθήσεις, άνοια ή ψύχωση.¹

Ο ασθενής με το γιατρό του έχει πλέον να επιλέξει ανάμεσα σε τρεις τύπους εξωνεφρικής κάθαρσης: (α) την κάθαρση στο σπίτι (που απαιτεί την παρουσία κάποιου φροντιστή που να έχει εκπαιδευτεί στη διαδικασία), (β) τη συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση που επιτρέπει στον ασθενή να είναι περισσότερο αυτόνομος και ευέλικτος ως προς το χρόνο και τον τόπο της κάθαρσης, να έχει περισσότερο ελεύθερο χρόνο άρα και καλύτερη επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα και (γ) τη χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση που εφαρμόζεται 3 φορές την εβδομάδα για 4-6 ώρες κάθε φορά, σε εξειδικευμένο ιατρικό κέντρο και απαιτεί τη σύνδεση με το μηχάνημα αιμοκάθαρσης. Η τελευταία μέθοδος υπερέχει των άλλων δύο στο ότι απαιτεί λιγότερους περιορισμούς στη λήψη τροφής και υγρών, η διαδικασία δεν απαιτεί τη συνεχή ύπαρξη καθετήρα στο σώμα του ασθενούς, ο ασθενής δεν έχει τη θέα αίματος και οι λοιμώξεις είναι πολύ λιγότερες καθώς η αιμοκάθαρση ελέγχεται από εξειδικευμένο προσωπικό.

Ο περιορισμός του ελεύθερου χρόνου και των διατροφικών συνθηκών, η δυσκολία στην απομάκρυνση από τον τόπο μόνιμης διαμονής, οι επιπλοκές όπως συχνές λοιμώξεις, οι συχνές νοσηλείες και η εξάρτηση είτε από μέλη της οικογένειας είτε από το θεραπευτικό κέντρο τροποποιούν σε τέτοιο βαθμό τις καθημερινές συνήθειες ώστε αντιδραστικά να παρατηρούνται ευερεθιστότητα, άγχος και κατάθλιψη και να επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό η ποιότητα ζωής. Αναφέρεται ότι ασθενείς που βρίσκονται σε περιτοναϊκή κάθαρση, περίπου κατά το ένα τρίτο παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα,⁷⁻⁹ ενώ σε σύγκριση ανάμεσα σε ασθενείς με χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση και με συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για την ψυχιατρική νοσηρότητα⁷ και τις επιπτώσεις στη ποιότητα ζωής.¹⁰ Ενδιαφέρον φαίνεται να είναι το γεγονός ότι σε ασθενείς με εξωνεφρική κάθαρση επιβαρύνεται η ποιότητα ζωής με το πέρασμα του χρόνου, αλλά και η αντίληψη των ασθενών ότι κυρίως η σωματική τους υγεία χειροτερεύει.¹¹ Αν και η ποιότητα ζωής είναι μία έννοια που πολλοί αντιλαμβάνονται, αλλά λίγοι μπορούν να την ορίσουν, η «Iκανοποίηση Ζωής» (Life Satisfaction) αποτελεί το σύνολο της υποκειμενικής αίσθησης ηδονής που αντλεί το άτομο από τους επιμέρους τομείς της ζωής του. Από τη συγκριτική αξιολόγηση της Iκανοποίησης Ζωής με τη χρήση

του ερωτηματολογίου LSI (Life Satisfaction Inventory) σε επτά ομάδες ασθενών με χρόνιες παθήσεις (ΧΝΑ, καρκίνο τριών διαφορετικών εντοπίσεων, ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και νοσογόνο παχυσαρκία), χειρότερη ικανοποίηση εξέφρασαν οι ασθενείς με ΧΝΑ τελικού σταδίου.¹² Ασθενείς με μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση, χαμηλότερη λειτουργικότητα και ανεπιτυχή προσαρμογή βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για σχετιζόμενες με την εξωνεφρική κάθαρση λοιμώξεις και νοσηλείες.¹³ Υψηλότερα ποσοστά περιτονίτιδας, σε ασθενείς σε περιτοναϊκή κάθαρση, φαίνεται να σχετίζονται και ως ανεξάρτητος παράγοντας με πτωχή ποιότητα ζωής και με κατάθλιψη¹⁴ είτε γιατί ένας ασθενής με κατάθλιψη μαθαίνει και εφαρμόζει δυσκολότερα τη διαδικασία που απαιτεί η περιτοναϊκή κάθαρση, είτε γιατί η κατάθλιψη μειώνει την επάρκεια του ανοσοποιητικού.³

Με τις τεχνικές εξωνεφρικής κάθαρσης σχετίζονται και δύο τύποι οργανικής ψυχικής διαταραχής, που αν και εμφανίζονται πιο σπάνια από την ουραιμική εγκεφαλοπάθεια, θα πρέπει να αναγνωρίζονται. Πρόκειται για το «σύνδρομο απώλειας της ομοιόστασης» και το «σύνδρομο εξωνεφρικής κάθαρσης».¹ Το πρώτο συμβαίνει κυρίως σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ταχεία εξωνεφρική κάθαρση λόγω της απότομης διόρθωσης των μεταβολικών διαταραχών και εκδηλώνεται με κεφαλαλγία, ναυτία, ευερεθιστότητα, μυϊκές κράμπες, ζάλη, επιληπτικές κρίσεις ή σπανιότερα ψυχωτικά συμπτώματα. Το δεύτερο συμβαίνει σε ασθενείς σε χρόνια αιμοκάθαρση και μάλλον σχετίζεται με την τοξική εναπόθεση του αργιλίου στο φλοιό του εγκεφάλου. Μπορεί να είναι θανατηφόρο και εκδηλώνεται με δυσαρθρία, αφασικές διαταραχές, κατάθλιψη, παρανοειδή ανομοιότητα, επιληπτικές κρίσεις. Δεν είναι γνωστή μέχρι σήμερα η θεραπευτική του αντιμετώπιση.

Ολοκληρώνοντας την αναφορά βιολογικών παραγόντων που σχετίζονται με τις ψυχικές εκδηλώσεις σε χρόνιους νεφροπαθείς, θα πρέπει να σημειώσουμε και τα ψυχολογικά προβλήματα των μεταμοσχευθέντων που οφείλονται σε οργανικά αίτια. Αυτά οφείλονται κυρίως στην ανοσοκατασταλτική φαρμακευτική αγωγή (κορτικοστεροειδή και κυκλοσπορίνες) που είναι γνωστό ότι προκαλούν ευερεθιστότητα, διαταραχές της διάθεσης, νευροτοξικότητα, ψυχωτικά συμπτώματα. Χαρακτηριστικό είναι το οργανικό εγκεφαλικό σύνδρομο (Organic Brain Syndrome), που παρουσιάζεται σε ανοσοκατεσταλμένους μεταμοσχευθέντες και εκδηλώνεται με διαταραχές του ύπνου, μειωμένη

αντίληψη και συναισθηματική αστάθεια.¹⁵ Τέλος, συχνή αιτία κατάθλιψης σε αυτή την κατηγορία ασθενών αποτελούν οι μετεγχειρητικές λοιμώξεις και οι πολλαπλές επακόλουθες νοσηλείες.

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Πέρα από τους βιολογικούς παράγοντες, το σημαντικότερο ίσως ρόλο στην ανάπτυξη ψυχιατρικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια διαδραματίζει η ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ασθενών αυτών. Η θετική ή αρνητική έκβασή της εξαρτάται από την προσωπικότητα του ασθενούς και την υποστήριξη που δέχεται από το ιατρικό, νοσηλευτικό, οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Πάνω σε αυτό το υπόστρωμα δρα η νόσος ως ψυχοπρεστική κατάσταση και από την αλληλεπίδραση αυτών των τριών παραγόντων διαμορφώνεται η προσαρμογή του ασθενή στη νόσο του. Ένα ισχυρό Εγώ κινητοποιεί συνήθως ευπροσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης της νόσου, ενώ αντίθετα ένα αδύναμο Εγώ, μέσα από ανώριμους μηχανισμούς άμυνας οδηγεί σε ανεπιτυχή προσαρμογή, ανάπτυξη ψυχιατρικών διαταραχών, μη συμμόρφωση ή άρνηση για θεραπεία, διατάραξη διαπροσωπικών-ενδοοικογενειακών σχέσεων και τελικά σε κακή έκβαση της ίδιας της νόσου.

Ασθενείς που δεν καταφέρνουν να διαχειριστούν το θυμό και την τάση τους για εξάρτηση, αναπτύσσουν κατάθλιψη, που με τη σειρά της συνδέεται με υψηλότερη θνητότητα,⁸ υψηλότερα ποσοστά περιτονίτιδας¹⁶ και πιο συχνές νοσηλείες.¹ Η κατάθλιψη φαίνεται να αποτελεί σοβαρό αιτιολογικό παράγοντα μη συνεργασίας και διατάραξης της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με ΧΝΑ.^{17,18} Μελέτες έδειξαν ότι η αντίληψη του ασθενούς για τη νόσο του συνδέεται με την ανάπτυξη κατάθλιψης περισσότερο από ότι η ίδια η σοβαρότητα της νόσου.¹

Από τη στιγμή της ανακοίνωσης της διάγνωσης κινητοποιούνται στον ασθενή φόβοι αναπηρίας ή θανάτου, επαγγελματικής και κοινωνικής ανεπάρκειας, οικονομικής καταστροφής. Ξεκινώντας τη θεραπεία τροποποιούνται οι καθημερινές συνήθειες και οι ενδοοικογενειακές σχέσεις. Σε μία μελέτη αναφέρεται ότι σχεδόν όλοι οι ασθενείς ένιωθαν απελπισία και οι μισοί τουλάχιστον εκδήλωσαν άγχος όταν παρακολουθήθηκαν για είκοσι δύο εβδομάδες.³ Οι ίδιοι ασθενείς ανέφεραν ανησυχία για ενδεχόμενη οικονομική και οικογενειακή καταστροφή, απώλεια της εργασίας τους, απώλεια της ανεξαρτησίας τους, του ρόλου τους στην οικογένεια και της σεξουαλικής

τους λειτουργίας. Ο ασθενής παίρνει πλέον το ρόλο του αδύναμου και του εξαρτημένου. Η αλλαγή των ρόλων φαίνεται να επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τη σεξουαλική ζωή του ασθενή, αφού από ερωτικός σύντροφος μετατρέπεται σε ασθενή και ο σύντροφός του καλείται να πάρει το ρόλο του φροντιστή.³ Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι σε ασθενείς με εξω-νεφρική κάθαρση, στην κλίμακα ποιότητας ζωής η βαθμολογία για την εικόνα εαυτού δεν φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά.¹⁰ Έτσι η σεξουαλική δυσλειτουργία αποδίδεται –εκτός από τις ορμονικές διαταραχές και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής– στις ψυχολογικές επιπτώσεις στο ζευγάρι από την αλλαγή των ρόλων³ και όχι στην αλλαγή της εικόνας εαυτού λόγω της νόσου.

Μεταμόσχευση

Πολλά επίσης ψυχοκοινωνικά θέματα προκύπτουν σχετικά με τη μεταμόσχευση νεφρού, τόσο κατά την περίοδο αναμονής του μοσχεύματος, όσο και μετά τη μεταμόσχευση. Κατά την περίοδο αναμονής της μεταμόσχευσης και όσο καθυστερεί η εξεύρεση του κατάλληλου μοσχεύματος, ο ασθενής βιώνει συναισθήματα απογοήτευσης, αγωνίας και εγκατάλειψης. Το ίδιο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, που αρχικά είναι υποστηρικτικό στον υποψήφιο για μεταμόσχευση, με το πέρασμα του χρόνου νιώθει αισθήματα ανικανότητας και σε δεύτερη φάση ενοχές, που τελικά οδηγούν στην αποφυγή του ασθενούς, ο οποίος βιώνει εντονότερα εμπειρίες απομόνωσης και εγκατάλειψης. Ο ασθενής που δεν επιλέγεται για ένα πτωματικό μόσχευμα καθώς και η οικογένειά του κυριεύονται από θυμό και οργή προς το ιατρικό προσωπικό και το σύστημα υγείας. Για τους ασθενείς που πρόκειται να λάβουν τον νεφρό από ένα οικείο τους πρόσωπο, το κυριότερο ηθικό πρόβλημα που προκύπτει είναι το κατά πόσο η απόφαση του δότη είναι αυτόβουλη ή έχει ληφθεί κάτω από εξωτερική πίεση (από άλλους συγγενείς ή από τον ίδιο το νεφροπαθή). Συχνά αισθήματα ενοχής από το δέκτη προς το δότη επηρεάζουν τη μεταξύ τους σχέση αλλά και τις ενδοοικογενειακές ισορροπίες.¹⁵ Αγωνία για την ίδια τη χειρουργική επέμβαση καθώς και φόβοι απόρριψης του μοσχεύματος κινητοποιούν αγχώδεις και καταθλιπτικές εκδηλώσεις στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Η ψυχιατρική παρέμβαση με αντικαταθλιπτική ή αγχολυτική φαρμακευτική αγωγή, όπου χρειάζεται, η ψυχολογική υποστήριξη και η ενημέρωση από τους θεράποντες για τη χειρουργική διαδικασία

και τις αναμενόμενες επιπλοκές, μπορούν να μειώσουν σημαντικά το προεγχειρητικό stress.^{3,15}

Οι μεταμοσχευθέντες ασθενείς αντιμετωπίζουν με φόβο και αγωνία μία ενδεχόμενη απόρριψη του μοσχεύματος. Αυστηρή αυτοκριτική, ενοχές και φόβοι τιμωρίας βιώνονται όταν το μόσχευμα προέρχεται από ζωντανό δότη και επιδεινώνονται σε περιπτώσεις απόρριψης του μοσχεύματος. Δυσκολίες ψυχολογικής ενσωμάτωσης του μοσχεύματος προκύπτουν όταν το μόσχευμα μετατρέπεται σε φανταστικό επίπεδο από ένα ανατομικό όργανο σε μία συμβολική αναπαράσταση ενός άλλου ανθρώπου. Τότε, ο λήπτης συμπεριφέρεται σαν να φέρει μέσα του ολόκληρο το δότη, μαζί με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του, πολλά από τα οποία υιοθετεί και αποδίδει στη μεταμόσχευση.^{15,19} Τα προβλήματα αυτά μπορεί να εκδηλωθούν με μία συναισθηματική αστάθεια, κατάθλιψη ή ακόμη και ψύχωση μετά τη μεταμόσχευση. Η συγκεκριμένη εικόνα που έχει ο ασθενής για τη μορφή και τη διάταξη του σώματός του στο χώρο, μεταβάλλεται μετά τη μεταμόσχευση και ο μεταμοσχευθής καλείται να «τακτοποιήσει», να ενσωματώσει το νέο όργανο που απέκτησε. Αλλαγές στην εικόνα σώματος συνδέονται με πιο πτωχή ποιότητα ζωής και με πιο έντονα συναισθήματα κατάθλιψης.²⁰

Ψυχικές επιπτώσεις με αντίκτυπο στις διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενή υπάρχουν και στο περιβάλλον του, ξεκινώντας από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, τους φροντιστές, την οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) σε επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με αυτή την ομάδα των ασθενών, θα πρέπει να ανιχνεύεται έγκαιρα και να αντιμετωπίζεται. Το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό που ήδη μπορεί να έχει αρχίσει να αποφεύγει τον ασθενή λόγω αισθημάτων ενοχής, γίνεται ακόμη πιο απόμακρο όταν το άγχος και η απογοήτευση του ασθενή και της οικογένειας τους κάνει πιο δύστροπους και απαιτητικούς.¹⁵ Έχει διαπιστωθεί ότι επαγγελματίες υγείας με ανώριμα χαρακτηριστικά στοιχεία, είναι πιο ευάλωτοι στην επίδραση επαγγελματικού stress και πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης.²¹⁻²³ Για τον ασθενή και τους συγγενείς του το νοσηλευτικό προσωπικό εκπροσωπεί ένα σύστημα υγείας, που δεν τους βοηθά ικανοποιητικά και έτσι στρέφουν το θυμό τους πολλές φορές σε εκείνα τα άτομα του προσωπικού που τους αποφεύγουν λιγότερο και εμπλέκονται συναισθηματικά περισσότερο μαζί τους.²⁴

Τα μέλη της οικογένειας των ασθενών παρουσιάζουν άγχος και κατάθλιψη. Η επιβάρυνση συνδέεται με το βαθμό του stress και του άγχους των συγγενών²⁵ και επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής και την αίσθηση υγείας των συγγενών.²⁶ Θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ άγχους και κατάθλιψης των συγγενών, που παρέχουν φροντίδα στους νεφροπαθείς σε χρόνια περιτοναϊκή κάθαρση και του περιορισμού των κοινωνικών δραστηριοτήτων και του ελεύθερου χρόνου τους. Η κατάθλιψη των συγγενών συσχετίζεται αρνητικά με την ικανοποίησή τους από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας.

Η οικογένεια εκτός από τη νόσο του δικού της ανθρώπου, πρέπει να αντιμετωπίσει και προβλήματα όπως τις νέες οικονομικές συνθήκες και απαιτήσεις που προκύπτουν, τις μετακινήσεις του ασθενή και των υπολοίπων μελών στο νοσοκομείο, την πιθανή μετακόμιση από την επαρχία κοντά στο κατάλληλο νοσηλευτικό ίδρυμα και άλλα καθημερινά προβλήματα που συνδέονται με τη νέα συνθήκη. Παρόλ' αυτά αναφέρεται ότι το 1/5 περίπου των ασθενών με ΧΝΑ ανέφερε παραμέληση ή απόρριψη από το περιβάλλον.⁷

Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

Όσο η ιατρική γνώση και τεχνολογία εξελίσσονται και βελτιώνονται οι τεχνικές εξωνεφρικής κάθαρσης και μεταμόσχευσης, τόσο μεγαλύτερη πρόκληση αποτελεί η επιτυχής ψυχιατρική παρέμβαση, τόσο στο επίπεδο της πρόληψης όσο και στο επίπεδο της αντιμετώπισης των σοβαρών ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που προκύπτουν. Η παρέμβαση προς το προσωπικό των μονάδων από τη Συμβουλευτική-Διασυνδεδετική Ψυχιατρική συμβάλλει στην ευαισθητοποίηση και την προώθηση της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης της νόσου και του ασθενούς, μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Ομάδες υποστήριξης (support groups) απαιτούνται για την πρόληψη και αντιμετώπιση της Επαγγελματικής Κόπωσης (burnout) και επιπλέον σκόπιμη είναι η ατομική ψυχολογική προσέγγιση σε επαγγελματίες υγείας που έχουν ήδη αναπτύξει ψυχολογική επιβάρυνση. Τακτική επικοινωνία του προσωπικού των μονάδων και των συγγενών των ασθενών θα βοηθούσε στην ενημέρωση και στην ανάπτυξη δεσμών αμοιβαίας κατανόησης και εμπιστοσύνης. Η οργάνωση ομάδων υποστήριξης οικογενειών των ασθενών από το σύμβουλο ψυχίατρο βοηθά στη συνειδητοποίηση του προβλήματος και την πιο εύκολη αποδοχή του, μέσω ανταλλαγής

κοινών εμπειριών. Οικογενειακή συμβουλευτική παρέμβαση ενδείκνυται σε περιπτώσεις ενδοοικογενειακών συγκρούσεων και διατάραξης των σχέσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας.^{7,15}

Στα πλαίσια της διασύνδεσης με τις άλλες ειδικότητες, η ψυχιατρική ομάδα δρα εκπαιδευτικά για τη διασφάλιση της τακτικής επικοινωνίας προσωπικού και ασθενών, ώστε να δομηθεί μία ικανοποιητική θεραπευτική σχέση, τη διοργάνωση θεραπευτικών ομάδων για ειδικές κατηγορίες ασθενών (ασθενείς σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση, ασθενείς σε περιτοναϊκή κάθαρση, ασθενείς προς μεταμόσχευση ή μεταμοσχευθέντες ασθενείς), την ενημέρωση και παραπομπή σε ομάδες αυτοβοήθειας (σύλλογοι νεφροπαθών και των οικογενειών τους) καθώς και σε συμβουλές για εναλλακτικούς τρόπους βελτίωσης της σωματικής και ψυχοκοινωνικής κατάστασης, όπως για παράδειγμα η σωματική άσκηση.¹⁸

Φαρμακευτικές παρεμβάσεις

Σαφές είναι το ότι η ατομική προσέγγιση για την έγκαιρη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση, είτε ψυχολογική είτε φαρμακευτική, αποτελεί την κυριότερη από τις υπηρεσίες που παρέχεται από το σύμβουλο ψυχίατρο. Η ψυχολογική παρέμβαση πρέπει να αρχίζει πριν την έναρξη του θεραπευτικού προγράμματος για τη νεφρική ανεπάρκεια, ώστε αφού εκτιμηθούν οι ψυχολογικές ανάγκες του ασθενούς να υποστηριχθεί από την ομάδα για να αποδεχθεί τη νόσο του, να ενημερωθεί για τις συνέπειές της και να εκπαιδευτεί σχετικά με τη θεραπεία του. Ασταθή μεμονωμένα συμπτώματα όπως άγχος, ευερεθιστότητα αλλά και καταθλιπτικές, αγχώδεις, σωματόμορφες, ακόμη και ψυχωσικές διαταραχές μπορεί να εμφανιστούν από την αρχή της νόσου και να επιπλέκουν την κλινική εικόνα καθόλη την πορεία της. Στη φαρμακευτική αντιμετώπιση θεωρητικά δεν υπάρχουν σημαντικοί περιορισμοί αφού σχεδόν όλα τα ψυχοτρόπα φάρμακα, εκτός από το λίθιο, μεταβολίζονται στο ήπαρ και όχι στους νεφρούς. Ωστόσο στην κλινική πράξη οι νεφροπαθείς εμφανίζουν συχνότερα ανεπιθύμητες ενέργειες, ίσως λόγω των μειωμένων επιπέδων πρωτεϊνών του πλάσματος και άρα της μειωμένης δεσμευτικής ικανότητάς τους. Έτσι στην πράξη εφαρμόζεται ο κανόνας της χορήγησης των δύο τρίτων της θεραπευτικής δόσης.¹ Η έναρξη με χαμηλές δόσεις και η αργή, σταδιακή αύξηση, σε διαιρεμένη δοσολογία συνιστώνται γιατί ο χρόνος ημίσειας ζωής και ο χρόνος για να επιτευχθούν σταθερά επίπεδα επιμηκύνου-

νται στη νεφρική ανεπάρκεια. Συνιστάται επίσης να αποφεύγονται οι μακράς διάρκειας δράσης (derot) μορφές φαρμάκων, γιατί η προσαρμογή της δόσης θα είναι δύσκολη σε περίπτωση μεταβολής της νεφρικής λειτουργίας. Ο ψυχίατρος θα πρέπει να αποφεύγει τη χορήγηση ουσιών με αντιχολινεργική δράση, γιατί μπορεί να προκαλέσουν κατακράτηση ούρων και επίσης τη χορήγηση ουσιών που δυναμικά προκαλούν παράταση του QTc, διότι οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές του νεφροπαθή μεγαλώνουν τον κίνδυνο αυτής της ανεπιθύμητης ενέργειας.²⁷

Από τα αντιψυχωτικά σκευάσματα περισσότερα δεδομένα υπάρχουν για την αλοπεριδόλη, που συνιστάται σε χαμηλές δόσεις (2–6 mg/ημέρα). Για τα άτυπα αντιψυχωτικά υπάρχουν μόνο αναφορές περιστατικών, κυρίως για τη ρισπεριδόνη και την ολανζαπίνη, που συνιστώνται επίσης σε χαμηλές δόσεις, ενώ η χορήγηση αμισουλπιρίδης αντενδείκνυται λόγω της αποβολής της από τα ούρα. Από τα αντικαταθλιπτικά, αν και μεγαλύτερη εμπειρία υπάρχει με τα τρικυκλικά, πλέον θεωρούνται ασφαλείς και οι SSRI, ενώ περισσότερο ενδείκνυται η σιταλοπράμη και η σερατραλίνη. Από τους σταθεροποιητές της διάθεσης, το λίθιο αντενδείκνυται λόγω της νεφροτοξικότητάς του, ενώ το βαλπροϊκό, η καρβαμαζεπίνη και η λαμοτριγίνη θα πρέπει να χορηγούνται με προσοχή, με έναρξη από χαμηλές δόσεις και αργή, σταδιακή τιτλοποίηση. Μεταξύ των αγχολυτικών δεν υπάρχει σαφής υπεροχή κάποιου παράγοντα έναντι άλλων,

ωστόσο θα πρέπει να χορηγούνται σε πολύ χαμηλές δόσεις λόγω της έντονης καταστολής που μπορεί να προκαλέσουν σε νεφροπαθείς. Ως λογική επιλογή θεωρείται η λοραζεπάμη σε χαμηλές δόσεις.²⁷

Επίλογος

Η ανάπτυξη ψυχιατρικών υπηρεσιών στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, με τη μορφή Συμβουλευτικής-Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής, έχει συμβάλει στη διερεύνηση των ψυχικών και ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της νεφρικής ανεπάρκειας, και ιδιαίτερα της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου.

Παράγοντες συνδεδεμένοι με τη νόσο αλλά και με τα θεραπευτικά προγράμματα εξωνεφρικής κάθαρσης και μεταμόσχευσης, βρέθηκε ότι επηρεάζουν σημαντικά την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ασθενών, ενώ τόσο οι συγγενείς-φροντιστές, όσο και οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε νεφρολογικές μονάδες, δέχονται υψηλά επίπεδα φορτίου φροντίδας και επαγγελματικού stress αντίστοιχα.

Οι εξελίξεις στον τομέα της Ψυχονεφρολογίας, αλλά και οι συνεισφορές της Ιατρικής Ψυχολογίας εγκαθιδρύουν συγκεκριμένες παρεμβάσεις πρόληψης και αντιμετώπισης των διαπιστούμενων ψυχικών διαταραχών, τόσο άμεσα προς τους ασθενείς, όσο και έμμεσα μέσω της ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών υγείας στην ψυχοκοινωνική αντίληψη.

Renal failure: Biological and psychosocial consequences

S. Spyridi, A. Iakovidis, G. Kaprinis

3rd Psychiatric Department, Aristotelian University of Thessaloniki, AXEPA Hospital, Thessaloniki

Psychiatriki 2008, 19:28–34

One of the most challenging patient groups that the psychiatrist of consultation-liaison psychiatry is called to work with, are the patients with Renal Failure, since this disease is related to complicated and multidimensional physical and psychosocial problems. In this review, a holistic approach is attempted, considering the biological, psychological and psychosocial factors related to the disease and to specific therapeutical programs as well. The interaction of these factors and their impact not only on the course of the disease, but also on the quality of life are discussed. Finally, a brief report on psychosocial and pharmaceutical interventions indicated for this group of patients is made, especially concerning the psychological and psychosocial consequences of renal failure.

Key words: Renal failure, extrarenal clearance, psychological, psychosocial impact, consultation-liaison psychiatry.

Βιβλιογραφία

- Blumenfeld M. *Consultation-liaison psychiatry*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2003
- Friend R, Hatchett L, Wadhwa NK, Suh H. Serum albumin and depression in end-stage renal disease. *Adv Perit Dial* 1997, 13:155-157
- Lew SQ, Piraino B. Quality of life and psychological issues in peritoneal dialysis patients. *Semin Dial* 2005, 18:119-123
- Merkus MP, Jager KJ, Dekker FW, Boeschoten EW, Stevens P, Krediet RT. Quality of life in patients on chronic dialysis: self-assessment 3 months after the start of treatment. The Necosad Study Group. *Am J Kidney Dis* 1997, 29:584-592
- Iacovides A, Fountoulakis KN, Balaskas E, Manika A, Markopoulou M, Kaprinis G et al. Relationship of age and psychosocial factors with biological ratings in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis. *Aging Clin Exp Res* 2002, 14:354-360
- Levin NW. Quality of life and hematocrit level. *Am J Kidney Dis* 1992, 20(Suppl 1):16-20
- Ιακωβίδης Α, Τσαγκαλίδης Τ, Αληβάνης Π, Ιεροδιακόνου Χ. *Διερεύνηση των ψυχικών και ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας*. Πρακτικά 6ου Βορειοελλαδικού Ιατρικού Συνεδρίου, Θεσσαλονίκη, 1991
- Einwohner R, Bernardini J, Fried L, Piraino B. The effect of depressive symptoms on survival in peritoneal dialysis patients. *Perit Dial Int* 2004, 24:256-263
- Mittal SK, Ahern L, Flaster E, Mittal VS, Maesaka JK, Fishbane S. Self-assessed quality of life in peritoneal dialysis patients. *Am J Nephrol* 2001, 21:215-220
- Wu AW, Fink NE, Marsh-Manzi JV, Meyer KB, Finkelstein FO, Chapman MM, et al. Changes in quality of life during hemodialysis and peritoneal dialysis treatment: generic and disease specific measures. *J Am Soc Nephrol* 2004, 15:743-753
- Merkus MP, Jager KJ, Dekker FW, De Haan RJ, Boeschoten EW, Krediet RT. Quality of life over time in dialysis: the Netherlands Cooperative Study on the Adequacy of Dialysis. The Necosad Study Group. *Kidney Int* 1999, 56:720-728
- Ιακωβίδης Α, Γουγουλιάς Κ. Ανασταλτικοί παράγοντες πρόληψης κατά του καρκίνου. *Ελλ Ψυχiatr Γεν Νοσοκ* 2006, 4: 48-51
- Juergensen PH, Wuerth DB, Juergensen DM, Finkelstein SH, Steele TE, Klinger AS et al. Psychosocial factors and clinical outcome on CAPD. *Adv Perit Dial* 1997, 13:121-124
- Juergensen PH, Juergensen DM, Wuerth DB, Finkelstein SH, Steele TE, Klinger AS et al. Psychosocial factors and incidence of peritonitis. *Adv Perit Dial* 1996, 12:196-188
- Ιορδανίδης Π, Μίκος Θ, Ρίτσας Ι, Ιακωβίδης Α, Ιεροδιακόνου Χ. Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των νεφροπαθών. *Μεταμόσχευση* 1993, 3:45-60
- Troidle L, Watnick S, Wuerth DB, Gorban-Brennan N, Klinger AS, Finkelstein FO. Depression and its association with peritonitis in long-term peritoneal dialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2003, 42:350-354
- DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000, 160:2101-2107
- Kouidi E, Iacovides A, Iordanidis P, Vassiliou S, Deligiannis A, Ierodiakonou C et al. Exercise renal rehabilitation program: psychosocial effects. *Nephron* 1997, 77:152-158
- Christensen AJ, Ehlers SL, Raichle KA, Bertolatus JA, Lawton WJ. Predicting change in depression following renal transplantation: effect of patient coping preferences. *Hlth Psychol* 2000, 19:348-353
- Evans RW, Manninen DL, Garrison LP, Jr Hart LG, Blagg CR, Gutman RA et al. The quality of life of patients with end-stage renal disease. *N Engl J Med* 1985, 312:553-559
- Iacovides A, Fountoulakis K, Moysidou C, Ierodiakonou C. Burnout in nursing staff: a clinical syndrome rather than a psychological reaction? *Gen Hosp Psychiatry* 1997, 19:419-428
- Iacovides A, Fountoulakis KN, Moysidou C, Ierodiakonou C. Burnout in nursing staff: is there a relationship between depression and burnout? *Int J Psychiatry Med* 1999, 29:421-433
- Iacovides AF, K. Ierodiakonou, Ch. Is it possible to predict burnout in nursing staff and its possible progression to depression? *Prim Care Psychiatry* 1999, 5:77-78
- Levenson JL, Olbrisch ME. Shortage of donor organs and long waits. *Psychosomatics* 1987, 28:399-403
- Watson AR. Stress and burden of care in families with children commencing renal replacement therapy. *Adv Perit Dial* 1997, 13:300-304
- Wicks MN, Milstead EJ, Hathaway DK, Cetingok M. Subjective burden and quality of life in family caregivers of patients with end stage renal disease. *Ann J* 1997, 24:527-528, 31-38, 39-40 (Discussion)
- Taylor D PC, Kerwin R. *The Maudsley prescribing guidelines*. 9th ed. London, The South London and Maudsley NHS Foundation Trust and Oxleas NHS Foundation Trust, 2007

Αλληλογραφία: Σ. Σπυρίδη, Γ. Θεοχάρη 8, 546 21 Θεσσαλονίκη
Τηλ: 6944 417 658
e-mail: spyridesstella@yahoo.com