

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ψυχιατρικές διαταραχές στη χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση

Θεοφίλου Α. Παρασκευή

Δρ. Ψυχολογίας Υγείας, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Ψυχολογίας

Περίληψη

Οι εξελίξεις της Ιατρικής και Νοσηλευτικής Επιστήμης έχουν συμβάλλει σημαντικά στην επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης για μεγάλες κατηγορίες αρρώστων με χρόνιες παθήσεις. Όταν όμως η ποιότητα ζωής εξαρτάται από την περιοδική διόρθωση βιολογικών παραμέτρων, όπως συμβαίνει με τα άτομα με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, η κατάσταση αυτή επιδρά τόσο στον ασθενή όσο και στο περιβάλλον του.

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι η εκτίμηση των ψυχιατρικών διαταραχών που εμφανίζουν οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς καθώς και η επίδραση αυτών των διαταραχών στην ποιότητα ζωής τους.

Υλικό και μέθοδος: Για την εντόπιση της σχετικής βιβλιογραφίας έγινε συστηματική ανασκόπηση αυτής και χρησιμοποιήθηκε η ηλεκτρονική βάση δεδομένων Medline (1980-2009) καθώς και οι λέξεις κλειδιά *αιμοκάθαρση, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, ποιότητα ζωής, ψυχιατρικές διαταραχές*. Συμπληρωματική βιβλιογραφία αναζητήθηκε και μέσω άλλων ηλεκτρονικών μηχανών αναζήτησης διαδικτύου.

Αποτελέσματα: Η χρονιότητα και η συχνότητα της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, η πιθανή κινητική δυσπραγία καθώς και η απαραίτητη μακροχρόνια θεραπεία δημιουργούν αντίστοιχα προβλήματα, τα οποία επεκτείνουν τη νόσο και πέρα από τον ιατρικό χώρο προσδίδοντας της διαστάσεις κοινωνικοοικονομικές, οι οποίες περιπλέκουν τις συνακόλουθες ψυχιατρικές διαταραχές.

Συμπεράσματα: Οι συγκεκριμένοι ασθενείς υφίστανται τις κακουχίες της νόσου καθώς και της θεραπευτικής αγωγής και παράλληλα βρίσκονται αντιμέτωποι με το πλήθος των συνοδών και αλληλοεξαρτώμενων προβλημάτων, τα οποία προκύπτουν στην καθημερινή τους διαβίωση και προδιαγράφουν περιοριστικά τον τρόπο ζωής τους.

Λέξεις κλειδιά: Ψυχιατρικές διαταραχές, αιμοκάθαρση, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Θεοφίλου Παρασκευή,

Ερατούς 12, 14568, Κρυονέρι Αττικής,

Τηλ: 6977441502,

E-mail: theofi@otenet.gr

REVIEW

Psychiatric disorders in chronic periodic haemodialysis

Theofilou A. Paraskevi

Health Psychology (PhD), Panteion University, Department of Psychology

Abstract

The progress in Medical and Nursing Science has contributed significantly to the lengthening of life expectancy regarding several categories of ill people with chronic diseases. However, when the quality of life depends on the periodic correction of biological parameters, as with people with chronic renal failure, this situation affects both the patient and the environment.

The **aim** of the present study is the evaluation of psychiatric disorders which are presented in haemodialysis patients as well as the influence of these disorders on their quality of life.

Material and method: Review of relative bibliography was made in electronic basis of Medline (1980-2009) using as key words *haemodialysis, chronic renal failure, quality of life, psychiatric disorders*. Complementary bibliography was found through other electronic search engines.

Results: The chronic character and the frequency of renal failure, the possible dysfunction in the movement as well as the necessary long treatment cause problems, which extend the disease beyond the medical area offering socioeconomic dimensions, which complicate the associated psychiatric disorders.

Conclusions: These patients suffer from the disease as well as from the treatment and at the same time they are faced with the number of the accompanying and interrelated problems, which come up in their everyday living and prescribe restrictively their way of life.

Key words: Psychiatric disorders, haemodialysis, chronic renal failure.

Corresponding author*Paraskevi Theofilou,**12 Eratous, 14568, Kryoneri of Attica,**Tel: 6977441502,**E-mail: theofi@otenet.gr,***Εισαγωγή**

Με την προοδευτική εξέλιξη της χρόνιας νεφρικής βλάβης σε τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (ΧΝΑ) και την ένταξη των ασθενών σε πρόγραμμα υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, αναπτύσσονται συμπτώματα που επηρεάζουν τις καθημερινές δραστηριότητές τους. Η επίπτωση της νόσου στη λειτουργική τους κατάσταση και την ποιότητα ζωής τους είναι σοβαρή. Στη σημερινή εποχή όλο και περισσότεροι ηλικιωμένοι και επιβαρυσμένοι ασθενείς, με αυξημένη συνοδό νοσηρότητα και προβληματική ποιότητα ζωής, εντάσσονται σε προγράμματα εξωνεφρικής υποστήριξης¹⁻³. Ακόμη, όλο και περισσότεροι ασθενείς, που στο παρελθόν είχαν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού και απέρριψαν το μόσχευμα, εντάσσονται εκ νέου σε προγράμματα εξωνεφρικής κάθαρσης, με διαταραγμένη την ποιότητα ζωής και την ψυχική τους υγεία.

Το τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας αναφέρεται στην άνω του 90-95% απώλεια της νεφρικής λειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού. Η απώλεια αυτή

καθιστά αδύνατη την πραγματοποίηση των βασικών νεφρικών λειτουργιών. Με τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια εκδηλώνεται στον άρρωστο μία μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων που οφείλονται κυρίως στην κατακράτηση διαφόρων ουσιών (ουραιμικές τοξίνες) που δεν μπορούν να απεκκριθούν από τους νεφρούς, σε ηλεκτρολυτικές και ορμονικές διαταραχές καθώς και στην έλλειψη ορισμένων ουσιών⁴⁻⁵.

Οι ουραιμικές τοξίνες συγκεντρώνονται στο αίμα (ουραιμία) των νεφροπαθών και επιδρούν στη λειτουργία διαφόρων κυττάρων (ερυθροκυττάρων, λευκοκυττάρων, αιμοπεταλίων, εγκεφαλικών και μυϊκών κυττάρων). Με την αιμοκάθαρση, οι τοξίνες μπορούν να απομακρυνθούν από το αίμα του αρρώστου με αποτέλεσμα πολλά ουραιμικά συμπτώματα να υποχωρούν. Τα συνήθη συμπτώματα της ουραιμίας που εκδηλώνονται είναι έμετοι, ναυτία, πονοκέφαλος, τρόμος, απώλεια βάρους, διάρροια, νευρολογικές διαταραχές, νευροτοξικότητα κ.ά. Οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές φαίνεται να προκαλούν

συμπτώματα όπως: α) μυϊκή αδυναμία, β) λήθαργο και σύγχυση, γ) μυϊκούς σπασμούς κτλ. Οι ορμονικές διαταραχές συνδέονται επίσης με την εμφάνιση ουραιμικών συμπτωμάτων, όπως ο κνησμός, η εγκεφαλοπάθεια, η περιφερειακή νευροπάθεια, η αναιμία καθώς και ύπαρξη σεξουαλικών και ψυχικών διαταραχών. Η έλλειψη ορισμένων ουσιών λόγω της ανεπάρκειας της απεκκριτικής λειτουργίας των νεφρών και της μειωμένης λήψης τροφής προκαλούν την εκδήλωση ποικίλων συμπτωμάτων, όπως μυοσκελετικές διαταραχές, αναιμία, ανορεξία, απώλεια βάρους, διαταραχές της γεύσης, σεξουαλικές διαταραχές και γενικότερα «φτωχή» ποιότητα ζωής⁵.

Χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση

Από τα μέσα του 19ου αιώνα, όπου για πρώτη φορά παρατηρήθηκε το φαινόμενο της διύλισης από το Σκωτσέζο χημικό Thomas Graham το 1861, η μεταφορά δηλαδή ουσιών μεταξύ δύο διαλυμάτων μέσω μίας ημιδιαπερατής μεμβράνης, μέχρι τη δεκαετία του '60 του 20ού αιώνα, οι άρρωστοι τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας είχαν ελάχιστες ελπίδες να επιζήσουν. Από τη δεκαετία του '70 και μετά, με την ταχύτατη τεχνολογική εξέλιξη των μηχανημάτων τεχνητού νεφρού, η χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση έχει καθιερωθεί διεθνώς ως η θεραπευτική εκείνη

μέθοδος που αποσκοπεί να διατηρήσει στη ζωή τους ασθενείς εκείνους που βρίσκονται σε τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας⁵.

Η μέθοδος αυτή είναι χρόνια και τακτικά επαναλαμβανόμενη, συνήθως τρεις φορές την εβδομάδα. Ένας ασθενής εντάσσεται σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης, όταν η νεφρική του λειτουργία είναι μικρότερη του 5% και η συντηρητική θεραπευτική αγωγή (δίαιτα, φάρμακα), στην οποία υποβάλλεται, κρίνεται αναποτελεσματική στην αντιμετώπιση της ουραιμίας. Η χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση, κατά κύριο λόγο, πραγματοποιείται σε Μονάδες Τεχνητού Νεφρού των Νοσοκομείων αλλά είναι δυνατή και στο σπίτι του αρρώστου, εφόσον ο ίδιος διαθέτει τον κατάλληλο υλικό-τεχνολογικό εξοπλισμό και την ιατρονοσηλευτική υποστήριξη που απαιτείται⁵.

Επιπλοκές - Συμπτώματα κατά τη διαδικασία της αιμοκάθαρσης

Οι συνηθέστερες επιπλοκές και τα συμπτώματα που εκδηλώνουν οι νεφροπαθείς κατά τη διάρκεια μίας συνεδρίας αιμοκάθαρσης είναι, κατά σειρά συχνότητας, η υπόταση (20-30%), οι κράμπες (5-20%), η ναυτία και έμετοι (5-15%), οι πονοκέφαλοι (5%), ο κνησμός (5%), ο προκάρδιος πόνος

(στηθάγχη) και περικαρδίτιδα (2-5%), ο πυρετός και ρίγη (<1%)⁶.

Οι περισσότεροι άρρωστοι παραπονούνται για ζάλη, ελαφρύ πονοκέφαλο, ναυτία όταν έχουν υπόταση. Μερικοί παρουσιάζουν κράμπες. Άλλοι πάλι μπορεί να μην έχουν κανένα σύμπτωμα μέχρι η πίεσή τους να μειωθεί σε εξαιρετικά χαμηλά και επικίνδυνα επίπεδα. Η ναυτία και οι έμετοι συμβαίνουν αρκετά συχνά στη διάρκεια της αιμοκάθαρσης. Η αιτιολογία τους είναι πολυπαραγοντική. Η κεφαλαλγία αποτελεί ένα κοινό σύμπτωμα που εμφανίζεται στη διάρκεια της αιμοκάθαρσης με πολυπαραγοντική αιτιολογία. Ο κνησμός είναι ένα συνηθισμένο πρόβλημα στους αιμοκαθαιρόμενους και αποτελεί το πιο σημαντικό δερματικό σύμπτωμα. Συνήθως παρουσιάζεται στη διάρκεια της αιμοκάθαρσης ή μετά τη λήξη της. Εκδηλώνεται επίσης σε στιγμές ανάπαυσης του αρρώστου στο κρεβάτι ή σε περιόδους μη δραστηριοποίησής του. Ο κνησμός μπορεί να επεκταθεί σε ολόκληρη την επιφάνεια του δέρματος⁶.

Ο προκάρδιος πόνος συμβαίνει συχνά και οφείλεται κυρίως στη στηθάγχη ή στην περικαρδίτιδα. Σύμφωνα με τους Μπαλοδήμο, Πετροπούλου & Τριανταφύλλου, τα μέχρι σήμερα δεδομένα δείχνουν ότι ο πόνος αποτελεί το πιο συχνό σύμπτωμα - ενόχληση των ασθενών αυτών με προκαλούμενη σοβαρού βαθμού

διαταραχή της ποιότητας ζωής τους⁷. Η εμφάνιση χρόνιου πόνου είναι συνηθής στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς σε ποσοστό 37-50% ενώ το 82% αυτών παρουσιάζει μέτριο έως σοβαρό σε ένταση πόνο. Επιπλέον, ρίγος και πυρετός είναι δυνατόν να εμφανίζονται σε όλα τα χρονικά στάδια μίας συνεδρίας αιμοκάθαρσης⁸.

Το σύνδρομο διαταραχής ισορροπίας της ωσμωτικής πίεσης (Disequilibrium syndrome) παρουσιάζει ένα σύνολο συστηματικών και ιδίως νευρολογικών συμπτωμάτων, εμφανίζεται κατά τη διάρκεια ή και αμέσως μετά το τέλος της συνεδρίας. Το σύνδρομο αυτό εκδηλώνεται με συμπτώματα, όπως ναυτία, έμετοι, πονοκέφαλος, κόπωση, κράμπες, θαμπάδα στην όραση, ενώ σε βαρύτερες περιπτώσεις μπορούν να επακολουθήσουν σύγχυση, σπασμοί, κώμα ακόμα και θάνατος.

Το σύνδρομο πρώτης χρήσης (συνεδρίας) ορίζεται ως το σύνολο των συμπτωμάτων που εκδηλώνονται όταν για πρώτη φορά ο άρρωστος υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση. Η εκδήλωση των συμπτωμάτων είναι παρόμοια με αυτά της αναφυλαξίας: δύσπνοια, αίσθημα καύσου (κάψιμο) στο σημείο της φίστουλας ή σε ολόκληρο το σώμα. Μπορεί να συμβεί έμφραγμα ή και θάνατος. Ηπιότερα συμπτώματα μπορούν να παρουσιασθούν, όπως κνησμός, βήχας, πόνος στην κοιλιά ή διάρροια, εξάνθημα κ.ά.⁵.

Συχνά οι άρρωστοι αναφέρουν επίσης αισθήματα κακουχίας κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης και αισθήματα κόπωσης μετά από αυτήν. Πιθανόν τα συμπτώματα αυτά να οφείλονται σε ταχεία αφαίρεση υγρών ή στο σύνδρομο διαταραχής της ωσμωτικής πίεσης⁵.

Η διακοπή του ηλεκτρικού ρεύματος πάντα απασχολεί τον νεφροπαθή και τού δημιουργεί ένα ορισμένο άγχος, παρά τη σύνδεση όλων των μηχανημάτων Τεχνητού Νεφρού με τη γεννήτρια του νοσοκομείου⁵.

Μακροχρόνιες επιπλοκές

Εκτός από τις επιπλοκές που δημιουργούνται κατά τη διάρκεια μίας συνεδρίας αιμοκάθαρσης, η ίδια η θεραπεία μπορεί να προκαλέσει και μακροχρόνιες επιπλοκές στην ποιότητα ζωής των συγκεκριμένων ασθενών και ειδικότερα στη σωματική τους υγεία. Παρά την απομάκρυνση των άχρηστων ουσιών του μεταβολισμού από τον οργανισμό που επιτυγχάνεται με την αιμοκάθαρση, οι διάφορες ορμονολογικές και μεταβολικές διαταραχές που συνυπάρχουν με τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια δεν αντιμετωπίζονται με την αιμοκάθαρση. Δεδομένου, επίσης, ότι η αιμοκάθαρση απλώς υποκαθιστά, εν μέρει, την απεκκριτική λειτουργία των νεφρών, οι επιπλοκές, τα συμπτώματα και τα κλινικά προβλήματα των νεφροπαθών συνεχίζουν να εμφανίζονται και να προκαλούν

λειτουργικούς περιορισμούς στη σωματική κατάσταση της υγείας τους, όπως καρδιαγγειακά προβλήματα, οστεοδυστροφία (οστεοπάθειες) της αιμοκάθαρσης, αιματολογικά προβλήματα, ανοσολογικές διαταραχές και λοιμώξεις, γαστρεντερικές διαταραχές, διαταραχές νευρικού συστήματος, ενδοκρινολογικές διαταραχές, καρκίνος, δερματικές διαταραχές, οφθαλμολογικές διαταραχές, πνευμονικές λοιμώξεις, δύσπνοια, αναπνευστική ανεπάρκεια κ.ά.⁹

Η ελλιπής διατροφή ή η μειωμένη θρέψη και η απώλεια βάρους που παρατηρούνται στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς προκαλούν την εκδήλωση αισθημάτων δυσφορίας, κόπωσης και εξουθένωσης ή εξάντλησης, περιορίζουν την αποκατάστασή τους και δημιουργούν αυξημένη προδιάθεση σε λοιμώξεις. Η μειωμένη πρόσληψη τροφής και η αυξημένη καταβολή δυνάμεων εξαντλούν τα αποθέματα του οργανισμού σε πρωτεΐνες και λίπος. Η αύξηση της συχνότητας των γευμάτων και η σωστή διαιτητική αγωγή (λευκωματούχος δίαιτα) συμβάλλουν στην πρόληψη ποικίλων διαταραχών και εξισορροπούν την απώλεια των απαραίτητων θρεπτικών ουσιών κατά την αιμοκάθαρση¹⁰.

Ψυχιατρικές διαταραχές

Οι ψυχολογικές διεργασίες συσχετίζονται συχνά με οργανικής προέλευσης

συστηματικές παθήσεις συντελώντας στην αιτιοπαθογένεια, είτε με τη μορφή ψυχικής προδιάθεσης, που καθιστά τον ασθενή ευάλωτο στη σωματική νόσο, είτε ως εκλυτικοί παράγοντες κατά την οξεία προσβολή της νόσου¹¹⁻¹². Στα πρώιμα στάδια, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) προκαλεί ελάχιστα ή καθόλου συμπτώματα. Με την επιδείνωσή της εμφανίζονται διάφορες παθολογικές εκδηλώσεις και οι θεραπείες υποκατάστασης, όπως είναι η αιμοκάθαρση, η περιτοναϊκή κάθαρση και η μεταμόσχευση, καθίστανται ουσιώδεις για τη διατήρηση της ζωής. Περίπου 45-59% των ασθενών που βρίσκονται σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας διατηρούν ένα ικανοποιητικό επίπεδο εργασίας, ψυχαγωγικής και οικογενειακής δραστηριότητας¹³. Ένα εξίσου όμως σημαντικό ποσοστό ασθενών παρουσιάζει σοβαρές ηλεκτρολυτικές διαταραχές, αναιμία, υπέρταση, υπερπαραθυροειδισμό, ψυχικές διαταραχές και άλλες κλινικές εκδηλώσεις.

Οι ψυχικές εκδηλώσεις κατά την αντίδραση προσαρμογής στη χρόνια αιμοκάθαρση

Το στάδιο της προσαρμογής στη διαδικασία της χρόνιας αιμοκάθαρσης κυριαρχείται από τη μοναδική αυτή εμπειρία, που συνιστά στην κυριολεξία τρόπο ζωής. Δύο ή τρεις φορές εβδομαδιαίως το άτομο καθίσταται

"ασθενής", με τη ζωή του να εξαρτάται από το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης και από τους ανθρώπους που το συντηρούν και το χειρίζονται. Μετά τη διαδικασία της αιμοκάθαρσης, ο νεφροπαθής δεν εμφανίζει σημεία νόσου στον τυχαίο παρατηρητή ή ακόμα και στους φίλους του. Στο μεσοδιάστημα μεταξύ δύο συνεδριών αιμοκάθαρσης, οι οικογένειες των ασθενών τούς ασκούν συνήθως σημαντική πίεση προκειμένου να ζουν "μία κανονική ζωή".

Η αρχική εμπειρία της αιμοκάθαρσης επηρεάζεται από τη σοβαρότητα και τη χρονιότητα της νόσου, από τις προσδοκίες του ασθενούς αλλά και από τεχνικούς παράγοντες. Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν ομοιότητες στην πορεία τους όσον αφορά την αιμοκάθαρση, η οποία διακρίνεται σε *τρεις περιόδους*: (α) την περίοδο της ομαλότητας, που ονομάζεται και "μήνας του μέλιτος", (β) την περίοδο της απογοήτευσης και της αποθάρρυνσης και (γ) την περίοδο της μακροπρόθεσμης προσαρμογής¹⁴.

Περίοδος του μήνα του μέλιτος

Η περίοδος του μήνα του μέλιτος χαρακτηρίζεται από αξιοσημείωτη σωματική και συναισθηματική βελτίωση, την οποία βιώνει ο ασθενής σε μεγάλο βαθμό. Συνοδεύεται από προσπάθεια απόλαυσης της ζωής και από αίσθηση ελπίδας και εμπιστοσύνης. Κατά τη διάρκεια αυτού του

σταδίου, οι περισσότεροι αποδέχονται σχετικά εύκολα και με ευχαρίστηση την αναγκαιότητα και τη σημασία της εξάρτησης από το "μηχάνημα" και τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι διαχειρίζονται προς όφελος των ασθενών την όλη διαδικασία. Η περίοδος αυτή παρατηρείται συχνότερα στους βαρύτερα πάσχοντες και σε ασθενείς, όπου η έναρξη της νόσου είναι σχετικώς οξεία, αφού η ανακούφιση, η οποία ακολουθεί την έναρξη της αιμοκάθαρσης, είναι σε αυτούς περισσότερο εμφανής¹⁴.

Αντίθετα, οι ασθενείς που παρουσιάζουν αργή και προοδευτική εξέλιξη της χρόνιας νεφρικής νόσου τρομάζουν στην προοπτική της επαπειλούμενης απώλειας της αυτονομίας τους, που σχετίζεται με την έναρξη της διαδικασίας της αιμοκάθαρσης. Μερικοί προσπαθούν να παρακάμψουν τη διαδικασία αυτή επιλέγοντας τη λύση της πρώιμης μεταμόσχευσης¹⁵. Η ανωτέρω περίοδος δεν είναι χωρίς προβλήματα και σχεδόν όλοι οι ασθενείς εμφανίζουν επαναλαμβανόμενα, έντονα επεισόδια άγχους που σχετίζονται με την αιμοκάθαρση. Διακατέχονται ακόμα από έντονο φόβο στη σκέψη ενδεχόμενης βλάβης του μηχανήματος του τεχνητού νεφρού ενώ σημαντική πλειοψηφία των ασθενών παρουσιάζει σοβαρές δυσκολίες στον ύπνο για περιόδους που κυμαίνονται από δύο μήνες έως ένα χρόνο. Οι διαταραχές ύπνου στους ασθενείς που υπόκεινται σε

αιμοκάθαρση χαρακτηρίζονται από δυσκολίες στην επέλευση του ύπνου, από συχνές αφυπνίσεις στη διάρκεια της νύχτας, από απνοϊκά σύνδρομα, από αίσθημα κόπωσης μετά την αφύπνιση, από πρωινή υπνηλία, από το Σύνδρομο Ανήσυχων Ποδιών και από ροχαλητό¹⁶⁻¹⁷. Πολλές υποθέσεις διατυπώνονται γύρω από τις αιτίες των διαταραχών του ύπνου. Ένας αριθμός παραγόντων ενοχοποιείται, όπως για παράδειγμα τα τροποποιημένα επίπεδα ουρίας και κρεατινίνης, η κατανάλωση καφέ και το κάπνισμα, η επάρκεια της αιμοκάθαρσης, το στρες, η κατάθλιψη και οι διαταραχές άγχους¹⁸.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε παρατηρήθηκαν διαταραχές ύπνου σε 54 ασθενείς από τους 112 που συμμετείχαν. Ειδικότερα, από τις απαντήσεις, οι οποίες δόθηκαν, μόνο ποσοστό 9% των ερωτηθέντων ασθενών κοιμόταν περισσότερο από 6 ώρες τη νύχτα. Επιπλέον, σε μία κλίμακα από το 0 έως το 10, μόνο το 35% των ασθενών σημείωσε ότι με τον ύπνο «αναπαύονταν» ενώ κανείς δε σημείωσε στην κλίμακα το 10.¹⁸

Η περίοδος του μήνα του μέλιτος αρχίζει 1-3 εβδομάδες από την πρώτη αιμοκάθαρση και συνήθως διαρκεί 6 εβδομάδες έως 6 μήνες.

Περίοδος της απογοήτευσης και της αποθάρρυνσης

Η περίοδος της απογοήτευσης και της αποθάρρυνσης σε άλλους ασθενείς εμφανίζεται απότομα και σε άλλους βαθμιαία. Τα αισθήματα της ικανοποίησης, της εμπιστοσύνης και της ελπίδας μειώνονται σημαντικά και τη θέση τους καταλαμβάνουν η εξάντληση και η λύπη. Σε ορισμένους ασθενείς παρατηρούνται επίσης ενοχές, απαισιοδοξία και ντροπή, η οποία προέρχεται από τη φύση της νόσου και των επιπλοκών της. Συναισθήματα ενόχλησης και θυμού εμφανίζονται συχνά και μερικοί ασθενείς τα εκφράζουν έντονα, ιδιαίτερα προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της μονάδας αιμοκάθαρσης. Η συναισθηματική αυτή κατάσταση διαρκεί περίπου 3-12 μήνες και σχεδόν πάντα έχει προηγηθεί κάποιο ψυχοπιεστικό γεγονός, που μπορεί να σχετίζεται με επαγγελματικά ή οικογενειακά θέματα του ασθενούς ή και με επαναλαμβανόμενες επιπλοκές σχετικές με την αιμοκάθαρση (π.χ. θρομβώσεις της αναστόμωσης, φλεγμονές, σπασμός των αγγείων της αναστόμωσης κατά τη διάρκεια της κάθαρσης κ.λπ.)¹¹.

Περίοδος της μακροπρόθεσμης προσαρμογής

Η περίοδος της μακροπρόθεσμης προσαρμογής χαρακτηρίζεται από μερική αποδοχή εκ μέρους του ασθενούς των

περιορισμών του καθώς και των μειονεκτημάτων και των επιπλοκών της αιμοκάθαρσης. Η μετάβαση των ασθενών σε αυτήν την περίοδο είναι σταδιακή και χαρακτηρίζεται από διακυμάνσεις τόσο στη σωματική όσο και στη συναισθηματική τους κατάσταση. Η ένταση των διακυμάνσεων ποικίλλει κατά διαστήματα από ασθενή σε ασθενή, καθώς και στον ίδιο ασθενή. Οι ασθενείς βιώνουν παρατεταμένα διαστήματα ικανοποίησης, που εναλλάσσονται με κατάθλιψη. Κατά τη διάρκεια και των δύο αντιθέτων αυτών καταστάσεων, ο πλέον συχνά χρησιμοποιούμενος από τους ασθενείς μηχανισμός άμυνας είναι η *άρνηση*. Η άρνηση φαίνεται ότι, και στις δύο αυτές περιπτώσεις, εξυπηρετεί μία αποτελεσματική λειτουργία προσαρμογής. Κατά τις περιόδους της ικανοποίησης συντηρεί την αίσθηση ευεξίας του ασθενή ενώ κατά τις περιόδους της κατάθλιψης τον προστατεύει από την εντονότερη βίωση του συναισθήματος ότι είναι αβοήθητος και ανήμπορος¹⁹⁻²¹. Κατά την περίοδο αυτή, οι ασθενείς αποκτούν πλήρη επίγνωση της εξάρτησής τους από το "μηχάνημα" και φροντίζουν να ενημερωθούν καλύτερα για τη διαδικασία και το προσωπικό της μονάδας αιμοκάθαρσης. Όπως και κατά τη διάρκεια της περιόδου της απογοήτευσης και της αποθάρρυνσης, ο θυμός και η επιθετικότητά τους συχνά κατευθύνονται, περισσότερο ή λιγότερο ανοικτά, προς το

προσωπικό της μονάδας αιμοκάθαρσης, αποδίδοντας σε αυτό τις δυσχέρειες και τις ταλαιπωρίες που υφίστανται κατά την αιμοκάθαρση. Εκφράζουν τη δυσαρέσκεία τους, δεν προσπαθούν όμως ούτε ζητούν μεγαλύτερη ανεξαρτησία αλλά μάλλον επιδιώκουν μεγαλύτερη υποστήριξη και, όταν την εξασφαλίσουν, ο θυμός και η επιθετικότητά τους μειώνεται.

Προσαρμογή στην αιμοκάθαρση: Κριτήρια

Ανεξάρτητα από τα παραπάνω, πρέπει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς που κατέληξαν σε τελικού σταδίου ΧΝΑ λόγω υποκείμενης συστηματικής νόσου, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος ή η υπέρταση, ανέχονται την αιμοκάθαρση λιγότερο καλά από αυτούς με πρωτοπαθή νόσο των νεφρών. Επίσης, οι ασθενείς παρουσιάζουν διαφορετικό βαθμό προσαρμοστικότητας στη θεραπεία της αιμοκάθαρσης, η οποία εξαρτάται και από την κληρονομική ή την επίκτητη φύση της νόσου. Ασθενείς με κληρονομικές νόσους (π.χ. πολυκυστικοί νεφροί) που οδηγούν σε νεφρική ανεπάρκεια, ταυτίζονται με τη δυσμενή εμπειρία ή και το θάνατο των προγόνων τους ενώ γονείς με πάσχοντα παιδιά διακατέχονται από αίσθημα ενοχής και θεωρούν τον εαυτό τους υπεύθυνο για τη νόσηση των παιδιών τους¹⁵.

Στην πραγματικότητα, οι περισσότεροι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στο μεγαλύτερο διάστημα ανταποκρίνονται καλά. Τους διακατέχει όμως ένα μόνιμο άγχος προερχόμενο από την απώλεια του ελέγχου της σωματικής λειτουργίας, την εξάρτηση από το μηχάνημα και το προσωπικό της μονάδας αιμοκάθαρσης καθώς και από την οικογένειά τους για μεγαλύτερη υποστήριξη. Παρά τις μικρότερου ή μεγαλύτερου βαθμού δυσκολίες, προσαρμόζονται ικανοποιητικά. Τα κριτήρια καλής προσαρμογής είναι²²:

- η διατήρηση της ανησυχίας και του άγχους του ασθενούς σε ελεγχόμενα όρια,
- η διατήρηση των πηγών ευχαρίστησης και της αυτοεκτίμησης,
- η συνέχιση επαρκών σχέσεων με τους άλλους,
- η ανάληψη χρήσιμων και κοινωνικά αποδεκτών ρόλων,
- η συντήρηση ελπίδας για το μέλλον,
- η επιτυχής αποκατάσταση στη μέγιστη φυσική ικανότητα του ασθενούς και, τέλος,
- η διατήρηση σχέσης εμπιστοσύνης και αποτελεσματικότητας με τους γιατρούς και το προσωπικό.

Προκειμένου να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή προσαρμογή, σημαντικοί θεωρούνται οι παρακάτω παράγοντες: η οικογενειακή κατάσταση, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, τα απαιτούμενα μέσα μεταφοράς προς το θεραπευτικό κέντρο, η

εικόνα που είχε ο ασθενής για τον εαυτό του πριν από τη νόσο, η ηλικία και η αξιολόγηση της θεραπείας από τον ασθενή.

Προσωπικότητα

Έρευνα που υλοποιήθηκε από τις Κουτσοπούλου - Σοφικήτη & Θεοδοσοπούλου - Ευθυμίου σχετικά με τις διαστάσεις προσωπικότητας των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και τη σχέση τους με την αρχική νόσο, έδειξε ότι η προσωπικότητα επηρεάζει τον τρόπο, με τον οποίο τα άτομα αντιδρούν στη χρόνια νόσο και τη θεραπεία τους. Πιο συγκεκριμένα, οι διαστάσεις προσωπικότητας (νευρωτισμός, ψυχωτισμός, εσωστρέφεια / εξωστρέφεια) διαφοροποιούνται σε μεγάλο βαθμό και συστηματικά στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε σύγκριση με υγιή άτομα. Ο τύπος και ο βαθμός αυτής της διαφοροποίησης για τον αιμοκαθαιρόμενο πληθυσμό εξαρτάται επίσης από το φύλο, την ηλικία και την αρχική νεφρική νόσο²³.

Κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες

Η διερεύνηση της επίδρασης διαφόρων παραγόντων στην ποιότητα ζωής αναφέρεται και στις συσχετίσεις μεταξύ της ποιότητας ζωής και των διαφορετικών τύπων θεραπείας καθώς και των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των ασθενών με ΧΝΑ.

Ειδικότερα, το φύλο φαίνεται να έχει σημαντική επίδραση, δοθέντος ότι έχει βρεθεί ότι γυναίκες ασθενείς εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες στην κατάθλιψη και το άγχος και χαμηλότερες βαθμολογίες στα θετικά συναισθήματα²⁴⁻²⁸. Αντίθετα, οι άνδρες ασθενείς φαίνεται να έχουν περισσότερες κοινωνικές δραστηριότητες και να δηλώνουν καλύτερη ποιότητα ζωής γενικά²⁸⁻³⁰. Σε έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι άνδρες αιμοκαθαιρόμενοι παρουσίαζαν περισσότερες κοινωνικές δραστηριότητες και κοινωνικά ενδιαφέροντα από τις γυναίκες ενώ δεν υπήρχαν διαφορές σε σχέση με το φύλο στην προσωπική φροντίδα, συνεργασιμότητα και ευερεθιστότητα²⁷.

Επίσης, η ηλικία φαίνεται να έχει επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ΧΝΑ, καθώς οι πιο ηλικιωμένοι ασθενείς δηλώνουν χαμηλότερα επίπεδα σωματικής ευεξίας και υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης^{2,27,31-39}. Επιπλέον, σημαντική φαίνεται να είναι και η επίδραση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, καθώς ασθενείς που βρίσκονται στα χαμηλότερα επίπεδα αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα σχετικά με την ψυχική και σωματική υγεία και την κοινωνική ευημερία^{40,41}. Αντίθετα, το υψηλότερο οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο, καθώς και η συνθήκη της έγγαμης οικογενειακής ζωής συνδέονται με θετικότερες εκτιμήσεις της σωματικής

υγείας, της κοινωνικής ευεξίας και της ποιότητας ζωής^{30,31,33,37,42}. Αποτελέσματα έρευνας σχετικά με τις προγνωστικές μεταβλητές για την ψυχική και κοινωνική προσαρμογή των πασχόντων με χρόνια ασθένεια, έδειξαν με σαφήνεια ότι βάσει του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου των ερωτηθέντων τα άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ (υψηλό ποσοστό ανεργίας, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, φτωχή οικονομική οικογενειακή κατάσταση) είχαν χειρότερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή που επηρέαζε αρνητικά τα επίπεδα της λειτουργικότητάς τους στην καθημερινή ζωή, την ψυχική τους υγεία και τις οικογενειακές τους σχέσεις⁴⁰.

Οικογένεια

Ο ρόλος της οικογένειας είναι καθοριστικής σημασίας. Οι ψυχολογικές επιδράσεις είναι ισχυρές και ποικίλες και επηρεάζονται από τη γνώση και την ορθή αντιμετώπιση των προβλημάτων, παράμετροι στενά συνυφασμένες με το βιοκοινωνικοοικονομικό επίπεδο και την προσωπικότητα των εμπλεκόμενων στο πρόβλημα. Η λειτουργία τόσο των ασθενών όσο και του άμεσου περιβάλλοντος επηρεάζει η μία την άλλη⁴³. Οι οικογένειες των ασθενών περνούν δύσκολες στιγμές, όταν η χρόνια νόσος και η αιμοκάθαρση εισβάλλει στην καθημερινή ζωή τους. Το να αρρωστήσει ξαφνικά ένα μέλος της οικογένειας και να ανακοινωθεί η

σοβαρότητα της νόσου είναι κάτι συντριπτικό και δημιουργεί μεγάλο στρες και ανησυχία. Οι στόχοι μεταβάλλονται. Οι ελπίδες και τα όνειρα για το μέλλον συντρίβονται και αυτό, το οποίο απομένει είναι η ισορροπία ανάμεσα στη ζωή ή το θάνατο του πάσχοντος ατόμου⁴⁴⁻⁴⁶.

Ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα οφείλει να προγραμματιστεί εκ νέου, από την άποψη της ανακατανομής των αρμοδιοτήτων, της εργασίας, των οικογενειακών ρόλων αλλά και του τρόπου διαχείρισης του άγχους. Σε μία εποχή, όπου οι οικογένειες στο Δυτικό κόσμο βρίσκονται ήδη κάτω από το άγχος πολλών αλλαγών, επιπροστίθεται η απειλή για τη ζωή εξαιτίας μίας σοβαρής νόσου, όπως είναι η ΧΝΑ τελικού σταδίου^{21,47,48}.

Από αρκετές δημοσιευμένες μελέτες γνωρίζουμε ότι η υποστήριξη των ασθενών αυτών είναι καθοριστική για τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα και τη συμμόρφωσή τους στις οδηγίες της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Το να ζητήσει κανείς από τα μέλη της οικογένειας να είναι πιο ευέλικτα στις μεταβολές, όταν υπάρχουν και άλλες σημαντικές αλλαγές που επιφέρουν έντονο άγχος, θέτει σε κίνδυνο τις σχέσεις τους. Ζευγάρια, όπου το ένα μέλος πάσχει από τελικού σταδίου ΧΝΑ έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να χωρίσουν απ' ό,τι ο μέσος όρος των ζευγαριών^{49,50}. Η στάση της οικογένειας άλλοτε διευκολύνει (δεκτική μορφή οικογένειας) και άλλοτε

δυσχεραίνει (απόμακρη μορφή οικογένειας) τον ασθενή στην αντιμετώπιση της αιμοκάθαρσης. Υπάρχει η αίσθηση ότι τα χαρακτηριστικά και η στάση της οικογένειας θα μπορούσαν να επηρεάσουν ακόμα και την έκβαση της παθολογίας του ασθενούς. Έχει βρεθεί ότι το 20% των συζύγων των ασθενών που βρίσκονται σε αιμοκάθαρση εμφανίζει συμπτώματα σοβαρής κατάθλιψης ενώ η υποστήριξη από το σύντροφο του ασθενούς είναι η πλέον σημαντική συνιστώσα.

Σε μελέτη 55 ζευγαριών, των οποίων το ένα μέλος υποβαλλόταν σε χρόνια αιμοκάθαρση, βρέθηκε ότι τα επίπεδα κατάθλιψης των συζύγων συσχετίζονταν. Διαπιστώθηκε, επίσης, ότι ο πάσχων και ο σύντροφός του λειτουργούν ως μία ψυχοκοινωνική δυάδα. Η ψυχοκοινωνική κατάσταση του/της συζύγου μπορεί να έχει αντίκτυπο στην κατάθλιψη του ασθενούς και ο/η σύζυγος θα μπορούσε να είναι επιδεκτικός/ή σε παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να βελτιώσουν την έκβαση του ασθενούς⁵¹. Οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες είναι μεν σημαντικοί αλλά μικρότερης σπουδαιότητας⁵².

Σε μελέτη αναφορικά με τις απόψεις ασθενών και οικογένειας για την ποιότητα ζωής στη χρόνια αιμοκάθαρση, οι βαθμολογίες που προέκυψαν από τους ίδιους τους ασθενείς κυμαίνονταν μεταξύ μετρίου ή κάτω του μετρίου επιπέδου⁵³. Από

τη χρήση του ερωτηματολογίου SF-36 προέκυψε ότι υπάρχει μία απαισιόδοξη αντιμετώπιση από τα μέλη των οικογενειών των ασθενών για το πώς θεωρούσαν ότι οι δικοί τους άνθρωποι συμμετείχαν σε κοινωνικές εκδηλώσεις ή σε ό,τι αφορά τη σωματική τους δραστηριότητα. Σε ό,τι αφορά δε το επίπεδο ζωντάνιας και ευεξίας των ασθενών, τα μέλη των οικογενειών τους ήταν περισσότερο αισιόδοξα για τον τρόπο που συμπεριφέρονταν οι δικοί τους άνθρωποι, σε σύγκριση με το βαθμό ζωντάνιας και ευεξίας που αισθάνονταν οι ίδιοι οι ασθενείς⁵³.

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, αρχικά το ενδιαφέρον της οικογένειας στρέφεται στην πιστοποίηση της διάγνωσης και την αναγνώριση της πρόγνωσης. Στη συνέχεια, τη στροφή του ενδιαφέροντος για την ακολουθητέα θεραπεία διαδέχεται η προσπάθεια που καταβάλλεται από το περιβάλλον, ώστε ο ασθενής να πορευθεί κατά το δυνατόν ομαλότερα με το πρόβλημα της υγείας του, επανακτώντας τις απώλειες της φυσικής και κοινωνικής δραστηριότητας. Η συμμετοχή της οικογένειας αυξάνει ιδίως σε περιπτώσεις με μειονεκτική φυσική κατάσταση⁴³.

Επειδή η ΧΝΑ τελικού σταδίου είναι μία χρόνια νόσος, οι οικογένειες θα πρέπει να εξετάζονται και να αντιμετωπίζονται θεραπευτικά σε τακτά χρονικά διαστήματα. Ως κρίσιμα χρονικά στάδια θεωρούνται τα

εξής: όταν οριστικοποιείται η διάγνωση, όταν τα συμπτώματα καθίστανται εντονότερα έως προβληματικά, όταν συμβαίνουν κρίσιμα γεγονότα στη ζωή τους, όταν αναπτύσσονται δυσπροσαρμοστικές καταστάσεις, οι οποίες παρεμβαίνουν στη συμμόρφωση του ασθενούς και στην τελική φάση, όπου τα περιθώρια στενεύουν και λίγα ακόμα μπορούν να προσφερθούν στον ασθενή. Στην τελευταία αυτή περίοδο η κρίση είναι μεγάλη, αφού ο μιν θεράπων γιατρός αισθάνεται απαισιόδοξος και ανήμπορος να προσφέρει, ο δε ασθενής και η οικογένειά του τότε ακριβώς τον χρειάζονται περισσότερο⁵⁴.

Η εξασθένηση των γνωσιακών λειτουργιών

Κατά το νευροψυχολογικό έλεγχο, οι περισσότεροι ασθενείς σε αιμοκάθαρση εμφανίζουν έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών. Η έκπτωση αυτή είναι δυνατό να εκληφθεί, από το μη ειδικό, ως συμπτωματολογία ανοϊκής συνδρομής διότι συχνά συνυπάρχει έκπτωση της πρόσφατης μνήμης, ιδιαίτερα στις φάσεις της εγχάραξης και της ανάκλησης νέων πληροφοριών, αλλά και βραδύτητα του ασθενούς να απαντήσει υπό συνθήκες άγχους και πίεσης. Διαπιστώνονται, ακόμα, διαταραχές της συγκέντρωσης της προσοχής, ιδιαίτερα όταν τα μεταξύ των συνεδριών αιμοκάθαρσης μεσοδιαστήματα είναι μεγαλύτερα ενώ

παρατηρούνται και διαταραχές του λόγου και δυσχέρεια άμεσης εύρεσης της κατάλληλης λέξης^{55,56}. Σπανιότερα, εμφανίζεται και δυσκολία στην πραγματοποίηση αριθμητικών πράξεων. Όλη αυτή η κατάσταση συμβάλλει στη δημιουργία σοβαρής κλινικής εικόνας νοητικής έκπτωσης του ασθενούς, η καταγραφή της οποίας είναι εφικτή μετά από εφαρμογή των δοκιμασιών ευφυΐας WAIS και Walton - Black Modified Word Learning Test. Η πραγματικότητα, όμως, δεν είναι τόσο δραματική για τον ασθενή διότι πρόκειται για ψευδώς παθολογική εκτίμηση των ψυχολογικών δοκιμασιών, η οποία οφείλεται στη λεκτική δυσχέρεια και τη βραδύτητα του λόγου του.

Η γνωσιακή λειτουργία των ασθενών που πάσχουν από ΧΝΑ δεν έχει μελετηθεί επαρκώς στις διάφορες περιόδους της ζωής τους, όπως π.χ. πριν και μετά την έναρξη της θεραπείας με χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. Έχει όμως αναφερθεί ότι η ήπια έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών, που μερικές φορές παρουσιάζεται πριν από την έναρξη της θεραπείας, είναι δυνατό να υποχωρήσει μετά από ένα περίπου έτος συστηματικής αιμοκάθαρσης^{57,58}.

Ψυχικές εκδηλώσεις οργανικού ψυχοσυνδρόμου σε ασθενείς με ΧΝΑ

Όσο η εφαρμοσμένη Νεφρολογία εξελίσσεται και συμβάλλει στην επιμήκυνση

του προσδόκιμου χρόνου επιβίωσης, τόσο αυξάνει η εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών σε ασθενείς τελικού σταδίου ΧΝΑ, οι οποίες σχετίζονται είτε άμεσα με τη διαδικασία της αιμοκάθαρσης, είτε με επιμένουσα ουραιμία, είτε με άλλους αδιευκρίνιστους παράγοντες, άσχετους προς την ουραιμία και τη θεραπεία της.

Στα άτομα με ΧΝΑ, η συχνότητα της άνοιας, του παραληρήματος (delirium) και της μείζονος κατάθλιψης είναι σχετικά υψηλή⁵⁹.

Στα αρχικά στάδια της ΧΝΑ, η ουραιμία συχνά συνοδεύεται από καταθλιπτική συμπτωματολογία, όπως:

- αδιαφορία,
- ναυτία,
- αδυναμία,
- σωματική καταβολή,
- εύκολη κόπωση,
- ζάλη,
- κεφαλαλγία,
- διαταραχή της συγκέντρωσης της προσοχής,
- ανορεξία και ευερεθιστότητα.

Στη φάση αυτή είναι χρήσιμο να γίνει διαφορική διάγνωση από την καταθλιπτική συνδρομή, η οποία, ούτως ή άλλως, αποτελεί συχνή επιπλοκή της νεφρικής ανεπάρκειας.

Αργότερα, και ενώ η ουραιμία εξελίσσεται, η έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών επιδεινώνεται και είναι δυνατό να εμφανιστούν επεισοδικά αποπροσανατολισμός και ονειρικού τύπου σύγχυση, η οποία ακολουθείται από αμνησία των εν λόγω

επεισοδίων. Η συμπτωματολογία του οργανικού εγκεφαλικού συνδρόμου που περιγράφηκε συνιστά το σύνδρομο της ουραιμικής εγκεφαλοπάθειας και συνδέεται άμεσα με τη βαρύτητα της νεφρικής ανεπάρκειας, καθώς όσο αυτή επιδεινώνεται, τόσο η νοητική κατάσταση του ασθενούς επιβραδύνεται. Οι ψυχολογικές διαταραχές είναι πιο έντονες σε καταστάσεις οξείας ουραιμίας και εμφανίζονται σε ποσοστό >75% των ασθενών με επίπεδο ουρίας πλάσματος >250 mg/dL⁶⁰.

Σε βαριές καταστάσεις, συνήθως στο τελικό στάδιο της ΧΝΑ, το οργανικό ψυχοσύνδρομο μπορεί να παρουσιάσει όλες τις ψυχωσικές εκδηλώσεις που χαρακτηρίζουν μία βαριά ψυχωσική διαταραχή, όπως ψυχοκινητική ανησυχία, μεταβολές του επιπέδου συνείδησης, αϋπνία, κατατονική συμπτωματολογία, παράδοξη αντίδραση στα κατασταλτικά φάρμακα, διαταραχή της μνήμης, αποπροσανατολισμό, δυσκολία πραγματοποίησης ανώτερων πνευματικών - γνωσιακών λειτουργιών, δυσαρθρία, αδυναμία στήριξης του σώματος, διαταραχές της αντίληψης, ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, διανοητική έκπτωση, διαταραχές της σκέψης παραληρηματικού τύπου και πιθανή κατάληξη σε άγρυπνο ή ήσυχο κώμα. Η ένταση των συμπτωμάτων μπορεί να εμφανίζει διακυμάνσεις από ημέρα σε ημέρα ή και από ώρα σε ώρα.

Στους ανουρικούς, ιδιαίτερα, ασθενείς, τα συμπτώματα εμφανίζονται οξέως και οδηγούν σύντομα σε ημικωματώδη ή κωματώδη κατάσταση⁶¹.

Η διαταραχή που διαφεύγει της σωστής διαγνωστικής εκτίμησης, περισσότερο από κάθε άλλη ψυχοπαθολογική συμπτωματολογία, στο τελικό στάδιο της ΧΝΑ είναι το παραλήρημα⁵².

Για την επιλογή της προσφορότερης θεραπευτικής τακτικής, η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνει από το *τοξικό παραλήρημα*, το *στερητικό παραλήρημα* και το *παραλήρημα πολλαπλής αιτιολογίας*. Επίσης, δεν πρέπει να λησμονείται η διάκριση από την "οξεία οργανική παρανοϊκή κατάσταση", ενός οξείας μορφής οργανικού συνδρόμου, κατά το οποίο η συνείδηση δεν είναι σαφώς διαταραγμένη. Πρόκειται για κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ιδέες διωκτικού περιεχομένου σε ασθενή με πλήρη συνείδηση και υποκείμενη οξεία σωματική νόσο^{62,63}. Το σύνδρομο αυτό είναι πιθανόν το αποτέλεσμα της "πυροδότησης" που προκαλεί η σωματική ασθένεια σε μία ύποπτη, συγκαλυμμένη υπό φυσιολογικές συνθήκες, ψυχική κατάσταση.

Συμπεράσματα

Σε πρακτικό επίπεδο, τα βιβλιογραφικά ευρήματα είναι χρήσιμα σε επαγγελματίες υγείας, ιατρούς, ψυχολόγους, νοσηλευτές,

καθώς και σε διοικητές υγειονομικών υπηρεσιών, επιφορτισμένες να προσφέρουν ιατρική θεραπεία σε πάσχοντες από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Παραδείγματος χάριν, θα μπορούσε να προταθεί η ανάπτυξη εξατομικευμένων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων με στόχο την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών, ιδιαίτερα εκείνων που αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους. Επίσης, θα μπορούσαν να αναπτυχθούν παρεμβάσεις ψυχοεκπαιδευτικού τύπου και προγράμματα προαγωγής της υγείας σε νεφροπαθείς, τα οποία να εστιάζουν στην ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση σε συγκεκριμένες συνιστώσες της ψυχικής υγείας, όπως τα καταθλιπτικά στοιχεία, ο αυτοκτονικός ιδεασμός, αλλά και η ενίσχυση των πεποιθήσεων των ασθενών σχετικά με τη δυνατότητά τους να έχουν οι ίδιοι έναν καθοριστικό ρόλο στα θέματα που αφορούν στην υγεία τους. Επιπλέον, λαμβάνοντας υπόψη τα ευρήματα σχετικών με το αντικείμενο μελετών, προτείνεται η δημιουργία ερευνητικής ατζέντας με άξονα την ψυχολογική παρέμβαση και στήριξη σε άτομα που υποβάλλονται σε διαδικασία εξωνεφρικής κάθαρσης, θέτοντας ως στόχο την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής τους.

Βιβλιογραφία

1. Αποστόλου Θ. Αξιολόγηση ποιότητας ζωής. Στο Ζηρογιάννης ΠΝ, Πιερίδης ΑΜ,

- Διαμαντόπουλος Α. Κλινική Νεφρολογία. Αθήνα, Τεχνόγραμμα, 2005. 3667-77.
2. Apostolou T, Gokal R. Quality of life after peritoneal dialysis. In Gokal R, Khanna R, Krediet RTh, Nolph KD. Textbook of Peritoneal Dialysis. Great Britain, Kluwer Academic Publishers, 2000. 709-35.
3. Valderrabano F, Jofre A, Lopez-Gomez JM. Quality of life in end - stage renal disease patients. Am J Kidney Dis 2001, 38 (3): 443-64.
4. Oberley ET, Sadler JH, Stec AP. Renal rehabilitation: Obstacles, progress and prospects for the future. Am J Kidney Dis 2000, 35 (4): 141-7.
5. Σαρρής Μ. Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Παπαζήσης, Αθήνα, 2001.
6. Daugirdas J, Todd S. Handbook of Dialysis. Boston, Toronto, Little Brown, 1988.
7. Μπαλοδήμος Χ, Πετροπούλου Χ, Τριανταφύλλου Γ. Η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου σε ασθενείς με αιμοκάθαρση. Dialysis Living 2006, 15: 6-11.
8. Richardson YW. The rehabilitation of dialysis and transplant patients. Transplant Proc 1987, 19 (2): 11-14.
9. Αγραφιώτης Θ. Ο Τεχνητός Νεφρός στη Θεωρία του και στην Πράξη. Παρισιάνος, Αθήνα, 1984.
10. Calsyn D A. Rehabilitation of dialysis patients. Arch Phys Med Rehabil 1981, 62 (10): 483-5.
11. Αλεξανδρόπουλος Κ, Χριστοδούλου Χ. Ψυχιατρικές - Ψυχολογικές διαταραχές. Κλινική Νεφρολογία 2005, 14: 1347-59.
12. Christensen A, Ehlers S. Psychological Factors in End - Stage Renal Disease: An Emerging Context for Behavioral Medicine Research. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2002, 70 (3): 712-24.
13. Evans RW, Manninen D, Garrison L. The Quality of Life of patients with end - stage renal disease. N Eng Med 1985, 312 (9): 553-9.
14. Reichsman F, Levy N. Problems in Adaptation to maintenance haemodialysis. In Moos RH. Coping with physical illness. New York, Plenum Medical Book Company, 1977. 311-28.
15. Surman O. Haemodialysis and Renal Transplantation. In Hackett TP, Cassem NH. Handbook of General Hospital Psychiatry. Littleton Massachusetts, PSG Publishing Company, 1987. 381-402.
16. Bradley C, McGee H. Improving quality of life in renal failure: ways forward. In McGee H, Bradley C. Quality of life following renal failure. Chur, Harwood Academic Publishers, 1994. 275-99.
17. Hooper G. Psychological care of patients in the renal unit. In McGee H, Bradley C. Quality of life following renal failure. Chur, Harwood Academic Publishers, 1994. 181-96.

18. De Barbieri I, Zampieron A. Περιγραφική ανάλυση των διαταραχών ύπνου αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. EDTNA ERCA Journal 2004, 30 (4): 242-6.
19. Auer J. Psychological aspects on elderly renal patients. In Stevens E, Monkhouse P. Aspects of renal care. Eastbourne, Bailliere Tindall, 1986. 200-8.
20. Auer J. The Oxford - Manchester study on dialysis patients: age, risk factors and treatment method in relation to quality of life. Scand J Urol Nephrol 1990a, 131: 31-7.
21. Auer J. Psychological Perspectives. In Thomas N, Jeffrey C. Renal Nursing. Eastbourne, Bailliere Tindall, 2002. 75-102.
22. Badalamenti J, Dubose TD. Chronic renal failure. In Levine DZ. Care of the renal patient. Philadelphia, Saunders, 1991. 139-54.
23. Κουτσοπούλου - Σοφικίτη Β, Θεοδοσοπούλου - Ευθυμίου Ε. Διαστάσεις προσωπικότητας των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και η σχέση τους με την αρχική νόσο. EDTNA ERCA Journal 2002, 28 (3): 26-9.
24. Di Marco F, Verga M, Reggente MM, Casanova F, Santus P, Blasi F. Anxiety and depression in COPD patients: The roles of gender and disease severity. Respiratory Medicine 2006, 100 (10): 1767-74.
25. Gottlieb SS, Khatta M, Friedmann E, Einbinder L, Katzen S, Baker B. The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. Journal of the American College of Cardiology 2004, 43 (9): 1542-9.
26. Θεοφίλου Π. Κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές και η σχέση τους με την ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία ασθενών με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια. Περιοδικό της Ποιότητας (ECO-Q) 2008, 68: 34-7.
27. Οικονομίδου Γ, Ζλατάνος Δ, Βαϊόπουλος Χ, Χατζηδημητρίου Χ. Κατάθλιψη ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Dialysis Living 2005, 14: 22-32.
28. Vazquez I, Valderrabano F, Fort I, Jofre R, Lopez-Gomez JM, Moreno F. Differences in health-related quality of life between male and female haemodialysis patients. Nefrologia 2004, 24 (2): 167-78.
29. Gil Cunqueiro JM, Garcia Cortes MJ, Foronda J, Borrego JF, Sanchez Perales MC, Perez del Barrio P. Health-related quality of life in elderly patients in haemodialysis. Nefrologia 2003, 23 (6): 528-37.
30. Rebollo P, Ortega F, Baltar JM, Diaz-Corte C, Navascues RA, Naves M. Health-related quality of life (HRQOL) in end stage renal disease (ESRD) patients over 65 years. Geriatric Nephrology and Urology 1998, 8: 85-94.
31. Chiang CK, Peng YS, Chiang SS, Yang CS, He YH, Hung KY. Health-related quality of life of haemodialysis patients in Taiwan: a

- multicenter study. *Blood Purification* 2004, 22 (6): 490-8.
32. Dimkovic N, Oreopoulos DG. Chronic peritoneal dialysis in the elderly. *Seminars in Dialysis* 2002, 15: 94-7.
33. Θεοφίλου Π. Κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές, ψυχοπαθολογία και πεποιθήσεις για την υγεία: Συσχέτιση με την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με χρόνια νεφρικής ανεπάρκεια. *Επιθεώρηση Υγείας* 2009, 118: 48-51.
34. Iacovides A, Fountoulakis KN, Balaskas E, Manika A, Markopoulou M, Kaprinis G. Relationship of age and psychosocial factors with biological ratings in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis. *Aging Clinical and Experimental Research* 2002, 14 (5): 354-60.
35. Kutner NG, Jassal SV. Quality of life and rehabilitation of elderly dialysis patients. *Seminars in Dialysis* 2002, 15 (2): 107-12.
36. Μοσχοπούλου Ε, Σαββιδάκη Ε. Ψυχοκοινωνική εικόνα ασθενών σε χρόνια πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Προσέγγιση - Παρέμβαση. *Dialysis Living* 2003, 7: 1-5.
37. Μπήδιου Ζ, Ιορδανίδης Π, Αληβάνης Π, Ιακωβίδης Α, Μπαλάσκας Η, Γρηγοριάδου Μ κ.α. Αναγνώριση από τους νοσηλευτές του τεχνητού νεφρού ψυχολογικών προβλημάτων ασθενών που υποβάλλονται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. Βόλος, 12^ο Πανελλήνιο Ψυχιατρικό Συνέδριο, 1991.
38. Tyrrell J, Paturel L, Cadec B, Capezzali E, Poussin G. Older patients undergoing dialysis treatment: cognitive functioning, depressive mood and health-related quality of life. *Aging & Mental Health* 2005, 9 (4): 374 -9.
39. Vasilieva IA. Quality of life in chronic haemodialysis patients in Russia. *Hemodialysis International* 2006, 10 (3): 274-8.
40. Ελληνικού ΜΙ, Ζήση Α. Ποιότητα ζωής και χρόνιες νόσοι. Προγνωστικές μεταβλητές για την ψυχική και κοινωνική προσαρμογή των πασχόντων με χρόνια ασθένεια. *Ιατρική* 2002, 82 (2): 124-31.
41. Sesso R, Ronrigues-Netto J, Ferraz M. Impact of Socioeconomic status on the quality of life of ESRD patients. *American Journal of Kidney Diseases* 2003, 41: 186-95.
42. Vazquez I, Valderrabano F, Jofre R, Fort J, Lopez-Gomez JM, Moreno F. Psychosocial factors and quality of life in young haemodialysis patients with low comorbidity. *Journal of Nephrology* 2003, 16 (6): 886-94.
43. Χατζηπασχάλη Α. Προσέγγιση ψυχολογικών προβλημάτων νεφροπαθών. Αθήνα, 5^ο Επιμορφωτικό Σεμινάριο Νοσηλευτών Νεφρολογίας, 1994.
44. Ashwanden C. Οι επιπτώσεις της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας στην οικογένεια. *EDTNA ERCA Journal* 2002, 28 (2): 67-70.

45. Renal Association Report. Treatment of adult patients with renal failure. The Laverham Press Ltd, Suffolk, UK, 1997.
46. The Kidney Alliance. End Stage Renal Failure - A Framework for Planning and Service Delivery. The Kidney Alliance, 2001.
47. Auer J. Psychological problems in chronic illness. In Badawi M Biamonti B. Social work practice in health care. Cambridge, Woodhead Faulkner, 1990b. 47-56.
48. Auer J. Support and counselling pre-dialysis and on dialysis-need and outcome. Athens, EDTNA/ERCA conference, 1995.
49. Abram HS. Survival by machine: the psychological stress on chronic haemodialysis. *Psychiatry Med* 1970, 1: 37-51.
50. Allison M. Social work with patients suffering from kidney disease and with their families. British Association of Social Workers, Birmingham, 1983.
51. Daneker B, Kimmel P, Ranich T. Depression and marital dissatisfaction in patients with end-stage renal disease and in their spouses. *Am J Kidney Dis* 2001, 38: 839-46.
52. Wilson P. Psychiatric Aspects of the dialysis patient. In Jacobs C, Koch CM, Winchester JF. Replacement of renal function by dialysis. 1996. 1455-64.
53. Acaray A, Pinar R. Quality of life perceived by chronic haemodialysis patients and family members. *EDTNA ERCA Journal* 2005, 31 (1): 35-8.
54. Paluszny MJ, DeBeukelaer MM, Rowane WA. Families coping with the multiple crisis of chronic illness. *Loss, Grief, and Care* 1991, 5: 61-7.
55. Clair F, Caillat S, Soufir JC. Syndrome myasthenique induit par la D, L carnitine chez un hemodialyse chronique. *Press Med* 1984, 13: 1154-9.
56. Hagberg B. A prospective study of patients in chronic haemodialysis III. Predictive value of intelligence cognitive deficit and ego defense structures in rehabilitation. *J Psychosom Res* 1974, 18: 151-7.
57. Griva K. Acute Neuropsychological Changes in Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients. *Health Psychology* 2003, 22: 570-8.
58. Pliskin N. Neuropsychological function in renal disease and its treatment. In Tarter RE, Butters M, Beers SR. *Medical Neuropsychology*. New York, Kluwer Academic Plenum, 2001. 107-26.
59. Fukunishi I, Kitaoka T, Shirai T. Psychiatric disorders among patients undergoing hemodialysis therapy. *Nephron* 2002, 91: 344-7.
60. Stenbak M, Haapanen G. Azotaemia and psychosis. *Acta Psychiat Scand* 1967, 197: 1-65.

61. Raskin NH, Fishman AA. Neurological disorders in renal failure. N Engl J Med 1976, 294: 143-9.
62. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association, Washington, 1994.
63. Αλεξανδρόπουλος Κ. Κλινική Ψυχοπαθολογία του FISH. ERGO, Αθήνα, 1997.