

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Διασυνδεδετική Παιδοψυχιατρική στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

**Μ. Χρηστάκη,
Μ. Λιακοπούλου,
Ε. Γεωργάκη-Αγγελάκη**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έναρξη της αιμοκάθαρσης σε οποιαδήποτε ηλικία είναι ένα τραυματικό γεγονός. Αρχικά τουλάχιστον, η διαδικασία αυτή είναι απειλητική, περιοριστική και συχνά επώδυνη. Κεντρικό ζήτημα που απασχολεί τους νεφροπαθείς που κάνουν αιμοκάθαρση είναι το δίλημμα εξάρτηση - ανεξαρτησία. Υπάρχει μία συνεχής σύγκρουση μεταξύ υγείας και ασθένειας, ζωής και θανάτου. Στις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού, αναγνωρίζεται η ανάγκη διαχείρισης κάθε περίπτωσης από μια ομάδα ευρύτερη και όχι μόνο από το θεράποντα παιδίατρο - νεφρολόγο. Ομάδα αποτελούμενη από νεφρολόγο, νοσηλεύτη, διαιτολόγο, κοινωνικό λειτουργό, παιδοψυχολόγο ή παιδοψυχίατρο και εργοθεραπευτή. Η ψυχιατρική παρέμβαση σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια περιλαμβάνει δύο κυρίως τομείς: α) προετοιμασία του ασθενούς για την αιμοκάθαρση, γιατί τα παιδιά είναι περισσότερο φοβισμένα αν δε γνωρίζουν τη διαδικασία και ψυχολογική παρέμβαση ως προς την αποδοχή της νόσου, ιδίως όταν επικρατούν η άρνηση και μη ρεαλιστικές προσδοκίες, β) εφόσον ξεκινήσει η αιμοκάθαρση, απαραίτητη είναι η περιοδική παρακολούθηση προκειμένου να εκτιμάται η προσαρμογή του ασθενούς. **(Δελτ Α' Παιδιατρ Κλιν Πανεπ Αθηνών 2009, 56(4):570-573)**

Λέξεις ευρετηριασμού: μονάδα τεχνητού νεφρού, διασυνδεδετική παιδοψυχιατρική, ψυχοπαθολογία.

**Liaison Child Psychiatry with the Renal Dialysis Unit.
M. Christaki, M. Liakopoulou, E. Georgaki-Angelaki
(Ann Clin Paediatr 2009, 56(4):570-573)**

The beginning period of haemodialysis is traumatic for any patient, of any age. Initially, dialysis appears to be threatening, restrictive and often painful. A central theme for all patients on dialysis is that of dependence vs independence. There is also a continuous conflict between health and illness, life and death. The pediatric staff of the haemodialysis unit recognizes the need for consultation and liaison with

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Παιδοψυχιατρική Κλινική

Υποβλήθηκε 08/04/2008

Child Psychiatry in order to assist the patients through their treatment. The psychiatric intervention includes: a) the preparation for dialysis which is related to work relevant to the acceptance of illness, particularly when denial of the illness exists or unrealistic expectations. Children's fear reactions are more intense if they are not informed about the process, b) after dialysis has started, periodic follow up is needed in order to have an evaluation of the child's adaptation to the treatment. A clinical vignette is offered.

Key words: renal dialysis unit, Liaison Child Psychiatry, psychopathology.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έναρξη της αιμοκάθαρσης σε οποιαδήποτε ηλικία είναι ένα τραυματικό γεγονός. Οι πρώτες μελέτες που αφορούσαν τις ψυχολογικές συνέπειες αυτού του τραυματικού γεγονότος, αλλά και της μεταμόσχευσης νεφρού στην παιδική και εφηβική ηλικία, εμφανίστηκαν στις αρχές του 1970.

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

Αρχικά τουλάχιστον, η διαδικασία της αιμοκάθαρσης είναι απειλητική, περιοριστική και συχνά επώδυνη. Το παιδί βιώνει την αρρώστια του σαν μια τιμωρία επειδή είναι κακό και άλλοτε πάλι νιώθει ένοχο για την ασθένειά του^{1,2}. Συχνά, παρατηρείται παλινδρόμηση σε αυτά τα παιδιά³. Στους εφήβους παρατηρείται κατάθλιψη και έντονα απαιτητική συμπεριφορά. Αναφέρεται ότι ποσοστό 19-52% των παιδιών και εφήβων που κάνουν αιμοκάθαρση ή έχουν κάνει μεταμόσχευση νεφρού εμφανίζουν ψυχοπαθολογία, όπως διαταραχές προσαρμογής με άγχος ή κατάθλιψη, κατάθλιψη, γνωσιακές διαταραχές και άγχος^{4,5,6,7}. Κατ' άλλους, οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονται στο 69% των παιδιών⁸. Βέβαια και οι βιολογικοί παράγοντες συμβάλλουν στις αλλαγές του συναισθήματος⁹. Παραδείγματος χάριν, υψηλές δόσεις κορτιζόνης μπορεί να προκαλέσουν σύγχυση ή οξύ ψυχωτικό επεισόδιο. Χρόνια κόπωση, ανορεξία, εμετοί, αναστολή της ανάπτυξης, σπασμοί και βραχεία ψυχωτικά επεισόδια είναι μερικές από τις εκδηλώσεις της ουραιμίας¹⁰.

Συνήθης μηχανισμός άμυνας που παρατηρείται στους ασθενείς σε αιμοκάθαρση είναι η άρνηση. Αυτή η άμυνα μπορεί να οδηγήσει και σε άρνηση αποδοχής της σοβαρότητας της νόσου ή άρνηση αποδοχής των θεραπευτικών χειρισμών και της αιμοκάθαρσης. Αρκετές μελέτες επισημαίνουν ότι στην

εφηβεία τα παιδιά είναι περισσότερο επιρρεπή στη μη συμμόρφωση με το θεραπευτικό πρόγραμμα⁴. Έτσι, στατιστικά έχει διαπιστωθεί ότι 64% των εφήβων, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, δε συμμορφώνονται με τη θεραπεία τους μετά από τη μεταμόσχευση νεφρού, εν αντιθέσει με τους ενήλικες, όπου το ποσοστό είναι 25-35%¹¹.

Κεντρικό ζήτημα που απασχολεί τα παιδιά σε τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας, αλλά και τους ενήλικους που κάνουν αιμοκάθαρση, είναι το δίλημμα εξάρτησης - ανεξαρτησίας. Αυτό συμβαίνει γιατί λαμβάνουν δύο ειδών μηνύματα. Αφ' ενός είναι άρρωστα παιδιά που υφίστανται τους διαιτητικούς περιορισμούς που απαιτούνται, αλλά και την αιμοκάθαρση, αφ' ετέρου, τις ώρες εκτός της μονάδας τεχνητού νεφρού, καλούνται να φέρονται σα να είναι υγιή. Υπάρχει λοιπόν μια συνεχής σύγκρουση μεταξύ υγείας και ασθένειας, ζωής και θανάτου. Ανάλογα με το πως θα επιλύσει ο κάθε ασθενής αυτή τη σύγκρουση, επηρεάζεται και η προσαρμογή του στη διαδικασία της αιμοκάθαρσης και γενικά στη θεραπεία. Κάποιοι ασθενείς αποδέχονται και τις δύο πλευρές του διλήμματος. Άλλοι δείχνουν υπερβολική εξάρτηση από το μηχάνημα, υιοθετούν το ρόλο του αρρώστου. Για εκείνα τα παιδιά που η εξάρτηση γίνεται τρομακτική, είναι αναμενόμενη η αντίδραση στη θεραπεία και η έλλειψη συνεργασίας.

Η οικογένεια ανησυχεί για την υγεία αλλά και την ίδια την ζωή του παιδιού, με συνέπεια οι γονείς να γίνονται υπερπροστατευτικοί⁸. Ταυτόχρονα, η παρατεταμένη θεραπεία προκαλεί συναισθήματα απελπισίας ή αγχώδεις καταστάσεις, ενώ σπάνια μπορεί οι γονείς να απορρίψουν το παιδί τους. Μερικές φορές οι γονείς εκφράζουν τα συναισθήματά τους μέσω εκδραμάτισης, δηλαδή έκφρασης συναισθημάτων μέσω δράσης προς το προσωπικό της μονάδας, προκειμένου να ικανοποιήσουν ασυνείδητες ανάγκες για τιμωρία ή εκδίκηση¹². Τότε το προσωπικό της Μονάδας χρειάζεται να έχει την κατάλληλη κατανόηση της αντίδρασης αυτής και την κατάλληλη υποστήριξη, για να μην αντιδράσει αρνητικά.

Όμως και οι συνέπειες της αναμονής για μεταμόσχευση είναι σημαντικές. Το παιδί ή ο έφηβος διακατέχεται από συναισθήματα αβεβαιότητας, αλλά και αμφιθυμίας προς το δότη του. Η επιθυμία για ένα νεφρό βιώνεται σαν «επιθυμία να πεθάνει κάποιος»¹³.

Η ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ

Η ψυχιατρική παρέμβαση σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια περιλαμβάνει δύο κυρίως

τομείς: α) προετοιμασία του ασθενούς για την αιμοκάθαρση, που συμπεριλαμβάνει και εργασία σχετική με την αποδοχή της νόσου, ιδίως όταν επικρατούν η άρνηση και μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Ας σημειωθεί ότι τα παιδιά είναι περισσότερο φοβισμένα αν δε γνωρίζουν τη διαδικασία, β) εφόσον ξεκινήσει η αιμοκάθαρση, απαραίτητη είναι η περιοδική παρακολούθηση, προκειμένου να εκτιμάται η προσαρμογή του ασθενούς. Στις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού, αναγνωρίζεται η ανάγκη διαχείρισης κάθε περιστατικού από μια ομάδα αποτελούμενη από νεφρολόγο, νοσηλεύτη, διαιτολόγο, κοινωνική λειτουργό, παιδοψυχολόγο ή/και παιδοψυχίατρο και εργοθεραπευτή. Ο Kemph JP¹² προτείνει υποστηρικτικού τύπου ψυχοθεραπεία στα παιδιά και τους εφήβους με νεφρική ανεπάρκεια και μετά από νεφρική μεταμόσχευση. Ο ασθενής ενισχύεται να εκφράσει το θυμό και τα αισθήματα ενοχής του σχετικά με την αρρώστια του αλλά και τις θεραπευτικές διαδικασίες.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η παραπομπή γίνεται από τους παιδονεφρολόγους, αφού ήδη το παιδί έχει ξεκινήσει το πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Κύριος λόγος παραπομπής είναι η μη συνεργασία του παιδιού, που μπορεί να σημαίνει ότι αυτό κλαίει, φωνάζει, εμφανίζει κρίσεις πανικού κ.ά. Το αίτημα στις περιπτώσεις αυτές είναι επιτακτικό. Ας μην ξεχνάμε ότι συχνά, στα παιδιά που κάνουν αιμοκάθαρση, προβλήματα συμπεριφοράς μπορεί να οφείλονται και σε οργανικά αίτια, π.χ. αύξηση της ουρίας⁷.

ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ

Η Άννα, 12 ετών, το μικρότερο παιδί μιας πενταμελούς οικογένειας, ήταν ένα κοινωνικό και ανέμελο κορίτσι με καλές σχέσεις μέσα στην οικογένεια και στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο. Από το ιστορικό γνωρίζουμε ότι δεν υπήρχαν ιδιαίτερα μεγάλα προβλήματα στην οικογένεια. Το παιδί αυτό εισήχθη στο Νοσοκομείο για διερεύνηση πιθανής λοίμωξης και διεγνώσθη σπειραματονεφρίτιδα. Χωρίς προηγούμενο ιατρικό ιστορικό, βρέθηκε στην εντατική σε κατάσταση οξέος πνευμονικού οιδήματος και από εκεί στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού. Η μητέρα της επέστρεψε στο χωριό της όπου δούλευε, ενώ αυτή έμεινε στην Αθήνα μαζί με τη μεγαλύτερή της αδερφή και τον πατέρα της. Η Άννα έκανε αιμοκάθαρση τέσσερις φορές εβδομαδιαία, για τέσσερις ώρες. Από την πρώτη ημέρα της αιμοκάθαρσης έδειξε ότι θα ήταν δύσκολη η συνεργασία της με το τμήμα. Οι ίδιες αντιδράσεις συνεχίστηκαν

μετέπειτα. Έκλαιγε συνεχώς και παραπονιόταν ότι «την πονάει η βελόνα», ότι «ζαλίζεται και δε νιώθει καλά», ότι «κανείς δεν της δίνει σημασία». Η νοσηλεύτρια έτρεχε να ελέγξει τη βελόνα, να μετρήσει την πίεση, να της μιλήσει για να ηρεμήσει. Για το νοσηλευτικό προσωπικό είχε γίνει «τύραννος», οι γιατροί της μονάδας ένωσαν θυμό γιατί παρόλες τις προσπάθειες τους το πρόβλημα δεν ελεγχόταν και η συνεργασιμότητά της ήταν μηδαμινή. Το τελευταίο ημίωρο της αιμοκάθαρσης ήταν και το πιο βασανιστικό. Η Άννα εκλιπαρούσε να σταματήσουν τη διαδικασία ωρίτερα από το προβλεπόμενο και μέχρι τέλους παζάρευε το χρόνο, «άλλα δέκα λεπτά», «άλλα πέντε λεπτά». Μετά ή πριν από κάθε συνάντηση με την Άννα είχαμε και συζήτηση με την εκάστοτε νοσηλεύτρια, την οποία ακούγαμε, συμβουλευάμε και υποστηρίζαμε. Από τους γιατρούς της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού έδειχνε να έχει έντονη εξάρτηση. Συνεχώς τους αναζητούσε για να της λύσουν απορίες ή να τους κάνει τα παράπονά της και εκείνοι συνεχώς προσπαθούσαν να την οριοθετούν, γιατί θεωρούσαν ότι μέσω της απαιτητικότητάς της εξέφραζε το θυμό και την αγωνία για την κατάστασή της, αλλά με τρόπο που δεν ήταν καθόλου βοηθητικός για τη σχέση τους και τη θεραπεία.

Η συνεργασία μαζί της διήρκεσε ένα χρόνο, όσο και η αιμοκάθαρση. Συμβατός δότης ήταν η μητέρα της. Η μεταμόσχευση έγινε σε άλλο νοσοκομείο και ήταν επιτυχής. Ζήτησε να μας δει από την επόμενη ημέρα της μεταμόσχευσης, μετά από ένα επεισόδιο άγχους. Την επισκεφτήκαμε και εκεί και τη βρήκαμε ήρεμη και αισιόδοξη. Η Άννα επέστρεψε στο χωριό της και στο σχολείο της.

Ο προβληματισμός μας σχετικά με τους καλύτερους τρόπους παρέμβασης στην ψυχική κατάσταση, αλλά και στη συμπεριφορά της Άννας, ήταν έντονος. Σε συναντήσεις εκτός Τεχνητού Νεφρού, συζητήσαμε μαζί για το θυμό της, σχετικά με την κατάστασή της και για το φόβο της μήπως πεθάνει. Άλλες φορές υπήρξε η σκέψη χορήγησης αγχολυτικών, όμως αυτό τελικά δεν έγινε, αφού κάποιες τουλάχιστον φορές τα προβλήματα συμπεριφοράς οφείλονταν σε οργανικό ψυχοσύνδρομο, το οποίο υποχωρούσε μετά τις απαραίτητες ιατρικές παρεμβάσεις για διόρθωση των βιοχημικών παραγόντων. Με την πάροδο του χρόνου, η Άννα έγινε περισσότερο συνεργάσιμη και το νοσηλευτικό προσωπικό έδειξε μεγαλύτερη ικανότητα να τη χειριστεί.

Πολλές φορές ειδικευόμενοι, αλλά και ειδικευμένοι, δεν έχουν αντιμετωπίσει εκτεταμένα τους προβληματισμούς που αφορούν το χρόνιο ασθενή, δηλαδή

τη σχέση του με το ιατρικό προσωπικό, την ποιότητα ζωής και τελικά τη ζωή και το θάνατο. Ερωτηματικά του τύπου "μπορώ να βοηθήσω, μπορώ να κατανοήσω, είμαι όσο χρειάζεται έτοιμη, είμαι κατάλληλη", αναδύονται. Περιστατικά όπως της Άννας φέρνουν το γιατρό αντιμέτωπο με προβληματισμούς γύρω από την επάρκεια των γνώσεών του, της έως τότε κατάρτισής του και τελικά με την επαγγελματική ταυτότητα που προσπαθεί να δημιουργήσει ή έχει δημιουργήσει.

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Η ανωτέρω παραπομπή στη Διασυνδεδετική Παιδοψυχιατρική έγινε αφού ήδη είχε ξεκινήσει η αιμοκάθαρση. Δε θα επεκταθώ εδώ στο πόσο σημαντικό είναι η έναρξη της συνεργασίας να γίνεται πριν ακόμα ξεκινήσει η αιμοκάθαρση.

Ιδιαίτερα δύσκολο για ένα νέο παιδοψυχίατρο, ιδίως από την πλευρά των συναισθημάτων που διακινούνται, είναι το θέμα της μεταμόσχευσης, την οποία οι γονείς εξιδανικεύουν σα λύση, ενώ ο παιδοψυχίατρος είναι ενήμερος των δυσκολιών της, αφού γνωρίζει ότι οι επιπλοκές της ανοσοκατασταλτικής αγωγής συνεχίζουν να ταλαιπωρούν τον ασθενή και ότι μόνο τα δύο τρίτα των μεταμοσχεύσεων είναι επιτυχημένες¹. Για το λόγο αυτό, ο ίδιος προσπαθεί να κρατήσει, στο βαθμό που η οικογένεια το επιτρέπει και σε συνεργασία με τον παιδίατρο - νεφρολόγο, την ισορροπία που χρειάζεται μεταξύ της ελπίδας για θεραπεία και της επαφής με τις απαιτήσεις της πραγματικότητας.

Η συνεργασία με τους παιδονεφρολόγους, όπως και με το νοσηλευτικό προσωπικό, είναι ένα σημαντικό κομμάτι της Διασυνδεδετικής Παιδοψυχιατρικής. Βοηθάει τον παιδοψυχίατρο να διευρύνει τις γνώσεις του, αλλά ταυτόχρονα σμιλεύει την ταυτότητα του ειδικού που δίνει την ψυχολογική προσέγγιση των πραγμάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Chantler X, Carter JE, Bewick M, Counagan R, Cam-

eron TS, Ogg CS et al. Ten years experience with regular heamodialysis and renal transplantation. Arch Dis Child 1980; 55:435-445.

2. Mattsson A. Long Term Physical Illness in Childhood: A Challenge to Psychological Adaptation. Pediatrics 1972; 50:801-811.
3. Raimbault G. Psychological aspects of chronic renal failure and heamodialysis. Nephron 1973; 11:252-260.
4. Korsch BM, Fine R, Negrete VF. Noncompliance in children with renal transplant. Pediatrics 1978; 61:872-876.
5. Wass V, Barratt TM, Howarth RV, Marshall WA, Chantler C, Ogg CS et al. Home Haemodialysis in children. The Lancet 1977; 1:242-246.
6. Garralda M, Jameson R, Reynolds J, Postlethwaite R. Psychiatric adjustment in children with chronic renal failure. J Child Psychol Psychiatr 1988; 29:79-90.
7. Bakr A, Amr M, Sarhan A, Hammad A, Ragab M, El-Rafaey A, El-Mougy A. Psychiatric disorders in children with chronic renal failure. Pediatr Nephrol 2007; 22:128-131.
8. Fukunishi I, Honda M, Kamijama Y, Ito H. Anxiety disorders and pediatric continuous ambulatory peritoneal dialysis. Child Psychiatry and Human Development 1993; 24:59-64.
9. Calland CH. Iatrogenic problems in chronic renal disease. New Eng J Med 1972; 17:334-336.
10. Scribner BH. The technique of Continuous Hemodialysis. Transactions of the American Society for Artificial Internal Organs, 1960; 6:88-90.
11. Ettenger RB, Rosenthal JT, Marik JL, Malekzadeh M, Forsythe SB, Kamil ES et al. Improved cadaveric renal transplantation outcome in children. Pediatr Nephrol 1991; 5:137-142.
12. Kempf JP, Zrull JP. The Dialysis Patient. In Noshpitz JD. Basic Handbook of Child Psychiatry. New York: Basic Books Inc 1979; 459-464.
13. Juneau B. Psychologic and psychosocial aspects of renal transplantation. Crit Care Nurs Quart 1995; 17:62-66.