

Patiëntgerichte zorg - Psychosociale zorg voor patiënten met nierziekte.

Auteur: Michael Kelly. Psychologisch zorgconsultant EDTNA/ERCA, Ireland, mike@jka.ie

Leerresultaten.

- Wees je ervan bewust dat psychische problemen veel voorkomen bij patiënten met de diagnose nierziekte of die daarvoor behandeld worden
- Wees je ervan bewust dat deze psychische problemen zich zullen uitdrukken in de houding en het gedrag van patiënten
- Vergeet niet dat het gedrag van patiënten een uitdrukking kan zijn van hun psychische nood en als dit zo is, dan moet de aandacht daarop gericht zijn, en niet op hun gedrag
- Houd altijd rekening met het gevoel van machteloosheid van patiënten en hoe dit tot uitdrukking komt in hun verhouding tot verpleegkundigen en andere zorgprofessionals
- Er zijn hulpmiddelen voor verpleegkundigen en andere zorgprofessionals om patiënten te ondersteunen en het gevoel van machteloosheid dat ze ervaren te verlichten

Introductie.

Door de ontwikkeling van het dialyseapparaat werd een levensreddende behandeling een realiteit. Maar vanaf het eerste begin groeide de erkenning dat terwijl aan de fysieke behoefte van patiënten voldaan kan worden door dialyse, de behandeling psychisch trauma met zich meebracht. Dit psychisch trauma vindt uitdrukking op vele verschillende manieren, bijvoorbeeld agressie en woede, depressie, angst, het niet naleven van dieet- en medicatievoorschriften. Het is vaak de verpleegkundige of collega-professional die het psychische trauma dat hun patiënten ervaren moet zien in te perken. Dit doen ze op verschillende manieren, gevoeligheid voor waar de patiënt behoefte aan heeft, luisteren en begrijpen en tijd geven. Toch zijn er andere gebieden die over het hoofd kunnen worden gezien, niet omdat ze gemist worden maar misschien doordat ze te voor de hand liggend zijn.

In dit artikel zullen sommige van deze gebieden belicht en onderzocht worden, wat een beter begrip mogelijk maakt van de aanzienlijke impact ervan op onze patiënten en hun aanpassing aan de eisen die hun behandeling stelt. De hoop is dat dit zal leiden tot een beter begrip en bewustzijn van

wat onze patiënten doormaken en tot een meer holistische benadering van hun zorg.

Geschiedenis.

In zijn boek over de ontwikkeling van de dialysebehandeling vanaf de jaren vijftig zei Cameron (1): "We kunnen het niet hebben over de fysieke problemen die vroege patiënten met langdurige dialyse hadden zonder kort stil te staan bij de psychische problemen waarmee zij ook geconfronteerd werden". Cameron vervolgt met: "De combinatie van opluchting om te leven, veranderd lichaamsbeeld, verandering van levensstijl, afhankelijkheid en verlies van zelfstandigheid, woede, frustratie, angst voor de toekomst, voor het aansluiten op het apparaat en voor het apparaat zelf, zonder duidelijk idee wat er zou kunnen gebeuren, was een krachtige mix van problemen, waar patiënten vandaag nog steeds voor een groot deel mee geconfronteerd worden. Hij besluit met te zeggen dat "de psychische schade die dit kan veroorzaken al heel vroeg evident was".

Shea et al (2) publiceerden een onderzoek in 1965 waarin ze tot de conclusie kwamen dat "vanuit de subjectieve visie van de patiënt de emotionele reactie op de noodzaak van chronische dialyse het grootste obstakel kan vormen voor succesvolle rehabilitatie".

In een artikel gepubliceerd in 1968 in het British Medical Journal schilderen Gramond et al (3) een levendig beeld van de psychische component van een diagnose en behandeling van chronisch nierfalen. Het artikel eindigt met de woorden: "We mogen nooit de complexe emotionele en sociale behoeften van de patiënt en zijn familie uit het oog verliezen". Het artikel onderstreept het belang van het begrip van de staf voor hoe de patiënt omgaat met angst en woede "aangezien beide emoties opgewekt zullen worden".

In het daarop volgende jaar, 1969, werd in een studie van Abram (4) vastgesteld dat dialysepatiënten zichzelf zien als niet geheel menselijk en daarom "vreemd".

In haar baanbrekende studie in 1974 zei Kaplan de Nour (5) dat veel patiënten "die dialyseren zichzelf gaan zien als deel van het apparaat of menselijke eigenschappen gaan toeschrijven aan het apparaat".

Tien jaar later, in 1984, richtte een onderzoek door Nichols en Springford (6) zich op het veelvuldig vóórkomen van ontkenning als manier van omgaan met hun ziekte van hemodialysepatiënten wat de bijkomende psychosociale problemen van overleven door hemodialyse nogmaals onderstreepte. Uit de resultaten van een onderzoek door Petrie (7) in 1989 bleek dat 43 % van de dialysepatiënten aan enige vorm van psychische stoornis leed.

Een studie uitgevoerd door Wolcott et al (8) en gepubliceerd in 1988, gaf aan "dat 20-30 % van dialysepatiënten belangrijke affectieve stoornissen hebben".

Murray Parkes (9) heeft uitgebreid geschreven over psychische zorg in relatie tot fysieke ziekte. Hoewel niet specifiek verwijzend naar dialysepatiënten onderstreept hij het belang van erkenning van het psychische element, door iedereen die werkt met patiënten, in welke hoedanigheid ook, aan te moedigen om "gevoeligheid te ontwikkelen voor de mogelijke psychische invloed van de fysieke ziekte waar we mee te maken hebben."

Historisch gezien kunnen we zeggen dat sinds de introductie van de behandeling van chronische nierziekte door dialyse, het psychologische aspect een belangrijke rol speelde in hoe de patiënten hun behandeling zagen, hoe ze zichzelf zagen, hoe ze dachten dat anderen hen zagen, in hoeverre het ze lukte om zich aan te passen aan hun behandelregime. Wat ook blijkt uit historisch bewijsmateriaal is dat het niet bespreken van de psychische zorgen van patiënten en hun families nadelig is voor hun welzijn.

Ons bewustzijn.

Natuurlijk zijn wij ons als verpleegkundigen en andere zorgprofessionals van dit alles bewust. Dit verhaal speelt dagelijks in onze dialysepopulatie. We weten dat onze patiënten (en hun families) zowel emotioneel als psychisch lijden bij de diagnose en wanneer de behandeling begint. We weten dat de weg van de behandeling moeizaam is en dat er momenten en tijden zijn van toenemende emotionele stress en kwetsbaarheid, vooral wanneer er problemen ontstaan zoals een fistula die niet werkt of de PD-slang die verstopt raakt. Of als de patiënt naar het ziekenhuis moet.

We weten dat onze patiënten boos, gefrustreerd, onzeker, angstig zijn, zich zorgen maken over de toekomst en een groot aantal andere emoties ervaren.

We weten dat onze patiënten rouwen om de persoon die ze eens waren, om het lichaam dat ze hadden, om de dingen die ze vroeger konden, om, misschien, de baan of carrière die ze hadden, het samenzijn met anderen en om de dromen die niet meer werkelijkheid kunnen worden.

We weten dat onze patiënten lijden aan vermoeidheid, afgenomen energie, verminderde concentratie, slapeloosheid, gewichtsverlies en het beperkte gebruik van hun ledematen vanwege de fistula, en dat dit bijdraagt aan de stress die ze ervaren.

We weten dat mensen zich kwetsbaar voelen wanneer ze ziek zijn. Sommige patiënten reageren hierop door kwaad te worden, anderen door "goede" patiënten te zijn, uit angst dat wanneer ze zich niet gedragen dit zijn weerslag zal hebben op hun behandeling.

We weten dat, zoals McClintock Greenberg (10) schrijft: "aanpassing aan ziekte vereist van de patiënt het aanvaarden van verlies, het omgaan met de deuk in het ego die ziekte veroorzaakt en met angst en met je meer afhankelijk voelen".

Dr. Duncan Thomas, die twee zeer informatieve, interessante en lezenswaardige artikelen schreef in het Journal of Renal Care (JORC), geeft ons een zeer open en eerlijk verslag van de impact die zijn diagnose en behandeling op hem had. Hij zegt: "leven met chronisch nierfalen vereist een grote hoeveelheid wilskracht en vastberadenheid om door te gaan met normale dagelijkse activiteiten". Hij vervolgt met het beschrijven van vermoeidheid als "een alsmaar groeiend monster waarmee dagelijks strijd moet worden geleverd". Dit alles, concludeerde hij, resulteert in "een emotionele kwetsbaarheid die een grote mate van begrip noodzakelijk maakt van familie, vrienden en geliefden" en dit geldt ook voor zorgprofessionals.

Onmacht - een onzichtbaar maar altijd aanwezig gevoel.

McClintock Greenberg zegt, schrijvend over patiënten met de diagnose van een ernstige ziekte, dat ze "vaak de last ondervinden van de impact van lichamelijke veranderingen en verval, fysieke pijn en angst voor de dood: van dag tot dag overleven vereist enorme fysieke energie met als resultaat dat er minder psychische energie overblijft die gebruikt zou kunnen worden voor het omgaan met emoties die spelen". Dit geldt voor onze patiënten ook. De eisen die de voortdurende behandeling stelt, vermoeidheid, beperkingen in eten en drinken dragen allemaal bij aan de moeite die de patiënt heeft om aandacht te geven aan de altijd aanwezige emotionele problemen.

Hiervan uitgaande kunnen wij zeggen dat de diagnose en de behandeling van chronische nierziekte een aanzienlijke emotionele reactie bij mensen teweeg brengt. Twee van de redenen hiervoor zijn dat wij allemaal in het leven uitgaan van bepaalde aannames, waarvan er één is dat we verwachten om het grootste deel van ons leven zo niet ons hele leven gezond te zijn. Een diagnose van chronische nierziekte slaat deze aanname aan gruzelementen. Een tweede aanname die we hebben heeft te maken met ziekte. Over ziekte wordt vaak in acute termen gedacht, met andere woorden, diagnose, medicatie, genezing. Met de diagnose van een chronische aandoening wordt dit idee ondergraven. Met een chronische aandoening moeten onze patiënten de onplezierige werkelijkheid aanvaarden dat terwijl er wel behandeling is, er geen genezing is. De diagnose verandert levens en is levenslang.

Dit is ons niet onbekend. Wij zijn er mee vertrouwd. We zien het dagelijks bij onze patiënten. Niettemin is er één probleem - in al zijn verschijningsvormen- waar gemakkelijk aan voorbij gegaan kan worden en dat is het gevoel van

machteloosheid dat onze patiënten ervaren. Dit groeiend besef van machteloosheid vindt zijn uitdrukking vaak in hun houding en gedrag, bijvoorbeeld door boosheid, agressie en frustratie, zwijgen, dialysebehandeling overslaan en zich niet houden aan voorschriften met betrekking tot dieet of vochtinname. Machteloosheid invalideert subtiel en krachtig.

Waardoor wordt het gevoel van machteloosheid van onze patiënten veroorzaakt? En wat kunnen we doen om de machteloosheid die onze patiënten ervaren te verminderen? Er zijn een aantal factoren, waarvan sommige makkelijk over het hoofd gezien worden, uit onderzoeken naar voren gekomen en vanuit mijn ervaring met werken met patiënten, die bijdragen aan machteloosheid.

Omgeving.

Voor verpleegkundigen en andere zorgprofessionals is hun werkplek-het ziekenhuis-vertrouwd. We kennen de geografie, de plattegrond van het ziekenhuis, de bewegwijzering. We weten waar de kantine is, de koffiehoeke, waar de kamers van de kliniek en waar de toiletten zijn. Wij kennen de weg naar de afdelingen. We kunnen met gemak de weg vinden. Het is, in de woorden van McClintock Greenberg (12): “de plaats waar mensen snel praten, snel bewegen en snel denken.” Dat geldt niet voor onze patiënten, vooral niet wanneer ze pas beginnen met hun behandeling. Voor degene die bezig is patiënt te worden is de werkelijkheid heel anders. Voor ons in onze werkplek vertrouwd, de ziekenhuiswereld met zijn eigen structuur, cultuur en routine. Maar voor iemand die niet gewend is aan een ziekenhuis is het een omgeving die, in de woorden van een patiënt “vervreemdend” is met een structuur, cultuur en routine waar ze niet mee vertrouwd zijn. Onze natuurlijke reactie wanneer we op een plek zijn die ons niet vertrouwd of bekend is, is een gevoel van ongerustheid. Dit is wat onze patiënten ervaren, vooral bij het vroege stadium van diagnose en behandeling. Psychisch voelen ze zich kwetsbaar met een toenemend besef van machteloosheid. Zoals McClintock Greenberg schrijft (13): “Mensen die moeten worden opgenomen in een ziekenhuis worden plotseling ondergedompeld in de medische wereld, iets waar de meeste mensen niet op voorbereid zijn.”

Verder moeten wij niet uit het oog verliezen wat het ziekenhuis “betekent” voor onze patiënten. Sommigen associëren het misschien met de dood, misschien dood van een naaste. Het kan geassocieerd worden met een vroegere operatie of herinnerd worden als eerder een negatieve dan een positieve ervaring.

Het ziekenhuis is niet een plek waar mensen willen zijn, maar vanwege hun diagnose moeten ze er zijn. Dit draagt bij aan hun gevoelens van verlies van controle over hun leven en van machteloosheid.

Tijd.

Nog een factor binnen deze omgeving die bijdraagt aan het gevoel van machteloosheid van onze patiënten is tijd.

De uitkomst van een onderzoek in 2009 bij hemodialysepatiënten door Moran et al (14), was dat “de deelnemers aangaven dat ze veel tijd kwijt waren aan wachten bij het ondergaan van de dialysebehandeling. Voor diegenen die dit lezen die op een hemodialyseafdeling werken, zal dit bekend voorkomen. De dagelijkse routine op een hemodialyseafdeling, mensen aankoppelen, mensen afkoppelen, is je welbekend. Je weet ook dat de volgorde waarin mensen aangesloten worden bijdraagt aan het soepel functioneren van de afdeling. Maar de patiënten die in de wachtkamer wachten zijn gevoelig voor de volgorde van aankoppelen en dit kan aanleiding vormen tot wrijving, spanning en nu en dan ruzie tussen personeel en patiënten onderling.

Ik herrinner me dat toen ik in een ziekenhuis in Londen werkte, patiënten die uren onderweg waren voor hun dialyse zich zeer ergerden aan het feit dat iemand die niet zo ver gereisd had vóór hun aangesloten werd. De reden dat de volgorde is zoals hij is, is vaak wel duidelijk voor het personeel. Maar als dit niet uitgelegd wordt aan de patiënten – en ik zou willen toevoegen regelmatig uitgelegd – kan het tot onbegrip leiden, en nogmaals, vanuit het perspectief van de patiënt, het gevoel van machteloosheid bevestigen.

Lange wachttijden, zij het op de polikliniek, de dialyseafdeling, of op andere afdelingen waar patiënten naar verwezen worden, dragen bij, wanneer er niet duidelijk over gecommuniceerd wordt, aan de kwetsbaarheid en machteloosheid van de patiënt. Zoals een patiënt het bondig samenvatte: “naar het ziekenhuis gaan is alsof je een andere tijdszone binnengaat.”

Daarbij komt dat, volgens het onderzoek van Moran, patiënten de tijd die opgaat aan wachten niet opvatten als productief maar eerder als verspilld. Het gevoel dat er tijd verspild wordt kan leiden tot groeiende verontwaardiging en frustratie bij veel patiënten. Hoe dit al of niet gecommuniceerd wordt zal van patiënt tot patiënt verschillen. Sommige patiënten zullen dat mondeling uiten of door gedrag dat misschien niet betamelijk is, en het personeel is hiervan de klos. Andere patiënten zullen niets zeggen want zoals Stapleton (15) stelt: “overleven hangt af van het voldoen aan de eisen van het gezondheidssysteem.”

Relatie personeel/patiënt.

Nog een andere indicatie is het verstoorde evenwicht in de verhouding personeel/patiënt.

Dit is natuurlijk duidelijk. Wij zijn de professionals. Wij zijn degenen die gestudeerd hebben, die gekwalificeerd zijn, wij zijn degenen met de kennis.

Dat op zichzelf verstoort het evenwicht en zorgt daarmee voor een afhankelijkheid tussen patiënt en personeel. Bij je afhankelijk voelen komen kwesties naar boven die gaan over vertrouwen en veiligheid. Je afhankelijk voelen is een zorg die door alle patiënten gedeeld wordt. Vanuit de patiënt gezien moet er noodzakelijkerwijs omgegaan worden met veranderingen in de mate waarin ze de hulp van andere nodig hebben. Patiënten zijn afhankelijk van het medisch personeel. Hierin hebben ze geen keus. Ze hebben onze expertise (14)

nodig. Dit kan moeilijk zijn en veel vergen van de patiënt, en soms is het een langzame overgang, vooral voor diegenen die in een omgeving opgegroeid zijn waar ze zelfstandig moesten zijn. Gevoelens van afhankelijkheid kunnen hun kwetsbaarheid en machteloosheid benadrukken. Waar ook aan gedacht moet worden is dat als de patiënt een eerdere negatieve ervaring heeft gehad met artsen/verpleegkundigen of ziekenhuis, kan de mate van hun vertrouwen minder zijn en hun gevoel van machteloosheid groter.

Wat we ook nooit uit het oog moeten verliezen is het feit dat we er zijn, op onze werkplek, om onze patiënten zorg en behandeling te geven. Zij zijn er, niet omdat zij dat willen, maar omdat dat noodzakelijk is. Wij geven zorg en behandeling, zij zijn er om zorg en behandeling te ontvangen. Dit verstoort direct het evenwicht in de relatie tussen hen en ons, benadrukt onze macht en onderstreept hun machteloosheid.

Hemodialysemachine

Voor hemodialysepatiënten kan het dialyseproces bijdragen aan hun gevoel van machteloosheid. Eenmaal aangekoppeld aan de machine is de patiënt immobiel gemaakt, en dit zal een aantal uren duren. Gedurende deze tijd kunnen ze niet voldoen aan sommige van hun eigen behoeften. Ze kunnen ook onaangename symptomen ervaren (beenkrampen, misselijkheid, om er maar twee te noemen) maar "hoe onaangenaam of vervelend dialyse ook is, als de persoon in leven wil blijven, dan is hij of zij afhankelijk van een machine" (15).

Aanwijzingen

Nog een voorbeeld zijn aanwijzingen. Die zijn er met een doel; om informatie over te brengen of wegwijs te maken. Toch kunnen sommige aanwijzingen, onschuldig als zij lijken, de patiënt er aan herinneren hoe machteloos hij is. Een hemodialysepatiënt zei het volgende: "voor elke dialysesessie moet ik gewogen worden. Als ik op de weegschaal sta wordt ik er door een bordje op gewezen dat je gewicht moet worden vastgesteld door een medewerker van het personeel. Ooit werd me genoeg verantwoordelijkheid toegedicht voor het stichten van een gezin, maar nu ben ik niet verantwoordelijk genoeg om mezelf te wegen". Dit is een eenvoudige aanwijzing. Het staat er om een boodschap over te brengen, echter vanuit het gezichtspunt van de patiënt is de boodschap die overgebracht wordt totaal verschillend van wat er bedoeld wordt.

Het gedrag van patiënten.

Nog een indicatie van machteloosheid ziet men in hoe patiënten zich gedragen. Veel patiënten gedragen zich om een veelheid aan redenen op een passieve manier. Ze volgen onze instructies op zonder commentaar of vragen. Een verdere indicatie van deze passiviteit is hoeveel moeite ze kunnen hebben om zelfs over onbelangrijke zaken tot een besluit te komen wanneer hun daarvoor de gelegenheid wordt geboden. We zouden deze patiënten "volgzaam" kunnen noemen maar laat ons niet blind zijn voor het onderliggende gevoel van

machteloosheid. Een andere uiting hiervan is dat deze groep patiënten duidelijk geen moeite doet om zich te informeren over hun gezondheidstoestand. Nauw verwant hiermee is dat veel patiënten die zich machteloos voelen niet alleen zelf geen informatie zoeken maar ook geen informatie delen. Een verpleegkundige vertelde me een keer dat ze één van haar patiënten gevraagd had zich te wegen op de dagen dat ze niet gedialyseerd werd. Toen ze hier een paar dagen later naar vroeg vertelde de patiënt haar dat ze thuis geen weegschaal had!

Wat ik hier met deze zes voorbeelden wil benadrukken is dat de omgeving, in al zijn complexiteit, een zeer sterke, en voor iedereen verschillende impact heeft op onze patiënten. Hun gevoel van machteloosheid kan grote invloed hebben op hoe ze hun behandeling ervaren, op hoe ze ons zien als de mensen die voor ze moeten zorgen en op hoe ze met ons communiceren.

Als we geloven in holistische zorg en als dat ons doel is, dan moeten we ons bewust zijn van en gevoelig zijn voor die factoren zijn die mogelijk ons vermogen om die zorg te geven ondermijnen.

Kunnen wij iets doen om het gevoel van machteloosheid van onze patiënten te verminderen?

In een overzicht door Hudson et al (16) werd vastgesteld dat mensen zich slechter voelen naarmate ze meer het idee hebben geen controle te hebben over hun situatie in het eindstadium van nierziekte en er weinig van begrijpen. Dit draagt bij aan het gevoel van machteloosheid van de patiënt.

Stapleton stelt dat de interventie van verpleegkundigen gunstig kan werken om de stress te verlichten en het gevoel van machteloosheid van de patiënten te verminderen. Eén van de doelen van deze interventie is om patiënten aan te moedigen om meer initiatief te nemen. Hoe wordt dit bereikt? Stapleton (15) biedt een paar bruikbare ideeën waaronder: "de omgeving aanpassen, realistische doelen stellen, de kennis van patiënten en familie verbeteren, de gevoeligheid van het behandelend team voor mogelijke oorzaken van machteloosheid versterken en het uiten van gevoelens mogelijk maken."

Wanneer we, als verpleegkundigen of andere professionals in de zorg, onze patiënten kunnen helpen om de factoren te herkennen die bijdragen aan hun gevoel van machteloosheid, en ze aanmoedigen om deze gevoelens te uiten, dan creëren we een basis voor het oplossen van de problemen. Vanuit deze basis kunnen patiënten geholpen worden om meer initiatief te nemen, meer een deelnemer dan enkel ontvanger te worden van hun zorg. Hoe meer controle onze patiënten hebben des te minder machteloos en afhankelijk ze zich voelen.

Onze patiënten helpen om realistische doelen te stellen is ook een goede manier om hun gevoel van machteloosheid te verlichten. Deze doelen moeten realistisch en bereikbaar zijn, wat betekent dat ze apart voor iedere patiënt vastgesteld moeten worden. Patiënten die gevoelens van depressie of hopeloosheid ervaren, kunnen dit moeilijk vinden en zullen daarom hulp van het afdelingspersoneel nodig hebben. Terwijl dit een bruikbaar middel is waar patiënten baat bij kunnen

hebben en dat hun gevoel van machteloosheid kan verminderen, is het ook belangrijk om te erkennen dat het tijdrovend is voor het personeel. Hoewel het de moeite waard is, is het misschien niet inzetbaar wegens tijdgebrek.

Samenvatting.

Al lang wordt erkend dat een diagnose van en behandeling voor een chronische nierziekte psychische stress met zich meebrengt.

Het gevoel van machteloosheid van patiënten draagt zeer veel bij aan de psychische stress die zij en hun familie ervaren.

Hoe machteloosheid zich uit zal verschillen van persoon tot persoon en van instelling tot instelling maar er zijn een paar gemeenschappelijke thema's.

Ons bewustzijn van hoe onze patiënten machteloosheid ervaren en ons handelen kunnen hun gevoel van machteloosheid en daarmee de psychische stress van patiënten en hun familie verminderen.

Er zijn strategieën om ons te helpen bij deze taak.

Goede geestelijke gezondheid van onze patiënten draagt bij aan goede lichamelijke gezondheid binnen de grenzen die hun ziekte stelt.

Referenties.

1. Cameron, J.S. 'History of the Treatment of Renal Failure by Dialysis'. Oxford University Press: Oxford; 2002.
2. Shea, E.J, Bogdan, D.F, Freeman, R.B, Schreiner, G.E. 'Haemodialysis for Chronic Renal Failure: IV Psychological Considerations'. *Ann Intern Med.* 1965; 62 (3), 558-563.
3. Cramond, W.A, Knight, P.R., Lawrence, J.R., Higgins, B.A., Court, J.H., MacNamara, F.M., Clarkson, A.R., Miller, C.D. 'Psychological Aspects of the Management of Chronic Renal Failure'. *British Medical Journal.* 1968; 1, 539-543.
4. Abram, H. 'The psychiatrist, the treatment of chronic renal failure and the prolongation of life – Part 2'. In *American Journal of Psychiatry.* 1969; 126:157-167.
5. DeNour, A & Czaczkes, JW. 'Personality and adjustment to chronic haemodialysis'. In N.B Levy (Ed), *Living or dying: Adaptation to haemodialysis (102-1126).* Springfield, Il. 1974
6. Nichols, K.A. & Springford, V. 'Psychosocial difficulties associated with survival by dialysis'. *Behaviour Research and Therapy.* 1984; 22, 563-574
7. Petrie, K. 'Psychological wellbeing and psychiatric disturbance in dialysis and renal transplant patients'. *British Journal of Medical Psychology.* 1989; 62, 91-96
8. Wolcott, D.L. Nissenon, A.R and Landsverk, J. (1988) 'Quality of life in chronic dialysis patients'. In *General Hospital Psychiatry.* 1988; 10,267-77
9. Murray Parkes, C. 'The challenge of physical illness'. In Murray Parkes, C, Markus, A (eds). *Coping with Loss: BMJ Books.* 1998
10. McClintock Greenberg, T. 'The Psychological Impact of Acute and Chronic Illness – A Practical Guide for Primary Care Physicians'. Springer Inc, New York. 2007
11. Thomas, D. 'Riding the emotional rollercoaster renal transplant from a doctor's perspective'. *Journal of Renal Care.* 2010; 36 (3): 145-148
12. McClintock Greenberg, T. 'Psychotherapy with Medically Ill Patients: Hope in the Trenches'. In <http://www.psychotherapy.net/articles/psychotherapy-medically-ill-patients>. 2010
13. McClintock Greenberg, T. 'The Psychological Impact of Acute and Chronic Illness – A Practical Guide for Primary Care Physicians'. Springer Inc, New York. 2007
14. Moran, A, Scott, P.A, and Darbyshire, P. 'Existential boredom: the experience of living on haemodialysis therapy'. In *Med Humanities.* 2009; 35:70-75
15. Stapleton, S. 'Powerlessness in Persons with End-Stage Renal Disease'. In Fitzgerald Miller, J. editor. *Coping with Chronic Illness – Overcoming Powerlessness, 3rd Edition.* F.A. Davis Company, Philadelphia: 2000
16. Hudson J.L., Moss-Morris R., Game D., Carroll A., Chilcot J. 'Improving Distress in Dialysis (iDID): A tailored CBT self-management treatment for patients undergoing dialysis'. *Journal of Renal Care.* 2016; 42 (4), 223-238