

Θεραπευτικές Πρακτικές και Χρόνιος Πόνος: Οι Σχέσεις Μεταξύ Ιατρών και Ασθενών με Μυοσκελετικά Προβλήματα

Μάνος Σαββάκης #, Νίκος Κολοκούρας *

Περίληψη

Η διάγνωση και θεραπεία των μυοσκελετικών παθήσεων ενέχει πολλαπλές δυσκολίες διότι αρκετά συχνά η αιτιολογία ορισμένων συχνών και σοβαρών προβλημάτων τέτοιου τύπου που τις περισσότερες φορές προκαλούν χρόνιο πόνο εξαρτάται όχι μόνο από αμιγώς ιατρικούς παράγοντες ή βιολογικές προδιαθέσεις αλλά και από κοινωνικές παραμέτρους.

Σκοπός της παρούσας εμπειρικής έρευνας είναι να αναζητηθούν οι παράγοντες που διαμεσολαβούν τις σχέσεις ανάμεσα σε ιατρό και ασθενή, αναφορικά με τη διάγνωση και αντιμετώπιση των χρόνιων μυοσκελετικών παθήσεων. Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η ημιδομημένη συνέντευξη και συμμετείχαν δώδεκα άτομα. Ο τρόπος που τα υποκείμενα/συμμετέχοντες στην έρευνα αξιολογούν τη σχέση με το ιατρό τους και τις μεταξύ τους συναντήσεις θέτει δυνητικά ένα πλαίσιο κατανόησης για την πληρέστερη θεραπευτική αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου.

Λέξεις κλειδιά: χρόνιος πόνος, ποιοτική έρευνα, σχέσεις ιατρού και ασθενή, μυοσκελετικές παθήσεις

Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνιολογίας Πανεπιστημίου Αιγαίου.

* Διπλωματούχος ΕΤΚΑΣ, Πανεπιστήμιο Αιγαίου.

Εισαγωγή

Οι σοβαρές ασθένειες και ειδικότερα οι χρόνιες μυοσκελετικές παθήσεις αποτελούν την πιο συχνά εμφανιζόμενη αιτία χρόνιου πόνου τις τελευταίες δεκαετίες ανά τον κόσμο, ειδικότερα στις θεωρούμενες ανεπτυγμένες κοινωνίες. Προκαλούν σωματικές, συναισθηματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές δυσκολίες στους ασθενείς που υποφέρουν, επιφέροντας σημαντική επιβάρυνση τόσο στα συστήματα υγείας όσο και τις κοινωνικές δομές. Ο χρόνιος πόνος περιγράφεται ως δυσάρεστη αίσθηση, επώδυνη πραγματικότητα, και οδυνηρή συνθήκη. Φαίνεται, ταυτόχρονα ότι επηρεάζεται όχι μόνο από βιολογικά χαρακτηριστικά αλλά επίσης διαμορφώνεται από κοινωνικούς παράγοντες που συσχετίζονται με συναισθήματα, εμπειρίες, ερμηνευτική πλαισίωση και πολιτιστικά χαρακτηριστικά των ατόμων που υποφέρουν.

Η σημασία του ιατρού στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου που προκαλείται από σοβαρές μυοσκελετικές παθήσεις είναι μεγάλη και σχετίζεται τόσο με τη βελτίωση των σωματικών προβλημάτων του ασθενή όσο και τη μείωση των αρνητικών κοινωνικών συνεπειών της ασθένειας. Πολλές φορές όμως, λόγω της διαμεσολάβησης των συναισθηματικών και πολιτισμικών συνιστωσών του χρόνιου πόνου, προκύπτουν διαφορές ανά ασθενή και διαφορετικές υποκειμενικές αναφορές και προσωπικές προσδοκίες που επηρεάζουν τις σχέσεις με τον ιατρό (Pearson & Raeke, 2000; Thom et al, 2002).

Σε αρκετές περιπτώσεις ο ιατρός, βασιζόμενος συχνά μονοσήμαντα στη βιοϊατρική κατανόηση της ασθένειας, δεν κατανοεί πλήρως τις βιωματικές αναφορές ή τους κοινωνικούς περιορισμούς του ασθενή και έτσι δυσχεραίνεται ή καθίσταται χρονοβόρα και περισσότερο δαπανηρή η θεραπευτική διαδικασία. Αυτό σημαίνει ότι μια μονομερώς ιατρικοκεντρική αντιμετώπιση αντίστοιχων επώδυνων προβλημάτων - ειδικότερα - σε ασθενείς με μυοσκελετικές παθήσεις συχνά αγνοεί ή τείνει να παρακάμπτει συμπληρωματικές κοινωνικές, πολιτισμικές, ταξικές, οικονομικές ή έμφυλες διαστάσεις που έχουν μεγάλη σημασία στην επιτυχή αντιμετώπιση περιπτώσεων χρόνιου πόνου.

Το βιοιατρικό μοντέλο

Η βιοϊατρική προσέγγιση της ασθένειας έχει τις ρίζες της στο Δυτικό τρόπο σκέψης που χρονολογείται από τα τέλη του 18ου αιώνα. Σύμφωνα με αυτή την

προσέγγιση, η ιατρική, επιστήμη μέσω παρατήρησης και επαγωγής, αποτελεί τον πλέον σημαντικό – και ενδεχομένως μοναδικό - τρόπο για την αντιμετώπιση των ασθενειών. Η ασθένεια έχει συνηθέστατα μια συγκεκριμένη αιτιολογία- ακόμα και αν έχει διαφορετική κατά περίπτωση συμπτωματολογία - η οποία καθορίζεται από τους ιατρούς ως επαγγελματίες και αποκλειστικούς ειδικούς. Οι ιατροί διαβάζουν τις ενδείξεις, αναγνωρίζουν τα συμπτώματα στο σώμα, θέτουν τη διάγνωση και προτείνουν την ενδεδειγμένη θεραπευτική αγωγή.

Σε αυτό το πλαίσιο, ο ασθενής αντιμετωπίζεται όχι ως αυτόβουλο και ενεργητικό άτομο, αλλά κάπως παθητικά. Οι υποκειμενικές ερμηνείες και αναφορές του ασθενή σχετικά με τα ζητήματα που αντιμετωπίζει, ειδικότερα όταν κατισχύει ένα σκληρό και άκαμπτο μοντέλο θεραπευτικής πρότασης ή ένα αδιαπραγμάτευτο ιατρικό πρωτόκολλο, αποτελούν συχνά για τον ιατρό πληροφορίες που στερούνται νοήματος ή δεν τυχάνουν σε όλες τις περιπτώσεις αντίστοιχης προσοχής (Nettleton, 2002; Clarke & Shim, 2011, Σαββάκης & Καρατζά, 2011).

Η κυριαρχία του βιοϊατρικού μοντέλου βασίζεται στη γενική παραδοχή ότι κατάφερε να εξαλείψει – έστω μετά από μακροχρόνια προσπάθεια μια πληθώρα μολυσματικών ασθενειών. Μαζί με την εξέλιξη της τεχνολογίας, πέτυχε να εφαρμόσει τεχνικές και δεξιότητες που προλαμβάνουν και αντιμετωπίζουν δύσκολες νοσηρές ή παθολογικές καταστάσεις του σώματος με επιτυχία. Σε αυτήν την κατεύθυνση ενός αισιόδοξου ιατρικού θετικισμού ανάγεται η βεβαιότητα ότι μια σειρά από ζητήματα όπως πανδημίες, θανατηφόρες ασθένειες, χρόνιες εκφυλιστικές παθήσεις δύναται να αντιμετωπιστούν είτε με εμβολιασμό είτε με πρωτοπόρες ιατρικές τεχνολογίες και πρωτοποριακές χειρουργικές επεμβάσεις.

Ωστόσο, το βιοϊατρικό μοντέλο δυσκολεύεται να συσχετίσει την κοινωνική και πολιτισμική συνιστώσα της ασθένειας με την ιατρική διάγνωση και δυναμική θεραπεία. Έχει ανάγκη την ιατρική επιστήμη, μέσω των πολύ-κερματισμένων επιμέρους πεδίων εξειδίκευσης της (π.χ. ορθοπαιδική, ρευματολογία, νευρολογία, κτλ), ως τον αρμόδιο φορέα αναζήτησης συγκεκριμένων παθολογιών, αφήνοντας σχεδόν εντελώς εκτός ερμηνείας τις πρακτικές δράσεις, τα ερμηνευτικά σχήματα, τις βιωμένες εμπειρίες και την καθημερινή ζωή του ατόμου που υποφέρει (Damsgaard, Norlyk, Jorgensen, & Birkelund, 2016).

Επιπλέον, το συγκεκριμένο μοντέλο αυξάνει σε μεγάλο βαθμό το οικονομικό κόστος των υπηρεσιών υγείας, ακριβώς διότι εξαρτάται πολύ στενά και ταυτόχρονα

επηρεάζει διαρκώς τις τεχνολογικές εξελίξεις. Επιπρόσθετα, δε δύναται να συγκροτήσει πάντα ισχυρά πειστικές απαντήσεις για το σύνολο των σχέσεων συμπτώματος-παθολογίας. Με άλλα λόγια, κάποιες φορές μπορεί να υπάρχει ένα σύμπτωμα χωρίς κάποια εμφανή συγκεκριμένη παθολογία ή/και το αντίθετο (Creed, 2016). Για αυτό το λόγο, η νατουραλιστική ιατρική πρόταση δυσκολεύεται να εξειδικεύσει και να ανταπεξέλθει ικανοποιητικά σε πολλές καταστάσεις χρόνιων ασθενειών, αφού δεν καταφέρνει να συσχετίσει επαρκώς τα συμπτώματα με κάποιο συγκεκριμένο αίτιο ή ανάποδα πολύ δύσκολα δύναται να θέσει έγκυρη διάγνωση επί της απουσίας συμπτωμάτων (Bradby, 2010).

Σε περιπτώσεις ασθενών με χρόνια πόνο, εξαιτίας μυοσκελετικών παθήσεων, η μονομερής βιοϊατρική προσέγγιση δε φαίνεται να φέρνει αξιοσημείωτα ιατρικά αποτελέσματα (Cuff & Littlewood, 2018). Αυτό συμβαίνει, διότι συχνά, οι σωματικές εκδηλώσεις του χρόνιου πόνου (συμπτώματα και εγγραφές στο σώμα) χαρακτηρίζονται από αυξημένη υποκειμενικότητα και δυνητικά υπερβαίνουν τις υπάρχουσες ιατρικές κατηγορίες (De Waal, 2019). Με βάση τις θετικιστικές αντιλήψεις, ο ιατρός κατανοεί τον ασθενή του με βάση όχι τις βιωμένες εμπειρίες του αλλά ένα δεδομένο ιατρικό πρωτόκολλο και τις προσφερόμενες φαρμακευτικές/τεχνολογικές επιλογές. Προσδοκεί, με άλλα λόγια, περισσότερο στην αντιμετώπιση και όχι την επεξήγηση των συμπτωμάτων, δημιουργώντας κατά αυτό τον τρόπο συχνά μια προβληματική επικοινωνιακή σχέση και μια εύθραυστη θεραπευτική ισορροπία, ανάμεσα σε ιατρό και ασθενή (Baszanger, 1992).

Σχέσεις ιατρού ασθενή

Το, παλαιότερο, αλλά ακόμα αρκετά ισχυρό, πατερναλιστικό μοντέλο της ιατρικής, ειδικότερα στις νέες συνθήκες των σύγχρονων μεταβιομηχανικών καταναλωτικών κοινωνιών, στο πλαίσιο του οποίου ο ιατρός ως ειδικός/επαγγελματίας υγείας κατευθύνει «από τα πάνω» τον ασθενή, χωρίς να υπάρχει η δυνατότητα συζήτησης και διαπραγμάτευσης, χαρακτηρίζεται ως αναποτελεσματικός και παρωχημένος τρόπος θεραπευτικής προσέγγισης (DiMatteo & Leslie, 2011).

Η αποκλειστική εστίαση στην ασθένεια, και τα σωματικά συμπτώματα της, ως μια σχεδόν απόλυτη βιολογική διαδικασία, ως μια προσπάθεια επιδιόρθωσης μεμονωμένων σωματικών βλαβών, δεν καταφέρνει να αναδείξει τις ιδιαιτερότητες και

την εξατομικευμένη θεραπεία, που χρειάζεται κάθε ασθενής, συμπληρωματικά με το ιατρικό πρωτόκολλο (Cassell, 1982). Η τοποθέτηση της διάγνωσης, και οι περίπλοκοι ιατρικοί όροι που ενίοτε χρησιμοποιούνται, συχνά ενισχύουν το αίσθημα ετεροαναφοράς και εξάρτησης του πάσχοντος υποκειμένου. Οι ιατρικοί όροι επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τη διαμόρφωση των δράσεων και των μελλοντικών εμπειριών του ασθενή, ειδικότερα όταν υπάρχει δυσκολία κατανόησης και πιθανής αυστηρής τήρησης του θεραπευτικού πρωτοκόλλου

Όμως παρά την ιατροτεχνολογική εξέλιξη δεν υπάρχει κάποια ενιαία και αποδεκτή μέθοδος, που να στηρίζεται απολύτως σε αντικειμενική τεκμηρίωση ή την τεχνολογία, και να μπορεί να αποδείξει χωρίς αμφιβολία την υποκειμενική αίσθηση του χρόνιου πόνου. Ο ιατρός, συχνά βασισμένος στο βιοϊατρικό πρότυπο, τη μηχανιστική και τεχνοκεντρική προσέγγιση του πάσχοντος, παράλληλα με τον περιορισμένο χρόνο που διαθέτει, δυσκολεύεται πρακτικά να κατανοήσει τον ασθενή με χρόνια πόνο. Αυτό με τη σειρά του προκαλεί θεραπευτική αναποτελεσματικότητα, επικοινωνιακή ανισότητα και σχεσιακή ανεπάρκεια (Giordano, 2007, Kee, Khoo, Lim & Koh, 2018).

Επίσης δυνητικά δημιουργεί έναν ηθικό περιορισμό στην οιονεί - έτσι και αλλιώς - άνιση σχέση ανάμεσα σε ιατρό-ασθενή, στο βαθμό που ένα τμήμα της καθημερινής ζωής του ασθενούς εξαρτάται από την ιατρική εξουσία/αυθεντία και τις οδηγίες του ιατρού/θεραπευτή.

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο

Έχει υποστηριχθεί ότι η πολύπλοκη εμπειρία της χρόνιας ασθένειας επηρεάζεται από ένα ευρύ φάσμα ψυχοκοινωνικών παραγόντων αναδεικνύοντας τη σημασία του κοινωνικοοικονομικού και πολιτιστικού πλαισίου, των ερμηνευτικών σχημάτων, των πρακτικών μορφών δράσης, των αξιολογήσεων και των προσδοκιών κάθε ασθενή. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η ασθένεια επηρεάζεται όχι μόνο από βιολογικές παραμέτρους αλλά και από ψυχολογικές εκφάνσεις, κοινωνικοπολιτιστικά σχήματα και ιστορικούς ορίζοντες, μέσα στους οποίους εμφανίζεται (Engel, 1977, DiMatteo & Leslie, 2011). Για παράδειγμα, η αίσθηση του πόνου από τις διάφορες δομές του σώματος μεταφέρεται με πολλές μορφές στον εγκέφαλο. Η υποκειμενική ερμηνεία επηρεάζει τις επακόλουθες μορφές δράσης, ενώ ταυτόχρονα διαμεσολαβείται από

διαδικασίες κοινωνικοποίησης στις οποίες συμμετέχει το υποκείμενο κατά την διάρκεια της ζωής του (Turk, 2001).

Η έμφαση, με άλλα λόγια, αποδίδεται στους κοινωνικούς και ψυχολογικούς μηχανισμούς μέσα από τους οποίους διαμορφώνονται και δημιουργούνται οι πολυσχιδείς απαντήσεις των υποκειμένων που βιώνουν την εμπειρία του χρόνιου πόνου (Engel, 1981). Ιδιαίτερα σε καταστάσεις χρόνιου πόνου, πολλές φορές η ερμηνευτική προσοικείωση της οδύνης αλληλεπιδρά με συναισθηματικές εκφάνσεις, ψυχολογικές διεργασίες, κοινωνικοπολιτιστικές δυνατότητες και κοινωνικοοικονομικές καταβολές των ασθενών (Freeman, Brown & McWilliam, 2014). Οι κοινωνικές σχέσεις, οι προσδοκίες και τα οφέλη που προκύπτουν από αυτές σηματοδοτούν την εμπειρία του χρόνιου πόνου εκτός των αυστηρών σωματικών ορίων (Blyth, Mcfarlane & Nickolas 2007).

Χωρίς να αρνείται εντελώς το βιοιατρικό μοντέλο, η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση τονίζει τις κοινωνικές σχέσεις ως εξαιρετικά σημαντικές αναφορικά με το χρόνιο πόνο. Για παράδειγμα, οι Fordyce et al (1984) σε μια έρευνα τους προσπάθησαν να διασαφηνίσουν κατά πόσο ο πόνος που αισθάνεται ο ασθενής περιγράφεται σύμφωνα με τη σωματική παθολογία ή επενεργούν σε αυτό διάφοροι κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Οι ανωτέρω ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι ατομικές ερμηνείες και νοηματοδοτήσεις του πόνου (δηλαδή πώς ο πόνος και η καθημερινότητα συνδέονται μεταξύ τους) έχουν τεράστια σημασία για το δρών υποκείμενο.

Με άλλα λόγια, η κοινωνική δράση των ασθενών με πόνο ποικίλλει ανάλογα με μια πληθώρα παραγόντων που δε συνδέονται απαραίτητα με το βιολογικό αίτιο της σωματικής βλάβης, τη θεραπευτική του αντιμετώπιση ή την ιατρική ετυμηγορία (Fordyce et all, 1984). Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του χρόνιου πόνου προσφέρει ένα πλαίσιο ερμηνείας και κατανόησης αναφορικά με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμπειρία και την προσαρμογή ενός υποκειμένου στον χρόνιο πόνο. Ο χρόνιος πόνος, ως αρνητική πηγή, μπορεί να κυριαρχήσει στη ζωή του ασθενούς, της οικογένειάς του και των φίλων του. Μπορεί να οδηγήσει σε ένα πολύπλοκο σύνολο σωματικών και ψυχοκοινωνικών αλλαγών που υπονομεύουν συνολικά την ποιότητα ζωής.

Για παράδειγμα, ας υποθέσουμε ότι ένας ασθενής με χρόνιο πόνο δυσκολεύεται να κινηθεί και ως αποτέλεσμα χάνει την εργασία του. Ο ασθενής μπορεί στη συνέχεια

να αντιδράσει στην απώλεια της εργασίας με κατάθλιψη. Στην περίπτωση αυτή, παρόλο που η απώλεια της εργασίας και η συνακόλουθη αντιδραστική κατάθλιψη ήταν συνέπεια της κατάστασης του πόνου, δεν υπάρχει άμεσος βιολογικός μηχανισμός όπου ο χρόνιος πόνος, προκαλεί άμεσα την κατάθλιψη. Η ερμηνεία του πόνου, άρα, αποτελεί κάτι πολύ περισσότερο από μια απλή αίσθηση, άποψη, γνώμη ή αντίληψη. Η ερμηνεία του χρόνιου πόνου και οι μορφές δράσεις που υλοποιούνται στην καθημερινότητα είναι συχνά τόσο σημαντικές για το υποκείμενο όσο και η ιατρική αξιολόγηση του πόνου.

Ο θεράπων ιατρός, αν επιθυμεί να δημιουργήσει σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή του, που να βασίζεται σε καλή και ειλικρινή επικοινωνία και διάδραση, οφείλει να συνεκτιμά τα παραπάνω χαρακτηριστικά και να λαμβάνει υπόψιν στην ιατρική του διάγνωση τις βιωμένες εμπειρίες και τις υποκειμενικές προκείμενες του ασθενή που με τη σειρά τους περιγράφουν κοινωνικές συνθήκες, συναισθήματα και στρατηγικές δράσης (Baszanger, 1992). Σύμφωνα με τα παραπάνω, η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση της ασθένειας ανοίγει το δρόμο σε μια περισσότερο ολιστική αντιμετώπιση της, προσφέροντας μια περισσότερο αντικειμενική εικόνα στην υποκειμενική πρόσληψη του χρόνιου πόνου (Tschugguel, 2018).

Ανάλυση εμπειρικού υλικού

Για την ανάλυση του εμπειρικού υλικού της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν θεωρητικές έννοιες τόσο από τη φαινομενολογία όσο και τη συμβολική αλληλεπίδραση. Η φαινομενολογία συμβάλει στην ανάδειξη της προσωπικής αντίληψης της πραγματικότητας των υποκειμένων μέσα από την αφήγηση και την περιγραφή καθημερινών καταστάσεων. Σε αυτό κύριο ρόλο διαδραματίζει η συνείδηση, καθώς θεωρείται ότι μέσω αυτής διαμορφώνονται και σχηματίζονται τα κοινωνικά φαινόμενα. Συνακόλουθα, μέσα από τις βιωμένες εμπειρίες τους αναφορικά με το χρόνο και το χώρο. Επίσης μέσω των ανθρώπινων σχέσεων, που διαμεσολαβούνται από το σώμα, το υποκείμενο υλοποιεί πρακτικά και τελετουργικά την πραγματικότητα μέσα από τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και αναπαραστάσεις του. Αυτές οι πληροφορίες που αναφέρει το άτομο μέσω της γλωσσικής αναπαράστασης αποτελούν ένα συνειδησιακό τρόπο δράσης ο οποίος είναι

δημιούργημα κοινωνικών διεργασιών, μια αποτύπωση του κοινωνικού του κόσμου, μέσα από τις διεργασίες κοινωνικοποίησης.

Με αυτό τον τρόπο, η φαινομενολογία επικεντρώνεται στην καθημερινή δράση των υποκειμένων και στον τρόπο που ερμηνεύουν και οικειοποιούνται τις κοινωνικές συνθήκες. Με αυτό τον τρόπο μας επιτρέπει να κατανοήσουμε τους τρόπους που τα υποκείμενα εγγράφουν στο απόθεμα της γνώσης τους την καθημερινότητα και αξιολογούν τις εμπειρίες τους (π.χ. βίωμα χρόνιας οδύνης, απομείωση ποιότητας ζωής κτλ).

Η συμβολική αλληλεπίδραση με τη σειρά της υποστηρίζει ότι η ανθρώπινη σκέψη, ως μια συνεχώς τροποποιούμενη διαδικασία, από το κοινωνικό περιβάλλον του υποκειμένου, αποτελεί μια αντανάκλαση της κοινωνικής πραγματικότητας. Το υποκείμενο καθορίζει τις δράσεις του σύμφωνα με τα νοήματα που προσλαμβάνει από το κοινωνικό του περιβάλλον καθώς και από τις απαντήσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος του προς αυτό. Σημαντικό ρόλο, όπως προαναφέρθηκε, έχει η ανθρώπινη σκέψη που ως πολύπλοκη διαδικασία μέσω της αλληλεπίδρασης υποκειμενικών και κοινωνικών διεργασιών ταξινομεί και σχηματοποιεί την πολύπλοκη και πολυεδρική κοινωνική πραγματικότητα. Τα συμβολικά νοήματα αυτά δεν αποτελούν κάποιες σταθερές αλλά αποτυπώνονται και προσλαμβάνονται μέσα από ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο κοινωνικό, πολιτισμικό και εκπαιδευτικό περιβάλλον.

Έτσι, η συμβολική αλληλεπίδραση συνεισφέρει στην αποσαφήνιση των κοινωνικών διαδράσεων και νοηματοδοτήσεων των δρώντων υποκειμένων μέσα σε ένα χρονικά μεταβαλλόμενο, ανατροφοδοτούμενο κοινωνικό πλαίσιο, που υιοθετούν οι κοινωνικοί δρώντες, στην περίπτωση μας και μέσα από τη χρόνια ασθένεια (Σαββάκης, 2013, Smith, 1996).

Μέθοδος έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ποιοτικής έρευνας σε ασθενείς με χρόνιο πόνο, απόρροια μυοσκελετικών παθήσεων. Ο σκοπός ήταν η αναζήτηση σε βάθος των πρακτικών που τα άτομα αυτά εφαρμόζουν στην καθημερινότητα τους για να διαχειριστούν αντίστοιχα ζητήματα και η διερεύνηση των ερμηνευτικών τους σχημάτων. Επίσης, μελετάται, η επίδραση αυτής της οδυνηρής συνθήκης στις

κοινωνικές τους σχέσεις. Η κατανόηση και η αντίληψη των γεγονότων - μέσα από τις βιωμένες εμπειρίες των υποκειμένων - ειδικότερα σε ευαίσθητα ζητήματα όπως αυτό, αποτελούν αναμφίβολα ορισμένα από τα πλεονεκτήματα της ποιοτικής έρευνας (Ιωσηφίδης, 2008, Σαββάκης, 2013, Τσιώλης, 2014).

Όσον αφορά τη διερεύνηση της πολύπλευρης υποκειμενικής αίσθησης του πόνου, η ποιοτική μέθοδος είναι κατάλληλη σε περιοχές που υπάρχει ελάχιστη ή ελλιπή γνώση των εμπειριών των υποκειμένων καθώς και των κοινωνικών διαδράσεων και των πολιτισμικών οριζουσών που διέπουν και διαμεσολαβούν αυτά τα φαινόμενα. Λαμβάνοντας υπόψη όχι μόνο τα ερμηνευτικά σχήματα του ατόμου, αλλά και τις πρακτικές που εφαρμόζει στην καθημερινότητα (κοινωνική δράση), επιχειρείται να διασυνδεθούν οι υποκειμενικές, ατομικές και κοινωνικές παραμέτρους του προς έρευνα φαινομένου (Lofgren et al, 2016).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η ποιοτική διερεύνηση ζητημάτων υγείας και ασθένειας θέτει ως προτεραιότητα την αναζήτηση του τρόπου συγκρότησης, ερμηνεύσης και νοηματοδότησης των τεχνικών και μεθόδων που χρησιμοποιούν οι κοινωνικοί δρώντες στην καθημερινότητα τους. Αυτές οι κοινωνικές πρακτικές, που επιτελούνται μέσα στην καθημερινότητα, συνεισφέρουν ώστε να γίνουν κατανοητά και να αναδειχθούν, μέσω των πολλαπλών ιστορικών μετασχηματισμών που υφίστανται τα επιμέρους πολιτισμικά συμφραζόμενα και προτεραιότητες (Σαββάκης, 2013).

Μεθοδολογική τεχνική

Η βασική μεθοδολογική τεχνική για τη διεξαγωγή της έρευνας, υπήρξε η ημιδομημένη συνέντευξη, η οποία δίνει τη δυνατότητα στον ερευνητή να κατανοήσει πληρέστερα την κοινωνική πραγματικότητα του υποκειμένου, στην οποία θα δυσκολευόταν να είχε πρόσβαση με άλλες μεθοδολογικές τεχνικές (π.χ. κλειστά ερωτηματολόγια) (Κάλλας, 2015). Η ποιοτική έρευνα μέσω της συνέντευξης επικεντρώνεται κυρίως στις υποκειμενικές εμπειρίες του πόνου.

Οι ημιδομημένες συνεντεύξεις, ουσιαστικά αποκαλύπτουν ένα επιλεγμένο τμήμα της προσωπικής ιστορίας των συμμετεχόντων στην έρευνα, που βιώνουν εμπειρίες χρόνιου πόνου. Για αυτό το λόγο αποτελούν έναν από τα βασικά πεδία διερεύνησης στην ποιοτική έρευνα αντικατοπτρίζοντας τις βιωμένες εμπειρίες των υποκειμένων,

αποτελώντας μια πολύτιμη πηγή πρωτογενούς επιστημονικής γνώσης. Μέσω των λέξεων, των συντακτικών εκφράσεων και της ίδιας της αφήγησης ως αναστοχαστικής και διαλεκτικής διαδικασίας, τα άτομα ανασύρουν στην επιφάνεια έναν μικρόκοσμο της συνείδησης τους. Συγκεκριμένα, οι ανοιχτές συνεντεύξεις ενθαρρύνουν τους ανθρώπους να μιλήσουν ευκολότερα και σε βάθος για τις εμπειρίες τους και τους τρόπους πρακτικής αντιμετώπισης των ζητημάτων που τα απασχολούν, μέσα στην καθημερινότητα τους (Britten, 2006).

Η παρούσα ποιοτική μελέτη έχει συμβολή στο διαρκώς αυξανόμενο ερευνητικό πεδίο που αφορά την κατανόηση των πολυσχιδών και πολύπλοκων ερμηνευτικών διεργασιών του χρόνιου πόνου, τόσο σε κλινικό όσο και μη κλινικό επίπεδο (Mitchel & MacDonald, 2009). Στο χώρο της υγείας και της ασθένειας, οι ημιδομημένες (εστιασμένες) προσωπικές συνεντεύξεις έχουν χρησιμοποιηθεί σε έρευνες τόσο με ιατρούς όσο και με πάσχοντα υποκείμενα.

Συμμετέχοντες

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε βασικά με τη μέθοδο της στοχευμένης δειγματοληψίας και χρησιμοποίησε συμπληρωματικά για την επιλογή των συμμετεχόντων, την τεχνική της χιονοστιβάδας. Συνεκτιμώντας το πολυδιάστατο πλαίσιο της ασθένειας και του χρόνιου πόνου, καθώς και την πολυπλοκότητα των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην έρευνα, η επιλογή των υποκειμένων εδράστηκε στην ιατρική διάγνωση συγκεκριμένων μυοσκελετικών παθήσεων (π.χ. αυχενικό σύνδρομο, οσφυαλγία, χρόνια οστεοαρθρίτιδα, ινομυαλγία, ρευματοειδής αρθρίτιδα, οστεοπόρωση κ.τ.λ.).

Επίσης, καταβλήθηκε προσπάθεια από τους ερευνητές ώστε να υπάρχει επαρκή αντιπροσώπευση όσον αφορά την ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, το είδος της πάθησης, τα έτη διάγνωσης της ασθένειας και τα συνολικά έτη πόνου. Αυτό έγινε για να φωτιστούν διάφορες όψεις της συνάφειας ανάμεσα σε χρόνια πόνο, ποιότητα ζωής και μυοσκελετικά ζητήματα. Ο αριθμός των ερωτώμενων υποκειμένων αποτελείται από δώδεκα άτομα.

Ηθική και δεοντολογία

Κατά τη διάρκεια της έρευνας ακολουθήθηκαν όλοι οι προβλεπόμενοι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας από τους ερευνητές. Πριν την έναρξη των συνεντεύξεων τα υποκείμενα ενημερώθηκαν για το σκοπό και τη μεθοδολογία της έρευνας. Επίσης έλαβαν γνώση για τη καταγραφή της συνέντευξης καθώς και για ζητήματα που αφορούν την εμπιστευτικότητα και ανωνυμία των συνεντεύξεων, την εχεμύθεια και διαφύλαξη των προσωπικών τους δεδομένων. Για την προστασία της ανωνυμίας των υποκειμένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν ψευδώνυμα.

Συνακόλουθα δόθηκε η δυνατότητα στους συμμετέχοντες εάν το επιθυμούσαν να διακόψουν τη συμμετοχή τους σε οποιοδήποτε σημείο της συνέντευξης. Εκτός από την προφορική ενημέρωση δόθηκε στα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα έντυπο συναίνεσης όπου και υπέγραψαν πριν την έναρξη των συνεντεύξεων, αποδεχόμενα τη διαδικασία. Στις δύο περιπτώσεις που διενεργήθηκαν τηλεφωνικές συνεντεύξεις, οι άλλες δέκα ήταν δια ζώσης, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν τόσο προφορικά όσο και γραπτά για την ειδικότερη ερευνητική διαδικασία.

Η γραπτή ενημέρωση περιλάμβανε αποστολή ηλεκτρονικού μηνύματος στο οποίο στάλθηκε ένα κείμενο συναίνεσης και συμμετοχής. Σε αυτό αναφέρονταν ότι η αποδοχή του, σήμαινε την αποδοχή του εντύπου συναίνεσης και την συμμετοχή στην έρευνα. Επιπλέον συνημμένα αποστέλλονταν το έντυπο συναίνεσης και η διαβαθμισμένη κλίμακα αξιολόγησης πόνου και δραστηριοτήτων.

Δεν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων σχετικά με την παρούσα έρευνα, η οποία χρηματοδοτείται αποκλειστικά από τους ίδιους τους ερευνητές χωρίς οικονομικούς ή άλλους πόρους από κάποιο ιδιωτικό ή δημόσιο φορέα/ίδρυμα.

Η ιατρική αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου σε ασθενείς με μυοσκελετικά προβλήματα

Σύμφωνα με την ανάλυση του εμπειρικού υλικού, το σύνολο των υποκειμένων της έρευνας θεωρεί ότι ο ιατρός, ως ειδικός, έχει καθοριστικό ρόλο στην αντιμετώπιση της ασθένειάς τους. Ως εκ τούτου, για να βελτιώσουν τα σωματικά τους προβλήματα (πόνος, δυσκαμψία, δυσκολία στην καθημερινότητα, κτλ) απευθύνονται στην αντίστοιχη, θεσμικά αναγνωρισμένη, ιατρική ειδικότητα. Παρόλα αυτά προκύπτουν

προβλήματα που αναφέρονται στη σχέση ιατρού και ασθενή, στο πλαίσιο των προσωπικών τους συναντήσεων.

Όπως υποστηρίζουν αρκετοί συμμετέχοντες, ο ιατρός τους προσεγγίζει συχνά αρκετά σχετικά επιφανειακά, αντιμετωπίζοντας με προχειρότητα και βιασύνη τα συμπτώματα της ασθένειας τους. Η θεραπεία αφορά κυρίως τα σωματικά συμπτώματα και στηρίζεται σε ένα προκαθορισμένο ιατρικό πρωτόκολλο που βασίζεται κυρίως στη φαρμακευτική αγωγή. Επίσης τα υποκείμενα της έρευνας θεωρούν ότι ο ιατρός αφενός ενεργεί συχνά υπό περιορισμένο χρόνο κατά την εξέταση τους, αφετέρου δεν ενδιαφέρεται επαρκώς για τις ψυχολογικές και κοινωνικές συνιστώσες της ασθένειας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δική τους μη συμμόρφωση με το ιατρικό πρωτόκολλο.

Ένα υποκείμενο της έρευνας θεματοποιεί τον ρόλο του ιατρού μέσω του εξειδικευμένου ρόλου του. Παράλληλα μέσω της περιγραφής του αναδεικνύεται η αβεβαιότητα και ο προβληματισμός του στη σχέση του με τον ιατρό. Σύμφωνα με την αφήγηση του, η θεραπευτική διαδικασία οφείλει να αντικειμενοποιείται και να αναλαμβάνεται από τον ειδικό. Παράλληλα βασική προϋπόθεση για την επιτυχή αντιμετώπιση της ασθένειας είναι η προγενέστερη εμπειρία του ιατρού στην αντίστοιχη ειδικότητα.

Σε αυτή την αξιολόγηση συνέβαλαν οι προηγούμενες εμπειρίες του που βασίζονται στα αποτελέσματα της χειρουργικής αντιμετώπισης που υποβλήθηκε καθώς δημιούργησαν προβληματισμό και ανακατεύθυναν τις μελλοντικές του δράσεις. Επιπλέον τα χαρακτηριστικά της χρόνιας ασθένειας του πιθανόν να συνέβαλλαν στη δημιουργία μιας αναστοχαστικής πρακτικής που ενίσχυσε αυτή τη διαδικασία. Επιπλέον ο αφηγητής θεωρεί ότι η αναζήτηση του πλέον εξειδικευμένου και έμπειρου ιατρού θα επιφέρει τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα στην εξέλιξη της ασθένειας του.

«Αναλόγως και το γιατρό. Η εμπειρία του γιατρού στο συγκεκριμένο θέμα, την ειδικότητα του γιατρού. Δηλαδή εμένα δεν μου έκανε εγχείρηση γαστρεντερολόγος, αλλά μου έκανε εγχείρηση θωρακοχειρουργός. Ο θωρακοχειρουργός, μου έλυσε το συγκεκριμένο πρόβλημα αλλά το άλλο δεν μου το έλυσε, γιατί δεν ήταν γαστρεντερολόγος. Για το πρόβλημα μου θέλω να πάρω πολλές γνώμες. Παράδειγμα από 2 – 3 φυσικοθεραπευτές, από 2 – 3 ορθοπεδικούς και από εκεί και πέρα να

βγάλω το συμπέρασμα μου. Εκεί είναι η βοήθεια στο συμπέρασμα. Συμπέρασμα ως προς την καλύτερη λύση στο πρόβλημα, από γιατρό» (Χριστόφορος).

Κατά τον ίδιο τρόπο, μια αφηγήτρια αναδεικνύει τη φιγούρα του ιατρού ως την κυρίως αρμόδια, για να ασχοληθεί με τη θεραπεία της ασθένειας, στο πλαίσιο προσωπικών συναντήσεων. Ταυτόχρονα, διατυπώνει τους προβληματισμούς της σχετικά με την επάρκεια της παρέμβασης τους, εδραζόμενη στα χαρακτηριστικά που αφορούν το γνωστικό υπόβαθρο του αντικειμένου τους. Σύμφωνα με τις βιωμένες εμπειρίες της, η ίδια διαχωρίζει τη σημαντικότητα των ιατρών βασιζόμενη στην επάρκεια των γνώσεων τους, η οποία επηρεάζεται και από πολιτιστικούς παράγοντες.

«Βασικό ρόλο παίζει ο γιατρός διότι αυτός είναι επαγγελματίας. Αν ήθελα να ήμουν εγώ γιατρός, δε θα πήγαινα στους γιατρούς. Ο καθένας στο είδος του. Άλλο ο φούρναρης, άλλο ο γιατρός, άλλο εγώ η νοσηλεύτρια. Ο γιατρός ξέρει πολύ περισσότερα από εμένα. Εντάξει υπάρχουν και γιατροί που δε ξέρουν τίποτα, άλλο το ένα άλλο το άλλο. Εντάξει εδώ στο νησί οι γιατροί μένουν στάσιμοι για εμένα και δεν παν να δουν σεμινάρια. Στην Αθήνα ξέρεις τους εμπιστευόμενους πάρα πολύ» (Μαριάνθη).

Ένας αφηγητής θεωρεί ότι ο ιατρός είναι αποπροσωποποιημένος και αποστασιοποιημένος από το βασικό του χαρακτηριστικό που αφορά την ουσιαστική και ειλικρινή προσέγγιση προς όφελος του ασθενή. Όπως περιγράφει, η αμιγώς ιατρική διάσταση ενίοτε δεν έχει πρωτεύοντα χαρακτήρα και περιορίζεται σε επικουρικό ρόλο καθώς η θεραπευτική σχέση ανάγεται στην εφαρμογή ενός γενικευμένου προτύπου που αποσκοπεί κυρίως στην απόκτηση χρημάτων. Κατά αυτό τον τρόπο, δημιουργούνται προβληματικές καταστάσεις στη θεραπευτική σχέση του πάσχοντος με τον ιατρό και χάσμα στην επικοινωνία, στις μεταξύ τους συναντήσεις. Με άλλα λόγια, το υποκείμενο ανάγει την σχέση ιατρού ασθενή από μια ουσιαστική και ειλικρινή, οιονεί θεραπευτική, σχέση σε μια προβληματική και καταναγκαστική συνθήκη.

«Ο γιατρός έρχεται για να πάρει λεφτά. Ο γιατρός έχει ένα πρότυπο και το εφαρμόζει σε όλους. Δεν είναι δυνατόν να γίνεται αυτό το πράγμα σε κάθε ασθενή. Όμως ο γιατρός είναι ένα επικουρικό πρόσωπο, όσον αφορά την ασθένεια Και να του τα πω, αλλιώς τα ερμηνεύει, δεν ακούει» (Ηρακλής).

Αντίθετα, με τις ανωτέρω περιγραφές ένας συμμετέχοντας θεωρεί ότι ο ιατρός διαμόρφωσε σε σημαντικό βαθμό την αντίληψη του για την πορεία της ασθένειας. Έδρασε θετικά στην κατανόηση εκείνων των παραγόντων που διαμόρφωσαν την ερμηνευτική εικόνα του υποκειμένου αναφορικά με την κοινωνική του ταυτότητα, τη σωματική του υπόσταση και τις κοινωνικές του σχέσεις.

Όμως όπως ο ίδιος ισχυρίζεται, πολλές φορές οι διάφορες θεραπευτικές οδηγίες έχουν έρθει σε σύγκρουση με πρακτικές ή δεδομένα που θεωρούσε σωστά. Αυτό τον υποχρέωσε να αναπροσαρμόσει τις δράσεις του βασιζόμενος στις δικές του βιωμένες εμπειρίες και ανάγκες, ιδιαίτερα όταν η πλειοψηφία των θεραπευτικών διαδικασιών περιλάμβανε ισχυρές φαρμακευτικές δόσεις και χειρουργικές παρεμβάσεις.

«Πολλά έχουν συμβεί και εγώ έχω φερθεί πολύ άσχημα σε γιατρούς γιατί μου έχουνε πει ότι δεν υπάρχει τίποτα να κάνεις και απλά αποδέξου το. Άλλοι ήταν πιο υποστηρικτικοί και μου πρότειναν και μου έδειξαν ασκήσεις να κάνω και αυτό με έχει βοηθήσει. Άλλοι μου έχουνε προτείνει φαρμακευτική αγωγή πολύ ισχυρή, που δεν έχω ακολουθήσει γενικά, πέραν από το στρατό. Υπήρχαν άλλοι που μου πρότειναν αυστηρά να κάνω εγχείρηση, που επίσης δεν το έχω κάνει. Εν κατακλείδι με έχουν βοηθήσει γιατί συνειδητοποίησα ότι είναι χρόνιο το πρόβλημα και ότι θα υπάρχει, άρα βοήθησαν λίγο στην αποδοχή» (Θάνος).

Όπως υποστηρίζουν οι συμμετέχοντες στο σύνολο τους θα προτιμούσαν από τον ιατρό διαφορετική αντιμετώπιση στο πρόβλημα τους. Κατά τις απαντήσεις τους πρότειναν ο ιατρός να μην ασχολείται επιφανειακά με τα οργανικά/σωματικά συμπτώματα της νόσου. Επιπλέον θα ήταν σημαντικότερο να αφιερώνει περισσότερο χρόνο για να ακούει τους προβληματισμούς τους και να αντιμετωπίζει ολιστικά τους πάσχοντες, συμπεριλαμβανομένων των βιολογικών, συναισθηματικών και κοινωνικών συνιστωσών της ασθένειας τους.

Η θεραπευτική σχέση ιατρού-ασθενή και οι συνέπειες του χρόνιου πόνου

Σε αυτή την ενότητα θεματοποιείται η θεραπευτική σχέση ιατρού-ασθενή και οι συνέπειες του χρόνιου πόνου. Στο σύνολο των απαντήσεων περιγράφεται χαρακτηριστικά μια προβληματική και συγχρόνως οιονεί συγκρουσιακή σχέση

ανάμεσα σε ιατρούς και πάσχοντες που επιφέρει αρνητικά θεραπευτικά αποτελέσματα.

Για παράδειγμα, μια αφηγήτρια περιγράφει τα χαρακτηριστικά της θεραπευτικής σχέσης ως σημεία που συντελούν ή όχι στη δημιουργία προβληματικών σχέσεων αναφορικά με την αντιμετώπιση του πόνου. Σύμφωνα με βιώματα της, αξιολογεί διαφορετικά τα σωματικά συμπτώματα, γεγονός που έρχεται αντιμέτωπο με την προτεινόμενη ιατρική προσέγγιση. Σύμφωνα με την αφηγήτρια, η γνώμη του ιατρού οφείλει να διαμορφώνεται σε συνεργασία και συστηματική επικοινωνία ανάμεσα σε γιατρό και πάσχον υποκείμενο. Αντιθέτως, η θεραπευτική πρόταση, βασιζόμενη συχνά στα «αντικειμενικά» συμπτώματα της νόσου, έρχεται αντίθετη με τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά της ασθένειας, όπως αξιολογούνται από την ίδια.

Αυτή η απόσταση τελικά αποτυπώνεται στην ιατρική πρόταση περί θεραπείας. Ο ιατρός προτείνει χειρουργική επέμβαση διότι η κατάσταση ορίζεται από αυτόν ως δυνητικά επικίνδυνη. Αντίθετα το υποκείμενο χαρακτηρίζει τον πόνο ως ανεκτό και διαφωνεί με το χειρουργείο. Αυτή η διάσταση επιφέρει συγκρουσιακές και προβληματικές καταστάσεις κατά τη θεραπευτική διαδικασία.

«Εγώ νομίζω ότι με νευριάζει που μου λέει ότι πρέπει να κάνεις εγχείρηση. Δεν συμφωνώ, νομίζω ότι το βρίσκει σαν εύκολη λύση. Λέω, εάν ήταν τόσο υπερβολικά, αν δεν ήμουνα τόσο καλά θα έπρεπε να ήμουνα στο κρεβάτι. Για να μην είμαι στο κρεβάτι θα πει ότι είμαι καλά ρε παιδί μου. Γιατί μου το λέει συνέχεια; αφού μπορώ και κινούμαι; Ναι, λέω θα μπορούσε να μου δώσει κάτι που να μου περάσει. Το λέω αυτό, συνέχεια. Άμα πουν να πάω στον γιατρό, λέω δεν πάω. Αφού αυτός ο γιατρός μου λέει, δεν ακούς, δεν καταλαβαίνεις, αυτό που θες λέει θα το κάνεις. Εγώ δεν συμφωνώ μαζί του» (Χριστίνα).

Μια συμμετέχουσα στην έρευνα περιγράφει την ιατρική διάγνωση και τη συνακόλουθη θεραπευτική διαδικασία ως μια μηχανιστική δράση που συντελείται μέσω της αναγνώρισης των σωματικών συμπτωμάτων και της επακόλουθης φαρμακευτικής αγωγής. Όπως αναφέρει, η αναποτελεσματική - και δυνητικά επικίνδυνη για εκείνη φαρμακευτική αγωγή - αναδιαμόρφωσαν τα χαρακτηριστικά και τις συνθήκες που σχετίζονταν με τη νοηματοδότηση της ασθένειας, κυρίως μέσω της σχέσης της με τον ιατρό της.

Σε αυτό συνέβαλαν δύο διαφορετικές χρονικά καταστάσεις που αναδιαμόρφωσαν τις αντιλήψεις της, και τις μορφές δράσης που χρησιμοποιεί για την προαγωγή της

υγείας της και για τη θεραπευτική διαδικασία που ακολουθεί. Ως εκ τούτου, η ανεπιτυχής ιατρική παρέμβαση, μέσω της ανεπαρκούς θεραπείας, και η συμβολή του κοινωνικού περιγύρου της συνέβαλαν στη μεταβολή τόσο της σωματικής της εικόνας όσο και στην αναδιατύπωση της ερμηνευτικής βαρύτητας που είχε η ασθένεια για εκείνη.

«Δεν νομίζω ότι μπορεί να κάνει και τίποτε άλλο, αφού έχουν μάθει με αυτόν τον τρόπο και με αυτά τα σκευάσματα, τι θα σου κάνει άλλο ο γιατρός; Στο χωριό που έλεγα ότι έχω αυτό το πρόβλημα μου έγραφαν τα χάπια, τα έπαιρνα. Μιλάμε για τσάντες έχω πει αλλά άρχισε να με πονάει στο τέλος το στομάχι μου. Μετά από πολλά χρόνια (άρχισε τη φυτική αγωγή) δεν το έκανα κατευθείαν. Εγώ έβλεπα έναν γιατρό στην τηλεόραση, έψαξα για να τα βρω. Επειδή ο αδερφός μου είχε ένα ψυχολογικό πρόβλημα λόγω της οικογένειάς του. Άκουσαν το γιατρό και τον πήγανε στο γραφείο του. Του τα πέταξε όλα τα αντικαταθλιπτικά και του άρχισε υγιεινή, βέβαια έκοψε και το τσιγάρο. Να περπατάει πιο πολύ, να αρχινάει υγιεινή διατροφή και παίρνει και αυτός βιταμίνες. Άμα δεις τον αδερφό μου τώρα δε θα τον γνωρίσεις. Με υγιεινή διατροφή και υγιεινό τρόπο ζωής. Όλα αυτά μαζί» (Βασιλική).

Μια αφηγήτρια θεματοποιεί την κοινωνικά διαμορφωμένη φιγούρα του ιατρού ως μια μορφή εξουσιαστικής δύναμης στην οποία ο ασθενής οφείλει να υπακούει, παραμερίζοντας τους ενδοιασμούς του. Ο ιατρός αποτελεί τον ισχυρό πόλο της σχέσης, καθορίζοντας ο ίδιος τους κανόνες και τους τρόπους δράσης του ασθενή. Αυτό δυνητικά περιλαμβάνει ένα κλειστό και προβληματικό μοντέλο επικοινωνιακής σχέσης, το οποίο στερεί από το πάσχον υποκείμενο το δικαίωμα παρέμβασης στη θεραπευτική διαδικασία και την περιγραφή των συμπτωμάτων.

Κατά αυτό τον τρόπο τα εξατομικευμένα – και ειδικά - υποκειμενικά συμπτώματα του ασθενή αντικειμενοποιούνται και καθορίζονται από τον ιατρό σχεδόν μηχανιστικά. Αφήνοντας στο περιθώριο τις όποιες συναισθηματικές και κοινωνικές συνιστώσες που μπορεί να αναδιαμορφώσουν την ερμηνεία και την πρακτική αντιμετώπιση του πόνου, ο ασθενής τελεί υπό τη διαρκή αμφισβήτηση που επιφέρει η ιατρική παρέμβαση στη σωματική του υπόσταση, με άλλα λόγια βιώνει ένα καθεστώς αμφισβήτησης. Αυτή η προβληματική σχέση θεραπείας αναδιαμορφώνει όχι μόνο τη παρούσα αλλά και τη μελλοντική σωματική, ψυχολογική και κοινωνική υπόσταση του πάσχοντος υποκειμένου.

«Οι περισσότεροι γιατροί, αυτό το έχουν, επειδή πιστεύουν ότι τα ξέρουν όλα, δεν ακούν. Ναι, το έχω νιώσει αυτό το πράγμα. Ότι τους λες το πρόβλημα και εκείνος τα ξέρει όλα, τα έχει ακούσει όλα και εκείνη την ώρα μπορεί να σε βλέπει, αλλά μπορεί να βρίσκεται, που θα πάει το Σαββατοκύριακο. Θα προτιμούσα μια αντιμετώπιση πιο σοβαρή. Να πεις στο γιατρό το πρόβλημα σου και να σου πει. Τον πόνο ας πούμε, τον λέμε έτσι για αυτούς και αυτούς τους λόγους. Είναι αυτό, να στο εξηγήσει, να το εμπεδώσει και εσύ. Να σου πει έλα εδώ, αυτό είναι έτσι, γίνεται έτσι, γίνεται έτσι για αυτό πιστεύεις εσύ, για αυτό σου βγαίνει εσένα έτσι. Μπορεί να το καταλάβω καλύτερα. Πώς να το καταλάβω μοναχιά μου τώρα; και πολλές φορές να αμφισβητώ τον εαυτό μου. Αφού εκείνη την ώρα πονάω ρε παιδιά, πονάω. Το νιώθω τον πόνο» (Μαριάνθη).

Συζήτηση

Οι απαντήσεις των υποκειμένων προκαλούν ιδιαίτερη εντύπωση εφόσον κατά το σύνολο τους αποδέχονται την καθοριστική σημασία του ιατρού στην ασθένεια ενώ παράλληλα αντιμετωπίζουν με δυσφορία και δισταγμό την αποστασιοποιημένη και τυποποιημένη αντιμετώπιση τους από εκείνους. Κατά αυτό τον τρόπο αναγνωρίζεται μια συγκρουσιακή οπτική ανάμεσα στον ασθενή και τον ιατρό. Από την μια πλευρά ο ιατρός ως ειδικός και θεσμικά αναγνωρισμένος πόλος επενεργεί ως οιονεί εξουσιαστικός θεσμός στα συμπτώματα της ασθένειας και κατά επέκταση στο άτομο που υποφέρει. Από την άλλη πλευρά ο ασθενής μη έχοντας άλλη επιλογή προσπαθεί να συμμορφωθεί με τους κανόνες ενώ παράλληλα δυνητικά αντιδρά με δυσπιστία στους εξουσιαστικούς αυτούς όρους καθώς θεωρεί ότι αντιμετωπίζεται με αδιαφορία και επιφανειακά από τον ιατρό.

Οι ασθενείς θεωρούν ότι η μηχανική, αδιάφορη και επαναλαμβανόμενη δράση των ιατρών διαμορφώνεται από την εκπαίδευση και την καθημερινή ρουτίνα. Αυτές οι επαναλαμβανόμενες πρακτικές, διαμορφώνουν ένα παρόμοιο πρωτόκολλο στο σύνολο των ασθενών που βασίζεται κυρίως στη φαρμακευτική θεραπεία με κύριο σκοπό το κέρδος και λιγότερο στο ανιδιοτελές ενδιαφέρον για τη θεραπεία του ασθενή. Στο σύνολο των απαντήσεων, οι αφηγητές υποστήριξαν ότι θα προτιμούσαν ο ιατρός να ασχολείται με το σύνολο των συμπτωμάτων τους, κατανοώντας τους

ολιστικά και να αφιερώνει περισσότερο χρόνο για να ακούει τους προβληματισμούς τους.

Αυτό ενέχει ιδιαίτερη σημαντικότητα διότι σε καταστάσεις χρόνιου πόνου πολλές φορές είναι δυσδιάκριτος ο σαφής διαχωρισμός ανάμεσα στις σωματικές και συναισθηματικές εκφάνσεις. Ως εκ τούτου, η αναφερόμενη οργανική παθολογία μορφοποιείται ενεργητικά μέσα από τις ερμηνευτικές συνιστώσες του υποκειμένου. Σε αυτές τις διεργασίες, καθοριστικό ρόλο ενέχουν οι βιωμένες εμπειρίες των ασθενών καθώς διαμεσολαβούνται από κοινωνικά και πολιτιστικά διαμορφωμένες σχέσεις.

Επιπλέον αναδεικνύεται μια αντίδραση από τα πάσχοντα υποκείμενα σε σχέση με τον σταθερό, αμετάβλητο και ενδεχομένως επιφανειακό τρόπο που ενεργεί ο ιατρός. Συνεπώς, δημιουργούνται επιπλέον προβληματικές καταστάσεις που αφορούν τη διαχείριση της ασθένειας. Καθώς τα υποκείμενα αμφισβητούν τη σημασία και την ακρίβεια της ιατρικής διάγνωσης δε συμμορφώνονται πλήρως με τη θεραπευτική διαδικασία. Έτσι, πολλές φορές για να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα της ασθένειας βασίζονται στις βιωμένες εμπειρίες τους και στη συχνά ατελή ή προ-επιστημονική γνώση του κοινωνικού τους περίγυρου.

Η σχέση ιατρού – ασθενή θεωρείται ότι αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην αντιμετώπιση και θεραπεία του πάσχοντος υποκειμένου, ιδιαίτερα στις χρόνιες ασθένειες. Η συνήθης διαδικασία απαιτεί την άριστη συνεργασία τους καθώς και οι δυο αποσκοπούν στη βελτίωση των σωματικών προβλημάτων των ασθενών. Ο ιατρός ως ο θεσμικός αρμόδιος χρειάζεται στις μέρες μας να αναγνωρίζει και να αντιμετωπίζει τα πολύπλευρα συμπτώματα του ατόμου και να αναπροσαρμόζει κατάλληλα τη θεραπευτική διαδικασία προς όφελος του.

Από την άλλη μεριά ο ασθενής οφείλει να προσαρμοστεί απόλυτα - ή έστω πάρα πολύ καλά - στις οδηγίες του ιατρού με τον οποίο έχει συνδιαμορφώσει σχέση εμπιστοσύνης - αναμένοντας με υπομονή το τέλος της θεραπευτικής διαδικασίας που θα του επιφέρει σημαντική ανακούφιση από τον πόνο. Ο χρόνιος πόνος αποτελεί μια ιδιαίτερα προβληματική κατάσταση για το υποκείμενο για πολλούς λόγους. Ο πόνος περιγράφεται πολλές φορές ως μια προσωπική εμπειρία ενός ατόμου, στην οποία κανείς άλλος δεν έχει άμεση πρόσβαση και αντικειμενική αξιολόγηση.

Αυτή η υποκειμενική βίωση και αξιολόγηση του χρόνιου πόνου έχει ως συνέπεια πολλοί ασθενείς συχνά να ταλαιπωρούνται με περιττές ιατρικές επισκέψεις σε

διάφορες συναφείς ή παρεμφερείς ειδικότητες καθώς και με επαναλαμβανόμενες ιατρικές ή απεικονιστικές εξετάσεις σε μια προσπάθεια να εξηγηθούν τα «αδικοιολόγητα» σωματικά συμπτώματα. Σε αυτό το σημείο αναδεικνύεται η σημασία των βιωμένων εμπειριών, του πολιτισμικού κεφαλαίου, των συναισθημάτων, του κοινωνικού και οικογενειακού περιβάλλοντος καθώς μπορούν όχι μόνο να δώσουν πιθανές απαντήσεις σε ιατρικώς δύσκολα εξηγήσιμα ή πιθανόν «αδικοιολόγητα» σωματικά συμπτώματα αλλά επίσης δυνητικά να ερμηνεύσουν την εξατομικευμένη διάσταση του χρόνιου πόνου στους ασθενείς (Huppatz, 2015: 370-385).

Η υποκειμενική βίωση και αξιολόγηση του χρόνιου πόνου και της ασθένειας μπορεί να συμπληρώσει ενεργά τη μηχανιστική, δυϊστική και μονοσήμαντη ιατρική κατασκευή της νόσου, ως αμιγώς βιολογικής οντότητας. Από την ανάλυση του εμπειρικού υλικού προκύπτει ότι τα ερμηνευτικά σχήματα, οι βιωμένες εμπειρίες και οι ιδιαίτερες, προσωπικές, διαστάσεις κάθε ασθενή μπορούν δυνητικά να αναδιαμορφώσουν και να κατευθύνουν τις απαντήσεις του σώματος στην οικειοποίηση της χρόνιας ασθένειας και της επιτυχούς αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου (Cimmino, 2011: 173-183).

Η εμφάνιση των επίμονων μυοσκελετικών παθήσεων τις τελευταίες δεκαετίες και του χρόνιου πόνου αποτελεί μια βασανιστική συνθήκη για τους ασθενείς με σημαντικό αντίκτυπο στη ποιότητα ζωής τους. Πλήττονται πολλοί τομείς από τη ζωή των ατόμων συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών σχέσεων, της εργασίας, των δραστηριοτήτων του ελεύθερου χρόνου προκαλώντας διαφορετικές αρνητικές συναισθηματικές εκδηλώσεις. Γεγονός που μπορεί να φανερώσει την αλληλεπίδραση και την ανατροφοδότηση αυτών των χαρακτηριστικών με τον εκφραζόμενο πόνο από τα άτομα καθώς και τις στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου που αναλαμβάνουν (DiMatteo & Leslie, 2011).

Οι θεραπευτικές πρακτικές που υιοθετούν τα υποκείμενα τις έρευνας σχετίζονται με τις εμπειρίες της ασθένειας τους. Ομοίως ο χρόνιος πόνος- ειδικότερα σε συγκεκριμένα σημεία του σώματος - ορίζεται ως ένα ιδιαίτερο και συχνά απολύτως εξατομικευμένο χαρακτηριστικό (Corbet, Nadine & Bie, 2007: 1584-1594). Για αυτό το λόγο, η ερμηνευτική του οικειοποίηση όσο και ο τρόπος που τα άτομα τον αντιλαμβάνονται μπορεί να ανακαθορίσει πολλές από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις τους. Συγκεκριμένα, οι εκφάνσεις του πόνου διαμεσολαβούνται και από τις αλληλεπιδράσεις των ατόμων με το κοινωνικό τους περιβάλλον.

Συμπεράσματα

Μέσα στις διαρκώς μεταβαλλόμενες διεργασίες που συντελούν στην ερμηνευτική οικειοποίηση της χρόνιας ασθένειας, ως υποκειμενικής και συγχρόνως ευμετάβλητης έννοιας, ο ιατρός οφείλει να αντιλαμβάνεται τις ιδιαιτερότητες των ασθενών του και να επικοινωνεί με αυτούς. Αυτή η συνομιλία μπορεί να θέσει τις βάσεις για μια ειλικρινή και ουσιαστική θεραπευτική σχέση που θα ανασυγκροτεί με κριτικό και παραγωγικό τρόπο μια εργαλειακή και μηχανιστική ανάγνωση της ασθένειας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας ανέδειξαν τη σημαντικότητα των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων του πόνου καθώς δημιουργούν έναν ιδιαίτερος αξιόλογο και πολύπλοκο μηχανισμό που συντελεί στη διαμόρφωση και αντίληψη του από τα υποκείμενα της έρευνας. Μέσω των χαρακτηριστικών που προσδίδει ο χρόνιος πόνος - και σε συνδυασμό με τις απαντήσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος των υποκειμένων - επανανοηματοδοτείται η ταυτότητα τους, ανασύροντας πολλαπλούς προβληματισμούς και ερμηνευτικές ανα-πλαισιώσεις, επιδιώκοντας βέλτιστες θεραπευτικές πρακτικές (Bruns & Disorbio, 2005: 1-5).

Η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα χαρακτηριστικό που ορίζεται από αντικειμενικούς και υποκειμενικούς παράγοντες καθώς μεσολαβείται από τις εμπειρίες του ατόμου σε σχέση με το κοινωνικό του περιβάλλον και τα πολιτιστικά γνωρίσματα του. Τέλος ο ρόλος του ιατρού αν και είναι ευρέως από δεκτός από τα υποκείμενα εντούτοις συνοδεύεται από αρνητικά χαρακτηριστικά που διαμορφώνουν κατά αυτό τον τρόπο οιονεί συγκρουσιακές σχέσεις που επαναπροσδιορίζουν τη θεραπευτική διαδικασία.

Η εμπειρία του χρόνιου πόνου αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό και ευμετάβλητο ζήτημα που επηρεάζεται από διαφορετικά και ταυτόχρονα αλληλοεξαρτώμενα πεδία. Δεν τίθεται ποτέ με αυστηρά τεχνικούς, βιολογικούς ή ιατρικούς όρους. Συνδέεται πάντοτε με κοινωνικές αξίες, ερμηνείες, και συστήματα αναφορών και πρακτικών, άρα με οιονεί συγκρούσεις και δυνάμει επίδικα διακυβεύματα της καθημερινότητας.

Όπως τελικά προκύπτει, από την ανάλυση του εμπειρικού υλικού της παρούσας συμβολής, ο χρόνιος πόνος δεν αναφέρεται ούτε σε μια γενικότερη, αφηρημένη και απρόσωπη ιατρική-νοσολογική οντότητα ούτε όμως περικλείεται αποκλειστικά και μονοσήμαντα στο υποκειμενικό βίωμα. Αντίθετα, συμπεριλαμβάνει ένα ανοιχτό και ιστορικά συγκροτημένο- διαμέσου άλλων κοινωνικών εμπειριών – ορίζοντα ερμηνείας ιατρικών συναντήσεων και θεραπευτικών απαντήσεων απέναντι στο χρόνιο πόνο.

Βιβλιογραφία

- Baszanger, I., 1992. Deciphering chronic pain. *Sociology of health & illness*, 14 (2), pp. 181-215. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11343694>.
- Blyth, F., Macfarlane, G. & Nicholas, M., 2007. The contribution of psychosocial factors to the development of chronic pain: The key to better outcomes for patients?. *Pain*, 129 (1-2), pp. 8-11. <http://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11343694>.
- Bradby, H., 2010. *Εισαγωγή στην κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*. Αθήνα: Πεδίο.
- Britten, N., 2006. Qualitative interviews. In: C. Pope & N. Mays, eds., *Qualitative Research in Health Care*. London: Blackwell Publishing, pp. 12-20.
- Bruns, D., & Disorbio, J. (2005). Chronic pain and biopsychosocial disorders. *Practical pain management*, 5 (7), pp. 1-10.
- Cassell, E., 1982. The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England journal of medicine*, 11 (301), pp. 639-645. <http://doi:10.1056/NEJM198203183061104>.
- Cimmino, M., C, F. (2011). Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best practice & research clinical rheumatology*, (25), pp. 173-183.
- Clarke, E. A. & Shim, J., 2011. Medicalization and biomedicalization revisited: Technoscience and transformations of health, illness and American medicine. A blueprint for the 21st century. In: A. B. Pescosolido, K. Martin, D. McLeod & A. Rogers, eds. *Handbook of the sociology of Health, Illness and Healing*. New York: Springer, pp. 173-199.
- Corbet, M., Nadine, F., & Bie, N. O. (2007). Living with low back pain—Stories of hope and despair. *Social science & medicine*, (65), pp. 1584-1594.
- Creed, F., 2016. Exploding myths about medically unexplained symptoms. *Journal of psychosomatic research*, 85, pp. 91-93. <http://doi:10.1016/j.jpsychores.2016.02.007>.
- Cuff, A. & Littlewood, C., 2018. Subacromial impingement syndrome – What does this mean to and for the patient? A qualitative study. *Musculoskeletal science and practice*, 33, pp. 24-28. <http://doi:10.1016/j.msksp.2017.10.008>.
- Damsgaard, J., Norlyk, A., Jorgensen, L. & Birkelund, R., 2016. Back pain – a feeling of being mistrusted and lack of recognition: a qualitative study. *International journal of orthopaedic and trauma nursing*, 21, pp. 11-20. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2016.01.001>.
- DiMatteo, R., & Leslie, M. (2011). *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*. Φ. Αναγνωστόπουλος, & Γ. Ποταμιάνος, (Επιμ.) Αθήνα: Πεδίο.

- Engel, L. G., 1977. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science, new series*, 196 (4286), pp. 129-136. <http://doi: 10.1126/science.847460>.
- Engel, L. G., 1981. The clinical application of the biopsychosocial model. *The Journal of medicine and philosophy*, 6, pp. 101-123. <https://doi.org/10.1093/jmp/6.2.101>.
- Fordyce, W., Lansky, D., Calsyn, D., Shelton, J., Stolov, W., & Rock, D., 1984. Pain measurement and pain behavior. *Pain*, 18, pp. 53-69. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(84\)90126-X](https://doi.org/10.1016/0304-3959(84)90126-X).
- Freeman, T., Brown, B. J. & McWilliam, C., 2014. The second component: Understanding the whole person, section 2 – context. In: *Patient-centered medicine. Transforming the clinical method*. 3rd ed. London: Radcliffe Publishing, pp. 116-135.
- Giordano, J., 2007. Pain, the patient, and the practice of pain medicine: the importance of a core philosophy and virtue-based ethics. In: E. M. Schatman (Ed.), *Ethical issues in chronic pain management*. New York: Informa Healthcare, pp. 1-13.
- Huppatz, K. (2015). Pierre Bourdieu: health lifestyles, the family and social class. In: F. Collyer (Ed.), *The palgrave handbook of social theory in health, illness and medicine*. London: Palgrave Macmillan, pp. 370-385.
- Kee, W. J., Khoo, S. H., Lim, I. & Koh, Y. M., 2018. Communication skills in patient-doctor interactions: Learning from patient complaints. *Health professionse education*, 4 (2), pp. 97-106. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2017.03.006>.
- Mitchel, L. & MacDonald, R., 2009. Qualitative research on pain. *Current opinion in supportive and palliative care*, 3 (2), pp. 131-135. <http://doi: 10.1097/SPC.0b013e32832b7de2>.
- Nettleton, S., 2002. *Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Pearson, D. S. & Raeke, H. L., 2000. Patients' trust in physicians: many theories, few measures, and little data. *Journal of general internal medicine*, 7 (15), pp. 509-513. <http://doi:10.1046/j.1525-1497.2000.11002.x>.
- Smith, A. J., 1996. Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology & health*, 11 (2), pp. 261-271. <http://doi.org/10.1080/08870449608400256>.
- Thom, H. D. et al., 2002. Patient trust in the physician: relationship to patient requests. *Family Practice*, 19 (5), pp. 476-483. <https://doi.org/10.1093/fampra/19.5.476>.
- Tschugguel, W., 2018. Pain as a symbol in the patient context. *Journal of psychosomatic research*, 112, pp. 13-14. <http://doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.06.005>.
- Turk, C. D., 2001. Physiological and psychological bases of pain. In: *Handbook of Health Psychology*. New York: Lawrence Erlbaum associates, pp. 117-137.

- W.M. de Waal, M., 2019. Medically unexplained etiology of chronic pain and the doctor-patient context. *Journal of psychosomatic research*, 117, pp. 20-21. <http://doi:10.1016/j.jpsychores.2018.12.004>.
- Ιωσηφίδης, Θ., 2008. *Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Κριτική.
- Κάλλας, Γ., 2015. *Θεωρία, μεθοδολογία και ερευνητικές υποδομές στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Κριτική.
- Σαββάκης, Μ. & Καρατζά. Ε., 2012. Ιατρική επιστήμη, ασθένεια και θάνατος: μια μικροκοινωνιολογική ποιοτική προσέγγιση. Στο: Μ. Σπυριδάκης & Χ. Οικονόμου, (Επιμ.), *Ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές προσεγγίσεις στην υγεία*. Αθήνα: Σιδέρης, σσ..285-316.
- Σαββάκης, Μ., 2013. *Μικροκοινωνιολογία και ποιοτική έρευνα. Θεωρητικά παραδείγματα και εμπειρικές εφαρμογές*. Αθήνα: Κριτική.
- Τσιώλης, Γ. (2014). *Μέθοδοι και τεχνικές ανάλυσης στην ποιοτική κοινωνική έρευνα*. Αθήνα: Κριτική.