

Λειτουργικά Σωματικά Σύνδρομα και η ιδιαιτερότητα της σχέσης ιατρού-ασθενούς

Σιαμιώτη Δήμητρα¹, Θεοδωράτου Μαρία^{1,2}

1. Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο,
2. Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Νεάπολης Πάφου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο όρος Λειτουργικό Σωματικό Σύνδρομο (Λ.Σ.Σ.) αναφέρεται σε μια πολύπλοκη νοσολογική οντότητα που χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων, αλλά δεν είναι εύκολο να εντοπιστούν κλινικά σημεία. Οι δυσκολίες που παρουσιάζονται στη σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς προκύπτουν από την έλλειψη κατάρτισης των ιατρών σε θέματα ψυχική υγείας, την ανεπάρκεια διαγνωστικών κριτηρίων για τα Λ.Σ.Σ. και την υπέρμετρη εστίαση στο βιοϊατρικό μοντέλο.

Επιπλέον, η συνύπαρξη του Λ.Σ.Σ. με ψυχιατρικές διαταραχές και τα πιθανά δευτερογενή οφέλη που μπορεί να προσφέρει η ασθένεια στον ασθενή, είναι παράγοντες που επιδεινώνουν αυτές τις δυσκολίες. Οι διάφοροι τρόποι επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς περιλαμβάνουν διάφορα μοντέλα όπως το βιοϊατρικό, το διευρυμένο βιοϊατρικό, το καταναλωτικό, το ψυχοκοινωνικό και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, ενώ μια εναλλακτική κατηγοριοποίηση περιλαμβάνει το μοντέλο ενεργητικότητας-παθητικότητας, καθοδηγούμενης συνεργασίας και το μοντέλο αμοιβαίας συμμετοχής.

Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται ερευνητικά δεδομένα που υποστηρίζουν την άποψη ότι το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο αποτελεί την βέλτιστη επιλογή τόσο για τη διαχείριση της ιατρικής φροντίδας όσο και για την επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Η δημιουργία μιας σχέσης αμοιβαίας συμμετοχής συνεισφέρει σημαντικά στον σχεδιασμό της φροντίδας των ασθενών με Λ.Σ.Σ. και μπορεί να διευκολυνθεί με την χρήση τυποποιημένων διαδικασιών λήψης αποφάσεων, καθώς και με την ανάπτυξη δεξιοτήτων ενσυναίσθησης και καθυσύχασης.

Λέξεις Κλειδιά: Λειτουργικό σωματικό σύνδρομο, ιατρικώς ανεξήγητα συμπτώματα, σχέση ιατρού-ασθενή, μοντέλα επικοινωνίας, βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Σιαμιώτη Δήμητρα, Γληνού 60, Χρυσοχοϊδη, Βόλος, TK 38221, Τηλέφωνο: 6979837182, Email: siamioti111@yahoo.gr

Rostrum of Asclepius® - "To Vima tou Asklipiou" Journal

Volume 23, Issue 1 (January – March 2024)

SPECIAL ARTICLE

Functional Somatic Syndromes and patient-doctor relationship's specificity

Siamioti Dimitra¹, Theodoratou Maria^{1,2}

1. School of Social Sciences, Hellenic Open University
2. School of Health Sciences, Neapolis University of Pafos

ABSTRACT

The term Functional Somatic Syndrome (FSS) refers to a complex medical condition characterized by the presence of physical symptoms, yet clinical signs are not easily identifiable. The challenges in the doctor-patient relationship stem from physicians' lack of training in mental health issues, inadequate diagnostic criteria, and an excessive focus on the biomedical model.

Furthermore, the coexistence of FSS with psychiatric disorders and the potential secondary benefits that the disease provides to the patient are factors that exacerbate these difficulties. Various communication models between doctor and patient include the biomedical model, the expanded biomedical model, the consumer model, the psychosocial model, and the biopsychosocial model, while an alternative categorization includes the active-passive model, guided cooperation and the mutual participation model, while an alternative categorization includes the active-passive model, the guided cooperation and the mutual participation model.

In this study, research data is presented supporting the view that the biopsychosocial model is the optimal choice for both managing medical care and communication between doctor and patient. Establishing a relationship of mutual participation significantly contributes to the care plan for FSS patients and can be facilitated through standardized decision-making processes, as well as the development of empathetic and reassuring skills.

Keywords: Functional somatic syndrome, medically unexplained symptoms, physician-patient relationship, communication models, biopsychosocial approach.

Corresponding Author: Siamioti Dimitra, 60 Glinou street, Chrysochoidi, Volos, PC 38221, Telephone number: 6979837182, Email: siamioti111@yahoo.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Λειτουργικό Σωματικό Σύνδρομο (Λ.Σ.Σ.) είναι μια ασαφής νοσολογική κατάσταση, αναφερόμενη σε συμπτώματα ή σωματική δυσφορία που δεν μπορούν να εξηγηθούν με αποδεδειγμένες ανωμαλίες δομής ή λειτουργίας και στην πλειοψηφία τους οδηγούν σε λειτουργικό περιορισμό ή διακοπή των καθημερινών δραστηριοτήτων του ατόμου.^{1,2} Ωστόσο, για τη διάγνωσή του δεν έχουν καθοριστεί συγκεκριμένα αντικειμενικά διαγνωστικά κριτήρια,¹ ενώ προϋπόθεση αποτελεί η απουσία ενδείξεων ότι ο ασθενής προσποιείται ορισμένα συμπτώματα.²

Τα Λ.Σ.Σ. έχουν περιγραφεί με διάφορους όρους όπως, σύνδρομο σωματικής δυσφορίας, σωματομορφικές διαταραχές και ιατρικά ανεξήγητα συμπτώματα που συνήθως αναφέρονται ως MUS,³ παρουσιάζοντας μεγάλη ποικιλομορφία και κλινική σπουδαιότητα ενώ εμφανίζονται σχεδόν σε όλες τις ειδικότητες της ιατρικής.⁴ Στον πίνακα 1, απεικονίζονται ορισμένα Λ.Σ.Σ. ανά ειδικότητα.⁵

Εντούτοις, αδιευκρίνιστο παραμένει αν ο όρος Λ.Σ.Σ. αφορά μία ή περισσότερες διαταραχές,⁴ καθώς συχνά παρατηρείται η ύπαρξη κάποιων Λ.Σ.Σ. ταυτόχρονα που

αναφέρονται ως Γενικό Λ.Σ.Σ.. Σε αυτή την περίπτωση, ορισμένοι συγγραφείς επισημαίνουν ότι τα Λ.Σ.Σ. πρέπει να εξετάζονται μεμονωμένα και όχι ως μια γενική κατηγορία επειδή έτσι μπορεί να κατανοηθεί καλύτερα η αιτιολογία, να εκτιμηθεί με μεγαλύτερη ακρίβεια η πρόγνωση και να υπάρξει στοχευμένη και αποτελεσματικότερη θεραπεία.⁶

ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η έλλειψη εκπαίδευσης για τα Λ.Σ.Σ αποτελεί παράγοντα δυσανασκέτησης, άγχους και πίεσης των ιατρών,² καθώς καταβάλουν μεγάλη προσπάθεια να αιτιολογήσουν την ιατρικώς ανεξήγητη συμπτωματολογία και παρόλα αυτά συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν μεγάλες δυσκολίες στη διαχείρισή της. Η αγνόηση ορισμένων ψυχοκοινωνικών παραγόντων που ενδεχομένως να σχετίζονται με τα συμπτώματα, τις στάσεις, τις αντιλήψεις και τις προσδοκίες του ασθενούς, έχουν ως αποτέλεσμα την απομάκρυνση του ιατρού από την ασθενοκεντρική φροντίδα. Συνεπώς, γίνεται φανερό ότι τα δυσάρεστα συναισθήματα που βιώνουν οι γιατροί

αλληλοεπιδρούν αρνητικά στη σχέση τους με τους ασθενείς.⁷

Επιπλέον, οι ιατροί υποτιμώντας τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων,² αντιμετωπίζουν τους ασθενείς με δυσπιστία ενώ λόγω της έλλειψης διαγνωστικών εξετάσεων παρατηρείται μεγάλο ποσοστό λανθασμένων διαγνώσεων με αποτέλεσμα οι ασθενείς να έχουν ανεκπλήρωτες υγειονομικές ανάγκες, να απομονώνονται κοινωνικά και να εμφανίζουν μειωμένη ικανότητα για εργασία.⁴

Η θεραπευτική αντιμετώπιση βασισμένη στην κλασική ιατρική παρουσιάζει μειωμένη αποτελεσματικότητα οδηγώντας στη χρονιότητα των συμπτωμάτων, σε αναπηρία των ασθενών, ενώ από την άλλη πλευρά οι ιατροί συχνά βιώνουν αισθήματα απογοήτευσης.⁵

Επιπρόσθετα, συχνά οι ιατροί έχουν αρνητική αντίληψη, παρουσιάζουν έλλειψη ενσυναίσθησης και αμφισβητούν τους ασθενείς,⁸ θεωρώντας ότι τα συμπτώματα είναι ανύπαρκτα ή κατά φαντασίαν, γεγονός που κάνει τους ασθενείς να νοιώθουν προσβεβλημένοι, καθώς πιστεύουν ότι οι ιατροί τους εντάσσουν σε μια ψυχιατρική κατηγορία.⁶

Ταυτόχρονα, όταν οι ασθενείς εξετάζονται σε επίπεδο ψυχικής υγείας, στα πλαίσια αξιολόγησης των Λ.Σ.Σ., βιώνουν αμηχανία, καθώς είναι πιο δύσκολο να εκφράσουν συμπτώματα που σχετίζονται με διαταραχές

της διάθεσης, συγκριτικά με το να αναφέρουν την ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων. Η διαδικασία της αξιολόγησης, συχνά εκλαμβάνεται από τον ασθενή ως απόρριψη ή εχθρικότητα, δημιουργώντας του αισθήματα αμφιβολίας προς τον ιατρό και αναζητώντας άλλη ιατρική γνώμη.² Ωστόσο κατά την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας, ο ασθενής πιθανότατα να μην παρέχει ρεαλιστικές πληροφορίες γεγονόσ που οφείλεται σε κοινωνικά στερεότυπα, δημιουργώντας προβλήματα επικοινωνίας.⁷

Λ.Σ.Σ. ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η συμπτωματολογία του Λ.Σ.Σ. φαίνεται να διατηρείται, να παρατείνεται και να επιδεινώνεται από καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές,¹ ενώ υπάρχει έντονος προβληματισμός αν απλά τις υποκρύπτει. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν τέσσερις θεωρίες συσχέτισης:

- 1) ορισμένα Λ.Σ.Σ. προκαλούνται από την κατάθλιψη
- 2) η κατάθλιψη αποτελεί συνέπεια της δυσλειτουργίας που βιώνει ο ασθενής
- 3) και οι δύο καταστάσεις σχετίζονται με τους ίδιους παράγοντες κίνδυνου που εμποδίζουν τη συσχέτισή τους
- 4) η συσχέτισή τους προκύπτει από την αλληλοεπικάλυψη κριτηρίων που τις περιγράφουν.⁹

Ωστόσο, δεν εμφανίζουν όλοι οι ασθενείς με Λ.Σ.Σ. άγχος ή κατάθλιψη και επομένως δεν

μπορεί να θεωρηθεί ως μη ειδική ψυχολογική αντίδραση αλλά και ούτε ως συγκάλυψη ή σωματοποίηση τους,¹⁰ συνήθως πρόκειται για ψυχιατρικές συννοσηρότητες, χωρίς όμως να αποκλείεται το γεγονός να αποτελούν ενδείξεις ψυχιατρικών διαταραχών ή σωματικής κακοποίησης και εκφοβισμού.¹¹

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΟΦΕΛΗ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Από την άλλη πλευρά, τα Λ.Σ.Σ. μπορεί να επιφέρουν δευτερογενή οφέλη στον ασθενή όπως: επιδόματα αναπηρίας,¹² καλύτερες εργασιακές συνθήκες,¹³ άδεια από την εργασία ή και εγκατάλειψή της.^{14,15} Επιπλέον, οι ασθενείς μπορεί να ασκούν χειριστική συμπεριφορά στους οικείους τους για να ικανοποιήσουν τις επιθυμίες τους,¹³ να λάβουν αυξημένη φροντίδα ή να αποποιηθούν ευθύνες. Τέλος, ορισμένοι ασθενείς αποσκοπούν να επωφεληθούν κάνοντας κατάχρηση ιατρικών επισκέψεων φαρμάκων ή ακόμα και αναζητώντας τη συνταγογράφηση ναρκωτικών.^{14,16,17}

ΜΟΝΤΕΛΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η ιατρική φροντίδα βασίζεται σε ένα βιοϊατρικό μοντέλο το οποίο ερμηνεύει την ασθένεια ως αποτέλεσμα μιας συγκεκριμένης ανωμαλίας που συμβαίνει στον οργανισμό, αποδίδοντας τις διαταραχές ψυχικής υγείας ως ανεξάρτητο πρόβλημα, ενώ θεωρεί τις αποκλίνουσες συμπεριφορές ότι προέρχονται από παθολογικές βιοχημικές ή

νευροφυσιολογικές διαδικασίες και έτσι επικεντρώνεται στην φαρμακευτική αντιμετώπιση της ασθένειας.^{18,19}

Ο Engel το 1977, θεωρώντας ότι «ένα μοντέλο πρέπει επίσης να λαμβάνει υπόψη τον ασθενή, το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο ζει ένα άτομο και το συμπληρωματικό σύστημα που επινοήθηκε από την κοινωνία για να αντιμετωπίσει τις διασπαστικές επιπτώσεις της ασθένειας» αμφισβήτησε το βιοϊατρικό μοντέλο,²⁰ διατυπώνοντας για πρώτη φορά το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο,²¹ σε μια προσπάθειά του να αξιολογήσει ταυτόχρονα βιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επιδρούν στην ασθένεια γενικά, χωρίς να την διαχωρίζει σε οργανική ή ψυχοσωματική κατάσταση.²²

Το βιοϊατρικό μοντέλο θεωρείται αποτελεσματικότερο για την αντιμετώπιση ασθενειών που παρουσιάζουν αποδεδειγμένες ανωμαλίες δομής, ενώ για τα Λ.Σ.Σ. που δεν εμφανίζουν συγκεκριμένη παθοφυσιολογία ενδείκνυται το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, καθώς εστιάζει στην ολιστική αντιμετώπιση της ασθένειας και προωθεί την αυτοδιαχείριση, ενδυναμώνει τους ασθενείς ενώ ταυτόχρονα συμβάλει στην κατανόηση της αλληλεπίδρασης των βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων μιας νοσηρότητας.²³

Επιπλέον, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο σε αντίθεση με το βιοϊατρικό, αναγνωρίζει ότι η

αναζήτηση ιατρικής βοήθειας από τον ασθενή υποδεικνύει κάποια διαταραχή που ο ιατρός οφείλει να εξετάσει ακόμη και αν δεν υπάρχουν παθολογικές κλινικές ενδείξεις και να προτείνει τρόπους αντιμετώπισής της, συμπεριλαμβανόμενης της παραπομπής σε άλλους επαγγελματίες υγείας,²⁰ προάγοντας την διεπιστημονικότητα,²³ δημιουργώντας συνεργασίες υψηλής αποτελεσματικότητας μεταξύ των ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας, προσδιορίζοντας ευδιάκριτους θεραπευτικούς στόχους και επαγγελματικά όρια για την καταλληλότερη θεραπεία των ασθενών και την αποφυγή μη αναγκαίων νοσηλειών, επεμβάσεων, φαρμακευτικώνσκευασμάτων και διαγνωστικών εξετάσεων.^{20,22}

Έτσι, η υποστήριξη και η καθοδήγηση που παρέχει ο ιατρός, εμπνέει στον ασθενή αισθήματα εμπιστοσύνης και ασφάλειας και συμβάλει στη βελτίωση της σχέσης ιατρού-ασθενή.^{20,23}

Επομένως, καθώς τα Α.Σ.Σ. επηρεάζονται σημαντικά από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση αποτελεί μια πιο εστιασμένη μέθοδο αντιμετώπισής του,¹⁰ έχοντας τη δυναμική να σταματήσει το συνεχές αδιέξοδο που προκύπτει από την προβληματική αλληλεπίδραση αυτών των παραγόντων και παρέχοντας μια ολοκληρωμένη θεώρηση των συμπτωμάτων που δεν μπορούν να ερμηνευτούν από την βιοϊατρική.²⁴⁻²⁷

ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση βασίζεται σε μεγάλο μέρος στη σχέση ιατρού-ασθενή, η οποία σχετίζεται σημαντικά με συμμόρφωση στη θεραπεία, μεγαλύτερη ικανοποίηση του ασθενή και συνεπώς καλύτερα αποτελέσματα αλλά και μικρότερο αριθμό δικαστικών υποθέσεων εναντίον του ιατρικού προσωπικού.²⁸

Ο Roter et al., το 1997 (όπως αναφέρεται στο 29, σ.6) διατύπωσε πέντε μοντέλα επικοινωνίας που αφορούν τη σχέση ιατρών-ασθενών:

- το αμιγώς βιοϊατρικό
- το διευρυμένο βιοϊατρικό
- το καταναλωτικό
- το ψυχοκοινωνικό
- το βιοψυχοκοινωνικό.

Συνήθως όταν οι ασθενείς με Α.Σ.Σ. επισκέπτονται τον ιατρό, η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ τους είναι αμιγώς βιοϊατρική καθώς οι ιατροί εστιάζουν κυρίως στη συλλογή ιατρικών δεδομένων και λιγότερο στην διαπροσωπική επικοινωνία, γεγονός που στην πλειοψηφία των περιπτώσεων οδηγεί στη μη αναγνώριση κάποιας νοσολογικής οντότητας.^{30,31}

Με μεγάλη συχνότητα αναπτύσσεται επίσης και η σχέση ιατρού-ασθενή βασισμένη στο διευρυμένο βιοϊατρικό μοντέλο, το οποίο είναι όμοιο με το αμιγώς βιοϊατρικό αλλά με μεσαίο επίπεδο ψυχοκοινωνικής

επικοινωνίας, καθώς ο ιατρός εντοπίζει ορισμένους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που παρουσιάζει ο ασθενής και σε συνδυασμό με το ιστορικό του, ακόμη και χωρίς την παρουσία κλινικών ενδείξεων ενδεχομένως να προβεί σε διάγνωση. Παρόλα αυτά η αντιμετώπισή του προβλήματος παραμένει βασισμένη στην κλασική ιατρική.^{21,32}

Από την άλλη πλευρά, παρατηρείται ότι ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών φαίνεται να επιδιώκει μια σχέση επικοινωνίας βασισμένη στο καταναλωτικό μοντέλο, όπου ο ασθενής παρουσιάζει την ανάγκη να υποβάλει ερωτήσεις στον ιατρό ώστε να λάβει τις πληροφορίες που χρειάζεται. Επιπλέον, η συναισθηματική σύγχυση που βιώνουν συχνά οι ασθενείς σε συνδυασμό με τους λειτουργικούς περιορισμούς που έχουν προκύψει στην καθημερινότητά τους, απεικονίζουν συχνά την απόγνωση των ατόμων και κατ' επέκταση την ανάγκη για καθοδήγησης και όχι απλά την επίλυση αποριών.³⁰

Η αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των Λ.Σ.Σ. προϋποθέτει την ανάπτυξη μιας υγιούς σχέσης ασθενή-ιατρού για την εύρεση του κατάλληλου θεραπευτικού σχεδίου και βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου, λαμβάνοντας υπόψη την ασθένεια ως μια βιοψυχοκοινωνική οντότητα,³³ αποκλείοντας έτσι το ψυχοκοινωνικό μοντέλο που μπορεί να έχει επίκεντρο το άτομο και τις προσωπικές και συναισθηματικές μεταβολές

που βιώνει, στοχεύοντας στη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ των ιατρών και των ασθενών, βοηθώντας τους ασθενείς να αποβάλουν αρνητικά συναισθήματα και αμφιβολίες που βιώνουν αλλά η ασθένεια σε αυτό το μοντέλο εξετάζεται ως δευτερεύον ζήτημα, γεγονός που δεν θα συμβάλει στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που είναι και ο κυρίως λόγος των ιατρικών επισκέψεων.³¹

Συνεπώς, η σχέση ιατρού-ασθενή βασισμένη στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο φαίνεται να αποτελεί την βέλτιστη επιλογή για τα Λ.Σ.Σ., καθώς σε αυτή την προσέγγιση λαμβάνεται υπόψη το βιολογικό, το ψυχολογικό και το κοινωνικό υπόβαθρο του ασθενή, εξετάζοντας τις ανησυχίες και τα συμπτώματά του. Παράλληλα ο ιατρός μεριμνά ώστε ο ασθενής να κατανοήσει την κατάστασή του, τις πιθανές θεραπευτικές επιλογές και να επιτευχθεί κοινή λήψη αποφάσεων αποτρέποντας έτσι τα αισθήματα θυμού, απόρριψης, απογοήτευσης και αμφισβήτησης, προωθώντας την συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή και την εγκατάλειψη στερεοτύπων και προκαταλήψεων.³¹

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ

Η αλληλεπίδραση μεταξύ ασθενή-ιατρού ξεκινάει όταν ο πρώτος αναζητάει βοήθεια. Ωστόσο η συνέχεια της φροντίδας δεν

αποτελεί μια απλή αλληλεπίδραση,³⁴ όπου το άτομο επιλέγει τα ερεθίσματα που λαμβάνει και ανταποκρίνεται άμεσα σε αυτά αλλά αποτελεί διαντίδραση, δηλαδή ένα σύμβολο μιας αμοιβαίας σχέσης εμπιστοσύνης που συμβαίνει με συνεχή, συνδεδεμένο και συνεπή τρόπο και η δράση επέρχεται από την άντληση κοινών νοημάτων ως αποτέλεσμα ερμηνείας των συμβόλων που πραγματοποιούνται στα πλαίσια της επικοινωνίας.³⁴⁻³⁶

Στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς δεν εκφράζουν τη δυσaréσκειά τους έπειτα από μία μη ικανοποιητική αλληλεπίδραση με τον ιατρό,³⁷ ο οποίος όμως πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζει πότε μία συνάντηση θεωρήθηκε αρνητική από τον ασθενή αλλά και να έχει το σθένος να ζητήσει συγνώμη για την ακατάλληλη διαχείριση ώστε να αποκατασταθεί η θεραπευτική σχέση.³⁸

Αρχικά, όταν προκύπτουν προβλήματα στην αλληλεπίδραση μεταξύ ασθενή-ιατρού, απαραίτητη κρίνεται η επαναξιολόγηση του ασθενή και η εκτίμηση διαφορικής διάγνωσης.³⁹ Στη συνέχεια, εφόσον έχει οριστικοποιηθεί η διάγνωση ο ιατρός θα πρέπει να εξετάσει τη σοβαρότητα της κατάστασης και να συστήσει θεραπεία τόσο για τα συμπτώματα του Λ.Σ.Σ. όσο και για τα ψυχιατρικά συμπτώματα, καθώς ο ασθενής αντιδρά αρνητικά σε αυτή την προσέγγιση ο ιατρός είναι αναγκαίο να οργανώσει ένα εξατομικευμένο πλάνο φροντίδας που θα

λαμβάνει υπόψη τον τρόπο που ο ασθενής αντιλαμβάνεται την κατάσταση του. Προϋποθέσεις του σχεδίου φροντίδας είναι η διαβεβαίωση του ασθενή ότι γίνεται κατανοητός, η ενημέρωσή του και η δυνατότητα διαπραγμάτευσης από την πλευρά του ασθενή,⁴⁰ δηλαδή η υιοθέτηση ενός μοντέλου επικοινωνίας βασισμένο στην αμοιβαία συμμετοχή (Πίνακας 3).²⁹

Ειδικότερα, για να διευκολυνθεί αυτό το είδος επικοινωνίας, μπορεί να χρησιμοποιηθεί μια τυποποιημένη διαδικασία λήψης αποφάσεων όπως το μοντέλο PREPARED, το οποίο περιγράφεται στο Σχήμα 2.⁴¹

Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά την εφαρμογή του PREPARED η απουσία εγκεκριμένης θεραπείας για ορισμένα Λ.Σ.Σ. ενδεχομένως να επισημαίνει την αναγκαιότητα εστίασης στο πέμπτο βήμα, δηλαδή τις εναλλακτικές θεραπείες. Στον πίνακα 4, περιγράφονται ορισμένες στρατηγικές που θα βοηθήσουν τον ασθενή να διατηρήσει και να αυξήσει σταδιακά τη λειτουργικότητά του.⁴¹⁻⁴⁵ Ταυτόχρονα ιδιαίτερη σημασία έχει μετά την ολοκλήρωση και του τελευταίου σταδίου να υπάρχει δέσμευση για τη συνέχεια της θεραπευτικής σχέσης και επανέλεγχο κάθε έναν με τρεις μήνες.^{40,43}

Αδιαμφισβήτητα, οι δεξιότητες ενσυναίσθησης του ιατρού είναι πολύ σημαντικές και εκτιμούνται ιδιαίτερα από τον ασθενή σε αυτή τη διαδικασία,⁴³ συμβάλλοντας στη δημιουργία ενός

ασφαλούς θεραπευτικού περιβάλλοντος, αυξάνοντας της ικανοποίηση των ασθενών και τη συμμόρφωσή τους στη θεραπεία, μειώνοντας παράλληλα το άγχος και την αγωνία και συνεισφέροντας στην επίτευξη καλύτερων διαγνωστικών και κλινικών αποτελεσμάτων, βελτιώνοντας την ικανότητα των ασθενών. Ωστόσο, η ενσυναίσθηση δεν πρέπει να συγχέεται με την καθυσύχαση.⁴⁶

Η απλή καθυσύχαση δεν συνδέεται με αισθήματα ικανοποίησης και εμπιστοσύνης, ούτε με μείωση του άγχους των ασθενών. Σημαντικότερο ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει η ενημέρωση.⁴⁶ Αντιθέτως σε ορισμένες περιπτώσεις ο καθησυχασμός μπορεί να έχει και αρνητικές συνέπειες αν το άτομο αντιληφθεί ότι είναι επιφανειακός.⁴⁷ Ουσιαστικά, οι ασθενείς χρειάζονται ειλικρίνεια, ενώ ο καθησυχασμός ότι ο ιατρός θα κάνει ότι είναι δυνατόν για να τους βοηθήσει οποιαδήποτε στιγμή δρα ανακουφιστικά για αυτούς.^{39,48}

Ακόμη, ο καθησυχασμός μπορεί να αποτελέσει ένα εργαλείο για τον ιατρό ώστε να ολοκληρώσει την αξιολόγησή του, πιο συγκεκριμένα ο ιατρός αναφέροντας ότι πολλοί ασθενείς με διαφορετικές παθολογίες διατυπώνουν όμοια συναισθήματα μπορεί να ωθήσει τον ασθενή να εξωτερικευθεί.⁴⁹

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αδιαμφισβήτητα, τα Λ.Σ.Σ αποτελούν μια πρόκληση για την ιατρική επιστήμη, καθώς η

συμπτωματολογία που αναφέρουν οι ασθενείς, είναι ιατρικώς ανεξήγητη.

Οι ιατροί όταν καλούνται να αντιμετωπίσουν ασθενείς με Λ.Σ.Σ. συχνά βιώνουν αισθήματα άγχους και πίεσης, ενώ πιθανότατα να αντιμετωπίζουν τους ασθενείς με καχυποψία, η οποία σχετίζεται κυρίως με τα δευτερογενή οφέλη που μπορεί να προσφέρει η ασθένεια στο άτομο. Παράλληλα, οι ιατροί βασισμένοι στο βιοϊατρικό μοντέλο φροντίδας ενδεχομένως προσπαθούν να ταξινομήσουν τα ανεξήγητα συμπτώματα σε κάποια ψυχική διαταραχή. Έτσι, η αμφισβήτηση και τα αρνητικά συναισθήματα των ιατρών, δημιουργούν μια αρνητική αλληλεπίδραση στη θεραπευτική σχέση ιατρού-ασθενή και κατά συνέπεια στην έκβαση της νόσου.

Αξιοσημείωτο είναι ότι η πλειοψηφία των ιατρών έχουν εκπαιδευτεί στη χρήση βιοϊατρικών προσεγγίσεων και οι ασθενείς σε ένα μεγάλο μέρος τους αναζητούν μια σχέση επικοινωνίας βασισμένη στο καταναλωτικό μοντέλο. Ωστόσο, τα σύγχρονα δεδομένα συστήνουν ότι η ιατρική φροντίδα αλλά και η επικοινωνία ιατρού-ασθενή βασισμένη στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο προσφέρει τα μέγιστα δυνατά οφέλη, καθώς τα Λ.Σ.Σ. επηρεάζουν και επηρεάζονται από μια ποικιλία βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων και κατά συνέπεια αποτελεί την πιο εστιασμένη προσέγγιση.

Επιπρόσθετα, ακρογωνιαίος λίθος για την πρόληψη και την αντιμετώπιση μιας δυσλειτουργικής θεραπευτικής σχέσης αποτελεί η διαντίδραση ιατρού-ασθενή. Πιο συγκεκριμένα, η αμοιβαία συμμετοχή κατά την ιατρική επίσκεψη μπορεί να διευκολυνθεί με την εφαρμογή ορισμένων τυποποιημένων διαδικασιών λήψης αποφάσεων, όπως το μοντέλο PREPARED. Ταυτόχρονα καθοριστική σημασία φαίνεται να έχει η εφαρμογή δεξιοτήτων ενσυναίσθησης, ενώ η χρήση του καθησυχασμού μπορεί να δράσει βοηθητικά αλλά απαιτεί ιδιαίτερα προσεκτικό χειρισμό.

Συνεπώς, επιβεβλημένη κρίνεται η προσαρμογή της βασικής ιατρικής εκπαίδευσης, με σκοπό οι ιατροί να αποκτούν γνώσεις και δεξιότητες επικοινωνίας και να αντιμετωπίζουν την ασθένεια ως ένα βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για κάποιο Λ.Σ.Σ. Ακόμη, αναγκαιότητα αποτελεί η συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση, ώστε η εφαρμογή της ιατρικής φροντίδας να συμβαδίζει με τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Kiba T, Abe T, Kanbara K, Kato F, Kawashima S, Saka Y, et al. The relationship between salivary amylase and the physical and psychological changes elicited by continuation of autogenic training in patients with functional somatic syndrome.

Biopsychosoc Med. 2017;11(1):1–17. DOI: 10.1186/s13030-017-0103-y

2. Graver CJ. Functional somatic syndrome: Assessment and management. J Am Osteopath Assoc. 2017;117(8):511–9. DOI: 10.7556/jaoa.2017.101

3. Maroti D, Ek J, Widlund RM, Schubiner H, Lumley MA, Lilliengren P, et al. Internet-administered Emotional Awareness and Expression Therapy for Somatic Symptom Disorder-A Preliminary Efficacy Trial. Frontiers in Psychiatry. 2021;12:104

4. Dantoft TM, Ebstrup JF, Linneberg A, Skovbjerg S, Madsen AL, Mehlsen J, et al. Cohort description: The Danish study of Functional Disorders. Clin Epidemiol. 2017;9:127–39. DOI: 10.2147/CLEP.S129335

5. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? Lancet. 1999;354(9182):936–9. DOI: 10.1016/S0140-6736(98)08320-2

6. Wessely S, White PD. There is only one functional somatic syndrome. Br J Psychiatry. 2004;185:95–6. DOI: 10.1192/bjp.185.2.95

7. Houwen J, Lucassen PLBJ, Verwiel A, Stappers HW, Assendelft WJJ, Olde Hartman TC, et al. Which difficulties do GPs experience in consultations with patients with unexplained symptoms: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2019;20(1):180. DOI: 10.1186/s12875-019-1049-x

8. Rosmalen JGM, van Gils A, Acevedo Mesa MA, Schoevers RA, Monden R, Hanssen DJC.

Development of Grip self-help: An online patient-tailored self-help intervention for functional somatic symptoms in primary care. *Internet Interv.* 2020;19(100297):100297. DOI: 10.1016/j.invent.2019.100297

DOI: 10.1016/j.invent.2019.100297

9. Skapinakis P, Lewis G, Mavreas V. Temporal relations between unexplained fatigue and depression: longitudinal data from an international study in primary care. *Psychosom Med.* 2004;66(3):330–5. DOI: 10.1097/01.psy.0000124757.10167.b1

10. Henningsen P. Management of somatic symptom disorder. *Dialogues Clin Neurosci.* 2018;20(1):23–31. DOI: 10.31887/dcns.2018.20.1/phenningsen

DOI: 10.31887/dcns.2018.20.1/phenningsen

11. Cozzi G, Barbi E. Facing somatic symptom disorder in the emergency department: Somatic symptom disorder. *J Paediatr Child Health.* 2019;55(1):7–9. DOI: 10.1111/jpc.14246

12. Teodoro T, Edwards MJ, Isaacs JD. A unifying theory for cognitive abnormalities in functional neurological disorders, fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2018;89(12):1308–19. DOI: 10.1136/jnnp-2017-317823

13. The Rheumatologist [En ligne]. 1 February 2008. Does secondary gain exist? [cité le 23 August 2022]. Disponible: <https://www.the-rheumatologist.org/article/does-secondary-gain-exist/>

14. Jafferany M, Khalid Z, McDonald KA, Shelley AJ. Psychological aspects of factitious disorder. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2018;20(1). DOI: 10.4088/PCC.17nr02229

15. Robson C, Lian OS. “ Blaming, shaming, humiliation”: Stigmatising medical interactions among people with non-epileptic seizures. *Wellcome Open Res.* 2017;2:55. DOI: 10.12688/wellcomeopenres.12133.2

16. Fobian AD, Elliott L. A review of functional neurological symptom disorder etiology and the integrated etiological summary model. *J Psychiatry Neurosci.* 2019;44(1):8–18. DOI: 10.1503/jpn.170190

17. Bailey RK, Mokonogho J, Kumar A. Racial and ethnic differences in depression: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2019;15:603–9. DOI: 10.2147/NDT.S128584

18. Wade DT, Halligan PW. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clin Rehabil.* 2017;31(8):995–1004. DOI: 10.1177/0269215517709890

19. Pincus T, Castrejon I. Low socioeconomic status and patient questionnaires in osteoarthritis: challenges to a “biomedical model” and value of a complementary “biopsychosocial model.” *Clin Exp Rheumatol.* 2019;37 Suppl 120(5):18–23.

20. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129–36. DOI: 10.1126/science.847460

21. França AA, Santos V, Lordelo Filho R, Pires KF, Lagoa KF, Martins WR. It's very complicated': Perspectives and beliefs of newly graduated physiotherapists about the biopsychosocial model for treating people experiencing non-specific low back pain in Brazil. *Musculoskeletal Science and Practice*. 2019;42:84–9.
22. Ezra Y, Hammerman O, Shahar G. The four-Cluster spectrum of mind-body interrelationships: An integrative model. *Front Psychiatry*. 2019;10:39. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00039
23. Kusnanto H, Agustian D, Hilmanto D. Biopsychosocial model of illnesses in primary care: A hermeneutic literature review. *J Family Med Prim Care*. 2018;7(3):497. DOI: 10.4103/jfmprc.jfmprc_145_17
24. Theodoratou-Bekou M, Andreopoulou O, Andriopoulou P, Wood B. Stress-related asthma and family therapy: Case study. *Ann Gen Psychiatry*. 2012;11(1):28. DOI: 10.1186/1744-859X-11-28
25. Kim H, Son H. Fatigue-related factors for community-dwelling older adults with diabetes: A theory-guided multi-dimensional approach using the dynamic biopsychosocial model. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(22):4502. DOI: 10.3390/ijerph16224502
26. McCabe R, Healey PGT. Miscommunication in doctor-patient communication. *Top Cogn Sci*. 2018;10(2):409–24. DOI: 10.1111/tops.12337
27. Theodoratou M, Asthma and depressing atmosphere in family Clinical case. *NOSILEFTIKI* 2007; 46(2):169–175.
28. Siamioti D, Theodoratou M. Pain as a biopsychosocial phenomenon. *Arch Hellenic Med*. 2023;40(5):590-598.
29. Papatsopoulou A, Terzoudis S, Kravaritis S, Kesisoglou G. The physician-patient relationship in the process of medical decisions and managing «reassurance» in oncology patients. *Hellenic Journal of Nursing Science*. 2021;14(1):3–15.
30. Haverkamp CJ. Communication-Focused Therapy (CFT) for Anxiety and Panic Attacks. *J Psychiatry Psychotherapy Communication*. 2017;6(4):91–5.
31. Schick K, Gartmeier M, Berberat PO. Senior Medical Student Attitudes towards Patient Communication and Their Development across the Clinical Elective Year--A Q-Methodology Study. *Frontline Learning Research*. 2021;9(1):1–29.
32. Dimatteo M, Martin LR. Introduction to Health Psychology. (G. P. Fotios Anagnostopoulos, Ed.) Athens: PEDIO. p. 2011;111-2.
33. Noor N, Urits I, Degueure A, Rando L, Kata V, Cornett EM, et al. A comprehensive update of the current understanding of chronic fatigue syndrome. *Anesth Pain Med*.



- 2021;11(3):e113629. DOI: 10.5812/aapm.113629
34. Catafesta Utzumi F, Ribeiro Lacerda M, Bernardino E, Meireles Gomes I, Knop Aued G, Sousa SM. Continuidade Do Cuidado E O Interacionismo Simbólico: Um Entendimento Possível. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2018;27(2).
35. Neslechanidis I. Social interaction of an adult person with mental retardation characteristics. *Ergotherapy*. 2010;42:54-67
36. Leyser-Whalen O, Greil AL, Mcquillan J, Johnson KM, Shreffler KM. Just because a doctor says something, doesn't mean that [it] will happen': self-perception as having a Fertility Problem among Infertility Patients. *Sociology of health & illness*. 2018;40(3):445-62.
37. Zhang W, Deng Z, Hong Z, Evans R, Ma J, Zhang H. Unhappy patients are not alike: Content analysis of the negative comments from china's good doctor website. *J Med Internet Res*. 2018;20(1):e35. DOI: 10.2196/jmir.8223
38. Skär L, Söderberg S. Patients' complaints regarding healthcare encounters and communication. *Nurs Open*. 2018;5(2):224-32. DOI: 10.1002/nop2.132
39. Montoya JG, Dowell TG, Mooney AE, Dimmock ME, Chu L. Caring for the patient with severe or very severe myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. *Healthcare (Basel)*. 2021;9(10):1331. DOI: 10.3390/healthcare9101331
40. Hubley S, Uebelacker L, Eaton C. Managing medically unexplained symptoms in primary care: A narrative review and treatment recommendations: A narrative review and treatment recommendations. *Am J Lifestyle Med*. 2016;10(2):109-19. DOI: 10.1177/1559827614536865
41. Sarantopoulou Z. Communication's significance between healthcare professionals and patients for an effective disease management. The concept of empathy. *Scientific Chronicles*. 2017; 22(3): 238-246
42. Straub RK, Powers CM. Chronic fatigue syndrome: A case report highlighting diagnosing and treatment challenges and the possibility of Jarisch-Herxheimer reactions if high infectious loads are present. *Healthcare (Basel)*. 2021;9(11):1537. DOI: 10.3390/healthcare9111537
43. Lapp CW. Initiating care of a patient with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS). *Front Pediatr*. 2018;6:415. DOI: 10.3389/fped.2018.00415
44. Cdc.gov [En ligne]. 11 February 2021. Treatment of ME/CFS [cité le 28 August 2022]. Disponible: <https://www.cdc.gov/me-cfs/treatment/index.html>
45. O'Dowd B, Griffith GM. "I need to start listening to what my body is telling me.": Does mindfulness-Based Cognitive Therapy help people with chronic fatigue syndrome? *Hum*

- Arenas. 2022;5(1):5–24. DOI:
10.1007/s42087-020-00123-9
46. Gol JM, Rosmalen JGM, Gans ROB, Voshaar RCO. The importance of contextual aspects in the care for patients with functional somatic symptoms. Med Hypotheses. 2020;142(109731):109731. DOI: 10.1016/j.mehy.2020.109731
47. Fipps DC, Rainey E. COVID-19 and the doctor-patient relationship. Focus (Am Psychiatr Publ). 2021;19(1):59–60. DOI: 10.1176/appi.focus.20200033
48. Pilkington K, Ridge DT, Igwesi-Chidobe CN, Chew-Graham CA, Little P, Babatunde O, et al. A relational analysis of an invisible illness: A meta-ethnography of people with chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME) and their support needs. Soc Sci Med. 2020;265(113369):113369. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113369
49. Chu L, Elliott M, Stein E, Jason LA. Identifying and managing suicidality in myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. Healthcare (Basel) 2021;9:629. DOI:10.3390/healthcare9060629.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Λειτουργικά Σωματικά Σύνδρομα ανά ειδικότητα.⁵

Γαστρεντερολογία	Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου
	Μη ελκώδης /Λειτουργική δυσπεψία
Γυναικολογία	Προεμμηνορροϊκό σύνδρομο
	Χρόνιος πυελικός πόνος
Ρευματολογία	Ινομυαλγία
Καρδιολογία	Άτυπος ή μη καρδιογεννής πόνος στο στήθος
Πνευμονολογία	Σύνδρομο υπεραερισμού
Λοιμώδεις ασθένειες	Σύνδρομο χρόνιας (μεταϊικής) κόπωσης
Νευρολογία	Κεφαλαλγία τάσης
Οδοντιατρική	Δυσλειτουργία της κροταφογναθικής άρθρωσης
	Άτυπος πόνος στο πρόσωπο
Ωτορινολαρυγγολογία	Σύνδρομο Globus
Αλλεργιολογία	Πολλαπλή χημική ευαισθησία

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Μοντέλα Επικοινωνίας κατά Szasz και Hollender (όπως αναφέρεται στο 29, σ.5)

Μοντέλο επικοινωνίας	Ρόλος ιατρού	Ρόλος ασθενή
Ενεργητικότητας-Παθητικότητας	Απόλυτος έλεγχος	Ανίκανος να αντιδράσει
Καθοδηγούμενης Συνεργασίας	Καθοδηγεί τον ασθενή	Συνεργάζεται με τυφλή υπακοή
Αμοιβαίας Συμμετοχής	Βοηθάει τον ασθενή να βοηθήσει τον εαυτό του, ενσυναίσθηση	Συνεργατική συμμετοχή

ΣΧΗΜΑ 2. Τυποποιημένο μοντέλο συνεργασίας PREPARED.⁴¹





ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Μη φαρμακολογικές στρατηγικές που συμβάλουν στην αντιμετώπισή του Λ.Σ.Σ.⁴³⁻⁴⁵

Προγραμματισμός των σημαντικότερων εργασιών τις ώρες που ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα
Σωστή ενυδάτωση
Ισορροπημένη διατροφή
Προτεινόμενες ιστοσελίδες ενημέρωσης για αποφυγή παραπληροφόρησης
Αποφυγή αγχωδών και πολυαισθητηριακών καταστάσεων
Χρήση συμπληρωμάτων διατροφής
Διαλογισμός
Απαλό μασάζ
Τεχνικές χαλάρωσης
Γνωσιακή θεραπεία βασισμένη στην ενσυνειδητότητα