

ΧΡΥΣΟΥΛΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ  
Δρ Κοινωνιολογίας  
(Λέκτορας Α.Β.Σ.Θ.)

Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	<i>Σελίδα</i>
Πρόλογος	187
Εισαγωγή	189
Μέθοδος	191
A. Οι δύο πλευρές της σχέσης	191
I. Ο άρρωστος	191
II. Ο γιατρός	197
1. Σπουδές	198
2. Ο χώρος δουλειάς	199
B. Συμπεράσματα	205
I. Η ασθένεια	206
II. Η «εξουσία» του γιατρού	207
III. Ιατρική: Μύθοι και πραγματικότητες	208
Παραρτήματα	211
I. Προγράμματα σπουδών Ιατρικών Σχολών	213
1. Ιατρική Σχολή ΑΠΘ	213
2. Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Paris V	217
A. Κλινική Cochin-Port Royal	217
B. Κλινική Paris-Ouest	217
II. Συγκριτικός πίνακας στάσεων (του L. V. Thomas)	219
Βιβλιογραφία	221



## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η σύντομη «εισαγωγή» (γιατί περί απλής εισαγωγής πρόκειται ...) που ακολουθεί πάνω στο θέμα της θεραπευτικής σχέσης στη σύγχρονη κοινωνία (συγκεκριμένα στην ελληνική κοινωνία), έχει σαν αφετηρία της μία έρευνα που πρότεινα στους φοιτητές του μαθήματός μου «Κοινωνιολογία της Εργασίας» κατά το εαρινό εξάμηνο 1986-87\*. Η αρχική σκέψη ήταν να παρατηρηθεί η θεραπευτική λειτουργία σε εξωτερικά παθολογικά ιατρεία νοσοκομείων της περιοχής Θεσσαλονίκης (μας δόθηκε άδεια από τα Νοσοκομεία Ιπποκράτειο και Παπανικολάου), αφού πρόκειται για «εκλεκτό» πεδίο έρευνας, από πολλές απόψεις, κυρίως γιατί το νοσοκομείο αποτελεί τον αντιπροσωπευτικότερο οργανισμό περίθαλψης της ασθένειας στη σύγχρονη κοινωνία (όπου, εκτός από την ίδια τη σχέση ανάμεσα στον άρρωστο — διαφόρων πληθυσμιακών στρωμάτων, αφού «εισαγωγή» δε γίνεται χωρίς τη σχετική επίσκεψη στο εξωτερικό ιατρείο ... — και τον θεραπευτή του, υπάρχουν συσσωρευμένα «περιστατικά», αλληλένδετα μεταξύ τους που αφορούν τη νοσοτροπία ως προς τον «άρρωστο» στον κατ' εξοχήν χώρο του, την οικονομία και την κοινωνική πολιτική, την ασφάλιση, τη «διαδικασία» — γραφειοκρατία — κλπ.).

Αρχικά, σκοπός μας ήταν να μελετηθεί, κυρίως, η συμπεριφορά των ασθενών τόσο στην αίθουσα αναμονής όσο και μέσα στο ιατρείο καθώς και η συμπεριφορά των γιατρών. Λόγω του περιορισμένου χρόνου που διαθέταμε αλλά και κυρίως λόγω του ότι οι φοιτητές (έξι στον αριθμό) δεν είχαν την κατάλληλη υποδομή για να διερευνήσουν συστηματικά το θέμα, η αρχική ιδέα αυτή εγκαταλείφθηκε κι έγινε συστηματική παρατήρηση μόνο μέσα στα ιατρεία. Ως το τέλος του εξαμήνου είχαμε μερικά στοιχεία από την παρατήρηση αυτή, που όμως δεν είχαν συστηματοποιηθεί ώστε να γίνει και σχετική αξιοποίηση. Από την ερευνητική ομάδα είχε ήδη ξεχωρίσει ο κ. Ν. Παπαδόπουλος. Αποφασίσαμε να συνεχίσουμε την παρατήρηση μαζί και κατά τους θερινούς μήνες για

\* Στην έρευνα αυτή συνεργάστηκε περισσότερο απ' όλους ο τριτοετής φοιτητής Οικονομικού Τμήματος της Α.Β.Σ.Θ. κ. Νίκος Παπαδόπουλος· συγκεκριμένα, εκτός από τη συμμετοχή του στην καθαυτό παρατήρηση στα εξωτερικά ιατρεία (και τις οξυδερκείς σχετικές παρατηρήσεις του που βοήθησαν τόσο την επιβεβαίωση των δικών μου παρατηρήσεων όσο και την προσκόμιση μερικών νέων στοιχείων, μέσα από διάφορα περιστατικά), σ' αυτόν οφείλεται και η μία από τις συνεντεύξεις που πάρθηκαν από τους γιατρούς.

να μπορέσουμε να έχουμε πιο σοβαρά στοιχεία που θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν ώστε να αποτελέσουν μία ενδεικτικής σημασίας κοινωνιολογική προσέγγιση του θέματος, με την ελπίδα να δοθεί η ευκαιρία να γίνει στο μέλλον, βάσει αυτής της προ-έρευνας, μία συστηματική ανάλυση του θέματος (με πολυάριθμο ερευνητικό προσωπικό και συστηματική παρακολούθηση πολλών νοσοκομείων).

Θεωρούμε υποχρέωσή μας να ευχαριστήσουμε όλους τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό που με τον ένα ή τον άλλο τρόπο συνέβαλαν στην πραγματοποίηση της έρευνας.

Ιδιαίτερα, ευχαριστούμε τον κ. Ν. Τσίτση και το Δ.Σ. του Γενικού Νοσοκομείου Γ. Παπανικολάου, το Δ.Σ. του Γενικού Ιπποκράτειου Νοσοκομείου, τους γιατρούς κ.κ. Άθρη Βασίλειο, Καζινάκη Γιώργο, Παπαγεωργίου Αθανάσιο και Σταμούλη Βάσο.

Τέλος, θέλω να προσθέσω όλες τις δυνατές ομαδικές και προσωπικές μου ευχαριστίες στο γιατρό κ. Αστέριο Καραγιάννη που με άπειρους τρόπους βοήθησε, όσο του ήταν δυνατόν, την πραγματοποίηση αυτής της μελέτης.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η θεραπευτική σχέση είναι αδιαφιλονίκητα «ψυχο-κοινωνική»: πρόκειται για τη «συνάντηση» μιας «ειδικής γνώσης» (της ιατρικής) και μιας παθολογικής περίπτωσης (της ασθένειας) που υπάρχουν σε συνάρτηση χιλιάδων άλλων κοινωνικών παραγόντων, όπως π.χ. βάσει ποιων κριτηρίων ορίζεται η κατάσταση «άρρωστος», τη δυνατότητα επίσκεψης, την αντίληψη του γιατρού για τη «φύση» των γνώσεών του και για την προέλευση της συγκεκριμένης ασθένειας, το συγκεκριμένο πλαίσιο μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η συνάντηση κλπ.

Το ότι η υγεία (και η ιατρική) εξαρτώνται από την κοινωνία είναι ταυτολογία. Εκείνο όμως που δεν είναι γενικά αντιληπτό, είναι ότι πρόκειται για πολύ σχετικές και εξαρτώμενες έννοιες, σε αντίθεση με ο,τι είναι διατεθειμένη να παραδεχτεί η κρατούσα άποψη σχετικά με το παθολογικό και το «φυσιολογικό» (πράγμα που είναι ιδιαίτερα κατανοητό σε μερικούς τομείς, όπως π.χ. στην ψυχιατρική—το κλασσικό πια σύγγραμμα του Μισέλ Φουκώ *Η ιστορία της τρέλλας* το έχει προ πολλού αποδείξει...). Στον τομέα της παθολογίας τα πράγματα δεν έχουν διασαφηνιστεί κατ' αυτό τον τρόπο παρ' όλες τις αντιφάσεις (αρκεί π.χ. να διαβάσει κανείς ιατρικά άρθρα της τελευταίας εικοσαετίας πάνω στην ίδια ασθένεια και τον τρόπο αντιμετώπισής της που προτείνουν οι κατά καιρούς ιατρικές «κορυφές»...), γιατί κυριαρχεί γενικά η άποψη πως υπάρχει «επιστημονική» (αλάνθαστη...) γνώση ανεπηρέαστη πάνω στη φυσιολογική και την παθολογική κατάσταση, τη δε αυθεντικότητα διαπίστωσης του υγιούς και του μη-υγιούς την έχει φυσικά ο γιατρός (παρόλο το γνωστότατο στοιχείο του ιατρικού λάθους...).

Αν θελήσουμε να δούμε αυτόν τον τομέα πιο αντικειμενικά και χωρίς προϋδεάσεις, θα διαπιστώσουμε πως η ιατρική αυτή καθαυτή δεν έχει σημειώσει προόδους<sup>1</sup> παρά τη σύγχρονη διάθεση εκλογίκευσης, το ίδιο πέπλο μυστηρίου καλύπτει και τώρα τη θεραπευτική ικανότητα (με διαφορά ότι το λόγο

1. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι ακόμα και η αύξηση του μέσου όρου ζωής οφείλεται σε οικονομικο-κοινωνικούς και όχι καθαυτό ιατρικούς λόγους. Βλ. π.χ. την έρευνα των S. Wolf και J. Bruhn που έγινε το 1970 στις ΗΠΑ πάνω στα αντιφατικά άρθρα κορυφαίων γιατρών από το 1955 ως το 1968 σχετικά με τους παθολογικούς παράγοντες του εμφράγματος του μυοκαρδίου (*La Médecine à la question*).

έχει η επιστήμη κι όχι πια η μαγεία!). Η ανάπτυξη της τεχνολογίας «δωρίζει» διάφορες νίκες που περνούν για «ιατρικές», χωρίς στην πραγματικότητα να κάνουν «θαύματα» (με βασικό σκοπό να κερδηθεί παραπάνω ζωή· είναι γνωστές οι απόπειρες παράτασης π.χ. «ζωής» διαφόρων «ζωντανών-νεκρών»), αφού οι διάφορες «θαυματικές» περιπτώσεις δείχνουν για μια φορά ακόμη όχι την ικανότητα αλλά την ανικανότητα του ανθρώπου πάνω σ' αυτά τα θέματα, ακόμα και σήμερα.

Παρατηρούμε σήμερα, μαζί με τις διάφορες κοινωνικές αλλαγές, και την αλλαγή της ίδιας της εικόνας του γιατρού: από τον «ανθρώπινο» γιατρό (εικόνα που ίσχυσε ως τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο), με τα λίγα μέσα και την πολλή καλή διάθεση και αυτοθυσία, περάσαμε στη σύγχρονη εικόνα του γιατρού «γνώστη», ειδικευμένου, αποτελεσματικού και απόμακρου (όσο πιο «αρμόδιου», τόσο πιο απλησίαστου...): ο Aldrich θεωρεί ότι πρέπει να αναμένουμε την εικόνα του γιατρού-φαντάσματος που θα κυριαρχήσει στο μέλλον, αφού θα κάνει διάγνωση απρόσωπα, από μακριά, χάρη στην υψηλή τεχνολογία (εικόνα που παραβλέπει μεν την ουσία της διαπροσωπικής θεραπευτικής σχέσης, αλλά δείχνει την αγωνία του παρόντος, που πηγάζει άμεσα από το ότι, καταφανώς, κάτι δεν πάει καλά στη θεραπευτική σχέση σήμερα...).

Το ιατρικό επάγγελμα περνάει κρίση: ο γιατρός, κατάκοπος από τα καθήκοντά του, όλο και πιο πιεσμένος από τη διοίκηση, βλέπει τόσο το παλιό γόητρό του να χάνεται, όσο και την αμοιβή του να είναι πολύ χαμηλότερη από κάποιου ειδικευμένου τεχνικού (κι αυτό είναι ίδιο όλων των δυτικών χωρών...). Το αν το σύστημα υγείας απασχολεί τόσο πολύ την Ελλάδα σήμερα, ιδίως μετά την προσπάθεια εφαρμογής του ΕΣΥ, δεν οφείλεται μόνο στην ελληνική ιδιομορφία: πρόκειται για ένα θέμα κείριο, σε κάθε κοινωνία σημαντικότερο (γιατί έχει σχέση με ο,τι πολυτιμότερο έχει ο άνθρωπος, την «υγεία» του), που εμπλέκει πολλούς παράγοντες (νομικούς, πολιτικούς, οικονομικούς, κοινωνικούς, ιδεολογικούς κλπ.), συχνά πολύ ανταγωνιστικούς μεταξύ τους και δύσκολο να έρθουν σε συμβιβασμό. Βέβαια, την εποχή που έγινε η έρευνα, είχε αρχίσει να ισχύει στην Ελλάδα το νέο θεσμικό πλαίσιο (ΕΣΥ), κι αυτό κάθε άλλο παρά ανώδυνα. Πολλά από τα θέματα που υπέπεσαν στην αντίληψή μας, κατά την παρατήρηση, είχαν άμεση σχέση με την πολιτική τοποθέτηση (κι ανάλογη δυσαρέσκεια ή ικανοποίηση) των διαφόρων παραγόντων (όλα τα κατανοούσαν λίγο-πολύ σε σχέση με το σύστημα αυτό). Η έρευνά μας έχει προσπαθήσει (όσο αυτό είναι δυνατόν) να ξεπεράσει αυτό το πλαίσιο: μ' αυτό δεν εννοούμε ότι είναι δυνατό να ισχυριστεί κανείς σοβαρά ότι μπορεί να ξεπεραστεί το θεσμικό πλαίσιο από μία μελέτη που θέλει να λέγεται κοινωνιολογική: απλά, θεωρούμε ότι υπάρχουν ορισμένα προβλήματα σχετικά με τη θεραπευτική σχέση στη σύγχρονη κοινωνία, πέρα από την ελληνική ιδιαιτερότητα, τα οποία ξεπερνούν τη νομοθετική διευθέτηση (είναι ακριβώς θέματα «νοοτροπίας») σε



κάθε σύγχρονη κοινωνία...) και των οποίων τις διαστάσεις προσπαθούμε να εντοπίσουμε.

## ΜΕΘΟΔΟΣ

Η μέθοδός μας ήταν η απλή παρατήρηση. Στα εξωτερικά ιατρεία είναι συνηθισμένο φαινόμενο να υπάρχουν πολλά άτομα (γιατροί, φοιτητές, ειδικεύομενοι, νοσοκόμες κλπ.). Η άσπρη ιατρική μπλουζα των παρατηρητών έκανε να περνούν απαρατήρητοι από τους ασθενείς. Βέβαια, το ίδιο δε συνέβαινε και με τους γιατρούς (καθώς και μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού), πράγμα που συχνά τους οδηγούσε στον αυτοέλεγχο (διάφορες παρατηρήσεις τους έδειχναν ότι το γεγονός δεν περνάει απαρατήρητο, ούτε ότι τους είναι πάντα ευχάριστο... — παρ' όλο που βασική προϋπόθεση για την παρατήρηση ήταν να την αποδεχτεί ο γιατρός...)· ο αυτοέλεγχος αυτός αφορούσε κυρίως την αποφυγή πολιτικών τοποθετήσεων και καμιά φορά την ανθρωπινή συμπεριφορά — κυρίως στην περίπτωση του νοσηλευτικού προσωπικού — και μπορούμε έτσι να θεωρήσουμε ότι τα βασικά στοιχεία δεν άλλαζαν κατά την παρατήρηση.

## A. ΟΙ ΔΥΟ ΠΛΕΥΡΕΣ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ

### I. Ο άρρωστος

Το παθολογικό εξωτερικό ιατρείο είναι ιδανικός χώρος για την προσπάθεια «σκιαγράφησης» της εικόνας της ασθένειας (ανάλογα με την κοινωνία και την κοινωνική τάξη, αλλά και ανάλογα με την προσωπικότητα των ατόμων, τα ίδια συμπτώματα μπορεί να θεωρηθούν «αρρώστια» ή απλώς «αδιαθεσία» ή και να μη λειφθούν υπόψη...). Τα ιατρεία αυτά επισκέπτονται:

Από πλευράς πάθησης, άνθρωποι που δεν έχουν ακόμα εντοπίσει το ποιας ειδικότητας γιατρό πρέπει να επισκεφτούν για διάφορα προβλήματα («πάσης φύσης») και που μπορεί στην πραγματικότητα να χρειάζονται από καρδιολόγο μέχρι ψυχίατρο (υπάρχει επομένως ποικιλία περιπτώσεων και δυνατότητα εκτίμησης όλου του φάσματος συμπεριφοράς σε σχέση με το «παθολογικό» — συχνά πρώτη επαφή μ' αυτό, φόβος και άγνοια...)· ή που έστω κι αν ξέρουν ότι πρέπει να δουν άλλης ειδικότητας γιατρό, δεν μπορούν εκείνη την ώρα (λόγω του «επείγοντος» του περιστατικού και της σχετικά μεγαλύτερης άνεσης — από πλευράς ευκολίας του ραντεβού — στην επίσκεψη του παθολογικού ιατρείου το οποίο λειτουργεί καθημερινά)· τέλος υπάρχουν τα «φυσιολογικά» περιστατικά εκείνων που πρέπει να επισκεφτούν τον παθολόγο (κι εδώ ανήκουν και τα περιστατικά «ρουτίνας» αρρώστων που έχουν ήδη ιστορικό πάνω στη δεδομένη πάθηση κι έρχονται για την τακτική απαραίτητη παρακολούθηση ή την ανανέωση της θεραπείας...).

Από πλευράς κοινωνικής προέλευσης. Χωρίς να έχουμε συγκεκριμένες στατιστικές κατηγορίες, το κοινό που επισκέπτεται τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων είναι μικτό (όπως προκύπτει και από τα βιβλιάρια υγείας). Εκτός ολίγων «πεπεισμένων» ιδεολογικά για το απαραίτητο (και την αξία) της εξέτασης στο νοσοκομείο, οι άνθρωποι είναι συνήθως αναγκασμένοι να το επισκεφτούν λόγω συνθηκών: οι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ έχουν τα δικά τους πολυιατρεία, η εξέταση στο νοσοκομείο τους αφορά μάλλον εξαιρετικά (εισαγωγική) ΟΓΑ, ΤΕΒΕ, Δημόσιο είναι τα πιο συνηθισμένα ταμεία που επισκέπτονται το νοσοκομειακό ιατρείο (όταν δεν υπάρχει δυνατότητα να επισκεφτεί κανείς «δικό του» γιατρό σε εξω-νοσοκομειακό ιατρείο, όπου θα έχει διαφορετική — φιλικότερη και πιο «ανθρώπινη» — επαφή με το θεραπευτή στον οποίο έχει εμπιστοσύνη...). Το κοινό δηλαδή αυτό που καταφεύγει στο απρόσωπο εξωτερικό νοσοκομειακό ιατρείο είναι αρκετά αντισπρωπευτικό για το είδος της έρευνάς μας.

Το κοινό αυτό κάνει την πρώτη του επαφή με το νοσοκομειακό χώρο (πριν επισκεφτεί το εξωτερικό ιατρείο) και η επαφή αυτή είναι αρνητική σύμφωνα τουλάχιστον με τις κρατούσες αντιλήψεις σήμερα<sup>2</sup>: με την αγωνία για την προσωπική του περίπτωση σ' ένα χώρο που είναι συγκεντρωμένος ο ανθρώπινος πόνος: αναπηρικά καροτσάκια, παιδιά που κλαίνε, γέροντες ανήμποροι, συγγενείς που φωνάζουν, διάχυτος εκνευρισμός (ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων επηρεάζονται αρνητικά — όπως έδειξαν οι συνομιλίες μαζί τους στις αίθουσες και διαδρόμους αναμονής — στη θέα «εσωτερικών ασθενών» που κατέβηκαν «να κάνουν μια βόλτα, για να περάσει η ώρα»· επισημαίνουμε, ότι σ' αυτό το στάδιο, δεν αναφερόμαστε στο «δικαιολογημένο» ή όχι αυτών των στάσεων· απλά διαπιστώνουμε καταστάσεις...). Η κουβέντα στην αίθουσα αναμονής (όπου ακούγονται όλες οι δυνατές «περιπτώσεις», όλα τα δυνατά «γιατροσόφια» — είναι χαρακτηριστικό ότι ο κόσμος πάει στο γιατρό που είναι επίσημα αναγνωρισμένος σαν ειδικός, αλλά βλέπει και τον «πρακτικό»), πιστεύει και σε διάφορα «ειδικά ινστιτούτα»<sup>3</sup>... — κι όλα τα δυνατά «παράπονα» για την κατάσταση που επικρατεί, για τη συμπεριφορά των αδελφών κλπ.) δείχνει το πόσο «εκλεκτός» είναι αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης δύσκολων καταστά-

2. Σ' αυτό όμως το σημείο που έχει σχέση με τον σύγχρονο αποκλεισμό του αρρώστου θα επανέλθουμε σε επόμενη παράγραφο.

3. Πολλές φορές οι άρρωστοι αναφέρουν στους γιατρούς τι τους είπαν σε κάποιο Ινστιτούτο (κερδοσκοπικό, ιδιωτικής πρωτοβουλίας...), που μερικές φορές έρχεται σε αντίθεση με ο,τι τους λέει ο νοσοκομειακός γιατρός (δυσχεραίνοντας έτσι το έργο του...). Σ' αυτές τις περιπτώσεις οι αντιδράσεις των γιατρών (τελείως εξάλλου δικαιολογημένες...) είναι από το να μη δώσουν σημασία μέχρι την ελαφρά ειρωνία (η οποία σπάνια γίνεται αντιληπτή από τον άρρωστο...).

σεων με τη συνομιλία (φιλική συνομιλία με συμπάσχοντες, επιβεβαίωση ότι κι άλλοι βρίσκονται στην ίδια θέση...).

Αυτό είναι το γενικό κλίμα, ως τη στιγμή που θάρθει η σειρά του για την εξέταση. Έχει τότε να αντιμετωπίσει αρχικά το χώρο εξέτασης, που ειδικά στο νοσοκομείο είναι «δύσκολος»: πρόκειται για ένα δωμάτιο, όπου εξετάζουν δύο γιατροί (συχνά παρευρίσκονται περισσότεροι...) κι επομένως υπάρχει τις περισσότερες φορές κι άλλος ασθενής. Αντικρίζει δηλαδή ο εξεταζόμενος ένα σύνολο ανθρώπων (πολλοί από αυτούς φοράνε άσπρη μπλούζα, πολλοί — προσωπικό και μη — μπαινοβγαίνουν από τη βολική για τέτοιες περιπτώσεις πίσω πόρτα, ενώ υπάρχουν και οι «τυχεροί;» που έχουν έρθει να εξεταστούν με τη μεσολάβηση κάποιου συγγενικού τους προσώπου μέλους του νοσοκομειακού προσωπικού...) και συχνά δεν ξέρει σε ποιον απ' όλους πρέπει να απευθυνθεί. Στις πιο πολλές περιπτώσεις δεν του ζητείται (δεν υπάρχει και χρόνος...) να καθίσει (κάτι που δεν συμβαίνει παντού — και κυρίως όχι στα κατά κάποιον τρόπο «πρότυπα» νοσοκομεία, όπως π.χ. του Παπανικολάου, που όμως είναι και η εξαίρεση...). Έτσι στα «γρήγορα» και στα «όρθια» πρέπει να αναφερθεί στα «συμπτώματα» της αδιαθεσίας του μέχρι να φτάσει στη στιγμή της καθαυτού εξέτασης (αν χρειαστεί...).

Ένας παραπάνω λόγος για να αισθάνεται «μειωμένος», ενώ στη γενική σύγχυση προστίθεται η αμηχανία του και η ανικανότητα να εκθέσει (για μεγάλο ποσοστό) με συντομία και σαφήνεια την ακριβή κατάστασή του<sup>4</sup>, πράγμα που οφείλεται μερικά μόνο στην γραμμαματοσύνη ή στην έλλειψη συγκεκριμένων γνώσεων (χωρίς να εννοούμε ότι και ο παράγοντας αυτός δεν είναι σημαντικότατος: η αμάθεια είναι τρομερή ακόμα και για βασικά πράγματα· π.χ. ρωτάει ο γιατρός τον ασθενή αν «κάνει θεραπεία» κι εκείνος απαντάει «όχι»· στη συνέχεια όταν φαίνεται και από το βιβλιάριο υγείας ότι υπάρχει ήδη σχετική συνταγή, και ο γιατρός ξαναρωτάει διαφορετικά: «δεν παίρνεις το τάδε χάπι;»), ο ασθενής κατανοεί το νόημα της ερώτησης και απαντάει («ναι»!). Παρατηρείται δηλαδή στο νοσοκομειακό ιατρείο παντελής έλλειψη βασικών στοιχείων της θεραπευτικής σχέσης (σαν ολότητα...): της προσωπικής δηλαδή επαφής και του χρόνου για πλήρη κατανόηση κάθε περίπτωσης. Ο γιατρός αντιμετωπίζει «συμπτώματα» κι όχι ασθενείς (όπως ήδη αναφέραμε, πρόκειται και για την κυρίαρχη σήμερα αντίληψη, όπου προέχει η τεχνική πλευρά του θέματος — βάσει

4. Κάτι που δεν συμβαίνει στο Γενικό Νοσοκομείο Παπανικολάου, το οποίο είναι πιο απομακρυσμένο και δέχεται λιγότερο κόσμο (ακόμα και τις μέρες γενικής εφημερίας του, σε αντίθεση με τα νοσοκομεία που βρίσκονται μέσα στην πόλη...). Σ' αυτό συχνά οι ασθενείς (κάτοικοι της γύρω περιοχής...) γνωρίζονται με τους γιατρούς με τους οποίους συνομιλούν με κάποια «οικειότητα»· βρίσκονται σε «οικείο» χώρο (αδιαφιλονίκητο πλεονέκτημα της αποκέντρωσης!).

της λογικής του κυρίαρχου «ορθολογισμού»...). Επιπλέον, δεδομένης της μεγάλης κατηγορίας των «αμαθών» ασθενών, ο γιατρός έχει συνηθίσει, εκτός από το αυταρχικό ύφος που ούτως ή άλλως έχει (του το επιβάλλει ο ρόλος που καλείται να παίζει στη σύγχρονη κοινωνία, όπως συχνά συμβαίνει π.χ. και με το δάσκαλο κλπ.), να μιλάει στον ενικό. Βέβαια οι γιατροί υποστηρίζουν ότι πρόκειται για ένα τρόπο φιλικότερης προσέγγισης (αφού πολύ συχνά έχουν συναντήσει περιπτώσεις όπου όταν μιλούν στον πληθυντικό, π.χ. «τι αισθάνεστε», παίρνουν την απάντηση «αισθανόμαστε»...): έχουμε την εντύπωση ότι αυτό δεν ευσταθεί ή εν πάση περιπτώσει δείχνει την ιατρική «προκατάληψη» ως προς το κοινό (δεν υπάρχει χρόνος να αντιμετωπίζεται κάθε περίπτωση με την ατομική της ιδιαιτερότητα, έτσι γενικεύεται η κατηγορία «άρρωστοι» σε «αμαθείς» ή «απλοϊκοί»...). Είναι ο ενικός προς κατώτερο (σε κάποιον που θεωρείται κοινωνικά κατώτερος λόγω μειωμένων κοινωνικών δυνατοτήτων: παιδί, εργάτης, άρρωστος...)· ενώ βέβαια η συμπεριφορά των αρρώστων δείχνει σεβασμό τις περισσότερες φορές (ακόμα κι όταν εκφράζεται μ' εκείνο το χαρακτηριστικό για την ελληνική κοινωνία «γιε μου» ή «παιδί μου»...). Εν ολίγοις, ο πάσχων (μέσα στο συγκεκριμένο τουλάχιστον χώρο) δεν έχει γενικά δικαίωμα στο σεβασμό της προσωπικότητάς του (έτσι όπως κατανοούμε το σεβασμό αυτό σε σχέση με τα κρατούντα κοινωνικά πρότυπα...). Σπάνιες είναι οι περιπτώσεις γιατρών που χρησιμοποιούν κάποιες φορές πληθυντικό (ύστερα από λίγο ξεχνιούνται, για να χρησιμοποιήσουν πάλι τον οικείο τους ενικό..., ο οποίος σημειωτέον αποτελεί κανόνα για το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο κατ' επέκταση αισθάνεται σ' ένα είδος θέσης εξουσίας: δεν λείπουν από μέρους του τα σχόλια, όπως «σα κρεμμύδι είσαι ντυμένη γιαγιά», τα ειρωνικά χαμόγελα, τα υπονοούμενα πίσω από την πλάτη κάποιου «παράξενου»· αναμφισβήτητα, είναι κι αυτός ένας τρόπος να διασκεδάσει κανείς το δύσκολο αυτό επάγγελμα κι η αλήθεια είναι ότι πολλοί ασθενείς έχουν δυσκολίες: στην κίνηση, στην έκφραση, στο ντύσιμο, στην κατανόηση, γενικά στην επικοινωνία τους με το περιβάλλον· είναι όμως γι' αυτό απαραίτητο το προσωπικό που έρχεται σ' επαφή με το κοινό αυτό να έχει κι ορισμένα βασικά «προσόντα»· πάνω απ' όλα να κατανοήσει ότι, ασχέτως παθολογικής σοβαρότητας, υπάρχουν ανθρώπινες δυσκολίες ιδιαίτερα αυξημένες στους πάσχοντες. Την ίδια σχεδόν συμπεριφορά δείχνουν αρκετές φορές και οι συνοδεύοντες τον άρρωστο συγγενείς που υποτίθεται ότι έχουν μεγαλύτερη «διαύγεια»· ανταλλάσσουν χαμόγελα «συνενοχής» με τη νοσηλεύτρια ή εκφράζονται υποτιμητικά για τον άρρωστο τους για να δείξουν οι ίδιοι «εντάξει»...).

Άσχετα με τις ιατρικές συμβουλές που προσφέρονται στον άρρωστο (τις περισσότερες φορές εν είδει «συνταγής»), όταν μερικές φορές ο γιατρός προτείνει σαν βασικό τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας την αλλαγή διαιτολογίου, αντιμετωπίζεται με κάποια δυσπιστία: ο κόσμος συνηθίζει να περιμένει

το «φάρμακο» σα μόνη λύση· έτσι, ακόμα και να θέλει ο γιατρός να καταργήσει στην πράξη αυτή τη συνήθεια, έρχεται αντιμέτωπος με την κρατούσα αντίληψη... Η ατμόσφαιρα που περιγράφτηκε σε πολύ γενικές γραμμές πιο πάνω δεν βοηθάει, αφού τις περισσότερες φορές ο ασθενής θα αισθανθεί (με τον έναν ή τον άλλον τρόπο) «άσχημα» (σε βαθμό ανάλογο με την «ευαισθησία» καθενός), μέχρι να του δοθεί η «περίθαλψη» που δικαιούται (κι αυτό σα μέρος αναπόσπαστο του «παιχνιδιού»). Πρόκειται βέβαια για ένα «φαύλο κύκλο», όπου το κοινό που επισκέπτεται το εξωτερικό νασοκομειακό ιατρείο έχει αναγκαστικά περιορισμένες «ιατρικές» (όπου περιλαμβάνονται και γενικής «υγιεινής») γνώσεις· το προσωπικό των εξωτερικών ιατρείων είναι προετοιμασμένο να δεχτεί ένα τέτοιο κοινό, και τίποτα δεν βοηθάει ν' αλλάξει αυτή η αντίληψη (ούτε οι διάφορες εξαγγελίες για το σύστημα υγείας γενικά, ούτε και οι μεμονωμένες ξεχωριστές περιπτώσεις — ίσως με την αλλαγή της σχετικής νοστοπρίας να επέλθει τελικά αλλαγή σ' αυτόν τον τομέα...). Η ν ο ο τ ρ ο π ί α (που υπαγορεύει τις συμπεριφορές πέρα από τη συγκεκριμένη κάθε φορά δυναμική αντίδραση) είναι καθοριστικός παράγοντας.

Θέλοντας να επισημάνουμε μερικά βασικά χαρακτηριστικά σχετικά με την κατηγορία «ασθενής», παρατηρούμε τα εξής:

Ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών είναι γυναίκες (ένα χαρακτηριστικό ποσοστό είναι περί τις είκοσι δύο γυναίκες στο συνολικό αριθμό των τριάντα πέντε περίπου ατόμων που εξετάζονται κάθε μέρα, η αναλογία δηλαδή φτάνει τα 2/3...). Δεν έχουμε σαφείς εκτιμήσεις για την κοινωνιολογική αξιολόγηση αυτού του φαινομένου (αν οφείλεται δηλαδή απλά στην αριθμητική υπεροχή του γυναικείου πληθυσμού ή στη μεγαλύτερη «παθογένεια» του ή αν μπορεί να συνδυαστεί με τον παράγοντα «διαθέσιμο χρόνο»...). Συνήθως οι εξεταζόμενοι δεν κρύβουν την ταραχή τους (πράγμα που συχνά αντιμετωπίζεται από τους γιατρούς σαν ενδογενές στοιχείο της παθολογικής τους κατάστασης, ενώ πρόκειται, για ένα μεγάλο μέρος, για μια «φυσιολογική» συναισθηματική αντίδραση κάποιου που συχνά αγνοεί τους λόγους διαταραχής της υγείας του ή τους κατανοεί ελλειπέστατα ή και τελείως εσφαλμένα· αντιμετωπίζεται δηλαδή η ασθένεια από τον άρρωστο συνήθως σα μια άσχημη κατάσταση που δεν μπορεί να ελέγξει λογικά — ο ρόλος του «λογικού ελέγχου» ανήκει στο γιατρό ...). Ταυτόχρονα, έρχονται σ' επαφή μ' ένα γενικά δυσάρεστο (κοινό, απρόσωπο...) χώρο (διαπιστώνουμε απλά σ' αυτό το στάδιο την ύπαρξη του «δυσάρεστου περιβάλλοντος» σύμφωνα με τα κοινά παραδεκτά): είναι δυσάρεστος, όπως προαναφέρθηκε, από πολλές απόψεις (αρνητική προδιάθεση, έντονο «δραματικό» στοιχείο — όπως π.χ. πρόσφατα αίματα στο διάδρομο, αναπηρικές καρέκλες, κρεβάτια με κάποιο ασθενή που συνοδεύεται από τον ορό — και βέβαια αυτή η αντιμετώπιση όλων αυτών των αναπόφευκτων καταστάσεων

οφείλεται κυρίως στις κρατούσες αντιλήψεις που αντί να εκλογικεύσουν, μυθοποιούν την ασθένεια). Ο ασθενής πάρα πολλές φορές καταλαμβάνεται από φόβο που κυρίως οφείλεται στην άγνοια: δεν πρόκειται όμως μόνο για την «απλή» άγνοια ιατρικών όρων και γενικών κανόνων «υγιεινής»: πρόκειται για μια ιδεολογική «συσκότιση» που καλύπτει την παθολογική (μη φυσιολογική) κατάσταση μ' ένα πέπλο δυσάρεστης μυστικότητας ανάμικτης με τη χαρακτηριστική παθητική αντιμετώπιση που πηγάζει από τη λαϊκή θυμοσοφία (από την αυθόρμητη άρνηση «αχρείαστα νάναι» μέχρι την καρτερική διαπίστωση «όλα για τους ανθρώπους είναι», οι δυνατότητες που προτείνει η σύγχρονη κοινωνία μας για την αντιμετώπιση του «πόνου», που είναι το ίδιο σημαντική με την τεχνική επέμβαση του γιατρού, είναι πολύ περιορισμένες...). Έτσι, κι άσχετα με τη σοβαρότητα της κατάστασής του (που όπως είπαμε ο άρρωστος δεν γνωρίζει ακριβώς, αλλά φοβάται και περιμένει το χειρότερο — π.χ. υπάρχει συχνά ο φόβος μήπως χρειαστεί «εγχείρηση»...), η ανησυχία είναι δικαιολογημένη. Εκδηλώνεται από την απλή αμηχανία (παραπατήματα, κοκκίνισμα, τραύλισμα, τρεμούλιασμα...) που μπορεί να οξυνθεί κι από τις ιδιαίτερες συνθήκες της στιγμής (π.χ. εκνευρισμός ή απότομη και ειρωνική προσέγγιση της νοσηλεύτριας ή του γιατρού, τήρηση ή όχι των κανόνων αστικής κοσμιότητας — π.χ. υπάρχουν τα κρεβάτια εξέτασης που έχουν κουρτίνες και που μέσα στο γενικό αναβρασμό κι αναλόγως περιστάσεων άλλοτε κλείνονται κι άλλοτε όχι, ενώ μερικές φορές, κατά το διάστημα που ο άρρωστος περιμένει για να εξεταστεί, αλλάζει ο εξεταστής και πρέπει να ξαναεξηγήσει την κατάστασή του από την αρχή: ασθενείς φτάνουν στα σιωπηλά κλάμματα — μερικές φορές όταν τους δίνεται χρόνος για κάτι τέτοιο, όταν π.χ. λόγω διαφόρων συμβάντων διακόπηκε η εξέταση ασθενή περί τα 10'). Είναι ένας χώρος όπου ο πάσχων βλέπει τον εαυτό του θλιβερό τίποτα μέσα σε μια γενική δυναμική που του είναι ξένη (την ψιλοκουβέντα νοσοκόμων ή γιατρών — μέρος της ανάγκης επικοινωνίας σε κάθε εργασιακό χώρο — σχετικά με πράγματα που δεν τον αφορούν, όπως το πότε θα δοθεί το πασχαλινό «δώρο» ή πότε θα οργανωθεί η επόμενη έξοδος για «ούζα», η παρέμβαση διοικητικού προσωπικού για διευθέτηση κάποιου χαρτιού που εκκρεμεί, ή η απασχόληση για κάποιο πρόβλημα «εκτός ραντεβού», ακόμα και κάποιου διαφημιστή που θα εισβάλει ανάμεσα σε δύο εξετάσεις — χρονοδιάστημα όμως που ειδικά στην περίπτωση ενός μεγάλου νοσοκομείου δεν είναι ξεκαθαρισμένο — προτείνοντας τα καινούρια φάρμακα που τον έστειλε να πλασάρει κάποια φαρμακοβιομηχανία). Έχει δηλαδή την αίσθηση ότι ο χρόνος που του αναλογεί είναι ένα βιαστικό τίποτα, όπου θα πρέπει να δώσει όσο πιο γρήγορα γίνεται τα «συμπτώματά» του για να του προσφέρουν «αναλύσεις» ή φάρμακα...

Εκείνο που φαίνεται να έχει καταλάβει η πλειονότητα των εξεταζομένων (από την ενγένη στάση που κρατά) είναι ότι πρόκειται για μια δυσάρεστη

στιγμή που πρέπει να αντιμετωπιστεί υπομονετικά για να αποφευχθεί και το ενδεχόμενο εκνευρισμού κάποιου μέλους του προσωπικού· φυσικά δεν λείπουν κάποιοι ανυπόμονοι που έχουν επιθετική συμπεριφορά (ως προς την ώρα της επίσκεψής τους ή τη σειρά που κατά τη γνώμη τους δεν τηρείται), ως προς την οποία η αντίδραση του προσωπικού είναι απρόβλεπτη (π.χ. έτυχε νοσηλεύτρια ν' αφήσει κάποια ασθενή που φώναζε να περιμένει παραπάνω «για να μάθει: όσο πιο πολύ φωνάζει, τόσο περισσότερο την αφήνω να περιμένει»!!).

Χρειάζεται οπωσδήποτε υπομονή για να αντιμετωπιστεί όλη εκείνη η προστατευτική συμπεριφορά από κάθε πλευρά:

α) *Του γιατρού* (όσον αφορά τα «συμπτώματά» του), που συχνά «μαλώνει» αυστηρά γιατί ο ασθενής παράβλεψε κάποια σημαντική «εντολή» (παράληψη σχετικής δίαιτας ή επίσκεψης κατά τακτά διαστήματα ή λήψης φαρμάκων κλπ.). Έχει συνηθίσει να παίζει αυτό το ρόλο· χωρίς αυτό να γίνεται συνειδητά αποδεκτό, ο άρρωστος θεωρείται κοινωνικά «περιθωριακός» (συχνά αντιμετωπίζεται σαν το «κακό παιδί» είτε έφταιξε, είτε όχι!).

β) *Της νοσοκόμας* (όσον αφορά κυρίως το παρουσιαστικό και τη συμπεριφορά του), που συχνά είναι ειρωνική.

γ) *Του συνοδού* (συγγενικού προσώπου). Είναι το πρόσωπο που βρίσκεται εκεί επειδή οι ικανότητες του αρρώστου θεωρούνται περιορισμένες (γέροντας ή ανήλικος ή ανήμπορος) ή επειδή πιθανόν να αναμένεται («κακή διάγνωση»). Πολύ σωστά, πολλοί γιατροί κατανοούν ότι η τρίτη παρουσία μάλλον δυσκολεύει τα πράγματα — όσο οικείο και αν είναι ένα πρόσωπο, δεν μπορεί να ταυτιστεί με τον ίδιο τον άρρωστο και πολλές φορές τον εμποδίζει να εκφράσει την πραγματικότητα — και ζητούν στο συνοδού να μείνει έξω (κάτι που τις περισσότερες φορές αυτός ο τελευταίος δεν έχει καμιά διάθεση να κάνει και, αναλόγως των περιπτώσεων και της επιμονής που διαθέτει, καταφέρνει να παραμείνει...). Στις περιπτώσεις που παραμένει, φορτίζει την ατμόσφαιρα: υποκαθιστώντας κάθε επικοινωνία του αρρώστου με το γιατρό, «συμμαχώντας» με τη νοσηλεύτρια με ματιές γεμάτες νόημα σχετικά μ' αυτό το «ενοχλητικό φορτίο» (τον άρρωστο), παίζοντας συχνά το ρόλο του μάρτυρα («εμείς τα τραβάμε που δεν ακούει», «δεν καταλαβαίνει ότι εμάς κουράζει» κλπ.).

Πρόκειται αναμφισβήτητα για μια ατμόσφαιρα που, όσον αφορά τον άρρωστο και για τους λόγους που συνοψίσαμε, είναι «δραματική». Ο πάσχων φτάνει, αναλόγως της ευαισθησίας του, να νιώθει ως και εν οχέος για την «ανώμαλη» φυσική του κατάσταση, της οποίας ενδεχόμενα οι αιτίες τις περισσότερες φορές του διαφεύγουν!

## II. Ο γιατρός

Όπως είδαμε από τα παραπάνω, η σχέση άρρωστος - γιατρός (δυναμική

και πρωταρχική), στο χώρο του εξωτερικού ιατρείου «διασπάται» από όλο αυτό το πλαίσιο που περιλαμβάνει πολλά ακόμη πρόσωπα και άλλες διαπροσωπικές σχέσεις, με αποτέλεσμα να είναι ένα απλό μέρος (συχνά το πιο «βραχύ») από πλευράς χρόνου) της όλης διαδικασίας (παρόλο που θεωρητικά όλα στρέφονται γύρω από αυτή την προνομιακή στιγμή — στις μέρες μας απλουστευμένη και ουσιαστικά τεχνική — της επαφής του άρρωστου με το θεραπευτή του). Δηλαδή, ενώ είναι ιδεολογικά πρωταρχικός ο ρόλος του γιατρού, αυτός καθεαυτός, στη σύγχρονη τεχνοκρατική κοινωνία (όπου η ιατρική γνώση — και το άλλοτε παραδεκτό «ταλέντο» — σημαίνει κυρίως τεχνική κατάρτιση...) είναι απλά εκείνος του «κρίκου» στην αλυσίδα της θεραπευτικής διαδικασίας, η οποία βέβαια εμπλέκει και άλλους σημαντικούς παράγοντες (οικονομικούς, κοινωνικούς, ιδεολογικούς, ψυχικούς κλπ.), εκτός από τη συγκεκριμένη θεραπευτική αγωγή (η οποία τελικά είναι συνάρτηση τόσο της διάθεσης του άρρωστου να γιατρευτεί και της πίστης του στη συγκεκριμένη διαδικασία όσο και της πραγματικής επίδρασης του «γιατρικού»: κάτι που το γνωρίζουν και οι ίδιοι οι γιατροί — οι γνώμες δίστανται μόνο στη σημασία που δίδεται στο γεγονός — όταν χρησιμοποιούν τα διάφορα «placebos»).

Φυσικά το σκέλος «γιατρός» της σχέσης υπάρχει και δρα μέσα σ' ένα δεδομένο πλαίσιο που αρχίζει από τις πανεπιστημιακές σπουδές (για να μην αναφερθούμε σε άλλους παράγοντες υποδομής, τους οποίους δεν μπορεί να εκτιμήσει η παρούσα εργασία...) και καταλήγει στην επαφή του με τον άρρωστο (με σκοπό τη βελτίωση και την παράταση της ζωής του), μέσα σ' ένα ειδικό πλαίσιο και με πρωταρχικό παράγοντα (άσχετο αν το παραδέχεται ή όχι) την κρατούσα ιδεολογία, τη σχετική με το τι είναι άρρωστος, τι σημαίνει θεραπεία, ποιος είναι ο ρόλος του γιατρού (ιδεολογία κοινή τόσο στο γιατρό όσο και στον άρρωστο όσο κι αν έχουν διαφορετικούς ρόλους: στην πραγματικότητα και ο ένας και ο άλλος συμπεριφέρονται κατά ένα ορισμένο τρόπο: τον τρόπο που οι άλλοι περιμένουν απ' αυτούς...).

## 1. Σπουδές

Ενδεικτικά επισυνάπτουμε (Παράρτημα I) τα προγράμματα σπουδών ορισμένων ιατρικών σχολών. Υποθέτουμε ότι, εκτός από μερικές εξαιρέσεις, ο βασικός κορμός αναγκαστικά παραμένει ο ίδιος για αρκετά χρόνια. Όπως επιβεβαιώνεται από συνεντεύξεις με Έλληνες γιατρούς, η κρατούσα περί ιατρικής άποψη είναι (έτσι όπως διδάσκεται στο Πανεπιστήμιο) τεχνοκρατική. Η εικόνα που προβάλλεται είναι του γιατρού με τις σαφείς τεχνικές γνώσεις (που συνοψίζεται στην τάση: σύμπτωμα α' φάρμακο χ' ή επέμβαση ψ'...). Οποιαδήποτε διαφορετική προσέγγιση (προσπάθεια κατανόησης κοινωνικού ρόλου του γιατρού, σημασία ψυχολογικού παράγοντα, ισορροπία ανθρώπου - περι-



βάλλοντος κλπ.) οφείλεται αποκλειστικά στην προσωπικότητα του γιατρού, στις προσωπικές του απόψεις και στην προσωπική του έρευνα — καθώς και στο κατά πόσο του φάνηκε χρήσιμο να επιλέξει κάποιο μάθημα («Ψυχολογίας»)<sup>5</sup>. Τα ΑΕΙ ετοιμάζουν καλούς τεχνικούς με τον εξής βασικό προσανατολισμό: Ο ρόλος του γιατρού είναι να καταστήσει τη ζωή όσο το δυνατόν πιο μακρόχρονη (στην πάλη του ανθρώπου με το θάνατο...), και κάθε πόνος ή ανωμαλία έχει χημικό ή μηχανικό αντίδοτο (κι αυτή ακριβώς η τεχνική απάντηση στον πόνο ή την ανωμαλία αποτελεί τη «θεραπεία»).

Πρόκειται και για την κυρίαρχη άποψη σήμερα που κι ο γιατρός (όπως και οποιοσδήποτε άλλος) δεν έχει απομυθοποιηθεί. Σίγουρα, η «Ιστορία της Ιατρικής», που διδάσκεται σαν υποχρεωτικό μάθημα, «απομυθοποιεί» την «αξία» του τεχνικού μέρους (αφού κάθε φοιτητής της Ιατρικής ξέρει πολύ καλά ότι π.χ. η ίδια ασθένεια είχε κατά καιρούς διαφορετικές θεραπείες οι οποίες πολλές φορές ξανάρχονται — κυκλικά! — στη μέδα χωρίς πραγματική «βελτίωση», ή ότι η διάγνωση μπορεί να είναι πολλές φορές εσφαλμένη αν στηριχτεί μόνο στα συμπτώματα κλπ.) και, παρ' όλα αυτά, λίγοι είναι οι γιατροί που θα παραδεχτούν ότι η σύγχρονη αντιμετώπιση δεν είναι απόλυτα σωστή ή η πιο ενδεδειγμένη...

## 2. Ο χώρος δουλειάς

Φτάνουμε τελικά στο «νοσοκομείο» (σ' αυτόν το χώρο με την εντελώς δική του νοοτροπία, όπως έλεγε χαρακτηριστικά ο Goffmann, και που αποτελεί τον κυρίαρχο χώρο αντιμετώπισης της «μη-υγείας» στη σύγχρονη βιομηχανική κοινωνία) σα χώρο δουλειάς. Αυτό που για πολλούς αρρώστους αποτελεί «αποτροπιαστικό» χώρο συγκέντρωσης της ανθρώπινης δυστυχίας, είναι το περιβάλλον ρουτίνας του γιατρού. Ένα μοναδικό σύμπλεγμα — εκτός των άλλων — του «περιθώριου» (ναρκομανείς, αλκοολικοί, φτωχοί, αλήτες..., άνθρωποι πιο επιρρεπείς στην ασθένεια ή εν πάση περιπτώσει σε ορισμένα είδη ασθένειας σύμφωνα με τις στατιστικές — ένας ακόμα λόγος που δείχνει το καθοριστικό κοινωνικό στοιχείο — θα επανέλθουμε...) και της Πολιτείας: ο νοσοκομειακός γιατρός δεν ξενίζεται πια από κάποιο πρόχειρο καταυλισμό Τσιγγάνων ακριβώς έξω από το νοσοκομείο, με σκοπό νάναι κοντά σε κάποιον δι-

5. Υπάρχει σ' όλο το πρόγραμμα σπουδών του ΑΠΘ η δυνατότητα μιας τέτοιας επιλογής: εδώ πρέπει να δούμε και τη νοοτροπία που επικρατεί. Τα πιο δύσκολα μαθήματα είναι τα «τεχνικά», ενώ κάποια επιλογή (Ψυχολογία που υπάρχει ή Κοινωνιολογία — αν υπήρχε) με έμφαση στον ανθρώπινο παράγοντα θα επιλεγόταν αναγκαστικά από τους πιο «αδύνατους» φοιτητές σαν πιο «εύκολη»..., με αποτέλεσμα να διαιωνίζεται η κυρίαρχη άποψη.

κό τους νοσηλευόμενο, από τους συγγενείς κάποιου άλλου που έκαναν μόνιμη δεύτερη κατοικία τους το διάδρομο δίπλα στο θάλαμο ασθενών, από την καθημερινή τραγωδία ανθρώπων που χτυπήθηκαν από ξαφνικό γεγονός — τα επείγοντα περιστατικά που οφείλονται σε κυκλοφοριακά ατυχήματα είναι μόνιμο φαινόμενο... — ως τη σιωπηλή παρουσία καρδιοπαθών και καρκινοπαθών, των αντιπροσωπευτικότερων δειγμάτων («ασθένειας») του βιομηχανικού μας πολιτισμού. Αντιμέτωπος καθημερινά με τον θάνατο, τον οποίο έχει ταχθεί να πολεμά όσο καλύτερα μπορεί! Αυτές οι εικόνες που προδιαθέτουν άσχημα τον επισκέπτη είναι για τον γιατρό καθημερινότητα. Όπως καθημερινότητα είναι και το νοσοκομείο — οργανισμός με πολλαπλές υπηρεσίες, γραφειοκρατία και οργανωτικά προβλήματα (διοίκηση — επικοινωνία μερών κλπ.)· η προσπάθεια αποκέντρωσης που έχει γίνει τελευταία, αντικειμενικά βοηθάει στο να ελαφρυνθεί κάπως το φορτισμένο κλίμα του νοσοκομείου (τουλάχιστον όσον αφορά τα απλούστερα περιστατικά της περιφέρειας), αλλά τουλάχιστον για το εγγύς μέλλον ο εξοπλισμός και οι συγκεντρωμένες υπηρεσίες των κεντρικών νοσοκομείων θα αποτελούν και το λόγο έλξης πολλαπλών κατηγοριών ασθενών.

Μέσα σ' αυτόν το δαιδαλώδη χώρο (όπου εκτός από το συνηθισμένο δημοσιούπαλληλικό ωράριο των εξωτερικών ιατρείων, περνάει και τις μέρες — και τις νύχτες! — εφημερίας του), υποχρεωμένος συχνά να τον έχει «δεύτερο σπίτι» του, είναι σημαντικό να μπορέσει — άσχετα με την επιστημονική του ιδιότητα — να «συμπλεύσει» με το πνεύμα της ομάδας: του προσωπικού δηλαδή με το οποίο αναγκαστικά συνεργάζεται. Από το συνηθισμένο πρωινό καφεδάκι και τις άλλες μικροπεριποιήσεις που θα του προσφέρει η νοσοκόμα (φυσικά αυτά δεν εμπίπτουν στα επίσημα καθήκοντά της...) ως τα μικροανταλλάγματα που θα της προσφέρει για χάρη του «καλού πνεύματος συνεργασίας» (όπως π.χ. να δει εκτός σειράς το γέρο-θείο της που μόλις κατέφτασε από το χωριό για να εξεταστεί), όπως θα τα προσφέρει και στο λοιπό προσωπικό (της γραμματείας και των εργαστηρίων)· πρόκειται απλά για θέμα «ανθρωπίνων σχέσεων» στο χώρο δουλειάς: σχέσεων που πολλές φορές περιπλέκονται από διάφορες καταστάσεις, όπως δυσλειτουργίες, εντάσεις, ρόλο κομματικοποίησης μέσα στα νοσοκομεία (αυτοέλεγχος ως προς άτομο που έχει τη φήμη του «καρφιού» κλπ.). Είναι ένας ατέλειωτος αριθμός προσώπων που έχουν συγκεκριμένα καθήκοντα, τα οποία κατά κανόνα ο γιατρός δεν είναι αρμόδιος να ελέγξει, και που όμως ο τρόπος με τον οποίο τελούνται επηρεάζει άμεσα το έργο και την «απόδοσή» του... Οι συνηθισμένες δηλαδή και σε άλλους χώρους εργασιακές σχέσεις (καλή ή κακή επικοινωνία μεταξύ των τμημάτων, πληροφόρηση, συντονισμός, διαπροσωπικές σχέσεις — προσωπικότητας, σύγκρουσης ρόλων κλπ.) ισχύουν και στο νοσοκομειακό χώρο: με επιπλέον προβλήματα το ότι το κάθετι μπορεί να πάρει διαστάσεις αφού πρόκειται για ένα πολύ σημαντικό και ταυτόχρονα πολύ ευαίσθητο τομέα που, όπως προαναφέρθηκε, εμπλέκει πολλούς φορείς και

παράγοντες (εκτός των άλλων: ιατρική ευαισθησία, δεοντολογία, ευθύνη και υπαιτιότητα, καθώς και πραγματικότητες, όπως το σύστημα υγείας, την τεχνολογία, την κατάρτιση του παραϊατρικού προσωπικού, τις μεγάλες ανάγκες που καλείται να αντιμετωπίσει ένα αριθμητικά ανεπαρκές προσωπικό..., κι όλα αυτά σε σχέση με το «πολυτιμότερο αγαθό» του ανθρώπου, την υγεία του..., μέσα σ' ένα πλαίσιο «φρενίτιδας» — όπου όλοι «έχουν δίκιο» —, όπου χρειάζεται να αντιμετωπιστεί ένα πολύ δύσπιστο κοινό — που γίνεται ακόμα πιο δύσπιστο μπροστά στον ανεπαρκή μερικές φορές εξοπλισμό ή την «παραδοσιακή» εικόνα των κρεβατιών στο διάδρομο — και που δεν βοηθάει καθόλου, πολλές φορές μη όντας έτοιμο να απολαύσει ακόμα και τις καλές συνθήκες περιθαλψής του<sup>6</sup>!).

Καταστάσεις όπου η πόρτα του εξωτερικού ιατρείου μένει ανοιχτή (παρά τις παρατηρήσεις των γιατρών που εξετάζουν...) κι όπου γύρω στην πόρτα μαζεύονται όσοι έχουν αμέσως μετά σειρά καθώς και διάφοροι περιεργοί, δυσχεραίνουν αφάνταστα το έργο του γιατρού, ο οποίος κάτω από τέτοιες συνθήκες πρέπει νάχει σίγουρα πολύ γερά νεύρα για να μπορέσει να λειτουργήσει («ωστά»). Δυστυχώς πρόκειται για συνηθισμένα φαινόμενα στην καθημερινότητα του εξωτερικού ιατρείου. Αν σ' όλα αυτά προστεθεί ένας δικαιολογημένος διάχυτος εκνευρισμός (που αρχίζει από το ότι ο γιατρός τελεί και χρέη γραμματέα, αφού πρέπει να γράφει κάθε εξεταζόμενο στο «βιβλίο», χρέος που επιδεινώνεται από το κλίμα που περιγράψαμε πιο πάνω...), κατανοούμε ότι η «στιγμή» της εξέτασης είναι ήδη καθορισμένη από «όλα αυτά»...

Πρωταρχικό πρόβλημα στην επαφή με τον άρρωστο είναι η επικοινωνία: ο γιατρός πρέπει να καταβάλει προσπάθεια τόσο για να καταλάβει τι θέλει να του πει ο άρρωστος όσο και για να γίνει ο ίδιος αντιληπτός από αυτόν. Η «διάσταση νοήματος» είναι εδώ φοβερή! Αναλόγως περιβάλλοντος και προέλευσης, οι ασθενείς χρησιμοποιούν τις πιο απίθανες εκφράσεις για να περιγράψουν διάφορες καταστάσεις (π.χ. λένε ότι έχουν «φούσκωμα» κι εννοούν δύσπνοια, μιλάνε άοριστα για πόνους που «χτυπάνε» σε διάφορα απροσδιόριστα σημεία του σώματος κλπ.). Κι ενώ δεν υπάρχει χρόνος για να παρθεί πραγματικά το «ιστορικό», ο γιατρός αναγκάζεται να «μαντέψει» αν πρόκειται για άτομο που έχει τάση να υπερβάλει, που έχει πραγματικά σημαντικό παθολογικό πρόβλημα χωρίς να δίνει ιδιαίτερη σημασία, ή που τα προβλήματά του είναι μάλλον ψυχολογικής φύσης... Βέβαια, εδώ παίζει μεγάλο ρόλο η «διαίσθηση» και το «ταλέντο» του γιατρού, ικανότητες όμως που η σύγχρονη τεchnοκρατία θεωρεί παράδοξα δευτερεύουσες σε σχέση με την τεχνική γνώση (η οποία θεωρείται από μόνη της ικανή να καταπολεμήσει τα συγκεκριμένα συμπτώματα επι-

6. Π.χ. συχνά παρατηρείται, παρόλο το σύστημα των ραντεβού που έχει θεσπισθεί, ο ασθενής να περιμένει πολλές ώρες πριν για «να μη χάσει τη σειρά του» — αντίληψη - κατάλοιπο άλλων εποχών, που ίσως όμως να δικαιολογείται ακόμα λόγω διαφόρων δυσλειτουργιών.

βεβαιώνοντας έτσι την άποψη ότι η σύγχρονη επιστήμη — πάντα λόγω των τεχνικών γνώσεων — μπορεί να επιβληθεί πλήρως στην ασθένεια και κατ' επέκταση στο θάνατο...). Από αυτή την άποψη τα «σημαντικά» περιστατικά αντιμετωπίζονται με πολλή σοβαρότητα που απαιτείται (στην περίπτωση δηλαδή που υπάρχει σοβαρή δυσλειτουργία που οδηγεί σε σημαντική ανισορροπία της σωματικής «μηχανής»...)· τότε παρατηρείται και ένα είδος «ταραχής» (υπερδιέγερσης) εκ μέρους των γιατρών. Ίσως κι αυτές οι στιγμές να είναι στιγμές της πραγματικής εφαρμογής των πρακτικών γνώσεων, όπως τις καταλαβαίνει η κυρίαρχη λογική. Οι στιγμές του «ξεχωριστού» περιστατικού, οπότε η επιστημονική περιέργεια του γιατρού γίνεται κίνητρο για να ζητηθούν παραπάνω αναλύσεις ώστε να μπορέσει να συσχετίσει διάφορες «ενδείξεις» για προσωπική του έρευνα (είναι τελικά από τις λίγες «ευκαιρίες» που παρουσιάζονται για έρευνα ακόμα και στο νοσοκομειακό γιατρό, που απ' αυτή την άποψη θεωρείται πιο προνομιούχος από τον γιατρό που έχει δικό του ιατρείο...)· η έρευνα επαφίεται κατά κανόνα στις ιδιωτικές πρωτοβουλίες και δυνατότητες των γιατρών.

Στο νοσοκομείο, ο έλεγχος πάνω στο ιατρικό έργο είναι έντονος<sup>7</sup>: ίσως γι' αυτό έχουμε αρκετά συχνά το φαινόμενο της παραπομπής σε «ειδικότερο» συνάδελφο αναλόγως πάθησης. Αυτό σε μερικές «κραυγαλές» περιπτώσεις (όπως π.χ. μια δερματική πάθηση) είναι αναπόφευκτο· όμως άλλες φορές δεν υπάρχει χρόνος για διάφορα περιστατικά (υπενθυμίζουμε ότι η «τάση» του κόσμου είναι να πηγαίνει στον παθολόγο για τα «πάντα»): από πόνο στο νοίχι μέχρι προβλήματα καρδιάς και στομάχου· σ' αυτό βοηθάει, όπως είπαμε, και το ότι μπορεί να βρει παθολόγο κάθε μέρα· έτσι υπάρχει η φυσιολογική αντίδραση του παθολόγου να «στέλνει» στον ειδικότερο για κάθε περίπτωση γιατρό· που πολλές φορές όμως κρύβει μια αόριστη ανησυχία ως προς τη διάγνωση...).

Κανένας γιατρός δεν παραδέχεται ανοιχτά (πράγμα που είναι εντελώς κατανοητό...) ότι η «ιδεολογία» του (με την έννοια της «κοσμοθεωρίας» του) επηρεάζει τον τρόπο αντιμετώπισης του ασθενή. Βέβαια όταν οι ίδιοι λένε «τρόπο αντιμετώπισης», εννοούν την περίφημη «θεραπεία» — με την έννοια που της δίνει τόσο η ιατρική όσο και η κοινή λογική, την αντιμετώπιση δηλαδή μιας ανώμαλης για τον οργανισμό κατάστασης με το ανάλογο φάρμακο. Η ερώτηση έγινε, έστω κι αν ξέραμε πως δεν θα μπορούσε ν' απαντηθεί διαφορετικά από τους γιατρούς (αφού μια αντίθετη άποψη θα σήμαινε ουσιαστικά την άρνηση στοιχειώδους ιατρικής δεοντολογίας, παρόλο που θεωρούμε κοινωνιολογικά ότι το αντίθετο, ακόμα και κάτω από τις ιδανικότερες συνθήκες, είναι

7. Γπ' αυτή την έννοια ο Fr. Steudler (βλ. βιβλιογραφία) θεωρεί την καινούρια πρακτική «συγκέντρωσης» γιατρών (από ιδιωτική τους πρωτοβουλία) σαν ιδανική λύση ανάμεσα στο καταπιεστικό για το έργο τους νοσοκομείο και στα μειονεκτήματα του παραδοσιακού ατομικού ιατρείου (που του λείπει εξοπλισμός και άλλες ειδικεύσεις...).

αδύνατο...). Οι γιατροί εννοούν ότι αντιμετωπίζουν «χωρίς προκατάληψη» όλα τα περιστατικά, κι αυτή είναι μια άποψη που ανταποκρίνεται στις σύγχρονες κοινωνικές αξίες (όπως πριν χρόνια ήταν «φυσιολογικό» ο πουριτανός γιατρός να θεωρεί π.χ. την έκτρωση απαράδεκτη — όσο κι αν η ασθενής την είχε «ανάγκη» — ή να κατακρίνει την πόρνη με το αφροδίσιο νόσημα ή τον ναρκομανή τρόφιμο των φυλακών<sup>8</sup>. Εξάλλου, πολλές έρευνες έχουν γίνει πάνω στο συντηρητισμό των γιατρών — χωρίς όλα αυτά να συνεπάγονται «άρνηση» θεραπείας...). Βέβαια, η πραγματικότητα μας τροφοδοτεί με γεγονότα που έρχονται σε πλήρη αντίθεση με τα όσα ισχυρίζονται οι γιατροί στις συνεντεύξεις και που είναι από τα πιο «ανώδυνα» ως τα πιο οδυνηρά... Σαν παραδείγματα μόνο αναφέρουμε μερικά περιστατικά τελείως στην τύχη, από αυτά που υπέπεσαν στην αντίληψή μας κατά την παρατήρηση:

Συγγενής άρρωστης, που υπέφερε από πλειση και οθρολοίμωξη, επισκέφτηκε γιατρό για να δείξει αποτελέσματα αναλύσεων και ρώτησε αν η άρρωστη μπορούσε να κάνει πότε-πότε θαλάσσιο μπάνιο, δεδομένου ότι το ήθελε πολύ. Η απάντηση της γιατρού ήταν αποστοματική: «70 χρόνων γυναίκα τι το θέλει το μπάνιο στη θάλασσα; Όχι, όχι, να μη κάνει...».

Ένας κυριολεκτικά ικανότατος και πραγματικά «αξιαγάπητος» γιατρός (με την έννοια του καταπληκτικού ταλέντου που διέθετε στο να «προσεγγίζει» τους ασθενείς — δημιουργία κατάλληλου «κλίματος», σαφείς και απλές εξηγήσεις στους ασθενείς για την κατάστασή τους), σε δύο αλληπάλληλα περιστατικά (την ίδια μέρα) έδειξε το πόσο μετράει ο παράγοντας που αναφέρουμε:

Αγρότισσα από την Κατερίνη ήρθε να εξεταστεί: της μιλούσε απλά, αλλά εκείνη είχε δυσκολία στην ακριβή κατανόηση των όσων της έλεγε, πράγμα που δυσκόλευε κυριολεκτικά την προσέγγιση: αγανακτισμένος χρησιμοποίησε τη χαρακτηριστική του έκφραση (που είχε χρησιμοποιήσει αρκετές φορές την ίδια μέρα όταν του παρουσιάζονταν προβλήματα «επικοινωνίας») με «δύσκολους» ασθενείς...: «Τι να σου κάνει, φταίει το IQ »! Βέβαια, είθισται να θεωρείται η δυσχέρεια στην κατανόηση θέμα «εξυπνάδας» (πάλι σύμφωνα με τα κρατούντα). Ξέρουμε όμως ότι σ' αυτές τις περιπτώσεις βασικός παράγοντας είναι τόσο ο πολιτιστικός περίγυρος του ατόμου (το αν είναι «πλούσιος» ή «φτωχός»), αν κατοικεί στο χωριό ή στην πόλη) όσο και η παιδεία του και ότι το λεγόμενο «IQ» (συνάρτηση διαφόρων παραγόντων...) δεν παίζει κανένα ρόλο. Όμως, για τον (αναπόφευκτα τεχνοκράτη) γιατρό είναι δεδομένο!

8. Δεν μπορούμε να ξέρουμε ποια ακριβώς αντιμετώπιση θα τύχει ο πληθυσμός που προσβάλλεται από AIDS... Σχετικά άρθρα εφημερίδων — αν τα πιστέψει κανείς — περιγράφουν διάφορα συμβάντα με πολύ μελανά χρώματα. Οι γιατροί ισχυρίζονται ότι τη σχετική «φασαρία» την κάνει το νοσηλευτικό προσωπικό και όχι οι ίδιοι... (αυτό επιβεβαιώνεται από παρόμοιο περιστατικό κατά τη δική μας παρατήρηση, όταν δημιουργήθηκε πανικός, επειδή ένα άτομο είχε την υπόνοια πως μπορεί να είχε προσβληθεί από τον ιδ...).

Ο γιατρός αυτός εφάρμοζε ένα πολύ καλό σύστημα επαφής με τον ίδιο τον άρρωστο: δεν άφηνε να τον συνοδεύει μέσα στην αίθουσα εξέτασης κανείς. Την ίδια τακτική πήγε να εφαρμόσει και με μια μεσοκόπη κυρία, της οποίας όμως η «συνοδούσα» κόρη επέμενε επιτακτικά: «αφήστε με, είμαι γυναίκα συναδέλφου», στην οποία δήλωση, εγκαταλείποντας την τακτική, ο γιατρός υποχώρησε (λες και το να είναι κάποιος «σύζυγος» γιατρού, του δίνει αυτόματα και τεχνικές γνώσεις...).

Βαρυποινίτης, που προσφέρθηκε να δωρίσει τον ένα του νεφρό σε πάσχουσα συγγενή του, επισκέφτηκε το εξωτερικό ιατρείο για τις διατυπώσεις της εγχείρησης. Η έλλειψη ενδιαφέροντος από πλευράς των γιατρών ήταν εκπληκτική· μέχρι που τελικά η εύλογη απορία μας λύθηκε: οι γιατροί αντιμετώπιζαν την περίπτωση σαν την προσπάθεια του βαρυποινίτη να γλυτώσει τον εγκλεισμό (τελείως «κοινωνικά» δηλαδή, κι όχι «ιατρικά»...). Η πραγματικότητα επιβεβαίωσε την άποψή τους, αφού όντως λίγο καιρό μετά την εγχείρηση ο βαρυποινίτης ζήτησε χάρη, προβάλλοντας ακριβώς τη «δωρεά» του νεφρού του· όμως τι μπορεί αυτό να αλλάξει από πλευράς «ιατρικής περίπτωσης», την οποία υποτίθεται μόνο κοιτούν — κατά τα λεγόμενά τους πάντα... — οι γιατροί;

Φάυλος κύκλος τέλος δημιουργείται με τους φυλακισμένους ναρκομανείς, οι οποίοι (αν και κακώς εφόσον υπάρχει ειδικό κέντρο...) οδηγούνται από τους δεσμοφύλακές τους στο νοσοκομείο για να πάρουν την «απαραίτητή» τους δόση (πεθιδίνης). Μέσα στη σκοτούρα των άλλων περιστατικών, οι γιατροί δεν έχουν την ώρα να διαπιστώσουν κατά πόσο η «δόση» είναι ζωτικά αναγκαία· τότε το πρόβλημα του γιατρού είναι μεγάλο: να επιτρέψει να δοθεί η (κατά τ' άλλα πανάκριβη...) δόση για να μην έχει πρόβλημα εκείνη την ώρα, με ενδεχόμενο να συσσωρευτούν (η φήμη του γιατρού διαδίδεται πολύ γρήγορα, τόσο που ναρκομανείς «παραφυλάνε» την εφημερία των «καλών γιατρών»...) μετά από λίγο ακόμα και όλοι οι ναρκομανείς της περιοχής (αν σκεφτούμε και το μεγάλο κίνητρο του «ανεξόδου»...)· ή αντίθετα να γίνει «κακός» και να έχει πρόβλημα με τη φασαρία που δημιουργεί ο συγκεκριμένος άρρωστος δυσχεραίνοντας το έργο του γιατρού: η λύση έχει σχέση με τη νοοτροπία που αναφέραμε πιο πάνω: ανάλογα με το ποιες είναι οι προσωπικές «ηθικές αξίες» του, ο γιατρός θα πράξει — αντικειμενικά, το περιστατικό αυτό καθαυτό δεν παίζει τον καθοριστικό ρόλο!

Ένα άλλο κραυγαλέο παράδειγμα είναι η ελληνική πρακτική να μην ανακοινώνεται στον ίδιο τον άρρωστο το ότι πάσχει από βαριά ανίατη ασθένεια, που κατά τα γνωστά θα οδηγήσει στο θάνατο (σε αντίθεση με ο,τι γίνεται σε άλλες χώρες, όπως η Αγγλία ή η Γερμανία...). Οι λόγοι που έχουν δοθεί γι' αυτή την πρακτική είναι ο «συναισθηματισμός» του Έλληνα (!) ή η ανωριμότητα του ασθενή (!) — συναισθηματισμός και ανωριμότητα που δεν τεκμηριώνονται

συγκεκριμένα, απλώς τεκμαίρονται (θεωρούνται δεδομένα). Πρόκειται φυσικά για μια τελείως αντιεπιστημονική άποψη... Γιατρός ισχυρίστηκε ότι ο Έλληνας δεν θα μπορούσε να «αντέξει» όπως ο «σκληρός» και «ψυχρός» Βόρειος τη Ολιβερή είδηση, με αποτέλεσμα να πεθάνει «μια ώρα αρχύτερα». Πρόκειται βέβαια για μια άποψη που τοποθετεί σε πρώτη θέση το ψυχολογικό στοιχείο (τη διάθεση και τη δυνατότητα για πάλη του ασθενή), έστω κι αν θεωρητικά ο μέσος σύγχρονος γιατρός κατατάσσει τον «ψυχολογικό παράγοντα» στην κατηγορία «ασήμαντος» σε σχέση με το «πραγματικό» φυσικό αίτιο της ανωμαλίας ... (και παρόλο που θεωρεί ότι η σημαντικότερη «θεραπεία» δεν μπορεί παρά να είναι χημική ή μηχανική...). Είναι μια απ' τις πολλές αντιφάσεις της ιατρικής...

Έτσι, η αντιμετώπιση κάθε περίπτωσης (από την πιο «ανώδυνη» ως την πιο οδυνηρή) εμπλέκει πλήθος στοιχείων, εκ των οποίων σημαντικότεατο είναι και η (κοινωνική) ιδεολογία του γιατρού. Από το να κρίνει αν ο ασθενής μπορεί να «βουτήξει στη θάλασσα τα καλοκαίρια» ή να θεωρήσει τον άρρωστο του «χαζούλη» (ή αντίθετα «αξιόλογο» επειδή έχει κάποια καλύτερη κοινωνική θέση — έστω αν αυτή προέρχεται από το ότι απλά είναι σύζυγος γιατρού!), μέχρι το να κρίνει αν ο άνθρωπος είναι άξιος ή όχι να ξέρει αν θα ζήσει (σημαντικότεατη ανησυχία κάθε ανθρώπου σε κάθε κοινωνία...), ο γιατρός δρα με καθοριστικό γνώμονα πάντα (όπως το επισημαίνουν τα τυχαία και ενδεικτικά παραδείγματά μας) όχι την τεχνική του γνώση, αλλά την ιδεολογία του (άσχετα αν ο ίδιος θέλει να πείσει ότι οι αποφάσεις του στηρίζονται αποκλειστικά στην τεχνική του γνώση...). Η σύγχρονη κοινωνία, στα ξόρκια και στα μάγια, στο Ορησκευτικό λόγο των «πρωτογονικών» ή και των προκαπιταλιστικών κοινωνιών αντιπαραθέτει τον «τεχνοκρατικό» λόγο: λόγο που υποθέτει την επικράτηση του ανθρώπου πάνω στις φυσικές δυνάμεις (πάνω στη ζωή και στο θάνατο) μέσω της επιστήμης (και της εξελιγμένης τεχνολογίας...). Τον ρόλο του «ουδέτερου επιστήμονα» που έχει τον πρώτο και τελευταίο (αντικειμενικό, υποτίθεται) λόγο πάνω σε ζωτικά για τον άνθρωπο θέματα, όπως είναι η ζωή και ο θάνατος, έχει κληθεί να παίξει (και παίζει) ο σύγχρονος γιατρός, έστω κι αν («επιστημονικά») καταλαβαίνει ότι τα πράγματα δεν είναι στην πραγματικότητα τόσο... «τεχνικά» όσο θέλει να τα παρουσιάσει (γεγονός που εκδηλώνεται με χιλιάδες αντιφάσεις). Πρόκειται αναμφισβήτητα για ένα δύσκολο ρόλο...

## Β. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τι μπορούμε να συμπεράνουμε από τα όσα σύντομα εκθέσαμε πιο πάνω (πάντα μέσα στα πλαίσια αυτής της περιορισμένης αναγνωριστικής προέρευ-

νας); Η «θεραπευτική σχέση» που παρατηρήθηκε έχει, από κοινωνιολογικής τουλάχιστον πλευράς, σχέση με βασικές παραμέτρους της «υγείας» (πάντοτε κοινωνικά ορισμένης), όπως το τι είναι και τι σημαίνει (κοινωνικά) η ασθένεια και το πώς αντιμετωπίζεται, τον (κοινωνικό) ρόλο του γιατρού, τους μύθους και τις πραγματικότητες γύρω από την ιατρική επιστήμη. Η θεραπευτική σχέση είναι (κοινωνιολογικά) συνάρτηση αυτών των σημαντικών παραμέτρων κι οποιαδήποτε προσπάθεια για ουσιαστική βελτίωσή της δεν μπορεί παρά να τις λάβει σοβαρά υπόψη. Ας προσπαθήσουμε να δούμε αυτές τις παραμέτρους ξεχωριστά.

### I. Η ασθένεια

Η ασθένεια είναι το αποτέλεσμα της πίεσης πάνω στον οργανισμό των διαφόρων ρυθμιστικών δυνάμεων του οικολογικού συστήματος — κι οπωσδήποτε επηρεάζει την προσαρμογή των πληθυσμών στο περιβάλλον τους. Η μελέτη των μολυσματικών ασθενειών ως τώρα στηρίχτηκε κυρίως στους βιολογικούς παράγοντες (μολυσματικότητα του μικροβίου και άμυνα του δέκτη), παραβλέποντας τους διαφόρους κοινωνιο-πολιτιστικούς παράγοντες. Όμως, ο «πολιτισμός» (υπό την ανθρωπολογική του κι όχι την ιδεολογική του έννοια με την οποία συνήθως τον εννοούμε...) είναι ένας προσαρμοστικός μηχανισμός που διευκολύνει την επιβίωση μιας ομάδας μέσα σ' ένα περιβάλλον κυρίως μέσω των βασικών συστημάτων: της τεχνολογίας, της κοινωνικής οργάνωσης και της ιδεολογίας. Έτσι, είναι δυνατόν, διάφορες πολιτισμικές πρακτικές να εμποδίσουν ή αντίθετα να επιδεινώσουν τη μετάδοση μιας ασθένειας (γι' αυτόν ακριβώς το λόγο έχουμε και τις «χαρακτηριστικές» ασθένειες του βιομηχανικού πολιτισμού, όπως είναι: αρτηριοσκλήρωση, διαβήτης, υπέρταση, ορισμένα είδη καρκίνου — ιδίως των πνευμόνων και του στήθους —, χρόνια βρογχίτιδα, τερηδόνα, κισσός, εργατικές ασθένειες, εργατικά και κυκλοφοριακά ατυχήματα κλπ.).

Οι ανθρώπινες κοινωνίες κατανοούν διαφορετικά η κάθε μια την έννοια της «ασθένειας». Στην ανάγκη «εξορκισμού» των φυσικών δυνάμεων που ξέφευγαν από την κατανόηση του ανθρώπου, δημιουργώντας του διάφορα προβλήματα «προσαρμογής» στο περιβάλλον, ανταποκρίθηκε, στις λεγόμενες «πρωτογονικές» κοινωνίες, η μαγεία. Στην πραγματικότητα, η κατανόηση της «ασθένειας» σχεδόν ποτέ δεν διαχωρίστηκε (τουλάχιστον ως σχετικά πρόσφατα...) από τη θρησκεία (γι' αυτό και η περίθαλψη παρεχόταν συχνά στην Ευρώπη από διάφορα τάγματα μοναχών...).

Η σύγχρονη νοοτροπία για την ασθένεια (μη-φυσιολογική κατάσταση) στηρίζεται κατά πολύ στη «συγκινησιακή αντίδραση»: ο οίκτος δείχνει συμπαράσταση σ' αυτόν που υποφέρει βοηθώντας τον (ευνοώντας επιπλέον την κοι-



ωνική συνοχή σε περιόδους δυστυχίας). Όμως, ταυτόχρονα, οι «υγιείς» θυμούνται τη δική τους «τρωτή» πλευρά, οπότε ο άρρωστος γίνεται πηγή ανησυχίας (ιδίως όταν πρόκειται για αρρώστους που δείχνουν περίεργη και απρόβλεπτη συμπεριφορά, όπως οι «παράφρονες», ή παρουσιάζουν φυσική ή διανοητική καθυστέρηση), οπότε η επέμβαση της κοινωνίας έρχεται (παράδοξα...) σε αντίθεση με τα συμφέροντα του αρρώστου (ο οποίος κλείνεται τότε σε ειδικό «νοσοκομείο» απλά για να αποφευχθεί η δυσφορία που δημιουργεί η απλή παρουσία του...).

Μοναχικός και θνητός, σ' ένα αδιάφορο κόσμο, ο βιομηχανικός άνθρωπος προσπαθεί να μεταμφιέσει το κενό που τον περιβάλλει. Η σύγχρονη αντίδραση, ως προς τη «συμφορά» που χτυπάει (σε αντίθεση με την παλιότερη «αξιοπρεπή υποταγή» που υπαγόρευε η θεοκρατική άποψη των πραγμάτων...), είναι η πεποίθηση της τεχνολογικής παντοδυναμίας (αντανακλαστικό του «πρέπει να κάνουμε κάτι»...) η οποία δεν αμφισβητείται (έστω κι αν έρχεται σε αντίθεση με τον υλισμό, που απαιτεί καταρχήν ο άνθρωπος να αντιμετωπίζει την πραγματικότητα της ύπαρξης...).

Αυτή η σύγχρονη αντιμετώπιση της ασθένειας είναι απόρροια της επικρατούσας ιδεολογίας (του λεγόμενου ορθολογισμού) κι έχει άμεση σχέση με όλες εκείνες τις «παραστάσεις» που έχουμε για το φυσιολογικό και το παθολογικό, για τον γιατρό και την ιατρική. Μια άλλη αντιμετώπιση (όπου οι γέροντες ή οι κάθε είδους «ανάπηροι» θα ήταν πιο «ολοκληρωμένοι», όπου θα υπήρχε η λεγόμενη «συμπάθεια», ακριβώς επειδή η ασθένεια θα αντιμετωπιζόταν από πλευράς ιατρικής οικολογίας σα διαταραχή της ισορροπίας οργανισμού - περιβάλλοντος και θα δινόταν μεγαλύτερη σημασία όχι τόσο στη «θεραπεία» αλλά στην πρόληψη) έχει άμεση σχέση με μια διαφορετική αντίληψη για το ρόλο ακριβώς τόσο του γιατρού όσο και της ιατρικής.

## II. Η «εξουσία» του γιατρού

Ο γιατρός είναι στην υπηρεσία της ζωής (η οποία — παρόλο που αυτό αποτελεί κοινωνικό απωθημένο — είναι η μια πλευρά του νομίσματος, η άλλη όντας απαραίτητα ο θάνατος...). Η ίδια η εκτίμηση της ζωής προϋποθέτει και την εκτίμηση του θανάτου, που, αν και ιδεολογικά απών, παραμένει πανταχού παρών στην καθημερινότητα του γιατρού (ο οποίος όσο περισσότερο μέσα διαθέτει για την καταπολέμηση του θανάτου, τόσο λιγότερο παραδέχεται τα όρια της δύναμής του...).

Κι όμως, ειδικά η σύγχρονη κοινωνία, είναι κατεξοχήν θανατηφόρα: λόγω της κάθε μορφής βίας (πολέμων, ατυχημάτων, βασανιστηρίων ...) ή των τεχνικών δυνατοτήτων παρέμβασης στη ζωή (ευθανασία, έκτρωση, θανατική ποινή κλπ.) ή και του κοινωνικού θανάτου (αύξηση διάρκειας ζωής ποσοτική — που

δεν λύνει το πρόβλημα της κοινωνικής απομόνωσης των γερόντων — που απαιτεί ποιοτική λύση...). Κάθε κοινωνία, ενάντια στη νομοτέλεια αυτή της ανθρωπίνης ζωής, έχει βρει λύσεις για να καθησυχάζει τον άνθρωπο και ταυτόχρονα να αναζωογονεί την ομάδα που διαταράσσεται από τους φυσικούς θανάτους· λύσεις που συνήθως είχαν (κι έχουν...) «μετα-φυσική» λογική.

Η σύγχρονη στάση είναι η λεγόμενη επιστημονική (η ιδεολογική ελπίδα της ανθρωπότητας είναι η επιστήμη — με συμβολική δραστικότητα, που για πολλούς υπόσχεται νίκη στη φθορά του χρόνου και το θάνατο — άσχετα αν σ' αυτόν ειδικά τον τομέα η επιστήμη υπόσχεται πιο πολύ από το να κάνει οτιδήποτε άλλο)<sup>9</sup>. Αυτό το σημείο πρέπει να απομυθοποιηθεί. Απομυθοποιώντας το φόβο του θανάτου, απομυθοποιείται και η έννοια της εξουσίας (πατρικής ή γονικής ως προς τα παιδιά, ιατρικής ως προς τον άρρωστο, πολιτικής ως προς τους πολίτες κλπ.), τόσο όσο αφορά στην «πράξη» της (ολοκλήρωση, συμμετοχή, καταπίεση, δικαίωμα ζωής και θανάτου...) όσο και σ' ο,τι αφορά το λόγο της (αξίες που συχνά αντικατοπτρίζουν θέσεις της άρχουσας τάξης). Κάθε εξουσία στηρίζεται ακριβώς πάνω στο φόβο του θανάτου.

Το ίδιο και η ιατρική εξουσία (που προς το παρόν ο σύγχρονος ορθολογισμός την κάνει να περιορίζεται στις τεχνικές γνώσεις σε αντίθεση μ' εκείνη του «ανθρώπινου γιατρού» του περασμένου αιώνα, που στηριζόταν επίσης στην προσωπικότητά του — δυνατότητα θεραπευτή). Μετατρέποντας την εξουσία σε δυνατότητα μια νέα ιατρική, που δεν έχει ακόμα οριοθετηθεί, θα απαιτούσε, ταυτόχρονα με την κατάλληλη εκπαίδευση, να δοθεί σημασία στην προσωπικότητα των υποψηφίων· για να ξεπεραστεί η τωρινή κατάσταση χωρίς πιασμάτα, μέσα από μια επανάσταση σ' όλα τα επίπεδα της ιατρικής μόρφωσης, έρευνας, θεωρίας και πρακτικής (αλλά εδώ τίθεται το θέμα του συντηρητισμού των γιατρών!). Ακόμα κι αν ξέρει πολύ καλά και το αποδέχεται ότι ο θάνατος έχει τον τελευταίο λόγο, ο γιατρός έχει πάλι τη δυνατότητα να ανακουφίζει και να θεραπεύει...

### III. Ιατρική: Μύθοι και πραγματικότητες

Ιδεατά, ο γιατρός είναι ο ήρωας που δώρισε στην ανθρωπότητα υγεία και μακροβιότητα. Τόσο οι γιατροί, όσο και οι άρρωστοι, είναι πεπεισμένοι ότι η βελτίωση της υγείας στη βιομηχανική εποχή οφείλεται στις προόδους της «επιστημονικής ιατρικής», ότι η ιατρική τεχνολογία, γενικά, ανταποκρίνεται στις σύγχρονες ανάγκες κι ότι υπόσχεται πολλά για το μέλλον.

Σχετικά με το ότι θεωρείται η μεγαλύτερη «νίκη» της ιατρικής, σίγουρα θα πρέπει να διακρίνουμε τη «συνάρτηση» από την αιτία. Η «ελπίδα ζωής»

9. Βλ. Πίνακα L.V. Thomas, Παράρτημα II.

κατά τη γέννηση είχε ήδη αυξηθεί πριν ακόμα η ιατρική κάνει προόδους, ενώ παράδοξα η αύξηση σχεδόν σταματάει ταυτόχρονα με την επιτάχυνση των ιατρικών προόδων (από τη δεκαετία του '40 και μετά): από ερευνητές έχει αμφισβητηθεί ακόμα και το αν η μείωση της παιδικής θνησιμότητας έχει σχέση με την ιατρική<sup>10</sup>: στην πραγματικότητα αυτό δεν την αφορά... Ενώ, παράδοξα, αυτά που αποτελούν πραγματική «ιατρική νίκη» (π.χ. η βεβαιότητα, μετά την ανακάλυψη των αντιβιοτικών, της δυνατότητας θεραπείας άλλοτε καταδικασμένων περιπτώσεων — π.χ. μιας φυματιώδους μηνιγγίτιδας σ' ένα παιδί)<sup>11</sup> περνούν σε δεύτερη μοίρα... Σ' αυτό το σημείο, θα συμφωνήσουμε με το γνωστό δημογράφο P. Longone, ότι αρκετά παράδοξα, ενώ η κοινωνία αναλαμβάνει όλο και περισσότερο την προστασία της υγείας των ανθρώπων, η προσωπική ευθύνη τους είναι πιο αυξημένη απ' ο,τι άλλοτε ως προς αυτή την προστασία (π.χ. παχυσαρκία, αλκοολισμός, κάπνισμα, ατυχήματα...).

Η σύγχρονη τάση είναι η συνεχής έρευνα για νέα φάρμακα που, όπως ακριβώς και τα ήδη υπάρχοντα, δεν θα είναι δραστικά παρά για περιορισμένο χρονικό διάστημα (έχει εκτιμηθεί στα δύο με πέντε χρόνια περίπου...). Ανθρωπολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι στα πλαίσια διαφόρων πολιτισμών και μόνο η πίστη μπορεί να προκαλέσει βιολογικές διαταραχές που φτάνουν ακόμα και στο θάνατο ενός ατόμου που η κοινωνία απορρίπτει, όπως η πίστη μόνη φτάνει μερικές φορές να θεραπεύσει. Στη σύγχρονη κοινωνία έχουν χρησιμοποιηθεί τα γνωστά placebos που προαναφέραμε (όπου η πίστη του άρρωστου σε «ψευτοφάρμακα» επιφέρει πραγματική βελτίωση — είναι από μόνη της αποτελεσματική...). Για να «εξορκίσει» την αρρώστια ο άνθρωπος χρησιμοποιεί μαγεία, θρησκεία, συμπάθεια, απόρριψη, τεχνική παρέμβαση. Κι ενώ λίγες προσπάθειες έχουν γίνει στο πεδίο της πρόληψης, η σύγχρονη ιατρική εξέλιξη δίνει τον πρώτο λόγο στην όλο και μεγαλύτερη παρέμβαση του παράγοντα «υψηλή τεχνολογία» (η ιατρική εκπαίδευση — παρ' όλη την αναγνώριση της ψυχιατρικής και της κοινωνικής ιατρικής — προσανατολίζει τους φοιτητές στην αναζήτηση τεχνικών επιτευξέων και τις οποίες ακριβώς περιμένει και η κοινωνία από το γιατρό, με αποτέλεσμα να εξαρτάται όλο και περισσότερο από φάρμακα). Η επιστημονική αμφιβολία δεν διακρίνει τους γιατρούς που εξασκούν το ιατρικό επάγγελμα: η ψυχολογική τους προδιάθεση — στο νοσοκομείο όπου υπάρχει ο άρρωστος με σάρκα και οστά — δεν τους επιτρέπει την «επιστημονικότητα» του χημικού ή του φυσικού: ίσως γι' αυτόν εξάλλου τον

10. Βλ. π.χ. τη μελέτη του B. Antoine που έγινε το 1969 στις χώρες της Ευρώπης (ανεξαρτήτως κοινωνικού συστήματος) και που συμπεραίνει ότι ο σημαντικότερος παράγοντας σ' αυτή την περίπτωση είναι ο οικονομικός σε σχέση με το ακαθάριστο εθνικό προϊόν (αναφ. στο *La médecine à la question*).

11. Αναφέρουμε ειδικά αυτό το παράδειγμα, γιατί η φυματίωση, γενικά, βρισκόταν ήδη σε «ύφεση» όταν ανακαλύφθηκαν τα αντιβιοτικά...

λόγο οι μεγαλύτερες ανακαλύψεις που επέδρασαν στην ιατρική θεωρία και πρακτική δεν έγιναν από «γιατρούς»...

Όσο κι αν φαίνεται περίεργο, και δεδομένου ότι κάθε κοινωνία διαθέτει μια «ηθική τάξη» που επηρεάζει βαθύτατα τη φυσική τάξη, η ιατρική, πέρα από τα πλαίσια της βιολογικής έρευνας, θα έπρεπε να είναι «κοινωνιολογική» Όστε να μπορέσει να ξεπεράσει: α) τα ψεύτικα προβλήματα (π.χ. σχέση ψυχικού-σωματικού — πρόκειται για μεταφυσική διάκριση...), β) τις σημερινές βασικές της και ταυτόχρονα υπερχρονικές έννοιες (όπως: υγεία, ασθένεια, θεραπεία...), γ) την έννοια της «αιτιολόγησης» (η οποία, ειδικά στην ιατρική, αποτελεί επιβίωση προεπιστημονικής σκέψης...) και δ) την «τεχνική ουδετερότητα», αφού σαν πρακτική δεν μπορεί να είναι ανεξάρτητη από ένα τρόπο ζωής κι ένα σύστημα αξιών.

Ο A. Bourghignon<sup>12</sup> λέει χαρακτηριστικά ότι όταν η ιατρική θα καταφέρει να αναγνωρίσει ο,τι μέσα σ' αυτήν είναι ξένο προς την επιστήμη, τότε μόνο θα μπορέσει να θέσει τα θεμέλια της επιστημονικότητάς της.

Θεωρούμε ότι, πραγματικά, μόνο εγκαταλείποντας τις αυταπάτες της η ιατρική θα μπορέσει να κερδίσει την «επιστημονικότητά» της που αρχίζει να βάλλεται από παντού.

12. Αναφέρεται στο άρθρο του «Science et Médecine» στο *La médecine & la question* (βλ. βιβλιογραφία).

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

- I. Προγράμματα Σπουδών Ιατρικών Σχολών
  1. Ιατρική Σχολή ΑΠΘ
  2. Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Paris V
    - A. Κλινική Cochin - Port Royal
    - B. Κλινική Paris-Ouest
  
- II. Συγκριτικός Πίνακας του L. V. Thomas (από το βιβλίο *Anthropologie de la Mort*)



## I. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΧΟΛΩΝ

### 1. Ιατρική Σχολή ΑΠΘ

*Εξάμηνο Α': Εισαγωγή στις Ιατρικές σπουδές*

1. Ιατρική Βιολογία
2. Ιατρική Φυσική
3. Ιατρική Στατιστική
4. Ιστορία Ιατρικής
5. Εισαγωγή στην Πληροφορική Η/Υ
6. Ξένη γλώσσα

*Εξάμηνο Β'*

1. Ανατομική του ανθρώπου I
2. Γενετική
3. Βιολογική Χημεία I
4. Ξένη γλώσσα

*Εξάμηνο Γ'*

1. Βιολογική Χημεία II
2. Ανατομική II
3. Φυσιολογία II
4. Ξένη γλώσσα

*Εξάμηνο Δ'*

1. Φυσιολογία II
2. Φαρμακολογία
3. Ιστολογία - Εμβρυολογία
4. Ξένη γλώσσα

*Εξάμηνο Ε'*

1. Παθολογική Ανατομική I
2. Ιατρική Μικροβιολογία - Ανοσολογία
3. Υγιεινή

*Εξάμηνο ΣΤ'*

1. Προπαιδευτική Εσωτερική Παθολογία
2. Προπαιδευτική Χειρουργική
3. Ακτινοδιαγνωστική
4. Παθολογική Ανατομική ΙΙ

*Εξάμηνο Ζ'*

1. Χειρουργική (Ουρολογία - Ανασθησιολογία)
2. Ορθοπαιδική
3. Ιατροδικαστική - Τοξικολογία

*Εξάμηνο Η'*

1. Νευρολογία
2. Νευροχειρουργική
3. Οφθαλμολογία
4. Ωτορινολαρυγγολογία
5. Ψυχιατρική
6. Κοινωνική Ιατρική

*Εξάμηνο Θ'*

1. Εσωτερική Παθολογία (Πνευμονολογία - Δερματολογία)
2. Κλινική Ακτινολογία

*Εξάμηνο Ι'*

1. Παιδιατρική (και Χειρουργική Παιδών)
2. Μαιευτική - Γυναικολογία

*Εξάμηνο ΙΑ'*

1. Κλινική άσκηση Χειρουργικής (Γενική χειρουργική: τρεις επιλεγόμενες ειδικότητες: Ουρολογία, Παιδοχειρουργική, Νευροχειρουργική, Καρδιοχειρουργική, Καρδιοθωρακοχειρουργική, Πλαστική Χειρουργική, Αγγειοχειρουργική)
2. Μαιευτική - Γυναικολογία
3. Παιδιατρική

*Εξάμηνο ΙΒ'*

1. Παθολογία (τρεις επιλεγόμενες ειδικότητες: Καρδιολογία, Γαστρεντερολογία-Νεφρολογία, Πνευμονολογία-Αιματολογία και δύο επιλεγόμενες ειδικότητες: Δερματολογία, Ενδοκρινολογία-Ρευματολογία-Ανοσολογία και Αλλεργιολογία)
2. Νευρολογία ή Ψυχιατρική



*Έτος Ε'*

1. Ωτορινολαρυγγολογία
2. Οφθαλμολογία
3. Παθολογία
4. Χειρουργική
5. Παιδιατρική
6. Ψυχιατρική - Νευρολογία
7. Μαιευτική - Γυναικολογία
8. Δερματολογία - Αφροδισιολογία
9. Ιατροδικαστική
10. Νευροχειρουργική
11. Ακτινολογία

*Έτος ΣΤ'*

1. Παθολογική Κλινική
2. Χειρουργική Κλινική
3. Παιδιατρική Κλινική
4. Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική
5. Ψυχιατρική - Νευρολογική Κλινική

*Επιλεγόμενα Α' Εξαμήνου*

1. Συστήματα Υγιεινομικής Περιθαψης
2. Ιατρική Νομολογία
3. Ιατρική Ηθική

*Επιλεγόμενα Β' Εξαμήνου*

1. Η/Υ Προγραμματισμός - Εφαρμογές στην Ιατρική
2. Ιατρική Ψυχολογία

*Επιλεγόμενα Γ' Εξαμήνου*

1. Ψυχοβιολογία συμπεριφοράς
2. Νευροανατομία

*Επιλεγόμενα Δ' Εξαμήνου*

1. Εφαρμοσμένη Ανατομική του ανθρώπου
2. Κλινική Βιοχημεία

*Επιλεγόμενα Ε' Εξαμήνου*

1. Εφαρμοσμένη Φυσιολογία
2. Σημειολογία κεφαλής και τραχήλου

3. Κλινική Εμβρυολογία
4. Νευροφυσιολογία
5. Βιοχημεία και Φυσιολογία της σωματικής άσκησης
6. Χωροθέτηση και λειτουργία Νοσοκομείων

*Επιλεγόμενα ΣΤ' Εξαμήνου*

1. Κλινική Μικροβιολογία
2. Κλινική Φαρμακολογία
3. Φυσική Ιατρική και αποκατάσταση
4. Νευροπαθολογία

*Επιλεγόμενα Ζ' Εξαμήνου*

1. Επείγουσα Ιατρική
2. Θεραπευτική πόνου
3. Τραυματιολογία κεφαλής και τραχήλου
4. Ακτινοθεραπευτική - Ακτινοθεραπεία
5. Αναίμακτες μέθοδοι στην Παθολογία
6. Υδροθεραπευτική
7. Νοσηλευτική

*Επιλεγόμενα Η' Εξαμήνου*

1. Νευροακτινοδιαγνωστική
2. Ογκολογία κεφαλής και τραχήλου
3. Διαταραχές επικοινωνίας
4. Πυρηνική Ιατρική
5. Κλινική Ογκολογία
6. Κλινική Ακτοολογία

*Επιλεγόμενα Θ' Εξαμήνου*

1. Ιατρική Εργασίας
2. Γεροντολογία - Γηριατρική
3. Τροπική Ιατρική
4. Παιδιατρικές παθήσεις αισθητηρίων οργάνων
5. Ηλεκτρονική Αξονική Τομογραφία - Υπερηχοτομογραφία
6. Αντιμετώπιση βαρέως πασχόντων σε μονάδα εντατικής παρακολούθησης

*Επιλεγόμενα Ι' Εξαμήνου*

1. Παιδιατρική Νευρολογία
2. Αναπτυξιακή Παιδιατρική
3. Παιδοακτινοδιαγνωστική
4. Συμβουλευτική Γενετική
5. Αγγειογραφία - Παρεμβατική Ακτινολογία
6. Χειρουργικές παθήσεις καρδιάς

## 2. Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Paris V

Ενδεικτικά (και για υποτυπώδη σύγκριση) παραθέτουμε προγράμματα δύο Πανεπιστημιακών Κλινικών του Παρισιού.

*Πρώτο έτος* (κοινό στα Πανεπιστήμια Παρισιού) P.C.E.M.: Μαθηματικά, Βιοφυσική, Χημεία, Βιοχημεία, Βιολογία, Κυτταρολογία, Εμβρυολογία, Ιστολογία, Φυσιολογία, Ανατομία, Ψυχολογία, Κοινωνικές και Οικονομικές επιστήμες, Σημειολογία.

Για να περάσει κανείς από αυτό το πρώτο στο δεύτερο έτος, χρειάζεται να συμμετάσχει σε διαγωνισμό (ποσοστό επιτυχίας το 1982: 34%....).

Τα μετέπειτα προγράμματα διαφέρουν κατά πανεπιστημιακή κλινική. Για παράδειγμα, αναφέρουμε:

### A. Κλινική Cochin - Port Royal

*Δεύτερο έτος* (P.C.E.M.2): Βιοχημεία, Βιοφυσική, Ιστολογία, Εμβρυολογία, Ανατομία, Φυσιολογία, Ψυχολογία, Δημόσια Υγεία.

*Τρίτο έτος* (D.C.E.M.1): Μικτές επιστήμες (Παθολογική Ανατομία, Μικροβιολογία: Γενική Βακτηριολογία - Φαρμακολογία, Σημειολογία (θεωρητικό μάθημα - πρακτικό μάθημα - προπαρασκευή στη νοσοκομειακή λειτουργία), Τέσσερα ανεξάρτητα ενδεικτικά (Ανοσολογία, Μολυσματικές ασθένειες και ιατρική Βακτηριολογία, Παρασιτικές ασθένειες, Δημόσια Υγεία).

*Τέταρτο έτος* (D.C.E.M.2): Καρδιολογία, Πνευμονολογία, Ηπατο-γαστροεντερολογία, Νεφρολογία, Ουρολογία, Ενδοκρινολογία, Δερματολογία.

*Πέμπτο έτος* (D.C.E.M.3): Κινητικό σύστημα, Γυναικολογία (Αντισύλληψη), Αιματολογία, Παιδιατρική, Νευρολογία, Ψυχιατρική.

*Έκτο έτος* (D.C.E.M.4): Κλινική σύνθεση και Θεραπευτική, Διατροφή, ORL, Στοματολογία, Οφθαλμολογία, Κοινωνική Ιατρική, Δημόσια Υγεία, Ιατροδικαστική, Ιατρική Δεοντολογία και Οικονομία, Ιατρική Γενετική, Καρκιολογία και Επιλογές.

### B. Κλινική Paris-Ouest

*Δεύτερο έτος* (P.C.E.M.2): Α' εξάμηνο: Ανατομία (80 ώρες), Ιστο-εμβρυολογία (60 ώρες), Βιοχημεία (70 ώρες), Βιοφυσική (60 ώρες). Β' εξάμηνο: Φυσιολογία (100 ώρες), Χειρουργική Σημειολογία (40 ώρες), Ανατομική ή Ραδιολογία (50 ώρες).

*Τρίτο έτος* (D.C.E.M.1): Α' εξάμηνο: Ιατρική Σημειολογία και Νευρο-Ανατομική (80 ώρες), Υποχρεωτική νοσοκομειακή εξάσκηση (4 μέρες κάθε βδομάδα), Φυσιολογία (30 ώρες), Βιοχημεία (30 ώρες), Γενική Ανοσολογία (18 ώρες), Φαρμακολογία. Β' εξάμηνο: Γενική Παθολογική Ανατομική (35 ώρες), Πνευμονολογία (40 ώρες), Μικροβιολογία (Βακτηριολογία), Μολυσματικές ασθένειες, Παρασιτικές ασθένειες (90 ώρες).

*Τέταρτο έτος* (D.E.C.M.2): Α' εξάμηνο: Καρδιολογία - αγγειακές ασθένειες (60 ώρες) Κινητικό Σύστημα (60 ώρες), Γυναικολογία - Αντισύλληψη (60 ώρες). Β' εξάμηνο: Ενδοκρινολογία - Διατροφή (60 ώρες), Ηπατο-γαστροεντερολογία (60 ώρες), Δερματολογία, (20 ώρες), O.R.L. (10 ώρες), Στοματολογία (10 ώρες), Οφθαλμολογία (10 ώρες).

*Πέμπτο έτος* (D.E.C.M.3): Α' εξάμηνο: Γενετική - Παιδιατρική (70 ώρες), Νεφρολογία - Ουρολογία (60 ώρες), Δημόσια Υγεία, Ιατροδικαστική, Ιατρική της Εργασίας (80 ώρες) (στα πλαίσια της Δημόσιας Υγείας διδάσκονται: Οικονομία της Υγείας, Επι-

δημειολογία, Υγιεινή). Β' εξάμηνο: Νευρολογία (40 ώρες), Ψυχιατρική - Ψυχολογία (40 ώρες), Αιματολογία - Ανοσολογία - Καρκιнологία (80 ώρες).

Έκτο έτος: Ιατροδικαστική, Ιατρική της Εργασίας, Υγιεινή (45 ώρες), Θεραπευτική (90 ώρες).

Συγκριτικά, βλέπουμε τη διαφορά, την απαρχή δηλαδή μιας πιο «κοινωνικής» θεώρησης των πραγμάτων στα Πανεπιστήμια της Γαλλίας — έχουμε υπογραμμίσει τα διάφορα υποχρεωτικά σχετικά μαθήματα...

II. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΤΟΥ L. V. THOMAS

(από το βιβλίο *Anthropologie de la Mort*)

Συγκριτικός «πίνακας» στάσεων

	<i>Νεγρο-αφρικανικός Πολιτισμός</i>	<i>Δυτικός Πολιτισμός</i>
<i>Είδος Κοινωνίας</i>	Συσώρευση ανθρώπων - πλούτος συμβόλων - οικονομία συντήρησης - προτεραιότητα χρηστικής αξίας - αναζήτηση ειρήνης, σημασία ανθρωπίνων σχέσεων, κοινοτικό πνεύμα - τονισμός της συνέχισης του διάλογου - ρόλος του μύθου	Συσώρευση αγαθών - πλούτος - τεχνολογία - κέρδος - κατανάλωση - σπατάλη - προτεραιότητα ανταλλακτικής αξίας - γραφειοκρατική - τεχνοκρατική - θανατοκρατική - ατομικισμός - τονισμός της διάσπασης - ρόλος της επιστήμης
<i>Έννοια του ανθρώπου</i>	Στο κέντρο του κόσμου - υψηλή κοινωνικοποίηση - αξία γερόντων	Θεωρείται εμπόρευμα (παραγωγός - καταναλωτής) - αλλοτρίωση - εγκατάλειψη γερόντων
<i>Το φανταστικό</i>	Σημασία συμβόλων και συμβολικής τελετουργίας	Φαντασία
<i>Φιλοσοφία ζωής</i>	Προαγωγή ζωής (βιολογική, σεξουαλική, πνευματική...)	Θανατηφόρα κοινωνία
<i>Απόψεις για τον θάνατο</i>	Αποδοχή του σαν απαραίτητο στοιχείο ζωής (οντολογική πραγματικότητα) - ιδανικός θάνατος - ο καλός	Απιθωμένη αγωνία - κυριαρχεί η εικόνα του θανάτου σαν ατύχημα - ιδανικός θάνατος - ο ωραίος
<i>Στάση ως προς τον ετοιμοθάνατο</i>	Τον αναλαμβάνει η ομάδα (ώστε να αισθάνεται ασφαλής ...)	Μοναχικός θάνατος (στο νοσοκομείο), χωρίς βοήθεια



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Emmanuelli X., *La morale et la médecine*, F. Nathan, Paris.
- Foucault M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, Paris 1961.
- Freidson E., *La profession médicale*, Paris, Payot 1984 (trad.).
- Goldsmith E. - Brunetti P. M., *La médecine à la question*, Fernard Nathan, Paris 1981.
- Ιλτζς Ι., *Περιορισμοί στην Ιατρική*, Θεσσαλονίκη 1988.
- Κουτσελίνης Α., Μιχαλοδημητρακάκης Μ., *Ιατρική ευθύνη*, Gutenberg, Αθήνα 1984.
- Lévi-Strauss Cl., *Anthropologie Structurale*, Plon, Paris 1958.
- Mariet Fr., *Psychosociologie d'aujourd'hui*, Bordas, Paris 1975.
- Régnie Fr., *La médecine pour ou contre les hommes* (άρθρο: Psychologie Sociale).
- S. dir. de Smedt M., *La face cachée de la France*, t. 2, Seghers, Paris 1978.
- Stuedler Fr., *Socialité et pratiques médicales de groupe*, in *Sociétés* [no 9 *La Socialité*].
- Thomas L. V., *Anthropologie de la mort*, Payot, Paris 1980.
- Valabrega J. P., *La relation thérapeutique*, Flammarion, Paris.