

# Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai ir paciento elgsena sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu: prastos savijautos socialinio pateisinimo paieškos<sup>59</sup>

**GIEDRĖ BALTRUŠAITYTĖ**

*Vytauto Didžiojo universitetas*

**VYLIUS LEONAVIČIUS**

*Vytauto Didžiojo universitetas*

**GEDIMINAS RAILA**

*Lietuvos sveikatos mokslų universitetas*

**INGRIDA NAUJOKAITĖ**

*Vytauto Didžiojo universitetas*

**Santrauka.** Dabarties visuomenėse daugėja fizinių negalavimų, kuriuos sunku paaiškinti mediciniškai (MNN), nes jie stokoja aiškos patologijos. MNN prisikiriami tokie negalavimai: ilgą laiką trunkantis nuovargis, įvairaus pobūdžio skausmai (krūtinės, galvos, nugaros, pilvo, sąnarių), galvos svaigulys, nepaaiškinamos kilmės alerginiai simptomai ir t. t. MNN patiriančio paciento situacija ypatinga tuo, kad MNN atveju nėra aiškos diagnozės, o simptomai gali tęstis neapibrėžtą laiką. Nesant diagnozės sveikatos sutrikimą patiriantis asmuo patenka į sudėtingą situaciją, nes priėjimas prie sergančiojo vaidmens (ir visų su šiuo vaidmeniu susijusių teisių) yra ribotas. Dėl to asmuo gali susidurti su problema, kaip pateisinti atsitraukimą nuo turimų socialinių įsipareigojimų.

Straipsnyje analizuojama, kaip paciento elgsena sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu yra susijusi su tam tikra jo patirtimi socialiniame gyvenime. Analizė remiasi apklausos, kurioje dalyvavo 222 MNN patirtį turintys respondentai, duomenimis. Daroma prielaida, kad MNN atveju asmens medicininės diagnozės paieškos (o drauge ir elgsena SPS atžvilgiu) gali būti susijusios su siekiu ne tik išspręsti varginančią sveikatos problemą, bet ir pateisinti pakitusią socialinę elgseną.

**Raktažodžiai:** mediciniškai nepaaiškinamas negalavimas, pacientas, ligos elgsena, sergančiojo vaidmuo, sveikatos priežiūros sistema.

**Keywords:** medically unexplained disorder, patient, illness behaviour, sick role, health care system.

<sup>59</sup> Straipsnis parengtas kaip projekto „Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai: iššūkiai pirminės sveikatos priežiūros sistemai“ dalis. Tyrimą finansavo Lietuvos mokslo taryba (sutarties nr. MIP-022/2011).

## Įvadas

Modernioji medicina yra grindžiama ligos biologinių parametrų nustatymu, aiškiai apibrėžtomis diagnozėmis, kurios ir diktuoja gydymo metodus. Tačiau dabarties visuomenėse daugėja sunkiai mediciskai paaiškinamų negalavimų (MNN). MNN yra apibrėžiamas kaip negalavimas, pasižymintis: 1) fiziniais simptomais, 2) tuo, kad nėra organinės šių simptomų priežasties, 3) psichologinės problemos galėjo paskatinti šių simptomų atsiradimą, tačiau pacientams fiziniai simptomai yra reikšmingesni nei psichologinės problemos (van der Weijden et al., 2003). MNN priskiriami tokie negalavimai: ilgą laiką trunkantis nuovargis, įvairaus pobūdžio skausmai (krūtinės, galvos, nugaros, pilvo, sąnarių), galvos svaigulys, nepaaiškinamos kilmės alerginiai simptomai ir t. t. (Salmon et al., 2007). Pirminės sveikatos priežiūros (PSP) įstaigoje dirbantys specialistai nuolat susiduria su tokio pobūdžio pacientų skundais: užsienio tyrėjų teigimu, PSP grandyje apie 50 proc. pacientų skundžiasi ilgalaikiais fiziologiškai nepaaiškinamais fiziniais negalavimais (Naujokaitė, 2010). Šių negalavimų eiga yra sunkiai prognozuojama, nes simptomų pobūdis gali kisti (pvz., skausmas gali reikštis skirtingose kūno vietose, kuriam laikui išnykti ir vėl atsirasti), gydymas yra simptominis ir dažnai neveiksmingas (Stanley et al., 2002; Risør, 2009). Todėl MNN kelia tam tikrus iššūkius sveikatos priežiūros sistemai (SPS) (pakartotiniai tyrimai, neveiksmingas gydymas didina ekonominę naštą SPS), šeimos gydytojui, gydytojo ir paciento santykiui (nėra aišku, kaip tinkamai apibrėžti ir spręsti besitęsiančią paciento sveikatos problemą, kaip pacientui paaiškinti sutrikimo priežastis) bei pačiam pacientui.

Remiantis užsienyje atliktais tyrimais, nepaisant to, jog medicininiai tyrimai nerodo jokių pataloginių nukrypimų, o medikai paciento negalavimus sieja su nemedicininio pobūdžio priežastimis, MNN besiskundžiantys pacientai gali būti linkę ieškoti negalavimo priežasties ir pakartotinai kreiptis į sveikatos priežiūros specialistus (Madden, Sim, 2006; Condon, 2010; Deale, Wessely, 2001; Barker, 2005). Viena vertus, pacientas gali nepasitikėti medikų išvadomis, juolab kad MNN gali trukti neapibrėžtą laiką. Antra vertus, liga, sveikata ir tai, kaip turi elgtis negalavimą patiriantis asmuo, yra socialiai ir kultūriškai apibrėžiamos ir susijusios su esminėmis visuomenės vertybėmis (Freund, McGuire, 1999)<sup>60</sup>. Todėl, anot Nettletono (2006), bet kuri liga ar il-

<sup>60</sup> Pavyzdžiui, XIX a. blyškumas, fizinis silpnumas buvo privalomi aukštuomenės damos atributai, rodantys jos priklausomybę tam tikrai klasei, o gera sveikata buvo siejama su

giau trunkantis negalavimas paveikia asmens santykius su aplinka. Užsienyje atlikti tyrimai rodo, kad MNN daro tokį pat neigiamą poveikį paciento gyvenimo kokybei (tai apima ir sąveiką su aplinkiniais) kaip ir mediciniškai identifikuojama fizinė patologija (Stanley et al., 2002). Todėl galima daryti prielaidą, kad MNN atveju paciento elgsena SPS atžvilgiu yra susijusi ne tik su patiriamu negalavimu, bet ir su tam tikra jo patirtimi socialiniame gyvenime.

## Ligos ir ligos diagnozės sociologinė samprata

Sociologiniu požiūriu liga yra susijusi su asmens galimybe veikti socialinėje erdvėje. Fizinė liga reiškiasi ne tik per biologinius parametrus, bet ir per sergančio asmens santykį su aplinka bei aplinkinių reakcijas į sergantįjį (Bury, 1997). Todėl sociologijos literatūroje išskiriami šie ligos aspektai: liga kaip biologinė realybė (angl. *disease*), liga kaip asmeninė patirtis (angl. *illness*) ir liga kaip socialinė realybė (angl. *sickness*). Liga kaip biologinė realybė žymi medicininę ligos sampratą, kai liga matoma kaip fizinių ar psichopatologinių simptomų išraiška. Liga kaip asmeninė patirtis nurodo sergančio asmens santykį su negalavimu, kuris yra veikiamas ne tik juntamų simptomų, bet ir asmens gyvenimo situacijos, biografijos, kultūrinių ligos ir sveikatos sampratų, sąveikų su aplinkiniais ir jų reakcijų, ir t. t. Liga kaip socialinė realybė reiškiasi per socialinius ligos aspektus: sociodemografinės sergamumo tendencijas, socialinę ligos apibrėžimą ir sergančiojo elgsenos reguliavimą (nedarbingumo pažymų išdavimas ir pan.) (Freund, McGuire, 1999). Taip asmens ligos ar negalavimo patirtis bei su liga susijusi elgsena yra daugiasluoksnė, apimanti tiek fizinius, tiek socialinius, tiek subjektyviuosius patyrimo aspektus.

Anot Parsonso (1951), liga yra socialiai nepageidaujama būklė, ji kelia grėsmę socialinei tvarkai, nes atitraukia asmenį nuo įprastų socialinių vaidmenų.

Parsonso teorijoje galima išskirti du tarpusavyje susijusius ligos modelius – ligą kaip deviaciją ir ligą kaip negalią (angl. *incapacity*). Ligos kaip deviacijos modelyje liga yra siejama su nesąmoningu asmens troškimu kuriam laikui išvengti modernios visuomenės jam primetamų įsipareigojimų ir tuo ji matoma kaip grėsminga socialinei tvarkai. O ligos kaip negalios modelyje liga konceptualizuojama kaip asmens negalėjimas (dėl patiriamų negalavimų) at-

likti socialinių vaidmenų ir dėl to jis nėra atsakingas ar kaltintinas (Gerhardt, 1989).

Siekdama susigrąžinti ir palaikyti pusiausvyrą, socialinė sistema siūlo sergančiam asmeniui galimybę kuriam laikui atsitraukti nuo socialinių vaidmenų. Šią galimybę Parsonsas (1951) apibrėžia sergančiojo vaidmens sąvoka. Sergančiojo vaidmuo nusako socialinius lūkesčius (teises ir pareigas), kaip turi elgtis susirgęs asmuo:

- sergantysis kuriam laikui yra atleidžiamas nuo socialinių įsipareigojimų (pvz., išduodamas nedarbingumo lapelis), tačiau prisiimdamas sergančiojo vaidmenį yra įpareigojamas stengtis kuo greičiau pasveikti;
- sergantysis nėra laikomas atsakingu dėl ligos, t. y. iš jo nereikalaujama sveikti valios pastangomis;
- kadangi sergantysis negali pasveikti valios pastangomis, jis privalo aktyviai siekti medicininės pagalbos ir bendradarbiauti su gydytoju.

Sergančiojo elgsena įteisinama medicinos institucijos. Tačiau negaliojantys asmenys turi skirtingas galimybes prisiimti sergančiojo vaidmenį. Remiantis Parsonso teorija, sergančiojo vaidmuo ir su juo susijusios teisės suteikiamos tuomet, kai asmens negalavimas yra mediciniškai pripažintas ir diagnozuotas. Tačiau ši teorija yra problemiška kalbant tiek apie lėtines ligas (asmuo neturi galimybės pasveikti), tiek apie stigmatizuojamas (asmeniui priskiriama atsakomybė už tai, kad jis susirgo), tiek ir tokiais atvejais kaip MNN, kai diagnozė nėra aiški (neaišku, ar tai, ką patiria asmuo, išties yra liga). Pastaruoju atveju asmens bandymas prisiimti sergančiojo vaidmenį gali būti vertinamas ir kaip sąmoningas siekimas išvengti socialinių įsipareigojimų. Nors Parsonso sergančiojo vaidmens koncepcija kritikuojama dėl to, kad neapima sveikatos sutrikimų raidos ir patirčių įvairovės (Nettleton, 2006), apibrėždama ligą kaip socialinę deviaciją ir kaip negalią, ši koncepcija atveria kelius sociologiškai nevienareikšmiškai vertinti MNN patiriančio asmens situaciją ir elgseną<sup>61</sup>.

Užsienio literatūroje pažymima, kad MNN patiriantis pacientas atsiduria gana sudėtingoje situacijoje: viena vertus, jis patiria fizinius negalavimus, dėl kurių gali jaustis nepajėgus atlikti savo socialinius vaidmenis, kita vertus, nesant aiškos diagnozės, tiek medikai, tiek aplinkiniai asmenį gali apkaltinti bandymu simuliuoti ligą, taip siekiant išvengti socialinių įsipareigojimų (Barker, 2005; Wearen et al., 2004). Užsienio tyrėjų atlikti tyrimai rodo, kad MNN simptomų raida ir negalavimą patiriančio asmens kreipimosi į medi-

<sup>61</sup> Prie to dar trumpai grįšime vėliau.

kus elgsena yra susijusi su tarpasmeniais santykiais, artimųjų požiūriu į negalavimo rimtumą ir pagrįstumą (Hilbert et al., 2010). Remiantis Milleno ir kt. (1998) atliktu tyrimu, lėtinį nuovargį patiriantys asmenys, kuriems nebuvo patvirtinta medicininė diagnozė, patyrė aplinkinių spaudimą būti socialiai aktyviems, o asmenys, kuriems tokia diagnozė buvo patvirtinta, sulaukė šeimos ir draugų paramos<sup>62</sup>.

## Tyrimo metodologija

Siekiant išsiaiškinti MNN patiriančių pacientų elgseną, taip pat atskleisti problemas, kylančias jiems socialiniame gyvenime, atlikta anketinė apklausa.

Tyrimo pagrindą sudarė 67 klausimai, padėję identifikuoti respondento MNN patirtį, respondento elgseną SPS, santykių su šeimos gydytoju pobūdį, respondento patirtį socialiniame gyvenime MNN atveju, tiriamųjų sociodemografinės charakteristikos.

Apklausa vyko dviem etapais: 2012 m. liepą pacientai apklausti Kauno PSP įstaigose, 2012 m. rugsėjį, siekiant paspartinti apklausos eigą, pradėta vykdyti elektroninė apklausa.

Tiriant buvo apklausti 222 MNN patirtį turintys respondentai<sup>63</sup>. Svarbiausios imties struktūrinės charakteristikos pateikiamos 1 lentelėje.

**1 lentelė. Svarbiausios imties charakteristikos**

| <i>Lytis</i>     |            |
|------------------|------------|
| Vyrai            | 26,5 proc. |
| Moterys          | 73,5 proc. |
| <i>Amžius</i>    |            |
| 18–25 m.         | 37,1 proc. |
| 26–35 m.         | 19,5 proc. |
| 36–45 m.         | 15,6 proc. |
| 46–55 m.         | 14,1 proc. |
| 56 m. ir daugiau | 13,7 proc. |

<sup>62</sup> MNN siejami su konfliktiškais tarpasmeniniais santykiais, problemomis asmeniniame gyvenime, šeimoje, darbe ar vykdant kitus socialinius įsipareigojimus (Naujokaitė, 2010).

<sup>63</sup> Planuojant tyrimą buvo numatyta apklausti 500 respondentų, apklausą vykdant pirminės sveikatos priežiūros įstaigose ir prašant šeimos gydytojų atrinkti pacientus, turinčius MNN patirtį. Tačiau negavus finansavimo respondentų atrankai, nebebuvo galimybės to padaryti. Todėl šį tyrimą kol kas derėtų vadinti žvalgomuoju.

| <i>Išsilavinimas</i>              |            |
|-----------------------------------|------------|
| Pradinis / nebaigtas vidurinis    | 3 proc.    |
| Vidurinis                         | 14,5 proc. |
| Profesinė mokykla                 | 7,5 proc.  |
| Aukštesnioji mokykla / kolegija   | 24 proc.   |
| Nebaigtas aukštasis               | 12,5 proc. |
| Aukštasis                         | 37,5 proc. |
| Kitas išsilavinimas               | 1 proc.    |
| <i>Užimtumas</i>                  |            |
| Valstybės įmonės darbuotojas (-a) | 25,3 proc. |
| Privačios įmonės savininkas (-ė)  | 3,2 proc.  |
| Privačios įmonės darbuotojas (-a) | 37 proc.   |
| Namų šeimininkas (-ė)             | 5,8 proc.  |
| Studentas (-ė)                    | 17,5 proc. |
| Moksleivis (-ė)                   | 0 proc.    |
| Bedarbis (-ė)                     | 5,2 proc.  |
| Pensininkas (-ė)                  | 6,5 proc.  |
| Motinytės / tėvystės atostogos    | 1,3 proc.  |
| Kita veikla                       | 7,1 proc.  |
| <i>Šeiminė padėtis</i>            |            |
| Vedęs / Ištekėjusi                | 39 proc.   |
| Nevedęs / Netekėjusi              | 32 proc.   |
| Išsiskyręs / Išsiskyrusi          | 6,5 proc.  |
| Našlys / Našlė                    | 3,5 proc.  |
| Neįregistruota partnerystė        | 16 proc.   |
| Kitas atsakymas                   | 3 proc.    |

Kaip matyti lentelėje, daugiau buvo moterys, 18–25 m. jaunimas, aukštąjį išsilavinimą turintys susituokę asmenys ir privačių įmonių darbuotojai. Toks respondentų pasiskirstymas pagal lytį, amžių, išsilavinimą, užimtumą iš dalies atitinka tipišką MNN paciento paveikslą, kurį mūsų projekte atliktais pusiau struktūruotais interviu apibūdino šeimos gydytojai<sup>64</sup> ir kuri pateikia užsienio tyrėjai (Nimnuan et al., 2001)<sup>65</sup>.

<sup>64</sup> Žr. šio žurnalo straipsnį „Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai: šeimos gydytojų patirtys“.

<sup>65</sup> Pažymėtina, kad tokio pobūdžio tyrimą apsunkina tai, jog MNN patiriančius asmenis sudėtinga identifikuoti, nes dalis MNN gali būti diagnozuoti priskiriant, pvz., psichosomatinę diagnozę, taip pat patiriamas negalavimas gali būti ne MNN, bet kitas kol kas nenustatytos kilmės sveikatos sutrikimas. Nepaisant to, mūsų atliktas tyrimas atskleidė tam tikras tendencijas, kurios atitinka užsienio tyrėjų atliktų tyrimų rezultatus ir gali būti vertinamas kaip siekis nubrėžti gaires tolesnei šio reiškinio sociologinei analizei.

## Tyrimo rezultatai

Kaip jau minėta, sociologiniu požiūriu sveikatos sutrikimą patiriančio asmens elgsena yra nulemta ne tik simptomų pobūdžio, bet ir asmens socialinės sąveikos su aplinka. Todėl dalis sociologinio tyrimo anketos klausimų buvo skirta išsiaiškinti, su kokiais problemomis socialiniame gyvenime susiduria MNN patiriantis asmuo. Respondentų prašyta įvertinti asmens savijautą, santykius su aplinkiniais, socialinių įsipareigojimų vykdymą apibūdinančius teiginius, tokius kaip: „Buvo pakankamai žmonių, su kuriais galėjau pasikalbėti apie savo sveikatos sutrikimus“, „Privalėjau atlikti namų pareigas, nes namiškiai manęs sergančiu nelaikė“, „Jaučiausi nedarbingas, bet neturėdamas diagnozės buvau priverstas dirbti“, „Kolegos / bendramoksliai manė, kad simuluoju sutrikimą“, „Artimiausi žmonės mane suprato ir palaikė“, „Baiminausi, kad nenustačius diagnozės galiu prarasti darbą“, „Dėl patiriamų simptomų toms pačioms darbinėms užduotims atlikti turėjau atiduoti daugiau jėgų nei anksčiau“, „Dėl patiriamų simptomų pradėjau rečiau bendrauti su draugais“ ir t. t.

Tyrimo rezultatai rodo, kad MNN patiriantis asmuo dažniausiai jaučiasi suprastas ir palaikomas artimiausių žmonių, tačiau tai nebūtinai reiškia, kad jis bus atleistas nuo namų pareigų: 53,3 proc. respondentų teigė privalėję atlikti namų pareigas, nes namiškiai jų nelaikė sergančiais.

Jei namiškiai daugiau ar mažiau palaikė MNN patiriančius asmenis, kiti socialiniai įsipareigojimai, prisiimti už namų sienų, respondentams kėlė didesnę įtampą. 59,8 proc. apklaustųjų teigė, kad nors jie ir jautėsi nedarbingi, neturėdami diagnozės, buvo priversti dirbti, 63,9 proc. respondentų dėl patiriamų simptomų toms pačioms darbinėms užduotims atlikti turėjo eikvoti daugiau jėgų nei anksčiau, 32,8 proc. baiminosi, kad nenustačius diagnozės gali prarasti darbą. Baimė prarasti darbą buvo būdingesnė vyrams (40,4 proc. vyrų ir 30,1 proc. moterų).

Moterys šiek tiek dažniau nei vyrai teigė pasijutusias nesuprastos draugų (atitinkamai 24,5 proc. ir 17,3 proc.) ir sutiko su teiginiu, kad jų kolegos ar bendramoksliai manė jas simuliuojant sutrikimą (atitinkamai 20,4 proc. moterų ir 13,7 proc. vyrų). Dėl patiriamų simptomų jos pradėjau rečiau bendrauti su draugais (atitinkamai 35,4 proc. moterų ir 17,3 proc. vyrų). Galbūt dėl to moterims buvo kur kas būdingiau nei vyrams sakyti, kad jos jautėsi vienišos ir sutrikusios (atitinkamai 33,8 proc. ir 9,6 proc.).

Dauguma apklausoje dalyvavusių respondentų buvo atsidūrę situacijoje, kai neaiškios kilmės simptomai tęsėsi, negalavimo priežastys, nepaisant tyrimų ir specialistų konsultacijų, liko neaiškios, o šeimos gydytojo skirtas gydymas nepadėjo arba padėjo tik iš dalies. Užsienio tyrėjai teigia, kad tokie pacientai po kurio laiko pakartotinai grįžta pas gydytojus (Madden ir Sim, 2006; Condon, 2010; Deale ir Wessely, 2001; Barker, 2005). Mūsų tyrimo metu respondentų buvo klausiama, kokių tolesnių veiksmų jie ėmėsi savo iniciatyva, kai šeimos gydytojo skirtas gydymas (po to, kai diagnozė taip ir liko neaiški) nepašalino simptomų, pašalino juos tik iš dalies arba jeigu dėl vieno ar kitų priežasčių tyrimo dalyviai nurodė gydymo nesilaikę. Respondentai galėjo pažymėti visus jiems tinkančius atsakymų variantus, rinkdamiesi kurį nors iš atsakymų: „Vėl konsultavausi su savo šeimos gydytoju“, „Paprašiau savo šeimos gydytojo siuntimo pas kitus specialistus“, „Kreipiausi į netradicinės medicinos specialistus (pvz., homeopatus, Rytų medicinos atstovus ir pan.)“, „Susiradau specialistą, kuriam pats mokėjau už konsultaciją (pvz., kardiologą, endokrinologą ir pan.)“, „Kreipiausi konsultacijos į užsienio specialistus“, „Ieškojau informacijos apie sutrikimą internete, žurnaluose ir pan.“, „Ieškojau panašius simptomus patiriančių žmonių“, „Bandžiau gydytis pats“, „Bandžiau keisti gyvenimo būdą (mitybą, fizinį aktyvumą ir pan.) tikėdamasis, jog simptomai išnyks“, „Bandžiau spręsti savo asmenines problemas, tikėdamasis, jog simptomai išnyks“, „Nieko nebedariau“, „Kita“. Šiuo atveju mus domina MNN patiriančio paciento elgesys SPS atžvilgiu, todėl šiuo aspektu toliau ir analizuosime respondentų veiksmus.

48,9 proc. apklaustųjų po to, kai šeimos gydytojo skirtas gydymas nepadėjo, padėjo tik iš dalies arba jeigu gydymo buvo nesilaikyta, vėl grįžo konsultuotis pas savo šeimos gydytoją. 41,2 proc. respondentų savo šeimos gydytojo paprašė siuntimo pas kitus specialistus, 22 proc. susirado specialistą, kuriam patys mokėjo už konsultaciją. Nieko nebedarė 15,7 proc. respondentų.

Respondentų buvo klausiama, kaip šeimos gydytojas jiems paaiškino, kokios yra jų patiriamo sutrikimo priežastys, kai po visų pacientui atliktų sveikatos tyrimų diagnozė liko nenustatyta. 32,1 proc. respondentų buvo paaiškinta, kad jų sutrikimo priežastys nėra aiškios, tačiau pastebėtina, kad tik 7 proc. respondentų šeimos gydytojas paaiškino, jog jų sutrikimas galbūt susijęs su tam tikra liga. Dažniausiai gydytojai MNN priežastis siejo su netinkamu gyvenimo būdu (47,1 proc.), nervų sistema ir jautrumu (36,7 proc.) ir įvairiomis įtampomis paciento gyvenime (34,6 proc.), t. y. iš esmės nesiejo sutrikimo su fiziopatologinio pobūdžio problemomis. Todėl be medikamen-



tinio gydymo, leidžiančio bent iš dalies pašalinti paciento patiriamus simptomus, šeimos gydytojai dažniausiai rekomendavo keisti gyvenimo būdą (mitybą, fizinį aktyvumą, dienos režimą ir pan.)<sup>66</sup>.

Vis dėlto 53,5 proc. respondentų gydytojo pateiktas MNN paaiškinimas netenkinio ir jie toliau ieškojo sutrikimo priežasčių. Dalies respondentų manymu, jų negalavimas nebuvo nustatytas, nes „šeimos gydytojui trūksta žinių“ (35,7 proc.) ir dėl to, kad „šeimos gydytojas nelaiko sutrikimo rimtu“ (32,3 proc.). Tai leidžia iš dalies paaiškinti šių respondentų siekį toliau ieškoti sutrikimo priežasties, kreipiantis į kitus sveikatos priežiūros specialistus.

31,3 proc. respondentų sutiko su gydytojų nuomone, kad sveikatos sutrikimas buvo sukeltas nemedicininį priežasčių, laikėsi skirto gydymo, tačiau jam nepadėjus toliau siekė sveikatos priežiūros specialistų konsultacijų (2 lentelė).

**2 lentelė. Tie, kas kreipėsi į sveikatos priežiūros specialistus. Požiūris į sutrikimą kaip esantį nemedicininės kilmės**

| Paciento elgsena                                                                                                 | Manau, kad sutrikimas nebuvo nustatytas, nes sveikatos negalavimas buvo sukeltas nemedicininį priežasčių |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                  | Taip                                                                                                     | Ne         |
| Kai gydytojo skirtas gydymas nepadėjo, savo iniciatyva vėl konsultavosi su šeimos gydytoju                       | 55,6 proc.                                                                                               | 43,1 proc. |
| Kai gydytojo skirtas gydymas nepadėjo, savo iniciatyva paprašė šeimos gydytojo siuntimo pas kitus specialistus   | 43,8 proc.                                                                                               | 36,9 proc. |
| Kai gydytojo skirtas gydymas nepadėjo, savo iniciatyva susirado specialistą, kuriam patys mokėjo už konsultaciją | 26,7 proc.                                                                                               | 18,5 proc. |

<sup>66</sup> Respondentų buvo klausiama, kokį gydymą jiems skyrė šeimos gydytojas po to, kai po įvairių atliktų tyrimų ir / ar specialistų konsultacijų simptomų priežastis ir aiški diagnozė liko nenustatyti. Respondentai galėjo pažymėti visus jiems tinkančius atsakymų variantus, rinkdamiesi vieną kurį iš atsakymų: „Gydymas vaistais“ (77,1 proc.), „Gyvenimo būdo (mitybos, fizinio aktyvumo, dienos režimo ir pan.) keitimas“ (43,9 proc.), „Gydymas ligoninėje“ (17,4 proc.), „Psichologo konsultacijos“ (4,7 proc.), „Netradicinės medicinos procedūros“ (10 proc.), „Gydytojas patarė spręsti savo asmenines problemas (pvz., santykių darbe, šeimoje)“ (12,2 proc.), „Nebuvo skirtas joks gydymas“ (10,8 proc.), „Kita“ (12,9 proc.).

Kaip matyti lentelėje, net jei respondentai manė, kad jų sutrikimas sukeltas nemedicininį priežasčių, jie savo iniciatyva pakartotinai grįžo pas sveikatos priežiūros specialistus. Galima daryti prielaidą, kad tokia paciento elgsena galėjo būti susijusi ne tik su nerimu dėl patiriamų simptomų.

Respondentų elgseną SPS atžvilgiu pabandėme susieti su aukščiau aptarta jų patirtimi socialiniame gyvenime.

Pirmiausia buvo siekiama įvertinti, kaip pakartotinis apsilankymas pas šeimos gydytoją yra susijęs su socialiniais asmens įsipareigojimais namuose ir kitose gyvenimo srityse. 3 lentelėje pateikiami apibendrinti duomenys.

### 3 lentelė. Pakartotinis apsilankymas pas šeimos gydytoją. Respondento socialiniai įsipareigojimai

| Savo iniciatyva vėl konsultavausi su šeimos gydytoju | Privalėjau atlikti namų pareigas, nes namiškiai nelaikė manęs sergančiu                                  |                |                                   |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------|
|                                                      | <i>Nesutinku</i>                                                                                         | <i>Sutinku</i> | <i>Nežinau / negaliu atsakyti</i> |
| <i>Taip</i>                                          | 27,8 proc.                                                                                               | 62,5 proc.     | 0 proc.                           |
| <i>Ne</i>                                            | 72,2 proc.                                                                                               | 37,5 proc.     | 100 proc.                         |
| <i>Iš viso</i>                                       | 100 proc.                                                                                                | 100 proc.      | 100 proc.                         |
| Savo iniciatyva vėl konsultavausi su šeimos gydytoju | Jaučiausi nedarbingas, bet neturėdamas diagnozės buvau priverstas dirbti                                 |                |                                   |
|                                                      | <i>Nesutinku</i>                                                                                         | <i>Sutinku</i> | <i>Nežinau / negaliu atsakyti</i> |
| <i>Taip</i>                                          | 33,3 proc.                                                                                               | 54 proc.       | 100 proc.                         |
| <i>Ne</i>                                            | 66,7 proc.                                                                                               | 46 proc.       | 0 proc.                           |
| <i>Iš viso</i>                                       | 100 proc.                                                                                                | 100 proc.      | 100 proc.                         |
| Savo iniciatyva vėl konsultavausi su šeimos gydytoju | Dėl patiriamų simptomų toms pačioms darbinėms užduotims atlikti turėjau skirti daugiau jėgų nei anksčiau |                |                                   |
|                                                      | <i>Nesutinku</i>                                                                                         | <i>Sutinku</i> | <i>Nežinau / negaliu atsakyti</i> |
| <i>Taip</i>                                          | 29,2 proc.                                                                                               | 52,6 proc.     | 50 proc.                          |
| <i>Ne</i>                                            | 70,8 proc.                                                                                               | 47,4 proc.     | 50 proc.                          |
| <i>Iš viso</i>                                       | 100 proc.                                                                                                | 100 proc.      | 100 proc.                         |

Kaip matyti 3 lentelėje, nesant aiškos diagnozės ir nepadėjus gydymui, savo iniciatyva dėl MNN į šeimos gydytoją pakartotinai kreipėsi tie respondentai, kurie sutiko, kad MNN kelia tam tikrų iššūkių jiems ir jų priimtiems socialiniams įsipareigojimams. Panašiai su priimtais socialiniais įsipareigojimais yra susijęs ir pakartotinis respondentų kreipimasis savo iniciatyva

siuntimo pas specialistus arba savarankiškas kreipimasis į specialistą mokant už paslaugas.

Toliau buvo bandyta susieti respondentų elgseną SPS atžvilgiu su jų socialinių sąveikų patirtimi patiriant MNN.

#### 4 lentelė. Pakartotinis apsilankymas pas šeimos gydytoją. Respondento socialinių sąveikų patirtys

| Savo iniciatyva vėl konsultavausi su šeimos gydytoju | Jaučiausi nesuprastas draugų                                 |                |                                   |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------|
|                                                      | <i>Nesutinku</i>                                             | <i>Sutinku</i> | <i>Nežinau / negaliu atsakyti</i> |
| <i>Taip</i>                                          | 42,2 proc.                                                   | 58,8 proc.     | 66,7 proc.                        |
| <i>Ne</i>                                            | 57,8 proc.                                                   | 41,2 proc.     | 33,3 proc.                        |
| <i>Iš viso</i>                                       | 100 proc.                                                    | 100 proc.      | 100 proc.                         |
| Savo iniciatyva vėl konsultavausi su šeimos gydytoju | Kolegos / bendramoksliai manė, kad aš simuliuoju sutrikimą   |                |                                   |
|                                                      | <i>Nesutinku</i>                                             | <i>Sutinku</i> | <i>Nežinau / negaliu atsakyti</i> |
| <i>Taip</i>                                          | 39,4 proc.                                                   | 87,5 proc.     | 80 proc.                          |
| <i>Ne</i>                                            | 60,6 proc.                                                   | 12,5 proc.     | 20 proc.                          |
| <i>Iš viso</i>                                       | 100 proc.                                                    | 100 proc.      | 100 proc.                         |
| Savo iniciatyva vėl konsultavausi su šeimos gydytoju | Dėl patiriamų simptomų pradėjau rečiau bendrauti su draugais |                |                                   |
|                                                      | <i>Nesutinku</i>                                             | <i>Sutinku</i> | <i>Nežinau / negaliu atsakyti</i> |
| <i>Taip</i>                                          | 41,4 proc.                                                   | 58,3 proc.     | 50 proc.                          |
| <i>Ne</i>                                            | 58,6 proc.                                                   | 41,7 proc.     | 50 proc.                          |
| <i>Iš viso</i>                                       | 100 proc.                                                    | 100 proc.      | 100 proc.                         |

Kaip matyti 4 lentelėje, respondentai, kurie sutiko, kad MNN kelia tam tikrų iššūkių jų santykiams su draugais, kolegomis ar bendramoksliais, dažniau pakartotinai kreipėsi į savo šeimos gydytoją nei tie, kuriems MNN tokių iššūkių nekėlė.

## Diskusija ir apibendrinimas

Sociologiniu požiūriu liga yra patiriama ir reiškiasi per asmens sąveiką su aplinka. Kaip parodė atliktas tyrimas, nesant aišrios ligos diagnozės, ši sąveika gali tapti neapibrėžta ir kelti papildomų iššūkių negalavimą patiriančiam

asmeniui. Todėl remdamiesi tyrimo duomenimis darome prielaidą, kad patiriant MNN pakartotinė asmens kreipimosi į sveikatos priežiūros specialistus elgsena yra susijusi ne vien tik su pastangomis susigražinti gerą savijautą.

Dauguma tyrimų segančiojo elgsenos tema nukreipti į asmens veiksmus susidūrus su pirmaisiais negalavimo simptomais, t. y. kai asmuo priverstas spręsti, kreiptis ar ne į sveikatos priežiūros specialistus (Cockerham, 1998). Mechanicas (1995) išskyrė keletą veiksnių, lemiančių asmens priimamus sprendimus, susijusius su sveikatos problemomis. Pasak Mechanico, susidūrus su negalavimu, asmens tolesnė elgsena priklauso nuo to, ar asmuo sutrikimą apibrėžia kaip rimtą<sup>67</sup>, taip pat nuo to, kiek patiriami simptomai trikdo asmens darbinę ir kitą kasdienę veiklą, ir ar asmeniui yra prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos bei kiek šios paslaugos, asmens įsitikinimu, padės išspręsti sveikatos problemą. Čia neanalizuojamas diagnozės kaip poreikio pateisinti negalavimą aspektas, daugiau kalbama apie būdus, kuriais asmuo siekia spręsti varginančią sveikatos problemą (t. y. pašalinti simptomus).

Kaip parodė tyrimas, aplinkiniai ne visada linkę pateisinti MNN patiriančio asmens atsitraukimą nuo socialinių įsipareigojimų, asmuo gali jaustis nesuprastas ar kaltinamas simptomų simuliacijomis, nors patiriami simptomai gali būti iš tiesų varginantys ir kelti nerimą<sup>68</sup>. Net jei medikai tvirtina, kad asmens patiriamas negalavimas nėra rimtas ar reikalaujantis gydymo, pastarasis gali būti linkęs ir toliau ieškoti negalavimo priežasčių. Grįžtant prie Parsonso (1951) sergančiojo vaidmens koncepcijos, MNN patiriančio asmens elgsena gali būti aiškinama, viena vertus, kaip pastangos spręsti sveikatos problemą (ligos kaip negalios aspektas), antra vertus, kaip siekis nusimesti atsakomybę dėl negalavimo bei jį pateisinti (ligos kaip socialinės deviacijos aspektas)<sup>69</sup>. Diagnozė, ypač grindžiama fiziopatologiniu negalavimo aiškinimu, šiuo atveju padėtų savotiškai asmens socialinei reabilitacijai. Anot Freidsono (1970), kai gydytojas diagnozuoja ligą, biofiziologinei būsenai suteikiamas socialinis statusas ir reikšmė, leidžiantys paaiškinti sergančio asmens elgseną socialinės aplinkos atžvilgiu. Taip oficiali (t. y. mediko patvirtinta) ligos diagnozė negalaujančiam asmeniui yra bene vienintelis būdas teisėtai neatlikti prisiimtų socialinių įsipareigojimų (Jutel, Nettleton, 2011).

<sup>67</sup> Simptomų vertinimas priklauso ir nuo to, ar asmuo anksčiau yra turėjęs panašaus pobūdžio negalavimų.

<sup>68</sup> 78,6 proc. respondentų teigė jautę nerimą, kad negalavimo priežastis nėra nustatyta.

<sup>69</sup> Su tuo susijusios fiziopatologiją patvirtinančios diagnozės paieškos.

Diagnozė atleidžia asmenį nuo būtinybės įtikinti aplinkinius savo patiriamo negalavimo rimtumu ir ieškoti kitų pasiteisinimų dėl pakitusios socialinės elgsenos. Todėl negalavimą patiriančiam asmeniui diagnozė yra svarbi ne tik medicinine (nuo diagnozės priklauso tolesnis gydymas), bet ir socialine prasme. Kita vertus, ne kiekviena diagnozė palengvina sutrikimą patiriančio asmens socialinę situaciją. Kai asmuo skundžiasi MNN, šeimos gydytojas gali įtarti psichiatrinio pobūdžio sutrikimą ir siųsti pacientą pasikonsultuoti su psichiatru. MNN dažnai diagnozuojami kaip psichosomatinio ar psichologinio pobūdžio sutrikimai (Naujokaitė, 2010). Šiuo atveju diagnozė gali lemti asmens kaip patiriančio psichikos sutrikimą stigmatizaciją (Clarke, James, 2003). Tai paaiškina, kodėl MNN patiriantys pacientai vengia psichosomatinų diagnozių ir siekia fizinių sutrikimo priežasčių paaiškinimo (Chew-Graham, May, 1999).

MNN turinčio asmens patiriama socialinė įtampa leidžia paaiškinti, kodėl, kaip yra pastebėję užsienio tyrėjai (žr., pvz., Barker, 2005), kai patiriami tokio pobūdžio negalavimai, pacientai aktyviai įsitraukia į sutrikimo medikalizacijos procesą<sup>70</sup>. Medikalizacija arba, kitaip tariant, modernios medicinos tendencija įvairias socialines problemas, elgseną bei mąstymą apibrėžti normos / patologijos terminais (t. y. pavadinti ligomis) sociologijos literatūroje vertinama gana kritiškai. Sociologai atkreipia dėmesį į tai, kad medikalizuodama socialines problemas modernioji medicina išplečia savo įtakos sferą į tas žmogaus gyvenimo sritis, kurios anksčiau nėra priklausiusios jos kompetencijai (pvz., konfliktai darbe, šeimoje). Taip medicina didina visuomenės narių priklausomybę nuo sveikatos priežiūros sistemos (Illich, 1976). Be to, medikalizuodama socialines problemas, medicina jas drauge individualizuoja. Pavyzdžiui, konflikto teorinėje perspektyvoje liga conceptualizuojama kaip kolektyvinis reiškiny, atspindintis kapitalistinės visuomenės įtampą ir neadekvatumą, tačiau medicinos diskursas ligą paverčia asmenine paciento patirtimi, kuri matoma kaip atskirta nuo socialinio konteksto (ir taip depolitizuota) (Navarro, 1976; Gerhardt, 1989). Todėl įvairios sveikatos specialistų grupės vertinamos kaip interesų grupės, siekiančios išlaikyti monopolį apibrėžiant ligą ir sveikatą (Freidson, 1994). Ši specifinė galios pozicija sociologijos literatūroje vadinama medikų dominavimu (Germov, 1998). Medici-

<sup>70</sup> MNN yra priskiriami prie negalavimų, kuriuos medicina vis dar vertina prieštaringai. Nėra bendro sutarimo dėl tokio pobūdžio negalavimų medicininio apibrėžimo, diagnozavimo ir gydymo strategijos (Swoboda, 2008). Todėl galima sakyti, kad MNN medikalizacijos procesas vis dar vyksta.

ninių žinių monopolizavimas medikų rankomis suteikia pastariesiems galią diagnozuoti ir gydyti ligą.

Kita vertus, šiandien vis dažniau atkreipiamas dėmesys, kad medikalizacijos procese dalyvauja ne tik medicinos institucija, bet ir kitos interesų grupės, suinteresuotos naujų diagnozių atsiradimu (Barker, 2011), tarp jų ir pacientai (Lupton, 1997)<sup>71</sup>. Galimus paciento interesus MNN medikalizacijos atžvilgiu iš dalies jau aptarėme, pristatydami tyrimo duomenis. Nors Lietuvoje kol kas stokojama aktyvesnio MNN patiriančių pacientų dalyvavimo MNN medikalizacijos procese, pacientus galima vertinti kaip tuos, kurie kalba apie šią problemą, atkreipia medikų dėmesį į naujo pobūdžio sveikatos sutrikimus pakartotinai kreipdamiesi į medikus.

Mūsų atliktas tyrimas yra vienas pirmųjų bandymų sociologiškai įvertinti MNN patiriančio paciento socialinę situaciją ir elgseną SPS atžvilgiu Lietuvoje. MNN išgyvenančio asmens socialinio gyvenimo patirtis ir elgseną atskleidžiantys tyrimo duomenys kol kas leidžia daryti tik prielaidas, o ne aiškius apibendrinimus. Bet kuriuo atveju MNN reiškinys verčia permąstyti sociologinę ligos, sveikatos, sergančiojo vaidmens ir elgsenos sampratą, nes šiuo atveju stokojama pagrindinio komponento, į kurį atsiremia daugelis sociologinių ligos interpretacijų – medicininė diagnozė. Todėl tiriant paciento elgseną SPS atžvilgiu galima toliau gilintis, kaip MNN veikia asmens socialinę situaciją ir santykius su aplinkiniais, įvertinant MNN keliamus iššūkius įvairioms asmens gyvenimo sritims; analizuoti, kaip asmuo susidoroja su šiais iššūkiais, kaip MNN diagnozės paieškos yra susijusios su turimais socialiniais tinklais, ir pan. Be abejo, paciento elgsena SPS atžvilgiu nėra susijusi vien tik su jo patirtimi socialiniame gyvenime. Tyrimai rodo, kad vienas pagrindinių paciento elgseną sveikatos priežiūros sistemoje nulemiančių veiksnių yra gydytojo ir paciento santykis (Coyle ir Williams, 1999). Pacientas, kurio netenkina gydytojo elgsenys, gali nesilaikyti skirto gydymo ar ieškoti kito specialisto. Todėl siekiant spręsti MNN keliamų iššūkių sveikatos priežiūros sistemai klausimus svarbu analizuoti, kaip MNN veikia įprastinius gydytojo ir paciento vaidmenis ir sąveiką, kaip nuo šios sąveikos pobūdžio priklauso tolesnis MNN problemos sprendimas, t. y. gydytojo ir paciento veiksmas, kaip MNN reiškinys atspindi medicinos autoriteto kaitą šiuolaikinėje visuomenėje.

<sup>71</sup> Klasikinis pacientų grupių siekio „priversti“ mediciną medikalizuoti negalavimą pavyzdys yra fibromialgijos atvejis (Barker, 2005).

## Literatūra

- Armstrong, D. 1993. "Medical Sociology". In *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol. 2, ed. W. F. Bynum, R. Porter, 1641–1662. London: Routledge.
- Barker, K. K. 2005. *The Fibromyalgia Story. Medical Authority & Women's Worlds of Pain*. Philadelphia: Temple University Press.
- Barker, K. K. 2011. "Listening to Lyrica: Contested Illnesses and Pharmaceutical Determinism". *Social Science and Medicine* 73 (6): 833–842.
- Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I., Seeman, T.E. 2000. "From Social Integration to Health: Durkheim in the New Millenium". *Social Science and Medicine* 51 (6): 843–857.
- Bury, M. R. 1997. *Health and Illness in a Changing Society*. London: Routledge.
- . 1982. "Chronic Illness as Biographical Disruption". *Sociology of Health and Illness* 4 (2): 167–182.
- Busfield, J. 1996. *Men, Women and Madness: Understanding Gender and Mental Disorder*. London: Macmillan Press Ltd.
- Charmaz, K. 1983. "Loss of Self: A Fundamental Form of Suffering in the Chronically Ill". *Sociology of Health and Illness* 5(2): 168–95.
- Chew-Graham, C. A., May, C. 1999. "Chronic Low Back Pain in General Practice: The Challenge of the Consultation". *Family Practice* 16 (1): 46–49.
- Clarke, J. N., James, S. 2003. "The Radicalized Self: The Impact on the Self of the Contested Nature of the Diagnosis of Chronic Fatigue Syndrome". *Social Science and Medicine* 57: 1387–1395.
- Cockerham, W. C. 1998. *Medical Sociology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Condon, B. B. 2010. "The Lived Experience of Feeling Misunderstood". *Nursing Science Quarterly* 23: 138–147.
- Coyle, J., Williams, B. 1999. "Seeing the Wood for the Trees: Defining the Forgotten Concept of Patient Dissatisfaction in the Light of Patient Satisfaction Research". *International Journal of Health Care Quality Assurance* 12 (4): i-ix.
- Deale, A., Wessely, S. 2001. "Patients Perceptions of Medical Care in Chronic Fatigue Syndrome". *Social Science and Medicine* 52: 1859–1864.
- Freidson, E. 1970. *Profession of Medicine*. New York: Dodd Mead.
- Freidson, E. 1994. *Professionalism Reborn*. Cambridge: Polity Press.
- Freund, P. E. S., McGuire, M. B. 1999. *Health, Illness and the Social Body: A Critical Sociology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Gerhardt, U. 1989. *Ideas about Illness: An Intellectual and Political History of Medical Sociology*. New York: New York University Press.



- Germov, J. 1998. *Second Opinion: An Introduction to Health Sociology*. Oxford: Oxford University Press.
- Hilbert, A., Martin, A., Zech, T., Rauh, E., Rief, W. 2010. "Patients with Medically Unexplained Symptoms and their Significant Others: Illness Attributions and Behaviors as Predictors of Patient Functioning over Time". *Journal of Psychosomatic Research* 68 (3): 253–262.
- Illich, I. 1976. *Limits to Medicine: Medical Nemesis*. Harmondsworth: Penguin.
- Jutel, A., Nettleton, S. 2011. "Towards a Sociology of Diagnosis: Reflections and Opportunities". *Social Science and Medicine* 73 (6): 793–800.
- Lupton, D. 1994. *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: SAGE Publications.
- Madden, S., Sim, J. 2006. "Creating Meaning in Fibromyalgia Syndrome". *Social Science and Medicine*, 63: 2962–2973.
- Mechanic, D. 1995. "Sociological Dimensions of Illness Behaviour". *Social Science and Medicine* 41 (9): 1207–1216.
- Millen, N. T., Peterson, Ch. L., Woodward, R. 1998. "A Sociological Analysis of Chronic Fatigue Syndrome and the Impact on Family Support Structures". *International Journal of Sociology and Social Policy* 18 (7/8): 127–147.
- Naujokaitė, I. 2010. „Mediciniškai nepaaiškinami simptomai sveikatos priežiūros sistemose“. *Kultūra ir visuomenė. Socialinių tyrimų žurnalas* 1 (2): 131–146.
- Navarro, V. 1976. *Medicine under Capitalism*. New York: Prodist.
- Nettleton, S. 2006. *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity Press.
- Nimnuan, Ch., Hotopf, M., Wessely, S. 2001. "Medically Unexplained Symptoms: An Epidemiological Study in Seven Specialities". *Journal of Psychosomatic Research* 51: 361–367.
- Parsons, T. 1951. *The Social System*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Pilgrim, D., Rogers, A. 1998. "Societal Influences on Mental Health". In *Encyclopedia of Mental Health*, vol. 3, ed. H. S. Friedman, 545–554. San Diego: Academic Press.
- Risør, M. B. 2009. "Illness Explanations among Patients with Medically Unexplained Symptoms: Different Idioms for Different Contexts". *Health* 13 (5): 505–521.
- Salmon, P., Peters, S., Clifford, R., Iredale, W., Gask, L., Rogers, A., Dowrick, Ch., Hughes, J., Morriss, R. 2007. "Why Do General Practitioners Decline Training to Improve Management of Medically Unexplained Symptoms?" *Society of General Internal Medicine* 22: 565–571.



- Stanley, I. M., Peters, S., Salmon, P. 2002. "A Primary Care Perspective on Prevailing Assumptions about Persistent Medically Unexplained Physical Symptoms". *International Journal of Psychiatry in Medicine* 32(2): 125–40.
- Swoboda, D. S. 2008. "Negotiating the Diagnostic Uncertainty of Contested Illnesses: Physician Practices and Paradigms". *Health* 12 (4): 453–478.
- Van der Weijden, T., Van Velsen, M., Dinant, G.-J., van Hasselt, C. M., Grol, R. 2003. "Unexplained Complaints in General Practice: Prevalence, Patients' Expectations, and Professionals' Test-Ordering Behavior". *Medical Decision Making* 23: 226–231.
- Wearen, A. J., Isaksen, L. W., Malterud, K. 2004. "I'm Not the Kind of Woman Who Complains of Everything': Illness Stories on Self and Shame in Women with Chronic Pain". *Social Science and Medicine* 59: 1035–1045.

## Medically Unexplained Disorders and Patient's Behavior towards Health Care System: Search for Social Justification of Illness

### Summary

Modern medicine is based on the identification of biological parameters of disease, a clearly defined diagnosis and correspondent treatment. However, currently medicine is facing a number of health disorders that are outside this biomedical perspective. These disorders (e.g., fatigue, various pains, etc.) lack biological basis and therefore cannot be easily medically explained, diagnosed and treated. Since these disorders may lack a clear medical diagnosis, individuals who experience them enjoy only limited access to the role of a sick person. This situation leads to a problem of justifying one's illness.

Using data from a survey with 222 individuals with an experience of a medically unexplained disorder (MUD), the article focuses on certain challenges that MUD may pose to individual's social life and examines the link between these challenges and patient's behavior towards the health care system.

Results of the study demonstrate that even if medical tests indicate no pathology and respondents believe their symptoms to be of nonmedical nature they further tend to seek medical examinations and referrals to health care specialists. Individuals living with MUD encounter numerous problems in their private and working life: since there is no diagnosis, their family may not accept their withdrawal from home responsibilities; individuals may feel isolated, misunderstood by their friends, and colleagues at work may blame them for simulating illness. An argument is made that individuals with MUD may repeatedly seek a medical examination in order to legitimate changes in their social behavior and social responsibilities.