

Κεφάλαιο 1

ΓΝΩΣΕΙΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΤΑ ΟΡΙΑ ΤΟΥΣ

ΙΑΤΡΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ-ΚΛΕΙΔΙΑ

- Σε ποια είδη γιατρών απευθύνεται αυτό το βιβλίο;
- Τι είδους στοιχεία θα παράσχει;
- Πώς μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα στοιχεία; Θα δείξουν ακριβώς πώς πρέπει να αντιμετωπίζονται οι ασθενείς;
- Τι το ξεχωριστό έχει μια ψυχολογική προσέγγιση;

1.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ;

Ψυχολογία είναι η επιστημονική μελέτη του τρόπου που οι άνθρωποι συμπεριφέρονται, σκέφτονται και αισθάνονται. Επομένως, ο σκοπός της είναι ευρύς και ποικιλος όπως και η ίδια η ανθρώπινη φύση. Κατά τη διάρκεια του εικοστού αιώνα εξελίχθηκε με εκπληκτικό ρυθμό από τότε που ξεκίνησε, βασιζόμενη στη φιλοσοφία και τη φυσιολογία. Έχει γίνει αγαπητό μάθημα στο Πανεπιστήμιο και, επιπλέον, γίνεται ιδιαίτερα δημοφιλές μάθημα στο σχολείο. Ωστόσο, η επιτυχία της δεν σχετίζεται με την ικανότητα να παράσχει εύκολες απαντήσεις σε ανθρώπινα προβλήματα. Πράγματι οι κατάλογοι συνεντεύξεων για μαθήματα ψυχολογίας συχνά έχουν σκοπό να εντοπίσουν άτομα που στρέφονται στην ψυχολογία, για να παράσχουν απλές απαντήσεις σε σύνθετα προβλήματα ζωής, ώστε να τους κατευθύνουν κάπου αλλού. Βέβαια, η ψυχολογία προσφέρει κάποιες απαντήσεις. Ωστόσο, το πιο σημαντικό είναι ότι προσδιορίζει τις ερωτήσεις και προσφέρει τρόπους να τεθούν. Επίσης επισημαίνει υποθέσεις για την ανθρώπινη συμπεριφορά που είναι αναληθείς και πρέπει να αντικατασταθούν από τα αποτελέσματα προσεκτικής έρευνας.

1.2 ΤΙ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ;

Ποιοι γιατροί χρειάζεται να χρησιμοποιούν ψυχολογικές ιδέες και πληροφορίες; Η απάντηση δεν είναι δύσκολη. Είναι όλοι οι γιατροί που κατά τη διάρκεια της εργασίας τους χρειάζεται να αλληλεπιδρούν με ασθενείς ή τις οικογένειές τους ή χρειάζεται να χρησιμοποιούν πληροφορίες ή να παίρνουν αποφάσεις. Με άλλα λόγια, όλοι οι γιατροί χρειάζεται να χρησιμοποιούν την ψυχολογία. Στο βιβλίο αυτό έμφαση δίνεται στις ψυχολογικές πλευρές των αλληλεπιδράσεων των γιατρών με τους ασθενείς και τις οικογένειες. Για κάποιους γιατρούς αυτή η αλληλεπιδραση είναι η βάση μιας θεραπείας ή συμβουλών, όπως όταν ο ασθενής επισκέπτεται τον γενικό γιατρό ή τον/η νοσοκόμο/α βασικής φροντίδας ή όταν ο αναισθησιολόγος επισκέπτεται τον ασθενή πριν την εγχείρηση ή ο επισκέπτης υγείας μετά τον τοκετό. Για άλλους γιατρούς οι αλληλεπιδράσεις είναι ο πυρήνας της δουλειάς: σε αυτές περιλαμβάνεται ο αυξανόμενος αριθμός συμβούλων στη βασική και νοσοκομειακή φροντίδα καθώς και κλινικών ψυχολόγων που εργάζονται στην παροχή φροντίδας της σωματικής υγείας και ψυχολόγων υγείας που εργάζονται με ασθενείς. Οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι βασικοί στη δουλειά όλων αυτών των γιατρών, είτε ο γιατρός επιλέξει να τους γνωρίζει

είτε όχι. Δεν υπάρχει αλληλεπίδραση που να μην έχει να κάνει με την ψυχολογία πάντοτε είναι παρόντες οι ψυχολογικοί παράγοντες. Δυστυχώς, όταν δεν αποτελούν αντικείμενο προσεκτικής μελέτης, συχνά συνιστούν επιβλαβείς επιδράσεις.

Διάφορα είδη έρευνας των ψυχολογικών παραγόντων στις κλινικές σχέσεις έχουν επικεντρωθεί σε διάφορα επαγγέλματα. Για παράδειγμα, η έρευνα της προσκόλλησης στις οδηγίες έχει επικεντρωθεί στους γιατρούς, ενώ η έρευνα των σχέσεων με τους ασθενείς έχει επικεντρωθεί στους/στις νοσοκόμους/ες. Αυτό αντανακλά τους πολύ διαφορετικούς ρόλους που παραδοσιακά είχαν αυτά τα επαγγέλματα: οι γιατροί πληροφορούν τους ασθενείς και αποφασίζουν για τη θεραπεία με τους/τις νοσοκόμους/ες να φροντίζουν τους ασθενείς και να δημιουργούν στενότερες σχέσεις μαζί τους. Αυτά τα όρια καθίστανται ασαφή τώρα, ώστε, εκτός από τις περιπτώσεις που είναι απαραίτητο να προσδιορίσουμε ένα συγκεκριμένο επάγγελμα, στο βιβλίο αυτό θα χρησιμοποιείται ο γενικός όρος γιατρός.

1.3 ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Είναι γενικά αποδεκτό ότι η κλινική άσκηση πρέπει να είναι επιστημονική, δηλαδή βασισμένη σε αποδείξεις. Επομένως, οι γιατροί που θέλουν να πληροφορηθούν για τις αλληλεπιδράσεις με ασθενείς αναζητούν από την ψυχολογία μια τεκμηριωμένη βάση για την άσκησή τους. Στα σλόγκαν η άσκηση που βασίζεται σε αποδείξεις φαίνεται αρκετά απλή αλλά σπάνια λαμβάνονται υπ' όψιν οι επιπλοκές του τρόπου που χρησιμοποιούνται οι ψυχολογικές αποδείξεις. Ας εξετάσουμε δύο παραδείγματα.

1.3.1 Παράδειγμα 1: Το ερωτηματολόγιο του ειδικού

Στο πρώτο παράδειγμα μία ογκολόγος θέλει να αξιολογήσει τα αποτελέσματα μιας υπηρεσίας παροχής τηλεφωνικής υποστήριξης που διηγύθυναν ειδικευμένες νοσοκόμες για μερικούς από τους ασθενείς τους. Υπάρχουν σήμερα διάφορα βιβλία που περιγράφουν λεπτομερώς ερωτηματολόγια για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο και αγοράζει ένα από αυτά. Βρίσκεται ένα ερωτηματολόγιο που αναγνωρίζει, επειδή έχει δει διάφορες δημοσιευμένες μελέτες που το έχουν χρησιμοποιήσει. Έχει ακούσει επίσης παρουσιάσεις σε συσκέψεις από διακεκριμένους ερευνητές, στις οποίες έχει χρησιμοποιηθεί, για να δεξειται αποτελέσματα μιας θεραπείας. Το βιβλίο λέει ότι αποτελεί έγκυρη και αξιόπιστη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Ωστόσο, κοιτάζει προσεκτικά τα στοιχεία του ερωτηματολογίου και είναι ανήσυχη. Συνειδητοποιεί ότι η ανησυχία της οφείλεται στο ότι τα περισσότερα από αυτά τα στοιχεία αφορούν σε συμπτώματα – σωματικά και συναισθηματικά. Οι συζητήσεις της με τους ασθενείς έχουν εγείρει άλλα ζητήματα, συμπεριλαμβανομένων των φόβων των ασθενών για τον θάνατο και της ανησυχίας τους για το αν οι οικογένειες τους θα τα καταφέρουν, αν πεθάνουν. Πολλοί από τους ασθενείς της έφτασαν να δουν ότι ο καρκίνος από τον οποίο έπασχαν έχει θετικές επιδράσεις στον τρόπο που έβλεπαν τη ζωή. Η ογκολόγος νομίζει ότι αυτές οι αντιδράσεις ενδεχομένως να είναι σημαντικές, αλλά αν χρησιμοποιήσει το ερωτηματολόγιο που συστήθηκε, θα σημαίνει ότι το αγνοεί. Πώς θα μπορούσε να διασφαλίσει ότι η απόφασή της βασίζεται σε αποδείξεις; Αποφασίζει να επινοήσει με τις κατάλληλες συμβουλές και την κατάλληλη συνεργασία το δικό της ερωτηματολόγιο. Θα ενσωματώσει ότι καλύτερο βρει στο ερωτηματολόγιο του ειδικού. Επίσης θα χρησιμοποιήσει τις αρχές του σχεδίου του ερωτηματολογίου, για να βρει άλλους τρόπους προσαρμογής στον καρκίνο, που νομίζει ότι ενδεχομένως να καθίσταται πιο εύκολη με την υπηρεσία παροχής τηλεφωνικής υποστήριξης αλλά που το ερωτηματολόγιο του ειδικού φαίνεται να παραλείπει.

1.3.2 Παράδειγμα 2: Η τυχαία ελεγχόμενη δοκιμή

1.3.2.1 Η άποψη του ερευνητή

Το δεύτερο παράδειγμα επιλέχθηκε, επειδή οι περισσότερες ψυχολογικές έρευνες – όπως η ιατρική έρευνα γενικά – χρησιμοποιούν τη στατιστική. Δηλαδή βασίζεται σε αποδείξεις

ότι οι μεταβλητές ενδιαφέροντος σχετίζονται με άλλες μεταβλητές σε μεγαλύτερο επίπεδο, που θα μπορούσαν ενδεχομένως να έχουν συμβεί κατά τύχη. Η τυχαία ελεγχόμενη δοκιμή είναι ένα παράδειγμα. Σε αυτήν τη διαδικασία οι ασθενείς επιλέγονται τυχαία, για να τους θεραπεύσουν με τον έναν ή τον άλλο τρόπο. Στη συνέχεια χρησιμοποιούνται στατιστικές, για να εξετάσουν αν οποιαδήποτε διαφορά που διαπιστώνται ανάμεσα στις ομάδες των ασθενών μετά τη θεραπεία θα μπορούσε ενδεχομένως να αποτελεί τυχαίο ή απροσδόκητο πρόσισμα ή αν σχεδόν βέβαια προέκυψε εξαιτίας των διαφορετικών τρόπων που θεράπευσαν τις ομάδες. Φυσικά, οι στατιστικές πληροφορίες αυτού του είδους αποτελούν σημαντικές πληροφορίες. Τέτοιους είδους πορίσματα είναι βασικά στοιχεία για την εξέταση θεωριών και την αξιολόγηση της θεραπείας. Ωστόσο στην πράξη, ο βαθμός μεταβλητότητας που ερμηνεύεται από τη θεραπεία (π.χ. η διαφορά ανάμεσα στις ομάδες) είναι συχνά πολύ μικρός σε σύγκριση με τη βασική μεταβλητότητα (π.χ. οι διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς στα πλαίσια της ομάδας).

Η εγκυρότητα της στατιστικής προσέγγισης βασίζεται στην υπόθεση ότι η πολλαπλότητα του υποβάθρου είναι «λάθος». Δηλαδή, αν οι παρατηρήσεις και οι θεωρίες μας ήταν πιο ακριβείς, αυτή η απόκλιση θα εξαφανίζοταν. Στην πράξη, αυτή η άποψη σπάνια είναι βάσιμη. Οι ερευνητές συχνά γνωρίζουν πολλούς παράγοντες που θα ερμήνευαν σε κάποιο βαθμό αυτήν τη μεταβλητότητα, αλλά αυτή δεν μπορεί να μετρηθεί. Ίσως να μην υπάρχουν οι τεχνικές ή τα απαραίτητα ερωτηματολόγια που ενδεχομένως να επιβάρυναν τους ασθενείς.

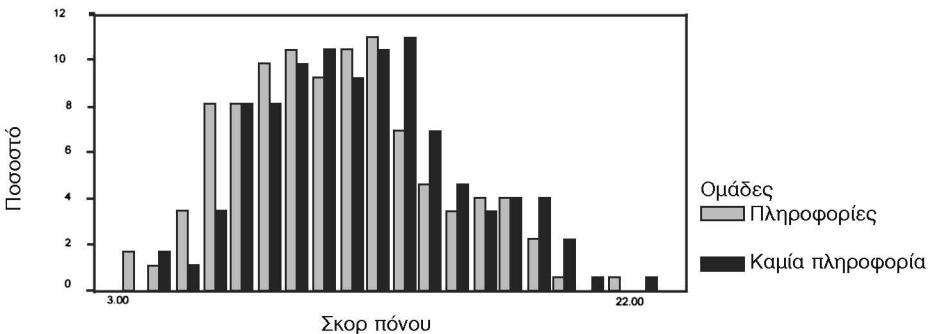
Ο ερευνητής που ενδιαφέρεται να διερευνήσει μια συγκεκριμένη θεωρία μπορεί να έχει τη δυνατότητα να αγνοήσει αυτά τα προβλήματα. Για παράδειγμα, ο ερευνητής, που εξετάζει τα (ψευδή) στοιχεία στο Πλαίσιο 1.1, θα είναι ικανοποιημένος με το σημαντικό αποτέλεσμα που η τυχαία ελεγχόμενη δοκιμή αποκαλύπτει. Αυτό δείχνει ότι ο Blogg et al. διαπίστωσαν λιγότερο πόνο μετά την εγχείρηση σε ασθενείς, στους οποίους είχαν δοθεί λεπτομερείς πληροφορίες για το τι να περιμένουν, σε σύγκριση με μια ομάδα ελέγχου που τους έδωσαν μόνο τις απαραίτητες προεγχειρητικές πληροφορίες που έδιναν συνήθως. Ο ερευνητής θα χαρεί, γιατί το πόρισμα αυτό υποστηρίζει τη θεωρία από την οποία προβλεπόταν το αναληγματικό αποτέλεσμα των πληροφοριών – μία θεωρία που ο ερευνητής θέλει να αναπτύξει περισσότερο. Τώρα σκεφτείτε αυτό το πόρισμα από την πλευρά του γιατρού – ένας μεγαλύτερος νοσηλευτής που σκέφτηκε να δημιουργήσει ένα πρόγραμμα προεγχειρητικής προετοιμασίας για την αποκατάσταση ισχίου ασθενών, για τους οποίους είναι υπεύθυνος. Βλέπει την αναφορά αυτή διαφορετικά από τον ερευνητή.

1.3.2.2 Η άποψη του γιατρού

Η κλινική σπουδαιότητα έναντι της στατιστικής σπουδαιότητας. Πρώτα, ο νοσηλευτής παρατηρεί ότι, παρ' όλο που τα στατιστικά στοιχεία επιβεβαιώνουν ότι οι πληροφορίες είναι καλύτερες από την απουσία πληροφοριών, αποκαλύπτουν επίσης ότι μόνο το 2% της μεταβλητότητας στις βαθμολογίες πάνω αφείλοταν στο αν είχαν δοθεί στους ασθενείς πληροφορίες ή όχι. Εξετάζοντάς το με άλλο τρόπο, διαπιστώνει ότι περίπου 40% όσων δεν είχαν πληροφορίες αισθάνονταν λιγότερο πόνο σε σχέση με το 50% όσων είχαν πληροφορηθεί.

Γενίκευση: Ο νοσηλευτής στη συνέχεια παρατηρεί ότι αυτή η αξιολόγηση προέρχεται μόνο από σχετικά επιτυχημένα και ικανά να εκφράζονται με σαφήνεια άτομα, που συνήθως έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες του πανεπιστημιακού νοσοκομείου, όπου πραγματοποιούνται αυτή η εργασία. Δεν είναι σαφές πόσο καλά η παρέμβαση θα γενικευόταν στους ασθενείς της. Προέρχονται από ένα σχετικά στερημένο πληθυσμό σε μία περιοχή υψηλής ανεργίας και από μία ηλικιακή ομάδα ατόμων και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου που εγκατέλειψαν τελείως την εκπαίδευση σε ηλικία 15 ετών. Έπειτα παρατηρεί ότι η αξιολόγηση δημοσιεύτηκε πριν από 10 χρόνια, άρα η εργασία ίσως έγινε πριν από 12 χρόνια ή περισσότερο. Από τότε ο κόσμος έχει αλλάξει: οι ιδέες για τη συγκατάθεση πληροφοριών έχουν διαφοροποιηθεί

Πλαίσιο 1.1 Χρησιμοποιώντας στατιστικά στοιχεία



Ο Blogg et al. μέτρησαν τον πόνο δύο ημέρες μετά την αποκατάσταση του ισχίου (ζητώντας από τους ασθενείς να απαντήσουν σε ένα απλό ερωτηματολόγιο) και χρησιμοποίησαν αυτήν τη μέτρηση, για να εξετάσουν αν μειώθηκε ο πόνος, όταν ο αναισθησιολόγος έδωσε στους ασθενείς πριν την εγχείρηση, λεπτομερείς πληροφορίες για το τι θα τους συνέβαινε. Χώρισαν τυχαία τους ασθενείς σε δύο ομάδες 170 ατόμων. Η ομάδα που είχε λάβει λεπτομερείς πληροφορίες αισθανόταν λιγότερο πόνο σε σχέση με τους ασθενείς που υποβάλλονταν στη συνήθη θεραπεία. Οι βαθμολογίες κυμαίνονταν από 3 έως 22 και το γράφημα δείχνει το ποσοστό των ασθενών με κάθε ομάδα με κάθε βαθμολογία. Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι αυτή η διαφορά ήταν σημαντική στο $p=0,01$ επίπεδο. Αυτό σημαίνει ότι η διαφορά μεγέθους ανάμεσα στις ομάδες είχε μόνο 0,01 τοις εκατό πιθανότητες να συμβεί καθαρά κατά τύχη. Επομένως είναι 99% βέβαιο ότι δεν ήταν τυχαίο ή απροσδόκητο πόρισμα και ήταν πράγματι αποτέλεσμα της διαφορετικής ψυχολογικής θεραπείας των ομάδων.

και τώρα διατίθενται περισσότερες πληροφορίες στους κοινούς ανθρώπους. Οι άνθρωποι έχουν γίνει πιο διστακτικοί απέναντι στους γιατρούς. Και η θεραπεία έχει αλλάξει. Εν μέρει εξαιτίας των τυχαία ελεγχόμενων δοκιμών, οι αναισθησιολόγοι έχουν αλλάξει την τεχνική ευαισθησίας και τον τρόπο χορίγησης αναλγητικών και οι χειρουργοί άλλοξαν μέρη αυτής της διαδικασίας. Επίσης, πολιτικές και οικονομικές αλλαγές είχαν ως συνέπεια οι ασθενείς να εισάγονται στο νοσοκομείο μόνο μια ημέρα πριν την εγχείρηση και να παίρνουν εξιτήριο για το σπίτι μετά από τέσσερεις ή πέντε ημέρες. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τους πιο χαλαρούς καιρούς της δημοσιευθείσας μελέτης, όταν οι ασθενείς εισάγονταν τουλάχιστον δύο ημέρες πριν την εγχείρηση και παρέμεναν για τουλάχιστον δύο εβδομάδες μετά την εγχείρηση. Ο νοσηλευτής αναρρωτείται πώς θα αλληλεπιδρούσε η παρέμβαση με αυτές τις αλλαγές στη θεραπεία. Αναρρωτείται επίσης σε ποιο βαθμό το αποτέλεσμα που διαπίστωσε ο Blogg et al. αντανακλούσε την προσωπικότητα και το status του ατόμου που έκανε την παρέμβαση – ενός άνδρα αναισθησιολόγου. Ο νοσηλευτής θα διέταζε την ίδια επίδραση;

1.3.2.3 Χρησιμοποιώντας αποδείξεις στην πράξη

Οι νοσηλευτές θέλουν ακόμα όσοι ασκούνται να πληροφορούνται από επιστημονικές αποδείξεις αλλά αναρωτιούνται πώς. Γενικά υπάρχουν δύο τρόποι που θα μπορούσαν να το πετύχουν αυτό. Θα μπορούσαν να παράσχουν στους ασθενείς λεπτομερείς πληροφορίες, γιατί σύμφωνα με αυτήν τη μελέτη αυτό είναι το καλύτερο. Αυτή θα ήταν η προσέγγιση ενός «τεχνικού-ειδικευόμενου». Διαφορετικά, θα μπορούσε να αξιολογήσει όλους αυτούς

τους παράγοντες, να χρησιμοποιήσει την κρίση, για να επιλέξει τις πλευρές της παρέμβασης, στις οποίες έχει εμπιστοσύνη, και να εφαρμόσει αυτήν την παρέμβαση στους ασθενείς του αλλά με τέτοιο τρόπο, ώστε να μπορεί να αξιολογήσει τα αποτελέσματα μόνος του. Για παράδειγμα, θα μπορούσε να αξιολογήσει το επίπεδο του πόνου στους ασθενείς για μερικές εβδομάδες πριν, στη συνέχεια κατά τη διάρκεια της παρέμβασης. Μία μείωση όταν αρχίζει η παρέμβαση θα τους ενθάρρυνε να αισθανθούν ότι είναι στον σωστό δρόμο. Αν δεν υπάρχει καμία αλλαγή, οι συνεντεύξεις με τους ασθενείς ενδεχομένως να τους βοηθούσαν να βελτιώσουν την παρέμβαση. Αυτή θα ήταν η προσέγγιση ενός «επιστήμονα-ειδικευόμενου». Δηλαδή, αν και θα είχε πληροφορηθεί για το τι έκαναν άλλοι πριν, θα ήθελε να βρει τη σωστή απάντηση στον δικό του χρόνο και κατάσταση. Ορισμένοι θα έκριναν την πραγματιστική τους προσέγγιση ως προσέγγιση που συμβιβάζει τις πραγματικές μεθόδους της επιστήμης, όπως τις τυχαία ελεγχόμενες δοκιμές. Διαφορετικά η προσέγγισή τους θα μπορούσε να θεωρηθεί πιο επιστημονική, γιατί βασίζεται στην προθυμία που έρχεται αντιμέτωπη με τη σκληρή πραγματικότητα της κλινικής άσκησης, χωρίς να περιορίζεται από παραδοσιακές υποθέσεις και μεθόδους (Feyeraband, 1975).

Επειδή ένας γιατρός με επιστημονικό νου δεν κάνει υποθέσεις από ψυχολογικές αποδείξεις που συγκεντρώθηκαν σε συγκεκριμένο χρόνο και χώρο για την άσκηση του ίδιου του γιατρού σε διαφορετικό χρόνο και χώρο, χρειάζεται προσοχή σε αυτό το βιβλίο στην αναφορά των αποδείξεων. Αυστηρά οι αποδείξεις στον τομέα αυτόν δεν θα έπρεπε να αναφέρονται σαν να δείχνουν μια παγκόσμια αλήθεια. Θα πρέπει να καταστεί σαφές ότι ίσχυε μόνο για εκείνη την εποχή και μέρος. Ωστόσο, είναι ανιαρό και περιττό να είναι κανείς τόσο προσεκτικός. Είναι ευκολότερο και συχνά βοηθά περισσότερο απλά να διαβάζει κανείς κάτι αληθές. Στο βιβλίο αυτό χρησιμοποιήθηκε η κρίση, για να αποφασίσουν για τον τρόπο εικασίας αποδείξεων που έχουν δημοσιευθεί σε σύγχρονα κλινικά περιβάλλοντα. Μερικές φορές είναι καλύτερο να παρατηρούμε προσεκτικά εάν έχει αναφερθεί ένα συγκεκριμένο πόρισμα. Συχνά είναι δυνατό να έχουμε εμπιστοσύνη στην εικασία γενικών ισχυρισμών από συγκεκριμένα πορίσματα.

1.3.2.4 Η ανάγκη για μη στατιστικές αποδείξεις

Οι στατιστικές αποδείξεις μας προσφέρουν πολλές πληροφορίες για διαδικασίες που διαφορετικά δεν θα αποκαλύπτονταν, εξαιτίας της μεταβλητότητας της άσκησης ρουτίνας. Ωστόσο, δεν είναι το μόνο είδος αποδείξεων. Πράγματι, η νοσοκόμα στο παραπάνω παράδειγμα, θα ήθελε ο Bogg et al. να είχαν περιγράψει με περισσότερες λεπτομέρειες την παρέμβαση και να είχαν παράσχει και πληροφορίες για τον τρόπο που απάντησαν οι ασθενείς. Η ανάγνωση μερικών από τις λέξεις που χρησιμοποιούσε ο αναισθητιστικός και με τις οποίες απάντησε ο ασθενής θα οδηγούσαν στην αξιολόγηση και θα βοηθούσαν τη νοσοκόμα να αναπτύξει τη δική τους παρέμβαση. Στη συνέχεια οι συνεντεύξεις με τους ασθενείς ενδεχομένως να αποκαλύπτουν πώς χρησιμοποιήσαν την παρέμβαση. Θυμήθηκαν τις πληροφορίες ή απλά κολακεύτηκαν που ο γιατρός είχε μπει στον κόπο να αφιερώσει χρόνο λέγοντας τους διάφορα; Το πρόβλημα που προσδιόρισε η νοσοκόμα είναι ότι ψυχολογικές παρεμβάσεις συχνά αναφέρονται σαν να ήταν φάρμακα· δηλαδή, σαν αυτό που δόθηκε στους ασθενείς να ήταν αυτό που πήραν (Peerbhoy et al., 1998). Ξέρει από συζητήσεις με ασθενείς, τους οποίους είχε επισκεφθεί ένας αναισθητιστικός πριν την εγχείρηση, ότι η άποψή τους για την αλληλεπίδραση συχνά διαφέρει πολύ από την άποψη του αναισθητιστικού. Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις δεν είναι τυποποιημένες κάψουλες αλλά συνεχείς αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στα άτομα. Ο αναισθητιστικός του Bogg et al. ενδεχομένως να νόμιζε ότι δίνει πληροφορίες αλλά οι ασθενείς μπορεί κάλλιστα να λάμβαναν κάπι διαφορετικό, όπως το αίσθημα ότι τους σέβονταν ως άτομα ή ότι τους έβαλαν στη θέση τους λέγοντάς τους τι επρόκειτο να συμβεί ή ποιος ήταν υπεύθυνος!