

Υπερδιάγνωση και τεταρτογενής πρόληψη

ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ Ε. ΓΕΡΜΕΝΗΣ

*Ομότιμος Καθηγητής Ανοσολογίας – Τμήμα Ιατρικής – Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
Αντεπιστέλλον Μέλος της Ακαδημίας Αθηνών*

*...πιστεύω κι εγώ ότι μακροπρόθεσμα η ανθρωπιά θα κερδίσει· φοβάμαι
μόνο ότι ταυτόχρονα ο κόσμος θα μετατραπεί σε ένα απέραντο νοσοκομείο,
όπου καθένας μας θα είναι ο ανθρωπιστής νοσοκόμος του άλλου.*

Goethe

Ιατρικοποίηση και υπεριατρική

Η έννοια της ιατρικοποίησης (medicalization) –και ο αντίστοιχος όρος– εμφανίστηκε για πρώτη φορά στην κοινωνιολογική βιβλιογραφία της δεκαετίας του 1970. Στοχαστές, όπως ο Irving Zola, ο Peter Conrad και ο Ivan Illich, πρότειναν ένα θεμελιώδες και συχνά κριτικό πλαίσιο για την κατανόηση του φαινομένου της υπερίσχυσης της Ιατρικής ως κανονιστικού επιστημονικού υποδείγματος και θεσμού κοινωνικού ελέγχου, που φαινόταν να αντικαθιστά σταδιακά τους παραδοσιακούς ρόλους της θρησκείας και του νόμου. Χαρακτηριστικά, ο Zola όριζε την ιατρικοποίηση ως μια ιστορική και κοινωνική διαδικασία που περιλαμβάνει τη θεαματική «επέκταση της Ιατρικής ως θεσμού και τη χρήση μιας ιατρικής οπτικής γωνίας για την εξέταση των ανθρώπινων διαδικασιών και της ανθρώπινης συμπεριφοράς», ενώ ανησυχούσε ότι «όλο και μεγαλύτερο μέρος της καθημερινής ζωής τίθεται υπό ιατρική κυριαρχία, επιρροή και εποπτεία».

Παρότι η κριτική που αναπτύχθηκε μέσα σ’ αυτό το πλαίσιο, ήταν κατά καιρούς οξεία, δεν έφτασε να επηρεάσει τα ανθρωπιστικά κίνητρα των γιατρών ούτε να θίξει την εγγενή αξία της Ιατρικής. Αντίθετα, παρέμεινε ως μια προσπάθεια να κατανοηθεί ένα λεπτό και συχνά «χωρίς δραματικότητα» φαινόμενο που έχει τις ρίζες του στις πολυπλοκότητες μιας ολοένα και πιο τεχνολογικής και γραφειοκρατικής κοινωνίας. Τελικά, θεωρήθηκε ως μια μάλλον περιθωριακή θέση, μια προοπτική εκτός του ιατρικού κατεστημένου, που συνέδεε την ιατρική εξουσία με καταπιεστικές καπιταλιστικές ή πατριαρχικές δομές και την απέρριπτε στο όνομα της... απελευθέρωσης.

Συν τω χρόνω, όμως, η έννοια της ιατρικοποίησης άρχισε να μεταβάλλεται και να απαλλάσσεται σιγά-σιγά από το αρχικό πυρηνικό της στοιχείο του κοινωνικού ελέγχου. Ο ίδιος ο Conrad, το 1991 πλέον, ορίζει την ιατρικοποίηση ως εξής: «Η ιατρικοποίηση συνίσταται στον ορισμό ενός προβλήματος με ιατρικούς όρους, στη χρήση ιατρικής γλώσσας για την περιγραφή του, στην υιοθέτηση ενός ιατρικού πλαισίου για την κατανόησή του ή στη χρήση μιας ιατρικής παρέμβασης για τη “θεραπεία” του». Μέσω της διαδικασίας της ιατρικοποίησης, δηλαδή, τα προβλήματα και οι λύσεις τους εμπίπτουν ευθέως στη δικαιοδοσία της Ιατρικής.

Ως αποτέλεσμα, τα τελευταία χρόνια το όρισμα της ιατρικοποίησης απομακρύνεται οριστικά από τη λογική του «επαγγελματικού ιμπεριαλισμού» που κατέτεινε στην τυφλή επέκταση της ιατρικής εξουσίας, και μετακινείται προς την έννοια μιας συμπεριληπτικής διαδικασίας που περιλαμβάνει όλους τους μετασχηματισμούς της σύγχρονης Ιατρικής.

Ουσιαστική συμβολή σ' αυτή την εννοιολογική εξέλιξη είχε η αναγνώριση των «πιέσεων» που υπαγορεύουν την εμφάνιση της ιατροκοποίησης, συμπεριλαμβανομένου του ρόλου της βιοτεχνολογίας και της φαρμακοβιομηχανίας, αλλά και των αλλαγών που έχουν επέλθει στις οντότητες των γιατρών και των αρρώστων. Αυτός ο εννοιολογικός μετασχηματισμός απαλλάσσει την ιατροκοποίηση από το αρνητικό πρόσημο της κοινωνιολογικής κριτικής. Ο προσδιορισμός μιας κατάστασης ως ασθένειας μπορεί να αποφέρει σημαντικά οφέλη, συμπεριλαμβανομένης της αποστιγματοποίησης περιθωριοποιημένων ομάδων, της αποτελεσματικότερης κατανομής της χρηματοδότησης για έρευνα και της ανάπτυξης θεραπειών που βελτιώνουν τη συνολική ποιότητα ζωής.

Γενικότερα, η κοινωνική απενοχοποίηση της ιατροκοποίησης επιτρέπει την παράλληλη θεώρησή της μέσα στο πλαίσιο των σύγχρονων στόχων της Ιατρικής: όπως αναφέρει ο Yuvai Harari, ενώ «η Ιατρική του 20ού αιώνα επιδίωκε να θεραπεύσει τον ασθενή, η Ιατρική του 21ου αιώνα επιδιώκει ολόένα και περισσότερο να αναβαθμίσει τον υγιή». Αυτό, βέβαια, το ενδεχόμενο απειλείται άμεσα από τις σύγχρονες βιοτεχνολογικές εξελίξεις. Τεχνολογίες όπως η επεξεργασία του γονιδιώματος με CRISPR-Cas9 θολώνουν τα όρια ανάμεσα στη θεραπεία των νόσων και τη βελτίωση του ανθρώπου. Η ικανότητα ακριβούς τροποποίησης γονιδίων που σχετίζονται με τη γήρανση ή τη γνωστική λειτουργία, παρουσιάζει νέες δυνατότητες για την ανθρώπινη βελτιστοποίηση, προβάλλοντας ένα νέο σύνολο ηθικών ερωτημάτων. Η στροφή από την «επιδιόρθωση του βεβλαμένου» στη «βελτίωση του φυσιολογικού» θέτει την Ιατρική μπροστά σε ένα ηθικό κενό. Η παραδοσιακή ιατρική ηθική, που βασίζεται στις αρχές της μη βλάβης και της ευεργεσίας, γίνεται δύσκολο να εφαρμοστεί, όταν ο ασθενής δεν είναι «άρρωστος» αλλά απλώς επιδιώκει να γίνει «καλύτερος». Αυτό αποτελεί ιδιαίτερο πρόβλημα, όταν εξετάζονται ζητήματα ισότητας και πρόσβασης. Καθώς εξελίσσονται οι τεχνολογίες βελτίωσης, ο κίνδυνος κοινωνικής διαστρωμάτωσης μεταξύ εκείνων που μπορούν και εκείνων που δεν μπορούν να τις αντέξουν οικονομικά, γίνεται εντονότερος.

Πρακτικά, η ιατροκοποίηση ορίζεται σήμερα ως η διαδικασία, κατά την οποία διάφορες καταστάσεις και προβλήματα του ανθρώπου (η σωματική εικόνα, οι διαταραχές της στύσης, η φαλάκρα, η εμμηνόπαυση κ.τ.τ.) ορίζονται και αντιμετωπίζονται ως ιατρικές καταστάσεις και, ως εκ τούτου, καθίστανται αντικείμενο ιατρικής διερεύνησης και μελέτης, διάγνωσης, πρόληψης και θεραπείας. Ουσιαστικά, βέβαια, δεν παύει να αντιπροσωπεύει μια κοινωνικοπολιτισμική διαδικασία, η οποία συνεπάγεται και καθοδηγείται από νέες υποθέσεις, από την επέκταση της δικαιοδοσίας και της εξουσίας της Ιατρικής, από αλλαγή της κοινωνικής στάσης και της οικονομικής θεώρησης, καθώς και από την ανάπτυξη νέων θεραπευτικών μεθόδων.

Ο όρος *υπεριατροκοποίηση* (hypermedicalization) ή *υπεριατρική* περιγράφει τις ακραίες μορφές ιατροκοποίησης που έχουν δυνητικά επιβλαβείς για την υγεία συνέπειες. Εντατικοποιημένες μορφές ιατροκοποίησης αντιπροσωπεύουν, επίσης, η *βιοϊατροκοποίηση* (biomedicalization) και η *γενετικοποίηση* (geneticisation). Η πρώτη αναφέρεται στις παρεμβάσεις της βιοτεχνολογίας που εκμεταλλεύονται την εγγενή αναγεννητική δυναμική του οργανισμού, όπως η δωρεά οργάνων, η κατασκευή οργανοειδών (μοντέλα που μιμούνται τη λειτουργία συγκεκριμένων οργάνων του ανθρώπου) και άλλες. Η βιοϊατροκοποίηση εξαρτάται, εκτός των άλλων, και από το πώς η αξιοποίηση ζωτικών σωματικών οργάνων παράγει αξία. Σε τέτοιο βαθμό μάλιστα, που ορισμένοι κοινωνιολόγοι της Ιατρικής να αναρωτιούνται αν η βιοϊατροκοποίηση θα διαδραματίσει τον 21ο αιώνα κάποιο ρόλο παρεμφερή μ' αυτό που έπαιξε τον 19ο αιώνα η εκβιομηχάνιση. Η γενετικοποίηση στηρίζεται στην αναγωγή των ατόμων στους

κώδικες του DNA τους και ορίζει τις περισσότερες διαταραχές, συμπεριφορές και φυσιολογικές παραλλαγές ως διεργασίες γενετικής προέλευσης. Εξισώνει, δηλαδή, τη βιολογία με τη γενετική του ανθρώπου. Παρεμφερής, τέλος, έννοια –υποσύνολο προφανώς της ιατροποίησης– είναι και η *φαρμακευτικοποίηση* (pharmaceuticalization), η οποία αναφέρεται στις διεργασίες μετασχηματισμού της Ιατρικής που σχετίζονται με την επέκταση και τις συνέπειες της χρήσης των φαρμάκων. Βασική τέτοια διεργασία είναι ο επαναπροσδιορισμός των προβλημάτων υγείας στη βάση των διατιθέμενων λύσεων για την αντιμετώπισή τους, μηδὲ εξαιρουμένων των λύσεων που παρέχονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και από τη λαϊκή κουλτούρα. Άλλες διεργασίες φαρμακευτικοποίησης είναι η δημιουργία νέων αγορών φαρμάκων, η παραγωγή νέων τεχνοκοινωνικών ταυτοτήτων και οι κινητοποιήσεις ομάδων ασθενών/καταναλωτών γύρω από τα φάρμακα.

Αιτιολογικοί παράγοντες

Για τη διατήρηση και τη διαρκή διόγκωση του προβλήματος της υπεριατρικής ευθύνεται μια μεγάλη σειρά γενικών παραγόντων, αλλά και ειδικότερων αιτίων, τα οποία θα παρουσιαστούν στο επόμενο κεφάλαιο. Μεταξύ των γενικών παραγόντων, πρωτεύοντα ρόλο φαίνεται ότι διαδραματίζει η δυσχέρεια διαχείρισης της αβεβαιότητας και των εγγενών περιορισμών των ερευνητικών ενδείξεων και οι συνεπαγόμενες μεροληψίες, καθώς και η ανάπτυξη ελλειμματικών ή δυστοπικών σχέσεων μεταξύ γιατρών και ασθενών. Μεγάλη σημασία έχει, επίσης, η κουλτούρα που υπάρχει γύρω από την Ιατρική, ο ιατρικός αναλφαβητισμός του κοινού, η υπερεξειδίκευση των γιατρών σε συνδυασμό με την πολυπλοκότητα της φροντίδας υγείας, η υψηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ασθενών, οι βιοτεχνολογικές εξελίξεις και η άσκηση αμυντικής Ιατρικής.

Ταυτόχρονα, η άνοδος του καταναλωτισμού των ασθενών έχει δημιουργήσει ένα πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη εμπορικών δυνάμεων που προάγουν την υπεριατρική. Ο καταναλωτισμός των ασθενών τροφοδοτείται από την πανταχού παρούσα διαδικτυακή πληροφόρηση για την υγεία και τη διαφήμιση που απευθύνεται απευθείας προς τον καταναλωτή (direct-to-consumer, DTC) και μετατρέπει τους ασθενείς σε πελάτες. Η δαπάνη για την εκτεταμένη διαφήμιση DTC στις ΗΠΑ ανέρχεται σε δισεκατομμύρια δολάρια. Οι επικριτές της υποστηρίζουν ότι η διαφήμιση DTC προωθεί μια νοοτροπία του τύπου «ένα χάπι για κάθε πρόβλημα», ενθαρρύνοντας τα άτομα να θεωρούν φυσιολογικές παραλλαγές της ζωής τους –από την κοινωνική δυσφορία έως τη γήρανση– ως ιατρικά προβλήματα που απαιτούν παρέμβαση.

Αυτή η διαδικασία δημιουργεί μια πολύπλοκη και παράδοξη κατάσταση. Από τη μία, ο καταναλωτισμός των ασθενών ενισχύει την ενδυνάμωσή τους (empowerment) και τη δυνατότητα συμμετοχής τους στις αποφάσεις τους για την υγειονομική τους περίθαλψη (shared decision making). Από την άλλη πλευρά, όμως, το γεγονός ότι αυτή η διαδικασία καθοδηγείται από μια καταναλωτική αντίληψη, μπορεί ταυτόχρονα να καλλιεργήσει μια κατάσταση επίκτητης αδυναμίας. Καθώς τα άτομα βομβαρδίζονται με διαφημίσεις που επαναπροσδιορίζουν τη φυσιολογική ζωή ως μια σειρά θεραπεύσιμων καταστάσεων, μπορεί να πιστέψουν ότι δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τις αντιξοότητες της ζωής χωρίς επαγγελματική συμβολή και φαρμακευτική παρέμβαση. Αυτή η δυναμική ενισχύει την έννοια της κοινωνικής ιατρογένεσης του Ivan Illich, καθώς το κοινό γίνεται «*υπάκουο και εξαρτημένο από το ιατρικό επάγγελμα, για να αντιμετωπίσει τη ζωή στην κοινωνία*». Ο ασθενής, επιδιώκοντας να είναι ένας ενδυναμωμένος πελάτης, μπορεί άθελά του να γίνει ο ίδιος ένας μοχλός για την ιατροποίηση,

ενισχύοντας ένα σύστημα που ωφελεί τη φαρμακοβιομηχανία περισσότερο από ό,τι πραγματικά απελευθερώνει το άτομο.

Τέλος, η πολιτιστική εμμονή αναφορικά με την «ευεξία» φαίνεται ότι αντιπροσωπεύει έναν ακόμη, ισχυρό μοχλό για την ιατρικοποίηση. Σε μια κοινωνία που κατακλύζεται από εικόνες τέλειων σωμάτων και αδιάκοπες συμβουλές για τη βελτιστοποίηση της ευημερίας, οποιαδήποτε απόκλιση από αυτόν τον εξιδανικευμένο κανόνα μπορεί να παρερμηνευθεί ως ασθένεια. Αυτό δημιουργεί ένα δεκτικό κοινό για «λύσεις» που προσφέρονται για μη προβλήματα, από την ανδρική φαλάκρα και τη στυτική δυσλειτουργία έως την κοινωνική δυσφορία. Η υπόθεση ότι το ανθρώπινο σώμα πρέπει να είναι μια τέλεια, μηχανική οντότητα οδηγεί στην αντίληψη ότι οποιαδήποτε ατέλεια είναι μια ασθένεια που πρέπει να διορθωθεί με ένα χάπι ή και με μια εγχείρηση, αντί να θεωρείται ένα φυσιολογικό μέρος της ανθρώπινης ύπαρξης.

Υπερδιάγνωση

Η ιατρικοποίηση και, ειδικότερα, η υπεριατρική είναι ένα σύνθετο φαινόμενο που συναπαρτίζεται από διάφορες αλληλένδετες διεργασίες, όπως η υπερθεραπεία, η επέκταση των ορίων των νοσημάτων κ.ά., κομβικό ρόλο μεταξύ των οποίων διαδραματίζει η υπερδιάγνωση. Η υπερδιάγνωση συνίσταται στην ανακάλυψη ενός ασυμπτωματικού ευρήματος ή μιας ανωμαλίας που καλύπτει τα υπάρχοντα διαγνωστικά κριτήρια κάποιου γνωστού νοσήματος, το οποίο, αν δεν είχε διαγνωστεί, δεν θα είχε επηρεάσει την επιβίωση ή την ποιότητα ζωής του ατόμου. Αυτό μπορεί να συμβεί σε περιπτώσεις που η ασυμπτωματική ανωμαλία εξαφανίζεται από μόνη της, ή σε περιπτώσεις που δεν εξελίσσεται ή εξελίσσεται τόσο αργά, ώστε ο ασθενής πεθαίνει από άλλη άσχετη αιτία, προτού η ασυμπτωματική ανωμαλία γίνει κλινικά σημαντική (εικ. 1).

Η υπερδιάγνωση αφορά ένα μεγάλο εύρος διεργασιών που εκτείνονται από τη διάγνωση μιας κατάστασης, η οποία δεν θα καταστεί ποτέ συμπτωματική μέχρι να πεθάνει το άτομο, έως τη διάγνωση μιας κατάστασης που δεν συνεπάγεται κανένα όφελος για το άτομο. Σύμφωνα με τον ορισμό (medical subject heading, MeSH) που δόθηκε το 2021 από την US National Library of Medicine, υπερδιάγνωση είναι «[(α)] η ταξινόμηση ενός ατόμου μεταξύ των πασχόντων από κάποια νόσο ή μεταξύ εκείνων που βρίσκονται σε κάποια μη φυσιολογική κατάσταση, η οποία δεν θα του είχε προκαλέσει βλάβη αν δεν είχε ανακαλυφθεί, [(β)] η δημιουργία νέων διαγνώσεων με την ιατρικοποίηση συνηθισμένων εμπειριών της ζωής, ή [(γ)] η επέκταση υφισταμένων διαγνώσεων με τη μείωση των ορίων ή τη διεύρυνση των αντίστοιχων κριτηρίων, χωρίς ενδείξεις βελτίωσης των αποτελεσμάτων. Τα άτομα δεν αποκομίζουν κανένα κλινικό όφελος από την υπερδιάγνωση, παρότι ενδέχεται να υποστούν σωματική, ψυχολογική ή οικονομική βλάβη». Αυτό το φάσμα των διεργασιών που εμπεριέχει η υπερδιάγνωση, αντανάκλα την παραδοξότητα της σύγχρονης Ιατρικής, το γεγονός δηλαδή ότι η επιδίωξη της έγκαιρης και πιο ολοκληρωμένης ανίχνευσης των νόσων υποκρύπτει τον κίνδυνο να προκαλέσει περισσότερο κακό παρά καλό. Αντικατοπτρίζει, επίσης, την πολυπλοκότητα των παραγόντων που συντηρούν και επιτείνουν το πρόβλημα.

Διευκρινίζεται ότι η υπερδιάγνωση δεν είναι το ίδιο με τη λανθασμένη διάγνωση (misdiagnosis) ή την ψευδώς θετική διάγνωση (false-positive diagnosis). Λανθασμένη είναι η εξ αρχής εσφαλμένη διάγνωση, ενώ η ψευδώς θετική είναι ένα υποσύνολο της λανθασμένης διάγνωσης, όπου η ανωμαλία που προσδιορίζεται, αποδεικνύεται, μετά από περαιτέρω διερεύνηση, ότι δεν ταιριάζει με τα κριτήρια της νόσου. Για παράδειγμα, η ψευδώς θετική

διάγνωση μπορεί να είναι αποτέλεσμα μιας θετικής ανοσοχημικής δοκιμασίας κοπράνων σε ένα άτομο που η κολονοσκόπηση, στην οποία υποβλήθηκε στη συνέχεια, δεν αποκάλυψε την παρουσία καρκίνου ή πολυπόδων. Αντίθετα, μια νόσος που έχει υπερδιαγνωστεί πληροί όλα τα ισχύοντα διαγνωστικά κριτήρια, αλλά η φυσική της πορεία είναι τέτοια που δεν θα εξελιχθεί ποτέ, σε βαθμό που να προκαλέσει στο άτομο κλινικά συμπτώματα, ασθένεια ή θάνατο.

Παρεμφερής της υπερδιάγνωσης είναι η έννοια της *μικρής αξίας φροντίδας* (low-value care). Σύμφωνα με τον πρόσφατο ορισμό της Ευρωπαϊκής Επιτροπής «...η μικρής αξίας φροντίδα περιλαμβάνει την υπερβολική χρήση, την κακή χρήση και την περιορισμένη χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (για παράδειγμα, πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, φαρμακευτική αγωγή). Η υπερβολική ή και η κακή χρήση αντιπροσωπεύουν την παροχή επιβλαβών, αναποτελεσματικών, ακατάλληλων ή μη οικονομικά αποδοτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η περιορισμένη χρήση αναφέρεται σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που δεν παρέχονται ή δεν χρησιμοποιούνται, παρά το γεγονός ότι είναι απαραίτητες. Η μικρής αξίας φροντίδα μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για τους ασθενείς, τους φροντιστές τους, τους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, το σύστημα υγείας στο σύνολό του και το ευρύτερο περιβάλλον». Όπως φαίνεται, η μικρής αξίας φροντίδα είναι ευρύτερη έννοια από την υπερδιάγνωση. Εκτός του ότι περιλαμβάνει την περιορισμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας, που οδηγεί σε επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς και δυνητικά σε υψηλότερο μελλοντικό κόστος υγείας, αναφέρεται στη χρήση δοκιμασιών και στην εφαρμογή θεραπειών που έχουν περιορισμένο ή και κανένα όφελος για τον ασθενή, ενώ ενδέχεται να προκαλέσουν βλάβη και σπατάλη πόρων. Τυπικό παράδειγμα είναι η χορήγηση αντιβιοτικών σε ιογενείς λοιμώξεις. Αντίθετα, η υπερδιάγνωση αναφέρεται στην αναγνώριση καταστάσεων που δεν πρόκειται να εκδηλωθούν ή να προκαλέσουν κίνδυνο κατά τη διάρκεια της ζωής του ασθενούς. Είναι προφανές, βέβαια, ότι η υπερδιάγνωση είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει σε μικρής αξίας φροντίδα.

Τα αίτια

Το φαινόμενο της υπερδιάγνωσης είναι αποτέλεσμα της σύνθετης αλληλεπίδρασης μιας σειράς στατιστικών μεροληψιών, τεχνολογικών εξελίξεων και συστημικών παραγόντων. Πέρα από τα αίτια που προάγουν γενικώς την υπεριατρική, ορισμένοι παράγοντες, απότοκοι αυτών των διεργασιών συνυφαίνονται αμεσότερα με το φαινόμενο της υπερδιάγνωσης.

Βασικό ρόλο διαδραματίζει η υψηλή διαγνωστική ευαισθησία των σύγχρονων εργαστηριακών δοκιμασιών, που έχει ως αποτέλεσμα την ανίχνευση εξαιρετικά πρώιμων ή μικρού μεγέθους ανωμαλιών, πολλές από τις οποίες δεν πρόκειται να γίνουν ποτέ συμπτωματικές. Τυπικό παράδειγμα αποτελεί το υπερηχογράφημα του θυρεοειδούς, η χρήση του οποίου οδήγησε στην αύξηση της διάγνωσης του καρκίνου του θυρεοειδούς, χωρίς όμως να παρατηρηθεί καμιά αλλαγή στη θνησιμότητα από τη νόσο· γεγονός, που υποδηλώνει ότι μεγάλο μέρος αυτών των νέων διαγνώσεων αντιπροσωπεύει αργά εξελισσόμενες βλάβες. Χαρακτηριστική είναι, επίσης, η περίπτωση του προσυμπτωματικού ελέγχου για καρκίνο του προστάτη με τη μέτρηση του προστατικού αντιγόνου (Prostate Specific Antigen, PSA). Τα 2/3 έως 3/4 των ασυμπτωματικών ανδρών με αυξημένο PSA (>3–4 ng/mL) αποδεικνύεται, μετά από βιοψία, ότι δεν έχουν καρκίνο. Ειδική περίπτωση αποτελεί η δημιουργία, κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, μιας διαρκώς αυξανόμενης κατηγορίας αρρώστων, των λεγομένων *αρρώστων σε αναμονή* (patients-in-waiting), ως αποτέλεσμα της ατέρμονης διάδοσης των τεχνικών αλληλούχησης του DNA και

μοριακής απεικόνισης, με τις οποίες ανιχνεύονται γενετικές βλάβες που αντιστοιχούν σε νοσήματα, για τα οποία δεν υπάρχει διαθέσιμη θεραπεία. Ως αποτέλεσμα όλων αυτών, εκφράζονται φόβοι ότι η κατάσταση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε ένα «τσουνάμι υπερδιάγνωσης», το οποίο θα επιδεινώνεται από την ανεπαρκή γνώση της ακριβούς σημασίας των αναρίθμητων γενετικών, αλλά και άλλων βιολογικών ευρημάτων που ανακαλύπτονται καθημερινά.

Συνέπεια της ολοένα διευρυνόμενης χρήσης των προηγμένων διαγνωστικών δοκιμασιών είναι η τυχαία ανακάλυψη βλαβών, οι οποίες είναι άσχετες με την ένδειξη, για την οποία έγινε η εξέταση και οι οποίες διαφορετικά θα είχαν παραμείνει απαρατήρητες. Περίπου στο 15-30% του συνόλου των διαγνωστικών απεικονιστικών δοκιμασιών και, ειδικότερα, στο 20-40% των αξονικών τομογραφιών εντοπίζεται τουλάχιστον ένα τέτοιο τυχαίο εύρημα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ανακάλυψη τυχαίων όγκων (incidentalomas), όπως π.χ. ασυμπτωματικών νεφρικών καρκίνων, ή μικρών ανευρυσμάτων της αορτής σε αξονικές τομογραφίες κοιλίας. Τα τελευταία χρόνια, σοβαρές διαστάσεις έχει λάβει η τυχαία ανίχνευση γονιδιακών βλαβών κατά τον γενωμικό έλεγχο [αλληλούχηση του συνόλου των εξονίων ή ολοκλήρου του γονιδιώματος (whole exome or whole genome sequencing, WES or WGS)] που διενεργείται για τη διάγνωση κάποιου άσχετου μ' αυτές κληρονομικού νοσήματος. Για την αποφυγή των κινδύνων που συνεπάγεται η τυχαία ανεύρεση παθογενετικών μεταλλάξεων, οι αρμόδιοι φορείς προτείνουν κριτήρια αναφορικά με την ανακοίνωση αυτών των ευρημάτων από τα εργαστήρια γενετικής και τους γιατρούς προς τους ασθενείς. Για τη διαμόρφωση αυτών των κριτηρίων λαμβάνεται υπόψη η διαπερατότητα (penetrance) και η εκφρασιμότητα (expressivity) των μεταλλάξεων αλλά και η διαθεσιμότητα θεραπευτικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της αντίστοιχης νόσου (actionability).

Η *διαγνωστική διεύρυνση* (diagnosis creep) αποτελεί, επίσης, σημαντική αιτία υπερδιάγνωσης. Αυτή η μορφή υπερδιάγνωσης συμβαίνει, όταν τα διαγνωστικά κριτήρια ενός νοσήματος διευρύνονται, για να συμπεριλάβουν άτομα με ηπιότερα συμπτώματα ή ασθενέστερους παράγοντες κινδύνου. Τα τελευταία χρόνια, κατευθυντήριες οδηγίες βασιζόμενες στην ερμηνεία επιδημιολογικών δεδομένων αναθεωρούνται κατ' αυτή την έννοια, μετατρέποντας τις φυσιολογικές αποκλίσεις σε παθολογικές καταστάσεις. Η βιβλιογραφία είναι γεμάτη από σχετικά παραδείγματα. Ένα τέτοιο θεαματικό παράδειγμα είναι η αλλαγή του διαγνωστικού ορίου για τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, το 1997. Η μείωση του ορίου της γλυκόζης νηστείας από 7,7 (139) σε 7,0 mmol/L (126 mg/dL) διπλασίασε σχεδόν τον αριθμό των ατόμων που διαγιγνώσκονται ως διαβητικοί. Αυτά τα άτομα, εξ ορισμού, έχουν λιγότερο σοβαρή νόσο και εκτίθενται σε θεραπείες με λιγότερες δυνατότητες κλινικού οφέλους και υψηλότερο κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών. Παρομοίως, ο ευρέως χρησιμοποιούμενος ορισμός της χρόνιας νεφρικής νόσου χαρακτηρίζει ως νεφροπαθείς τους μισούς περίπου ηλικιωμένους, ενώ πολλοί από αυτούς δεν θα εμφανίσουν ποτέ σχετικά συμπτώματα. Άλλο τυπικό παράδειγμα είναι η επίπτωση των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού που, μεταξύ του 2000 και του 2016, αυξήθηκε από 6,7 σε 18,5 περιπτώσεις ανά 1000 παιδιά (αύξηση απόλυτου κινδύνου από 1:150 σε 1:54) ως αποτέλεσμα της διεύρυνσης των διαγνωστικών κριτηρίων του Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network. Σημειωτέον ότι στα κριτήρια αυτά δεν περιλαμβάνονται αναπαραγώγιμα αναλυτικά ή απεικονιστικά διαγνωστικά δεδομένα.

Μέχρι πρότινος, η διαγνωστική διεύρυνση εθεωρείτο ότι, σε μεγάλο βαθμό, καθοδηγείται από τους γιατρούς. Με την αλλαγή του αιώνα, όμως, η φαρμακευτική βιομηχανία αναδείχθηκε σημαντικός παράγοντας επίταξης του φαινομένου και, γενικότερα, της υπερδιάγνωσης και της υπεριατρικής. Αυτό επιτυγχάνεται κυρίως μέσω της διεύρυνσης των ορίων θεραπεύσιμων νόσων

που γίνεται με στόχο τη διεύρυνση της αγοράς κάποιων φαρμάκων, μιας πρακτικής γνωστής ως *εμπορευματοποίηση των νόσων* (disease mongering). Πολλά παραδείγματα καταδεικνύουν την επιρροή των φαρμακευτικών εταιρειών στον ορισμό διάφορων νοσημάτων. Η ιατρικοποίηση της ινομυαλγίας, π.χ., επηρεάστηκε έντονα από την ανάπτυξη φαρμάκων, όπως η πρεγκαμπαλίνη και η δουλοξετίνη, τα οποία ήταν τα πρώτα που εγκρίθηκαν από τον FDA για τη νόσο. Το γεγονός αυτό παρείχε ένα νέο επίπεδο κλινικής επικύρωσης σε μια προηγουμένως αμφισβητούμενη κατάσταση.

Η διαγνωστική διεύρυνση έχει ουσιώδη σημασία αναφορικά με τη διαγνωστική σκέψη, γενικότερα. Η μετάβαση της Ιατρικής από τη θεραπεία της νόσου στη διαχείριση του κινδύνου αποτελεί θεμελιώδη επιστημολογική μετατόπιση. Η Ιατρική δεν αναζητεί πλέον μια οντότητα (τη νόσο) αλλά ένα δυνητικό συμβάν. Ο κίνδυνος δεν είναι πραγματική οντότητα με την ίδια έννοια που είναι ένας όγκος ή μια φλεγμονή. Είναι μια κατασκευή, ένα επιστημολογικό εργαλείο που αναπτύχθηκε, για να ποσοτικοποιήσει και να διαχειριστεί την αβεβαιότητα. Η πιθανότητα που αντιπροσωπεύει ο κίνδυνος, δεν περιγράφει μια αντικειμενική τάση του κόσμου, αλλά μια εκτίμηση της γνώσης μας για το μέλλον, βασισμένη σε στατιστικές συχνότητες. Αυτή η θεμελιώδης διαφορά μεταξύ αιτιολογίας και συσχέτισης είναι το σημείο εκκίνησης της υπερδιάγνωσης. Οι παράγοντες κινδύνου είναι συσχετιστικοί και όχι αιτιολογικοί. Η ύπαρξη ενός ή περισσότερων παραγόντων κινδύνου (π.χ. υψηλή χοληστερόλη, παχυσαρκία) δεν σημαίνει ότι η νόσος είναι αναπόφευκτη ή ότι ο παράγοντας κινδύνου την προκαλεί άμεσα. Η Ιατρική, ωστόσο, άρχισε να αντιμετωπίζει τον ίδιο τον κίνδυνο ως νόσο, παρεμβαίνοντας περισσότερο στην πιθανότητα παρά στη βεβαιότητα, δημιουργώντας έτσι τις συνθήκες για τη διάγνωση καταστάσεων που μπορεί να μην εκδηλωνόταν ποτέ.

Προσυμπτωματικός έλεγχος

Οι αιτιολογικοί παράγοντες που αναφέρθηκαν παραπάνω, καθιστούν την υπερδιάγνωση εγγενή και αναπόφευκτη συνέπεια των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου (screening). Στόχος του προσυμπτωματικού ελέγχου είναι η ανίχνευση νοσημάτων σε ασυμπτωματικά άτομα, μια διαδικασία που αναπόφευκτα αποκαλύπτει μη εξελισσόμενες ή αργά εξελισσόμενες παθήσεις που δεν θα προκαλούσαν ποτέ πρόβλημα. Κατ' αυτή την έννοια, η υπερδιάγνωση αντιπροσωπεύει ένα αναπόφευκτο κόστος της προληπτικής Ιατρικής.

Πέρα από τις αιτίες της υπερδιάγνωσης που αναφέρθηκαν παραπάνω, το φαινόμενο επιτείνεται από στατιστικές μεροληψίες που δημιουργούνται από τον ίδιο τον προσυμπτωματικό έλεγχο. Μια τέτοια είναι η *μεροληψία της προωρότητας* (lead-time bias). Ο προσυμπτωματικός έλεγχος διαγιγνώσκει μια νόσο νωρίτερα από ό,τι θα γινόταν μετά από την εμφάνιση συμπτωμάτων. Αυτή η πρόωρη διάγνωση δημιουργεί την ψευδαίσθηση ότι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε προσυμπτωματικό έλεγχο ζουν περισσότερο, καθώς ο χρόνος επιβίωσής τους μετριέται από την ημερομηνία της πρόωρης διάγνωσης. Ωστόσο, η συνολική διάρκεια της ζωής τους ενδέχεται να μην έχει αλλάξει καθόλου, καθώς η θεραπεία δεν μείωσε τον χρόνο που μεσολαβεί μέχρι τον θάνατο, αλλά απλώς «μετατόπισε» τη διάγνωση σε προγενέστερο χρόνο. Η μεροληψία αυτή είναι εγγενής σε κάθε προσπάθεια πρώιμης ανίχνευσης και, χωρίς την κατάλληλη διόρθωση, η βελτιωμένη επιβίωση δεν αποτελεί απόδειξη του οφέλους της εξέτασης.

Μια άλλη στατιστική μεροληψία είναι η *μεροληψία της διάρκειας* (length-time bias). Κατά τον προσυμπτωματικό έλεγχο ανιχνεύονται κυρίως οι αργά εξελισσόμενοι, μη επιθετικοί

καρκίνοι. Αυτό συμβαίνει επειδή αυτοί οι καρκίνοι παραμένουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε ανιχνεύσιμη, προσυμπτωματική φάση. Κατά συνέπεια, ο προσυμπτωματικός έλεγχος «επιλέγει» δυσανάλογα τις περιπτώσεις που έχουν καλύτερη φυσική πρόγνωση, δηλαδή τους όγκους που ούτως ή άλλως δεν θα είχαν σοβαρές επιπτώσεις. Σε μεγάλο βαθμό, επομένως, η επιτυχία του προσυμπτωματικού ελέγχου, όπως παρουσιάζεται με τους δείκτες επιβίωσης, είναι μια στατιστική ψευδαίσθηση, η οποία υπαγορεύει την παραπέρα διαγνωστική διερεύνηση. Η αντίληψη ότι η βελτιωμένη επιβίωση που παρατηρείται μετά από τη διάγνωση που ακολουθεί τον προσυμπτωματικό έλεγχο, ισοδυναμεί με μείωση της θνησιμότητας, δεν είναι παρά μια παρανόηση που τροφοδοτεί έναν φαύλο κύκλο: η φαινομενικά βελτιωμένη επιβίωση ενθαρρύνει τη διάδοση του προσυμπτωματικού ελέγχου, ο οποίος εντοπίζει περισσότερους ακίνδυνους καρκίνους διογκώνοντας έτσι ακόμη περισσότερο τους δείκτες επιβίωσης.

Επιπτώσεις

Παρά τα σημαντικά οφέλη που έχουν προκύψει από την έγκαιρη αναγνώριση και θεραπεία διαφόρων νοσημάτων, η υπερδιάγνωση και, γενικότερα, η υπεριατρική έχουν μια σειρά από δυσμενείς επιπτώσεις, τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Η υπερθεραπεία, υπό την έννοια των περιττών χειρουργικών ή φαρμακευτικών θεραπευτικών παρεμβάσεων και των πιθανών επιπλοκών ή παρενεργειών τους, είναι η αμεσότερη και πιο επικίνδυνη δυνητική συνέπεια της υπερδιάγνωσης. Εκτός όμως από τους κινδύνους που επιφυλάσσει για τα άτομα, η υπερθεραπεία εκτρέπει την προσοχή και τους πόρους των συστημάτων υγείας από τους πραγματικά ασθενείς, μειώνοντας την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται σ' εκείνους που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη.

Πέρα από την υπερθεραπεία, η υπερδιάγνωση οδηγεί στην αναδιαμόρφωση της σχέσης του ατόμου με το σώμα του, τον κίνδυνο και την έννοια της υγείας. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα ένα πλέγμα ψυχολογικών συνεπειών, που περιλαμβάνει συμπεριφορικές υπερβολές ή αποφυγές, διαπροσωπικές αναδιατάξεις και διαρκή διαπραγμάτευση με την αβεβαιότητα. Οι συνέπειες αυτές, που συχνά παραμένουν υποτιμημένες, δεν απορρέουν μόνο από τις παρεμβάσεις, αλλά και από τη γλώσσα, τα σύμβολα και τα συστήματα που περιβάλλουν την ιατρική πράξη.

Το άτομο, στο οποίο τίθεται κάποια διάγνωση, ακόμη κι αν πρόκειται για τη διάγνωση ενός νοσήματος χαμηλού κινδύνου, υφίσταται μια μετατόπιση της ταυτότητάς του. Από την κανονικότητα της καθημερινότητάς του μετακινείται σε μια κατάσταση αυξημένης επαγρύπνησης ή ακόμη και μόνιμης παρακολούθησης του εαυτού του. Η συνέχεια του προσωπικού του αφηγήματος διακόπτεται, τα σχέδια, οι προοπτικές και οι σημασίες του αναδιτάσσονται γύρω από τη νέα ιατρική πληροφορία. Αυτή η μετατόπιση δεν απαιτεί απαραίτητα συμπτωματολογία. Αρκεί η γνώση ενός ευρήματος, π.χ. ενός «οζιδίου» ή μιας «προκαρκινικής αλλοίωσης», για να εγκατασταθεί μια αίσθηση επισφάλειας που μπορεί να διαποτίσει την καθημερινότητα.

Στο συναισθηματικό επίπεδο, η υπερδιάγνωση προκαλεί συχνά χρόνιο άγχος και φόβο. Ο φόβος της εξέλιξης, ο φόβος του άγνωστου, ακόμη και ο φόβος της ιατρικής παρέμβασης δημιουργούν μια κατάσταση διαρκούς αναμονής. Αυτή η «προληπτική αγωνία» μπορεί να εκδηλώνεται με έμφαση σε σωματικές αντιδράσεις, με διαταραχές του ύπνου ή με αίσθημα απώλειας ελέγχου. Όταν τα αποτελέσματα του προσυμπτωματικού ελέγχου είναι κατ' επανάληψη αμφίβολα, το άτομο βιώνει υποτροπιάζοντα επεισόδια ανησυχίας πριν και μετά από

τις εξετάσεις. Η αβεβαιότητα, ιδίως όταν δεν επικοινωνείται με σαφήνεια, δρα ως διαρκές ψυχικό φορτίο.

Στο γνωσιακό πεδίο, το αποτέλεσμα της υπερδιάγνωσης αναδιαμορφώνει τα νοητικά σχήματα, με τα οποία το άτομο κατανοεί το σώμα του. Η φυσιολογική μεταβλητότητα των αισθημάτων γίνεται ύποπτη. Αναπτύσσεται υπερεπαγρύπνηση για την εμφάνιση συμπτωμάτων, με αποτέλεσμα αθώα αισθήματα να ερμηνεύονται καταστροφικά. Η στατιστική έννοια του κινδύνου προσωποποιείται και μετατρέπεται σε βεβαιότητα (από «έχω 10% πιθανότητα» σε «θα μου συμβεί»). Η έκθεση σε αναλυτικά δεδομένα (π.χ. επίπεδα βιοδεικτών, βαθμολογίες κινδύνου) καλλιεργεί μια «αριθμητική ταυτότητα», όπου η αξία της υγείας μετριέται με δείκτες. Αυτό οδηγεί σε γνωσιακές μεροληψίες, όπως η επιβεβαιωτική μεροληψία (προτίμηση πληροφοριών που ενισχύουν την ανησυχία) και η καταστροφοποίηση.

Η αυτοαντίληψη και η αυτοεκτίμηση επηρεάζονται βαθιά, ιδιαίτερα καθώς η ιατροποίηση συχνά αποκτά ηθική διάσταση. Το άτομο μπορεί να υιοθετήσει την ταυτότητα του «εύθραυστου» ή «ελαττωματικού», ακόμη και όταν δεν έχει επηρεαστεί λειτουργικά. Η υγεία αναγορεύεται σε προσωπικό πρόταγμα και ευθύνη, με αποτέλεσμα να αναδύονται αισθήματα ενοχής και ντροπής, όταν οι δείκτες «δεν συμμορφώνονται» ή όταν οι συστάσεις είναι δύσκολο να τηρηθούν. Αυτή η εσωτερίκευση της ευθύνης μπορεί να υπονομεύσει την αυτο-αποτελεσματικότητα. Όσο περισσότερο, δηλαδή, το άτομο αισθάνεται ότι αποτυγχάνει να φτάσει σε ιδανικούς ιατρικούς στόχους, τόσο περισσότερο ενισχύεται ένα αίσθημα ανεπάρκειας. Παράλληλα, η ιατρική γλώσσα (όροι όπως «βλάβη», «προκαρκινικό», «εκφυλισμός») έχει ισχυρό συμβολικό φορτίο που επιδρά στο συναίσθημα και στην αυτοεικόνα, ακόμη και όταν η κλινική σημασία είναι ήπια ή αβέβαιη.

Οι συμπεριφορικές συνέπειες εκτείνονται από την υπερ-συμμόρφωση μέχρι την αποφυγή. Σε ορισμένους, η διάγνωση κινητοποιεί υπερβολική προσκόλληση σε εξετάσεις και παρεμβάσεις, με διαρκείς επισκέψεις στους γιατρούς, αλλαγές ρουτίνας και αυστηρές δίαιτες ή έντονη άσκηση, που μπορεί να είναι ψυχικά εξαντλητικές. Για άλλους, η υπερφόρτωση με πληροφορία και ο φόβος οδηγούν σε αποφυγή της επαφής με το σύστημα υγείας, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο αβεβαιότητας. Η συμμόρφωση, όταν γίνεται υπό καθεστώς άγχους, συχνά είναι εύθραυστη και μη βιώσιμη, οδηγώντας σε εναλλαγές υπερπροσπάθειας και εγκατάλειψης. Επιπλέον, οι παρενέργειες των θεραπειών που εφαρμόζονται σε ήπιες ή αμφίβολης κλινικής σημασίας καταστάσεις, μπορεί να προσθέσουν πραγματικό σωματικό και ψυχικό βάρος, επιτείνοντας το αίσθημα δυσαρέσκειας και την αμφιβολία για τις επιλογές που έγιναν.

Η σχέση με το σώμα οδηγείται πολλές φορές προς την αποξένωση. Όταν το σώμα γίνεται πεδίο διαρκούς μέτρησης και ελέγχου, η άμεση, βιωματική αίσθηση αντικαθίσταται από ετεροπροσδιορισμούς («τι λέει η εξέταση;», «τι δείχνει το πρόγραμμα;»). Ειδικά με τη διάδοση των φορητών συσκευών και των αντίστοιχων εφαρμογών, η μέτρηση των βιολογικών δεικτών μετατρέπεται σε καθημερινή πρακτική που, αν και ενημερωτική, μπορεί να ενισχύει την αγωνία μετά από κάθε απόκλιση από τις τιμές αναφοράς. Η «αλγοριθμική αυθεντία», η πεποίθηση δηλαδή ότι ο αλγόριθμος γνωρίζει καλύτερα από την υποκειμενική εμπειρία, αναδιατάσσει τις προτεραιότητες, οδηγώντας σε συμπεριφορές που υπηρετούν τους δείκτες και όχι απαραίτητα την ευημερία του ατόμου.

Οι διαπροσωπικές σχέσεις επηρεάζονται πολυεπίπεδα. Η υιοθέτηση της ταυτότητας του «ασθενούς» ή του «ατόμου σε κίνδυνο» αλλάζει τους ρόλους μέσα στην οικογένεια. Οι συγγενείς αναλαμβάνουν συχνά ρόλους φροντιστή, με συνακόλουθο άγχος και υπερπροστατευτικότητα. Το περιβάλλον ενδέχεται να ανταποκριθεί με στιγματισμό ή, αντίθετα, με υπερβολική εστίαση στην κατάσταση, αναπαράγοντας διαρκώς την ιατρική αφήγηση. Η αποκάλυψη της διάγνωσης στο εργασιακό περιβάλλον δημιουργεί διλήμματα που σχετίζονται με τον φόβο της διάκρισης, την ανακατανομή των καθηκόντων ή αλλαγές στις προσδοκίες απόδοσης. Η αβεβαιότητα σχετικά με την ασφαλιστική κάλυψη και τις οικονομικές επιπτώσεις εντείνει το ψυχικό φορτίο.

Εκεί όπου πριν υπήρχε απουσία προβλήματος, η υπερδιάγνωση γεμίζει τον χρόνο με τακτικά ραντεβού, παρακολουθήσεις, επαναληπτικές εξετάσεις κ.τ.τ. Το ημερολόγιο γεμίζει με ιατρικές υποχρεώσεις, οι οποίες εκτοπίζουν δραστηριότητες που μέχρι τότε προσέφεραν νόημα. Ο χρόνος που αναλώνεται σε αναζητήσεις πληροφοριών, σε αναμονές και σε αποκαταστάσεις μετά από επεμβάσεις, συνιστά ένα ευκαιριακό κόστος που δεν αποτιμάται εύκολα. Η αίσθηση ότι η ζωή «παραμένει σε εκκρεμότητα» μέχρι το επόμενο αποτέλεσμα, καλλιεργεί μια εκδοχή αναβλητικής ύπαρξης, όπου οι μελλοντικές αποφάσεις αναστέλλονται «μέχρι να δούμε».

Η ηθική διάσταση της ιατροποίησης της πρόληψης ενισχύει την ψυχική επιβάρυνση. Στο πλαίσιο μιας κουλτούρας που εξυψώνει την πρόληψη, όταν το άτομο εκφράζει αμφιβολίες για μια εξέταση ή μια παρέμβαση, αισθάνεται ότι παρεκκλίνει από το ορθό. Όταν, μάλιστα, η γλώσσα της δημόσιας υγείας υποδηλώνει μεγάλες σχετικές μειώσεις κινδύνου χωρίς να αποσαφηνίζει τα απόλυτα οφέλη και τις πιθανές βλάβες, το άτομο δυσκολεύεται να λάβει μια απόφαση που συνάδει με τις αξίες του. Η μετέπειτα εμφάνιση παρενεργειών ή η αναγνώριση ότι η παρέμβαση ίσως ήταν περιττή, μπορεί να οδηγήσει σε άγχος και τύψεις, διαβρώνοντας την εμπιστοσύνη του ατόμου στον εαυτό του και στους γιατρούς.

Τέλος, ιδιαίτερη θέση στην ψυχολογική αντίδραση των υπερδιαγνωσμένων ατόμων κατέχει το *φαινόμενο nocebo*, δηλαδή τα πραγματικά δυσάρεστα αισθήματα που δημιουργούν οι προσδοκίες αρνητικών εκβάσεων. Παράλληλα, οι θεραπείες των υπερδιαγνωσμένων καταστάσεων ενδέχεται να επιδεινώνουν την κατάσταση προκαλώντας επιπλέον διαταραχές, όπως απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας ή της εικόνας του σώματος μετά από χειρουργικές παρεμβάσεις, φόβο υποτροπής ή απώλεια της εμπιστοσύνης στο ίδιο το σώμα.

Τεταρτογενής πρόληψη

Η υπερδιάγνωση και, γενικότερα, η μικρής αξίας φροντίδα αποτελούν μια συνεχώς επιδεινούμενη συνθήκη, η οποία απειλεί άμεσα τη φυσική και την ψυχική υγεία των εμπλεκόμενων ατόμων αλλά και τη λειτουργία και τη βιωσιμότητα των υγειονομικών συστημάτων. Στο ατομικό επίπεδο, η Ιατρική του κινδύνου, στην οποία βασίζονται, υπόσχεται μεν την απουσία της νόσου, αλλά ενδέχεται να καταλήξει σε απουσία της ίδιας της υγείας ως βιωματικής κατάστασης ευεξίας. Σε επίπεδο των υγειονομικών συστημάτων, είναι αντιπροσωπευτικό το παράδειγμα των ΗΠΑ, όπου το ετήσιο κόστος της μικρής αξίας φροντίδας εκτιμάται ότι ξεπερνά τα 100 δισεκατομμύρια δολάρια.

Οι προσπάθειες που καταβάλλονται, τις τελευταίες δεκαετίες, για τον περιορισμό του φαινομένου, έχουν οδηγήσει στη διαμόρφωση της έννοιας της *τεταρτογενούς πρόληψης* (quaternary prevention, συμβολίζεται στη βιβλιογραφία ως P4) (εικ. 2). Ως τεταρτογενής

πρόληψη ορίζεται το σύνολο των δράσεων που αποσκοπούν στην αναγνώριση των ασθενών ή των πληθυσμών που διατρέχουν κίνδυνο από την υπεριατρική, στην προστασία τους από εκ νέου παρεμβάσεις υπεριατρικοποίησης και, αντ' αυτών, στην εφαρμογή εναλλακτικών, ηθικά αποδεκτών παρεμβάσεων που βασίζονται σε ενδείξεις (evidence-based). Πρακτικά, η P4 παρέχει το πλαίσιο και υποδεικνύει τις προσεγγίσεις για την ανάπτυξη, εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας, αντιστάσεων στην υπεριατρικοποίηση. Η ευρύτερη κοινωνική διαδικασία επαναπροσδιορισμού τού τι συνιστά πρόβλημα υπεριατρικής – γεγονός που, κατά συνέπεια, υπαγορεύει την ανάγκη αναγνώρισης ως φυσιολογικών, συμπεριφορών και καταστάσεων που προηγουμένως εθεωρούντο παθολογικές– φέρεται ως *αποϊατρικοποίηση* (de-medicalization). Μ' άλλα λόγια, δηλαδή, η αποϊατρικοποίηση αντιπροσωπεύει το θεωρητικό υπόβαθρο της P4.

Η αντίληψη της P4 αναπτύχθηκε αρχικά μέσα στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, προφανώς λόγω της στενής σχέσης της τελευταίας με την προληπτική ιατρική. Σύντομα, όμως, η επιτακτική ανάγκη αντιμετώπισης των συνεπειών της υπεριατρικής οδήγησε στην ευρύτερη διάδοσή της και στην οργάνωση, σε διάφορες χώρες, πρωτοβουλιών προς αυτή την κατεύθυνση (π.χ. Choosing Wisely, Slow Medicine, SMART Medicine κ.ά.). Βασικό πυλώνα για τη βελτιστοποίηση της P4 αποτελούν, επίσης, οι προσπάθειες μετάβασης από τον οριζόντιο, πληθυσμιακό έλεγχο σε εξατομικευμένα μοντέλα προσυμπτωματικού ελέγχου, καθώς και η υιοθέτηση της ενεργού παρακολούθησης.

Γενικώς, όμως, η αποτελεσματικότητα των πρωτοβουλιών προώθησης της P4 παραμένει, αρκετά περιορισμένη, προφανώς λόγω της δυσχέρειας που υπάρχει ως προς την αντιμετώπιση κυρίως των οργανωτικών και οικονομικών αιτιολογικών παραγόντων της υπεριατρικής και της υπερδιάγνωσης. Η αδυναμία προσδιορισμού των εκάστοτε διαστάσεων του προβλήματος αποτελεί ένα επιπλέον βασικό εμπόδιο. Έτσι, οι P4-πρακτικές εστιάζονται, ως επί το πλείστον, στην αντιμετώπιση των πολιτισμικών εμποδίων, δίνοντας ιδιαίτερο βάρος στη σχετική ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση των γιατρών, των ασθενών και, γενικότερα, της κοινωνίας.

Στο ατομικό επίπεδο και ιδιαίτερα όσον αφορά την πρόληψη των ψυχολογικών επιπτώσεων της υπερδιάγνωσης, ουσιαστική συμβολή στην επιτυχία της P4 έχει η αποτελεσματική σχέση γιατρού-ασθενούς και η από κοινού με τον ασθενή λήψη αποφάσεων (shared-decision making). Μελέτες έχουν δείξει ότι οι αποφάσεις που σχετίζονται με τις παρεμβάσεις υγείας λαμβάνονται κυρίως εντός της σχέσης γιατρού-ασθενούς. Μέσα σ' αυτή τη σχέση, η πρόκληση για τον γιατρό είναι να διατηρεί την ικανότητά του για έγκαιρη παρέμβαση εκεί όπου χρειάζεται, χωρίς να παραβλέπει το εύθραυστο οικοσύστημα της ψυχικής ευημερίας του αρρώστου που συνοδεύει κάθε διάγνωση. Η υποστήριξη του αρρώστου για κριτική κατανόηση των κοινωνικοπολιτισμικών δυνάμεων που ευνοούν την υπερδιάγνωση και την ιατρικοποίηση, τον βοηθά να αποπροσωποποιήσει μέρος τουλάχιστον της ψυχικής πίεσης που του προκαλεί η συμμετοχή του στην επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας. Νηφάλιες προσεγγίσεις προσανατολισμένες στο πρόσωπο του ασθενούς, με έμφαση στη σαφή επικοινωνία, στην αναγνώριση της αβεβαιότητας και στη σταθμισμένη λήψη αποφάσεων, μειώνουν το ψυχικό κόστος, χωρίς να υπονομεύουν τα πραγματικά οφέλη της φροντίδας. Αντίθετα, η κατευθυντική, κατηγορηματική γλώσσα ή η επίκληση φόβου επιβαρύνουν την ψυχική κατάσταση του αρρώστου και περιορίζουν τη δυνατότητά του για λήψη ουδέτερων αποφάσεων. Η ανάπτυξη της ικανότητας του αρρώστου να ζει με ατελή γνώση και να διακρίνει

ανάμεσα σε απόλυτα και σχετικά οφέλη, αποτελεί ίσως την κρισιμότερη δεξιότητα προς την κατεύθυνση της πρόληψης.

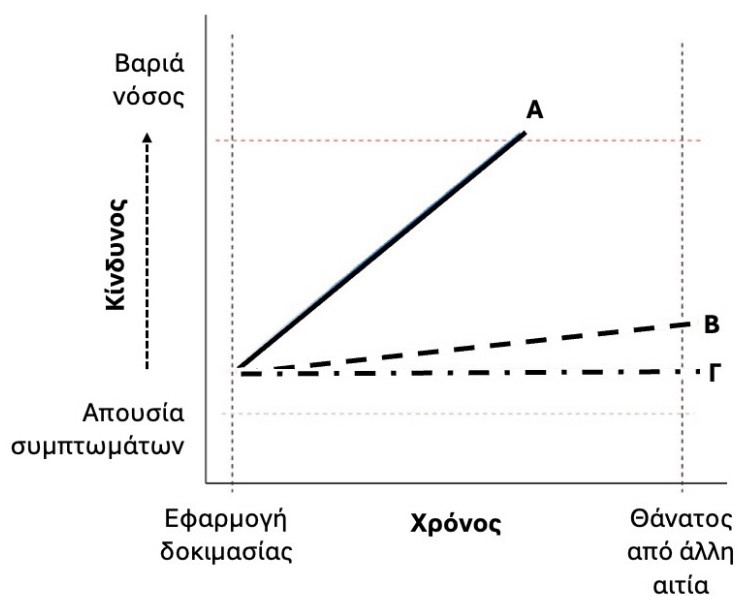
Από τα παραπάνω συνάγεται ότι η P4 μπορεί να αποτελέσει μια πνευματική πρόκληση αλλά και μια πραγματική ευκαιρία για την προώθηση της βιώσιμης ιατρικής. Γνώμονα επιτυχίας αυτής της πρόκλησης αποτελεί η κάθε είδους προσπάθεια που αποσκοπεί να υποκαταστήσει την επικρατούσα μεγιστοποίηση με τη βελτιστοποίηση της υγειονομικής φροντίδας.

ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ABDULRAHEEM Y. Unveiling the significance and challenges of integrating prevention levels in healthcare practice. *J Prim Care Community Health* 2023;14:21501319231186500.
- BUCHBINDER R, HARRIS I, O'CONNOR D. What is overtreatment and why is it a problem? In: Braithwaite J, Zuryski Y, K-lynn Smith C (Eds) *Routledge Handbook of Climate Change and Health System Sustainability*. Taylor & Francis, 2024, p. 383.
- DAVENPORT MS. Incidental findings and low-value care. *AJR Am J Roentgenol* 2023;221:117-123.
- EDMISTON N, HEGAZI I. Teaching to address overdiagnosis. *BMJ Evid Based Med* 2024;29:275-278.
- EUROPEAN COMMISSION. *Identifying, measuring and reducing low-value care in the context of health system performance assessment*. European Union, 2025.
- HAMEED S. Medicalization – A growing problem. *J Sci Soc* 2019;46:75-78.
- JENNISKENS K, DE GROOT JAH, REITSMA JB, MOONS KGM, HOOFT L, NAAKTGEBOREN CA. Overdiagnosis across medical disciplines: a scoping review. *BMJ Open* 2017;7:e018448.
- KARABOUE M, LACASELLA GV. Medicalisation in the post-genomic era: Transformations in identity, autonomy, and ethics. *Clin Ter* 2025;176:109-113.
- KHERAD O, PEIFFER-SMADJA N, KARLAFTI L, LEMBER M, AERDE NV, GUNNARSSON O, ET AL. The challenge of implementing Less is More medicine: A European perspective. *Eur J Intern Med* 2020;76:1-7.
- KOUMPOS A, PERROS F. Overdiagnosis: The silent pandemic of the West? *Public Health Toxicol* 2022;2:4
- KÜHLEIN T, MACDONALD H, KRAMER B, JOHANSSON M, WOLOSHIN S, MCCAFFERY K, ET AL. Overdiagnosis and too much medicine in a world of crises. *Br Med J* 2023;382:p1865.
- LANTZ PM, GOLDBERG DS, GOLLUST SE. The perils of medicalization for population health and health equity. *Milbank Quarterly* 2023;101:61-82.
- LI M, DAL MASO L, VACCARELLA S. Global trends in thyroid cancer incidence and the impact of overdiagnosis. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2020;8:468-470.
- MAISONNEUVE C, MARTINS J. Public spending on health and long term care: a new set of projections. OECD economic policy paper no. 6. Paris: OECD 2013.
- MARTINS C, GODYCKI-CWIRKO M, HELENO B, BRODERSEN J. Quaternary prevention: an evidence-based concept aiming to protect patients from medical harm. *Br J Gen Pract* 2019;69:614-615.
- MONZON AZ, FRANCO-LÓPEZ A, CULEBRAS JM. Benefits and harms of screening: Overdiagnosis and anticipatory medicine – A secondary publication. *Tumor Discov* 2022;1:228.
- MOTT NM, CHAITOFF AM, KULLGREN JT. The need for more effective tools to decrease use of low-value care. *JAMA Netw Open* 2024;7:e2442301.
- OTTE JA, LLARGUÉS POU M. Enablers and barriers to a quaternary prevention approach: a qualitative study of field experts. *BMJ Open* 2024;14:e076836.
- SENEVIRATHNA P, PIRES DEV, CAPURRO D. Data-driven overdiagnosis definitions: A scoping review. *J Biomed Inform* 2023;147:104506.
- SHRANK WH, ROGSTAD TL, PAREKH N. Waste in the US health care system: estimated costs and potential for savings. *JAMA* 2019;322:1501-1509.

- SRIVASTAVA S, KOAY EJ, BOROWSKY AD, DE MARZO AM, GHOSH S, WAGNER PD, ET AL. Cancer overdiagnosis: a biological challenge and clinical dilemma. *Nat Rev Cancer* 2019;19:349-358.
- TESSER CD, NORMAN AH. Quaternary prevention and medicalisation: inseparable concepts. *Interface* 2021;25:e210101.
- THÉRIAULT G, GRAD R, DICKINSON JA, SINGH H, ANTAO V, BELL NR, ET AL. Beware of overdiagnosis harms from screening, lower diagnostic thresholds, and incidentalomas. *Can Fam Physician* 2023;69:97-100.
- THERIAULT G, GRAD R. Preventing overdiagnosis and overuse: proposed guidance for guideline panels. *BMJ Evid Based Med* 2024;29:272-274.
- WIETEKE VAN DIJK W, MEINDERS MJ, TANKE MAC, WESTERT GP, JEURISSEN PPT. Medicalization defined in empirical contexts - A scoping review. *Int J Health Policy Manag* 2020;9:327-334.

ΕΙΚΟΝΑ 1. Υπερδιάγνωση και εξέλιξη της νόσου. Και οι τρεις γραμμές απεικονίζουν περιπτώσεις διαγνωσμένες σύμφωνα με τα κριτήρια της νόσου. Η γραμμή Α απεικονίζει μια ταχέως εξελισσόμενη περίπτωση, η οποία ενδέχεται να αποτελεί απειλή για την υγεία του ασθενούς, αν δεν αντιμετωπιστεί. Οι γραμμές Β και Γ απεικονίζουν υπερδιαγνωσμένες καταστάσεις. Στις περιπτώσεις αυτές ο ρυθμός εξέλιξης είναι πολύ βραδύς (Β) ή δεν εξελίσσονται καθόλου (Γ) και, ως εκ τούτου, δεν θα αποτελέσουν απειλή κατά τη διάρκεια της ζωής του ασθενούς, αν δεν εντοπιστούν.



ΕΙΚΟΝΑ 2. Η έννοια της τεταρτογενούς πρόληψης. *Πρωτογενής πρόληψη* είναι η δράση που αναλαμβάνεται για την αποφυγή ή την εξάλειψη της αιτίας ενός προβλήματος υγείας σε ένα άτομο ή έναν πληθυσμό πριν από την εμφάνισή του. Αποσκοπεί στην ελάττωση της επίπτωσης των νοσημάτων, κατατείνει σε προαγωγή της υγείας και αναφέρεται σε διαδικασία ειδικής προστασίας (π.χ. ανοσοποίηση). Η *δευτερογενής πρόληψη* αντιπροσωπεύει δράσεις που αναλαμβάνονται για την ανίχνευση ενός προβλήματος υγείας σε πρώιμο στάδιο σε ένα άτομο ή σε έναν πληθυσμό, διευκολύνοντας έτσι τη θεραπεία ή μειώνοντας ή προλαμβάνοντας την εξάπλωσή του ή τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του (π.χ. έλεγχος, ανεύρεση περιστατικών και έγκαιρη διάγνωση). Αποσκοπεί στην ελάττωση της νοσηρότητας και της θνητότητας των μη λοιμωδών νοσημάτων, καθώς και της διάδοσης των λοιμωδών νοσημάτων. Η *τριτογενής πρόληψη* αντιπροσωπεύει δράσεις που αναλαμβάνονται για τη μείωση των χρόνιων επιπτώσεων ενός προβλήματος υγείας σε ένα άτομο ή σε έναν πληθυσμό με την ελαχιστοποίηση της λειτουργικής ανεπάρκειας, την οποία συνεπάγεται κάποιο οξύ ή χρόνιο πρόβλημα υγείας (π.χ. πρόληψη των επιπλοκών του διαβήτη). Η *τεταρτογενής πρόληψη* αποσκοπεί στην επιβράδυνση της εξέλιξης των νόσων και στη βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής, και αναφέρεται σε διαδικασία αποκατάστασης.

