

Jak zbliżyć medycynę konwencjonalną i komplementarną?

How to reconcile conventional and complementary medicine?

Konferencja okrągłego stołu

Prowadzący: dr hab. med. Marzanna Magdoń

Uczestnicy: prof. dr hab. Henryk Gaertner, dr Zygmunt Filipowicz, prof. dr hab. Jan Łazowski, mgr Ewa Preisner, red. Anna Ostrzycka-Rymuszko, red. Marek Rymuszko, dr Robert Zawiślak

Marzanna Magdoń (MM): Otwierając konferencję, chciałabym przywitać przede wszystkim lekarzy, którzy przyjechali tu zainteresowani medycyną integracyjną. Chciałabym zatem powitać w naszym gronie szefa Zakładu Chemii Fizycznej, panią prof. dr hab. Iwonę Wawer z AM w Warszawie, dr Stefanię Szantyr-Powolny, dra Janusza Kołodziejczyka, dra Eustachego Gadulę, dra Aleksandra Chwastka, dra Dariusza Szmida.

Po raz pierwszy gościmy Przewodniczącego Rady ds. Niekonwencjonalnych Metod Terapii przy Ministrze Zdrowia – dra Zygmunta Filipowicza oraz członków tej Rady: dr Małgorzatę Cieluch oraz mgra Dariusza Stencela.

Chciałam przedstawić także mgr Ewę Preisner – szefa UNICORNU – fundacji, która wspomaga działania onkologów.

Witamy także przedstawicieli naszej „polskiej społeczności”, reprezentantów pacjentów, dziennikarzy: mgr Annę Ostrzycką-Rymuszko i mgra Marka Rymuszkę, szefów „Nieznanego Świata”.

Dr Robert Zawiślak oprócz rehabilitacji reprezentuje homeopatię.

Na koniec wreszcie współgospodarze: dostojny Jubilat, prof. dr hab. Henryk Gaertner i prof. dr hab. Jan Łazowski – interniści, także członkowie Rady ds. Niekonwencjonalnych Metod Terapii przy Ministrze Zdrowia.

Tytuł naszej konferencji to „Jak zbliżyć medycynę konwencjonalną i komplementarną”? Proszę, aby każdy z Państwa odpowiedział na takie pytanie. Proponuję, aby w pierwszej kolejności wypowiedzieli się pacjenci, czyli ich reprezentanci. Zapraszam do wypowiedzi panią Ewę Preisner.

Ewa Preisner: Od trzech lat szefuję Stowarzyszeniu Wspierania Onkologii i w związku z tym spotykam się, z jednej strony, z ludźmi cierpiącymi, szukającymi pomocy, szukającymi różnych sposobów terapii po to, aby za wszelką cenę wyzdrowieć. Obserwuję na co dzień powszechne zjawisko sięgania po absolutnie wszystkie dostępne środki przeciwko chorobie. Aby być przewodnikiem, łącznikiem, tłumaczem chorób – jak ja to poetycko nazywam – komunikuję się, z drugiej strony, ze światem lekarskim, który przyjmuje określone postawy. I jakkolwiek stanowiska i poglądy na temat sposobów terapii innych, niż proponuje akademicki świat lekarski, są określone, to w prywatnych rozmowach lekarze są bardzo otwarci, elastyczni, bardzo serdeczni i prezentują prawdziwą empatię w stosunku do ludzi oddanych pod ich opiekę. Podkreślam jeszcze raz, że osobiście takich działań elastycznych nie obserwuję ani oficjalnie, ani w praktyce. Próbowalam na konferencję, którą ostatnio

zorganizowaliśmy, zaprosić lekarzy prezentujących różne formy terapii. Na przykład bardzo chciałam zaprosić pana doktora Zawislaka i innych lekarzy, którzy stosują nie tylko medycynę kliniczną. Nie udało mi się zorganizować tego spotkania z powodu oporów z różnych stron, i to – podkreślam – z różnych stron. Nie chcę tutaj reprezentować tezy, że to tylko lekarze, z którymi spotykamy się w klinikach i w przychodniach, są oporni czy niechętni dialogowi. Prawdopodobnie narosło wiele różnych niedobrych doświadczeń, bardzo bolesnych, które te światy rozdzielają. Ponieważ wydaje mi się, że mogę się nazwać rzecznikiem ludzi chorych, czyli pacjentów – dla mnie w dalszym ciągu najważniejsza jest porcja dodatkowego cierpienia, które wynika z tej obopólnej niechęci, z tego „rozjechania się” tych różnych światów i obu medycyn. Dodatkową cenę płaci pacjent, który narażony jest na niepotrzebne cierpienie. To, co już musimy przecierpieć, to musimy, natomiast chciałabym szukać dróg, aby nie komplikować ponad miarę sytuacji, która i tak jest dla człowieka dotkniętego taką ciężką chorobą ponad miarę trudna. Nie dodawać chorą cierpień, lecz ich ujmować. Dlatego bardzo jestem zainteresowana realnymi i praktycznymi wynikami tej dyskusji. Bo sama szukam dróg, jak zbliżyć te dwie medycyny, te dwa światy.

MM: I jak to zrobić?

Ewa Preisner: Jak to zrobić? Myślę, że szukać. Szukać ludzi, którzy myślą bardzo szeroko, otwarcie, którzy nie mają paternalistycznego stosunku do ludzi, którymi się opiekują – to raz. Nie mają przekonania o swojej omnipotencji – to dwa. Ludzi, dla których istnieją sprawy ducha i emocji pacjenta – i na tej płaszczyźnie nie będzie żadnych wątpliwości. Wtedy słuchamy, co drugi człowiek ma do powiedzenia. Myślę, że tylko to mogę zrobić, że będę ciągle szukać takich ludzi, którzy będą chcieli zasiadać przy okrągłych stołach i zechcą szukać tego konsensusu.

MM: I nie klócić się o opcje.

Ewa Preisner: Nawet, jeśli się klócić, to z poszanowaniem, z szacunkiem! Abyśmy przyjęły założenie, że zgadzamy się co do intencji i motywacji, i to szanowali. To byłoby nasze wyjściowe założenie. I nawet jeśli te nasze metody się klóć, i nawet jeżeli rozpoczniemy dyskusję na

ten temat, to wcale nie jest źle. Proszę Państwa, ciągle taki obraz przywołuję: jeżeli prawie wszyscy ludzie dotknięci ciężką chorobą szukają pomocy w różnych miejscach i jeżeli stworzyła się taka sytuacja, że o jednych miejscach wolno mówić, a o innych nie wolno mówić, jeżeli nie można się przyznać lekarzowi w klinice, że idzie się do zielarza, bioenergoterapeuty i było się gdzieś tam jeszcze, to robi się jakaś sfera nieoświetlona, ciemny pokój. W takim ciemnym pokoju zawsze będą strachy, demony i zawsze będzie dużo niepotrzebnego zamętu i różnych brudnych rzeczy, które nie powinny mieć miejsca w procesie szukania zdrowia dla drugiego człowieka. Zaświećmy światło nad tymi problemami. Dla mnie jest to pierwszy krok, który możemy zrobić.

MM: Dziękuję pięknie. Teraz głos z sali, pani profesor Wawer.

Iwona Wawer: Moim zdaniem nie ma takiego wyraźnego podziału na medycynę akademicką i medycynę integracyjną czy alternatywną. Podział powinien następować według kryterium skuteczności: metody, które działają, albo te, które nie działają. Jeśli coś działa, to musi być prawidłowo udokumentowane. Nie jest wiarygodny opis jednego przypadku, nawet poparty wiarą, że to, co pomogło sąsiadowi, pomoże i mnie. Musi być zgromadzona rzetelna dokumentacja medyczna dla dużej grupy pacjentów, badania kliniczne spełniające wymagania GCP i ICH, badania kohortowe, to wtedy rozmawiamy o faktach, że rzeczywiście coś działa. Proces badawczy trwa kilka, a nawet kilkanaście lat, i wcześniej czy później te wszystkie problemy, o których tu rozmawiamy jako o metodach komplementarnej medycyny, będą zweryfikowane przez medycynę akademicką. Stwierdzam, że wiele osób ma problemy z naukowym podejściem do wielu metod medycyny alternatywnej, to jest tylko dowód na to, że medycyna akademicka bardzo źle uczy przedmiotów podstawowych.

Proszę Państwa, drastycznie niski jest poziom nauczania fizyki i biofizyki. Niestety bniemy dalej w ten bałagan. W moim zakładzie, który do tej pory, uczył biofizyki na przyzwoitym poziomie, w wymiarze 90 godzin w semestrze, w nowym programie studiów farmaceutycznych obcięto biofizykę do 30 godzin. Co można przekazać studentom w ciągu 9 godzin wykładu i 21 godzin ćwiczeń? Niewiele, a farmacja, jak i medycyna, stosuje przecież bardzo dużo aparatury

diagnostycznej i pomiarowej wykorzystującej zjawiska z dziedziny fizyki. Fizyka nie jest dobrze nauczana w szkole średniej, bo nie ma funduszy na doświadczenia. Do szkół medycznych idą często studenci po profilu biologiczno-chemicznym, gdzie fizyka kończy się wcześniej. Dlatego, jeśli chodzi o takie zagadnienia, jak promieniowanie elektromagnetyczne czy pole magnetyczne, to studenci nie mają nawet podstawowej wiedzy. W rezultacie pojawiają się potem rozmaite bzdury, jak na przykład mówiące, że wpływa na nas jakaś energia kosmiczna, ale dokładnie nie wiadomo, co do nas z tego kosmosu dociera, w jakim zakresie częstotliwości. Natomiast już w tej chwili nauka daje ściśle uzasadnienie wielu metod, uważanych do tej pory za domenę działania medycyny alternatywnej. Proszę bardzo, pierwszy z brzegu przykład – aromaterapia. Tomografia magnetyczno-rezonansowa, w wersji tomografii funkcjonalnej, potrafi zobrazować te miejsca mózgu, które są aktywne w danym momencie, różnią się one bowiem czasem relaksacji. Pobudzenie wymaga dopływu świeżej krwi i stąd różnica w kontraście. Były wykonywane doświadczenia, gdy pacjentowi umieszczonemu w tomografie, aplikowano przyjemny zapach – można zobaczyć, które miejsca w jego mózgu zostają pobudzone przez ten konkretny bodziec. Ponowna aplikacja tego samego bodźca, ale drugie pobudzenie jest już dużo słabsze. Dlaczego? Bo człowiek przyzwyczaja się do przyjemnych zapachów. Natomiast jeśli ten zapach był wstrętny, to następowała reakcja w płatach czołowych mózgu, pobudzeniu ulegały ośrodki motoryczne, bo od przykrego zapachu człowiek chce uciec. Tak postępując, można udowodnić, że rzeczywiście aromaterapia działa, pobudzając konkretne ośrodki w mózgu. Dokumentacja badań jest dostępna w czasopiśmie medycznym „Functional Brain Imaging”.

Następna sprawa to homeopatia. Stosuje bardzo rozcieńczone roztwory wodne, jak to może działać? Chemicy oczywiście powiedzieli, że to niemożliwe. Kiedy tam jest tylko parę molekuł chemicznych, to niemożliwe, żeby w ogóle taki lek działał. Jedną z hipotez działania leków homeopatycznych opiera się na zasadzie pamięci wody. Chemicy do tej pory twierdzili, że pamięć wody jest bardzo krótka, rzędu 10^{-10} sekundy. Jeśli tylko proton przeskoczy w wiązaniu wodorowym,

to pamięć o danej strukturze się kasuje. Tymczasem współczesne metody teoretyczne pozwalają obliczyć strukturę dużego asocjatu zbudowanego z kilkuset molekuł wody. Jeśli liczy się dwie, trzy molekuły wody, to oczywiście żadnego efektu nie będzie. Natomiast jeśli do komputera wprowadzi się dane dwustu czy pięciuset molekuł wody i liczy się, jak jest stabilizowana taka struktura, to okazuje się, że istnieje zjawisko pamięci strukturalnej. Wewnątrz takiego asocjatu istnieje bardzo ściśle uporządkowana sieć wiązań wodorowych. Zmiana w jednym miejscu musi być skorelowana ze zmianami w całej sieci wiązań, wymaga energii i dłuższego czasu. Jak się wprowadzi lek, to istnieją oddziaływania lek-woda, pojawiają się komplementarne ładunki na asocjatach wody. Do uwzględniania takich zjawisk nauka konwencjonalna oczywiście się przybliży. Tylko proszę mi powiedzieć, kto z lekarzy ma wystarczającą wiedzę o strukturze i parametrach fizykochemicznych wody?

To jest zadanie mojego Zakładu i to chemia fizyczna uczy, że woda ma szereg właściwości nienormalnych i ekstremalnych. Cała właściwie dydaktyka o strukturze wody, której w naszym organizmie jest 80% jest pokazywaniem wyjątków, anormalnego punktu gęstości, anormalnego przewodnictwa w różnych temperaturach itd. To wszystko przekłada się na jakieś właściwości naszego organizmu, tylko trzeba o tym uczyć i trzeba o tym mówić.

Podsumowując moją wypowiedź: wydaje mi się, że obie medycyny muszą się oczywiście zbliżyć do siebie, ale ogromną rolę do spełnienia mają przedmioty podstawowe, jak choćby biofizyka, oraz popularyzacja wiedzy. Uważam, że te dziedziny zbliżyłyby się do siebie dużo szybciej, gdyby istniała popularyzacja osiągnięć z obu stron. O praktykach medycyny niekonwencjonalnej muszą wiedzieć lekarze i naukowcy: fizycy, chemicy – i włączyć się do badań. Powinny też być organizowane sympozja przekazujące lekarzom to, co w tej dziedzinie zostało już udokumentowane i warte jest upowszechnienia.

MM: Dziękuję za wielce inspirującą wypowiedź. Jesteśmy trochę do przodu, to były głosy optymistyczne, rysujące istniejące problemy i pokazujące propozycje rozwiązywania wybranych zagadnień. A teraz posłuchajmy, czego potrzebuje „narod polski”. Proszę redaktorów.

Marek Rymuszko: Będę mówił krótko, ponieważ uważam, że przede wszystkim trzeba umożliwić wypowiedzenie się lekarzom, którzy dziś się pojawili – trochę za naszą sprawą – a nie byli tutaj do tej pory, mimo że mają duże doświadczenie w omawianej tematyce.

Przyjeżdżamy na te konferencje od paru lat. Pani profesor Magdoń zaproponowała nam rolę pomostową jako pismu, które pełni ważną rolę opiniotwórczą w obrębie tematyki, którą się zajmujemy – i to nie tylko w Polsce, ale i w Europie. Jest naszą wolą, by nasze kontakty i wynikające z nich wieloletnie doświadczenie mogły zostać z korzyścią zdyskontowane także przez środowisko lekarskie.

W ostatnich latach nie mogliśmy się oprzeć wrażeniu, że jeśli chodzi o coroczne konferencje organizowane w Krakowie, cała ta problematyka lekko „siadła”, wciąż mówimy o tym samym, a jedynym, naprawdę mocnym impulsem w tej mierze okazało się polskie wydanie bardzo ważnego, adresowanego do lekarzy i pielęgniarek medycyny konwencjonalnej, podręcznika amerykańskiego *Podstawy medycyny komplementarnej i alternatywnej* (mka). Niestety, ku naszemu zdziwieniu duża część lekarzy nadal go nie zna, mimo iż pisaliśmy o nim w „Nieznany Świecie” już trzy razy. Niemniej edycja ta powoli na rynku medycznym się przebija.

Wydaje się, że dzisiejsze spotkanie jest jednak inne i decydują o tym trzy czynniki. Po pierwsze, spotykamy się wkrótce po powołaniu Rady ds. Niekonwencjonalnych Metod Terapii przy Ministrze Zdrowia. To z pewnością fakt znaczący. Po drugie, do udziału w tej części sympozjum zaproszono wielu lekarzy, których znamy i cenimy i którzy stosują metody medycyny naturalnej od wielu lat w sposób przemyślany, mając w tej mierze własne obserwacje i doświadczenia. Wreszcie po trzecie, po raz pierwszy została zaprezentowana metodologia badań dotyczących tzw. medycyny energetycznej.

Niedawno byliśmy w Gdańsku, gdzie odbyła się ogólnopolska konferencja na temat integracji obu medycyn. Dzisiejsze sympozjum ma charakter naukowy, natomiast tamto miało inny profil, bardziej popularyzatorski. Impreza była bardzo ciekawa. Wzięło w niej udział reprezentatywne grono lekarzy z kilku krajów, także z Polski. Niektórzy z nich prezentowali bardzo oryginalne i interesujące przemyslenia.

Chciałbym przypomnieć, że w tej chwili następują zmiany w ustawodawstwie niektórych krajów, dotyczące włączenia metod i terapii mka w obręb medycyny konwencjonalnej i tzw. leczenia podstawowego. Bardzo dobrym przykładem jest tu Szwajcaria, która od 1 lipca 1999 r. włączyła w obręb systemu lecznictwa objętego podstawowym ubezpieczeniem zdrowotnym pięć metod zaliczanych do mka, a konkretnie: medycynę antropozoficzną, tradycyjną medycynę chińską, neuralterapię, fitoterapię i homeopatię. Od 1 lipca 1999 r. kasy ubezpieczenia społecznego za leczenie tego typu zwracają tam pieniądze, jeśli pacjent dokona takiego wyboru i pod warunkiem, że metodami tymi posługuje się lekarz. Jeśli robi to nie lekarz, lecz licencjonowany terapeuta, jest to włączone w tzw. ubezpieczenie dodatkowe. W ostatnim czasie podobne zmiany zaszły w Austrii (aktualnie ściągamy materiały na ten temat).

Każdy, kto czyta „Nieznany Świat”, wie, że w naszym wspieraniu medycyny naturalnej nie jesteśmy bezkrytyczni. Nie podoba nam się zwłaszcza komercjalizacja, jaka daje o sobie znać w tym środowisku, nigdy też nie udzielamy swego błogosławieństwa metodom wątpliwym, tj. niedostatecznie zweryfikowanym w praktyce. Z drugiej jednak strony nie możemy przechodzić do porządku dziennego nad tak kuriozalnymi tekstami, jak profesora Andrzeja Gregosiewicza, który ostatnio w bardzo brutalny i **niegodny** sposób zaatakował homeopatię w „Gazecie Lekarskiej” oraz w piśmie „Najwyższy Czas”. W publikacji zatytułowanej *Homeopatia – największe oszustwo w dziejach medycyny* autor posunął się wręcz do pogróżek pod adresem lekarzy, którzy zajmują się homeopatią, żądając odbierania im dyplomów. Musiało się to spotkać ze zdecydowaną ripostą z naszej strony. Nikt też nie powinien liczyć na to, że „Nieznany Świat”, który jest najbardziej opiniotwórczym tytułem w Polsce w obrębie sygnalizowanej problematyki, wobec tego rodzaju żenujących wybrków będzie milczał. Z tym, że to są w pewnym sensie *extrema*, dające o sobie znać po obu stronach dyskusyjnego stołu i najlepiej spuścić na nich zasłonę miłosierdzia, choć też i nie dostrzegać ich nie wolno. Tym większą jednak wartość mają takie spotkania, jak dzisiejsze: rzeczowe, wyważone, pomagające się zrozumieć – i porozumieć.

Anna Ostrzycka: Ze swej strony chciałabym postawić na trzy elementy: otwartość, tolerancję

i informację, ponieważ to one poprowadzą nas do wiedzy. Myślę, że te właśnie elementy, te cechy powinny charakteryzować przedstawicieli obu rodzaju medycyn, pozwalając na wypracowanie partnerskich stosunków między terapeutami i pacjentami.

Coraz częściej po stronie pacjentów obserwuję wyłanianie się dwóch wyraźnych grup. Jedna to ci, którzy oczekują, że lekarz, którego wybrali albo świadomie, albo przez przypadek (bo tak zrzucił los), dysponuje wspomnianymi wcześniej cechami, czyli otwartością, tolerancją i chęcią udzielenia informacji. W związku z tym zawierają swój los, zdrowie, a często również życie jego dobrej woli oraz wiedzy – i nie zawsze, niestety, mają szczęście. Natomiast druga grupa to pacjenci coraz bardziej świadomi siebie, swoich potrzeb oraz stanu własnego organizmu, pragnący zachować jak najdłużej optymalną aktywność i sprawność. Gdy już zachorują, próbują doprowadzić – na ile jest to możliwe, skutecznie – do odzyskania równowagi albo zatrzymania postępu choroby. Niestety w tym przypadku również nie zawsze mamy do czynienia z układem partnerskim. Bo lekarz często chce zmonopolizować wiedzę i władzę decyzyjną dotyczącą wyboru drogi terapii. Mówię zaś o tym dlatego, że jeżeli wykażemy otwartość wobec drugiej strony, a pacjent wystąpi w roli partnera lekarza – łatwiej będzie, z pożytkiem dla zdrowia, osiągnąć porozumienie, zadowolenie i sukces. Bądźmy dla siebie po prostu przyjaciółmi.

MM: Bądźmy dla siebie po prostu ludźmi, przyjaciółmi. Dziękuję. Proszę pana dra Filipowicza.

Zygmunt Filipowicz: Proszę Państwa, poruszymy się w temacie niezwykle obszernym. Ja przede wszystkim chciałbym podziękować tak wielkim autorytetom, jak pan prof. Gaertner, pani prof. Magdoń, pan prof. Łazowski za to, że już wcześniej wzięli pod swoje skrzydła medycyny akademickiej te wartościowe elementy pomocy człowiekowi. Wszystko ma swoje miejsce. Jeżeli człowiek ma zoperowanego guza mózgu, już w okresie chemioterapii, oddziaływanie np. bioenergoterapeutyczne może być rzeczywiście w wielu przypadkach korzystne. Na jakiej to zasadzie działa, nie wiem. Czy jest to może natura psychoneuroimmunologii, czy stymulacji – wszystko jedno. Ważny jest efekt, gdyż wielu rzeczy nie

znamy. Ostatecznie współczesna nauka medyczna ma sto sześćdziesiąt lat, a tysiące lat ludzie się leczyli: jeżeli jeden był chory, to drugi, zdrowszy mu pomagał. Lepiej czy gorzej, ale pomagał. Medycyna nie zaczęła się 160 lat temu od medycyny naukowej, do wielu bardzo ciekawych metod teraz wracamy. Każdy lekarz ma obowiązek poszukiwania nowych sposobów i metod korzystnego oddziaływania na człowieka i tego nie można mu zabronić. Te sposoby są często bardzo różne. Na przykład leczenie śmiechem przyjęte jest w Kalifornii. Nie chodzi o to, że zamiast leczenia nowotworu, stosuje się chichotki. Dają pacjentowi kroplówkę z chemioterapią, która nie jest najprzyjemniejszą rzeczą, a on siada sobie w sali kinowej, ryczy ze śmiechu i zapomina o tej kroplówce. To jest właśnie to. Takich metod jest mnóstwo. Dlatego nie można choremu czy lekarzowi odbierać możliwości poszukiwania tak metod terapeutycznych, jak wspierających leczenie. Natomiast cały problem należy uregulować prawnie. Nie może być tak, że ktoś dzisiaj uprawia rolę, a jutro jest bioenergoterapeutą. Lub że ktoś mówi, że leczy nowotwory, opóźniając tym samym podjęcie leczenia. Lekarze, widząc opóźnienie w terapii, mają wypaczony obraz rzeczywistości. I ja się wcale nie dziwię. Poza tym zrozumienie wielu spraw z zakresu medycyny humanistycznej wśród lekarzy jest małe, ponieważ nie są właściwie kształceni.

I tutaj wchodzimy w partnerstwo lekarza i pacjenta. Otóż pacjent nie jest przedmiotem, tylko partnerem. Wiadomo, że lekarze wpływają na zdrowie pacjenta mniej więcej w 10%, a w 90% wpływa na nie zespół zachowań pacjenta. Pacjent ma prawo wyboru terapii. Tylko że on musi wiedzieć, do kogo idzie i po co. Jeżeli ja muzykoterapię zastosuję pacjentowi w rehabilitacji łoża, to przecież nie będę jej stosował w ostrym stanie, zamiast odblokowania mu naczyń wieńcowych! Wszystko ma więc swoje miejsce! Trzeba sobie powiedzieć, że medycyna, tak jak każda nauka, nie jest jedynym sposobem wyrażania rzeczywistości w zakresie zdrowia człowieka. Na pewno jest to pokłosie podejścia, że badamy tylko rzeczy widoczne. Jest to na pewno bardzo wygodne dla nauki, ale nijak ma się do rzeczywistości. Każde badanie powinno mieć jakieś założenia, jakąś przyjętą metodykę badania, która daje wyniki potwierdzające się.

Proszę Państwa – na pewno przejście do medycyny alternatywnej spotykamy szczególnie wyraźnie w Stanach Zjednoczonych, gdzie tak wspaniale rozwinięta jest mechanizacja medycyny. Medycyna rozwinęła się znakomicie w sensie technicznym: możemy przeszczepiać serca, wątroby, płuca. Nie wiem, czy człowiek jest tym zachwycony, bo dochodzi do pewnego absurdu: traktujemy człowieka jako zespół trybów i trybików do naprawy, mniej więcej jak zepsuty samochód. To jest pokłosie redukcjonizmu kartezjańskiego. Ludzie, zwłaszcza w chorobie, po prostu szukają drugiego człowieka i ta potrzeba jest ogromna. Nawet człowiek, który posiedzi przy chorym i potrzyma go za rękę, już działa na niego leczniczo. To są rzeczy znane. Wielu znanych lekarzy, nawet profesorów, w ten sposób oddziaływało, nawet nie wiedząc o tym, nawet nie zdając sobie sprawy, jak nabyli tych zdolności. W zasadzie stali się bioenergoterapeutami.

Proszę Państwa! Rada ponownie rozpoczęła swe działanie. I oczywiście spotykamy się i będziemy się spotykali z różnego rodzaju atakami. Miałem spotkanie z Radą Naukową przy Ministrze Zdrowia, która bardzo zresztą pozytywne odniosła się do uregulowania problemu. Niestety, musimy sobie zdać sprawę, że zrozumienie omawianej problematyki wśród lekarzy w Polsce jest małe. Dlaczego tak jest? Otóż lekarze nie są uczeni omawianych problemów. To, co jest wykładane w Londynie, nie jest uczone w Polsce. Należy więc na ten temat jak najwięcej mówić, uczyć, żeby dać ludziom możliwości wyboru. Stąd jest nazwa medycyna komplementarna, bo ona uzupełnia działania medyczne. W pewnych sytuacjach może je zastępować. Jeżeli mamy przykładowo człowieka starszego, z przewlekłymi dolegliwościami stawowymi, to po dwóch latach stosowania leków przeciwzapalnych mogą się pojawić, poza bólami stawowymi, jeszcze bóle brzucha. W związku z czym musimy znaleźć coś innego, co wpływałoby korzystnie na stan zdrowia. Wszystko ma swoje miejsce, czas i sposób działania. Temat jest niezwykle szeroki.

Ja osobiście bardzo się cieszę, dziękuję za zaproszenie i bardzo mi miło, że mogę w takim gronie i wśród takich autorytetów zabrać głos. To jest szansa na to, że coś się wreszcie zmieni. Jestem zwolennikiem pozytywnego działania. Dziękuję bardzo.

MM: Dziękujemy. Mamy okazję podziękować za przyjazd do Krakowa, za trzy dni w Krakowie. Dziękujemy jeszcze raz. Wyrwa się do głosu pan dr Kołodziejczyk.

Janusz Kołodziejczyk: Chciałbym podzielić się z Państwem kilkoma przemyśleniami przed wyjściem pana Przewodniczącego zespołu mającego z woli Ministra Zdrowia zajmować się medycyną naturalną. Poprzedni zespół źle się zapisał w naszej pamięci. Dobrze by więc było, aby obecnie w jego gronie znaleźli się lekarze, dla których medycyna naturalna jest zawodem poważnie przez nich traktowanym. Otóż medycyna naturalna jest bardzo różnie definiowana, o ile w ogóle jest zdefiniowana. Moja ostatnia jej definicja każe mi zaliczyć do niej te wszystkie czynności, zabiegi i procedury, które pozwalają uruchomić i kontrolować immanentne organizmowi żywemu cechy, takie jak **samoregulacja, samoregeneracja, samozdrowienie**. Po prostu to wszystko, co uruchamia te procesy. W związku z tym, czy akupunktura to jest medycyna naturalna? No jest, bo uruchamia samoregulację powodując w konsekwencji samozdrowienie. Ale czy zastosowanie bardzo wysublimowanej techniki, jak laseropunktura, czy to też jest medycyna naturalna? No jest, bo też uzyskuje się takie same efekty. A czy działanie pola elektromagnetycznego to też działanie z zakresu medycyny naturalnej? Też, bo uruchamia i przyspiesza procesy samonaprawy i zdrowienia. Działanie biopola? Też. I tak dalej. W oparciu o taką prostą definicję możemy w sposób jasny i precyzyjny określić, co jest, a co nie jest medycyną naturalną.

Druga sprawa. Jestem lekarzem. Moje doświadczenie na przykład w dziedzinie akupunktury obejmuje ponad dwadzieścia lat pracy lekarskiej. Mogę powiedzieć, że poświęciłem się zawodowo akupunkturze jak inni laryngologii czy internie. Moja wiedza i umiejętności w tej dziedzinie sprawiły, że inni lekarze powierzyli mi funkcję wiceprzewodniczącego Sekcji Refleksoterapii przy Polskim Towarzystwie Lekarskim, gdzie rozwijamy klawiterapię jako uwieńczenie akupunktury. Martwi mnie w tym kontekście, że jako profesjonalista słyszę czasem z ust kolegów lekarzy przykre wypowiedzi pod swoim i mojego środowiska adresem. Na przykład Profesor Gregosiewicz – też lekarz, wkłada mnie do jednego worka ze znachorami, obraża mnie, i to jeszcze w mojej gazecie, „Gazecie Lekarskiej”, która się

ukazuje za m.in. moje pieniądze, obwiniając mnie za to, że leczę ludzi w sposób, którego on nie zna. Z chęcią go nauczę, ale nie zwrócił się o to. Nie chodzi mi jednak o poglądy prof. Gregosiewicza, ale raczej o postawę redaktora naczelnego „Gazety Lekarskiej”, który dopuścił do głosu tego rodzaju słownictwo i tego rodzaju manierę w czasopiśmie całego niby środowiska lekarskiego. To jest skandal! Chcę zauważyć, że środowisko, które tak zostało sponiewierane w tymże artykule, to nie grupka kilkunastu dziwaków (takim też należy się szacunek), ale kilka tysięcy lekarzy. W mojej ocenie jest to od 7–10 tysięcy polskich lekarzy. Liczbę lekarzy w Polsce ocenia się na około 100 tysięcy, czyli chodzi o 7–10% praktykujących w Polsce lekarzy, którzy są absolwentami Akademii Medycznych, a uprawiając medycynę naturalną, nie uszczuplili swojej wiedzy, wręcz rozszerzyli ją ponad posiadane specjalizacje. Poszerzyli swoją wiedzę o homeopatię, akupunkturę, ziołolecznictwo, hipnoterapię, psychoterapię, dietetykę itd. I nie są to absolwenci podziemnych szkoleń. Firmują je Akademie Medyczne, Centrum Kształcenia Podyplomowego. Ja jako absolwent szkolenia w dziedzinie akupunktury mam świadectwo CMKP w Warszawie. Lekarze ci skupieni są w towarzystwach lekarskich: Towarzystwo Zwolenników Homeopatii Rzeczypospolitej Polskiej jest jednym z najstarszych towarzystw medycznych w Polsce, mającym ponad sto lat tradycji. Polskie Towarzystwo Akupunktury, Lekarskie Towarzystwo Medycyny Manualnej, Polskie Towarzystwo Medycyny Manualnej, Sekcja Refleksoterapii, Sekcja Homeopatii, Sekcja Ziołolecznictwa, Polskie Towarzystwo Rydologiczne, które działają przy Polskim Towarzystwie Lekarskim i tak dalej. Towarzystwa te mają charakter naukowy i duży, związany z tym dorobek. Ich członkowie, pokonując duże opory, uzyskują stopnie naukowe. Dla części środowiska lekarskiego łatwe jest potępienie zamiast usiłowania poznania przedmiotu potępienia. Może pan profesor boi się nieznanego – bo to, czego nie znamy, wywołuje często lęk, a lęk może wywołać agresję. Dlaczego jednak nie wywołuje twórczego zaciekawienia prowadzącego do poznawania? Jakoś tak się u nas utarło, że jeżeli jakieś gremium wybitnych może profesorów, specjalistów w jakiejś dziedzinie klinicznej, krytykujących medycynę naturalną, chce popra-

wić sobie humor, zaprasza do dyskusji nad nią nieprofesjonalistów, ludzi, którzy nie są lekarzami, a więc nie są też partnerami do merytorycznych sporów. Wynik takiej „dyskusji” jest z góry przez organizatorów przesądzony. Jest to bardzo wygodne podejście, bo zakłada się nie dyskusję, ale wygłoszenie aktu oskarżenia i wyroku, który jest wiadomy. Grono lekarskie w takich „dyskusjach” potwierdza swoje mniemanie o własnej wyższości nad zawezwanymi nieprofesjonalistami, a dla pacjenta nic dobrego z tego nie wynika.

Sprawa następna. Istnieje w Polsce, tak jak i na świecie, grono lekarzy, które profesjonalnie zajmuje się różnymi dziedzinami medycyny naturalnej. Są to często wybitni jej znawcy, jak choćby obecny tu pan dr Zawiaślak, zajmujący się homeopatią. Jest on dla mnie wybitnym jej przedstawicielem. Czy to znajduje jakieś odzwierciedlenie w jego pozycji w naszym świecie medycznym? Raczej nie. Jesteśmy często lekceważeni i poddawani ostracyzmowi, nie towarzyskiemu, ale polegającemu na uniemożliwianiu korzystania z publicznych środków, np. na badania interesujących nas dziedzin, wyjazdy na spotkania naukowe odbywające się w świecie. Nie jesteśmy przecież grupą byle jaką, nie jesteśmy grupą amatorów. Jesteśmy normalnymi lekarzami leczącymi chorych jak nasi koledzy. Ja jako lekarz, który zmienił swój zawód, rozszerzając go, czuję się niestety dyskryminowany – z jednej strony przez takie właśnie wystąpienia, jak w „Gazecie Lekarskiej”, z drugiej, przez niemożliwość uprawiania swojego zawodu w instytucjach medycznych o charakterze klinicznym, w oparciu o to, co potrafię i co lubię robić. Wykonywane przez nas procedury nie są refundowane przez Kasy Chorych i to jest problem mój i pacjentów. W dziedziny te wkraczają bezkarnie nieprofesjoniści, i jest to patologia. Czyją to jest wina? Chyba decydentów. Profesjonalistów, którzy zakazują kolegom badać tę część nieznanego. To pokłósię dawnego werdyktu prof. Bogdana Kamieńskiego, poprzedniego Przewodniczącego podobnej Rady przy Ministrze Zdrowia, który bez żadnych swoich badań stwierdził bezwartościowość medycyny naturalnej, nie przejmując się też dorobkiem, który towarzystwa naukowe medycyny naturalnej gotowe były mu dostarczyć. Zabronił chorym ludziom korzystania z być

może jedynej dla wielu drogi do zdrowia. A problem nadal jest, otoczony milczeniem, nierozwiązany – narasta. Chciałbym być takim optymistą jak pan prof. Gaertner, żeby móc powiedzieć, że medycyny się rozumieją, a tylko niektórzy medycy nie. Chciałbym jeszcze przywołać jedną sprawę, mianowicie to, co pani prof. Magdoń tutaj przedstawiła przez szacunek dla faktów, jakiegokolwiek by one nie były. Nauka rozpoczyna się od nie. Kopernik powiedział kiedyś: **NIE!** Proszę sobie wyobrazić, jakie to było ogromne ryzyko, gdy cała ówczesna olbrzymia machina instytucjonalna uważała, że to Ziemia jest ośrodkiem wszechświata, a on temu zaprzeczył. I tak samo jest w medycynie. Jeśli cokolwiek nowego próbujemy wprowadzać, najpierw musimy wykazać się odwagą mimo posiadanej wiedzy i argumentów, których często nikt nie chce zauważyć. Mamy świadomość, że walczymy dla dobra chorych, którymi wszyscy możemy zostać. Dziękuję.

MM: Dziękuję panu doktorowi. Proszę Państwa, chwileczkę, atmosfera jest gorąca. Tyle osób chce zabrać głos! Nasz nestor, prof. Gaertner po raz trzeci mówi, że chce mówić. Oddaję głos.

Henryk Gaertner: Proszę Państwa, ze względu na swój wiek, to chociażby z tego powodu, żebym nie zapomniał, o czym chcę mówić! *A propos* Kopernika chciałem jeszcze dodać, że on nie miał tak dużo odwagi z tą publikacją. I gdyby nie Retyk, który zresztą 20 lat pracował w Krakowie, który go namówił do publikacji, to prawdopodobnie jego wiedza dużo później by weszła w życie. Chciałem też wygłosić pochwałę emerytury, która pozwala na oglądanie telewizji. Dla zainteresowania Państwa chciałem wspomnieć, że parę dni temu był wspaniały program *Rozmowy w toku* Ewy Drzyzgi, które były poświęcone wyłącznie homeopatii. Były tam bardzo ciekawe nurty dyskusji. Oponentem, który miękkł w miarę czasu programu był pan prof. Marek Pawlicki, znany nam onkolog z Instytutu Onkologii. Byli też lekarze, m.in. ordynatorzy pediatrii, i wielu pacjentów. Pokazano homeopatię nie tylko jako skuteczną metodę komplementarną, ale nawet jako alternatywną dla wielu schorzeń.

Jeśli ktoś się interesuje historią medycyny, to dostrzeże, że właściwie wszystko już było. Proszę Państwa, za jednego z faraonów ministrem

zdrowia była kobieta. A my uważamy, że kobiety zaczęły studiować medycynę stosunkowo niedawno, że jest to wielki postęp. Weźmy na przykład wyspę Kos, gdzie przecież był Fidasz, było tam leczenie sztuką, muzyką, rzeźbą, snem itd. To było przecież dużo lepsze jak nasza „perła uzdrowisk” Krynica. Chciałem też wspomnieć jeszcze o tym, że na Bliskim Wschodzie dawne szpitale były olbrzymie. Był m.in. szpital, który liczył 3 tysiące chorych. Dla nich było 3 tysiące osób obsługi. A w obsłudze byli nawet klauni, którzy rozbawiali pacjentów, rozmaici sztukmistrze, teatry itd. Kiedy pacjent czy gość wychodził z takiego szpitala, to się mu dawało zaopatrzenie na drogę, żeby miał czas zacząć funkcjonować poza szpitalem o własnych siłach. Proszę Państwa, gdzie my jesteśmy? Leczymy śmiechem – wszyscy się z tego śmieją, a nie powinni. Ja jestem trochę przeciwny definicjom. Siedziałem raz na Radzie Wydziału z profesorem Antonim Kępińskim i toczyła się walka o definicje. Co to jest definicja? Ktoś świetnie powiedział: tłumaczy się rzecz nieznaną przez dwa następne nieznanne określenia. Była też dyskusja o zdrowiu, o inteligencji, bardzo mądra. Prof. Kępiński w pewnym momencie powiedział: słuchaj Henryk, inteligencję to się ma, albo nie ma. Zdrowie tak samo. I rzeczywiście, takie mam też wrażenie. Nie szukajmy zatem za dużo, nie wgłębiajmy się w pojęcia, definicje, bo coraz mniej się rozumiemy. I taka jeszcze ciekawostka. Był doktor, który działał w Brzuchowicach, potem urzędował tu, w Małopolsce, w Zakopanem. Mówił on o różnych problemach paramedycznych. Na jego wykłady przychodziło mnóstwo ludzi. Nigdy nie widziałem takiego ścisku. Ja po prostu opierałem się na panu rektorze Tochowiczu, w ostatnim rządzie, tylu ludzi przyszło. Wykładowca miał też swoją metodę leczenia, bardzo przyjemną. Kiedy przyjeżdżał pacjent, pytał go, gdzie będzie nocował i o wszystko inne. Bardzo go zresztą ciepło przyjmował. Ale też słyszałem o takim przypadku: pacjent przywiózł zdjęcie rentgenowskie z dwoma dziurami w płucu, a on powiedział: panie, pan ma nie dwie dziury, tylko cztery. I potem te dwie dziury, wmówione zresztą, wyleczył i pacjent czuł się lepiej, bo widział postępy w leczeniu. Dziękuję.

Jan Łazowski: Chciałbym powiedzieć o paru sprawach. O tym, do czego dążymy dzisiaj, czyli do zbliżenia lekarzy akademickich i niekonwen-

cjonalnych. Przykłady zbliżenia dał nam pan red. Rymuszko, opisując stosunki w Austrii czy Szwajcarii. Znam trochę te sprawy w Stanach Zjednoczonych. Jeśli jakiś zespół uzdrowicieli chce mieć dostęp do Kasy Chorych, to musi się on zorganizować i musi wykazać, że rzeczywiście działa skutecznie. Dostępu nie dostaje każdy, kto powie, że umie stosować np. akupunkturę. Musi mieć świadectwo od kompetentnej i uznanej instancji, że rzeczywiście tak jest. Inaczej jest z lekarzami akademickimi, którzy dzięki studiom medycznym gwarantują umiejętności lub przynajmniej nieszkodliwość działania. Dla nielekarzy to jest poważny próg, który trzeba przejść. Nie wystarczy oświadczyć, że się jest bioenergoterapeutą czy działa leczeniem duchowym, aby dostać prawo do ubiegania się o zwrot kosztów leczenia. Moja prośba jest taka: kochani państwo, zorganizujcie się! Zorganizujcie się w dwóch celach.

Zorganizować się trzeba po pierwsze po to, aby rozmawiać z władzami państwowymi. Niech to będą dwie organizacje, trzy lub więcej – najlepiej jednak, aby była jedna. Wczoraj byłem na „Zemście”, która kończy się słowami: „Jeśli będzie zgoda, Pan Bóg wtedy rękę poda”. Potrzebna jest także zorganizowana reprezentacja do rozmowy z władzami medycznymi. Może trzeba zaprosić do współdziałania lekarzy akademickich, którzy stosują metody medycyny niekonwencjonalnej; na przykład w homeopatii. Nielekarzy, którzy zajmują się homeopatią, jest grupa niewielka. Natomiast akupunktura i bioenergoterapia skupiają znaczną ich liczbę. Jeśli się państwo drodzy nie zorganizujecie, to rozmowa będzie trudna lub niemożliwa. Trzeba się nie tylko zorganizować, ale też pomyśleć, jaki poziom wiedzy jest potrzebny, aby uzyskać akceptację w środowisku medycznym i w Kasie Chorych. Zatem dwa problemy organizacyjne: zorganizowanie się w stowarzyszeniach – i zorganizowanie nauczania, celem zdobycia odpowiedniego poziomu wiedzy profesjonalnej.

Inny problem stanowią badania naukowe. Pani prof. Wawer mówiła o wynikach badań fizycznych, biofizycznych. Trzeba wiedzę o wnioskowaniu naukowym wprowadzić w zakres programów medycyny niekonwencjonalnej, przynajmniej po to, aby rozróżnić, co jest dowiedzione naukowo, a co nie. To nie znaczy, żeby „nienaukowe”

nie stosować, tylko żeby wiedzieć, czego dowiedziono, a czego nie. Pani prof. Wawer mówiła o wynikach badań fizycznych, natomiast zupełnie inne są badania kliniczne. A te są najważniejsze dla lekarzy działających praktycznie. Niewątpliwie badania kliniczne mogą się opierać i łączyć z badaniami fizycznymi, ale to, dlaczego pacjent czuje się lepiej, czy gorzej, nie jest sprawą od razu tak jasną. Na przykład ślady substancji w wodzie. Ślady w wodzie mogą istnieć i to może być udowodnione, ale odpowiedź na pytanie, czy one powodują, że pacjent czuje się lepiej, dotyczy innej kategorii zjawisk. Znajomość klinicznego dowodzenia, naukowej metodologii klinicznej, to osobna sprawa, którą trzeba znać, aby się w niej nie gubić. Na tym kończę. Dziękuję.

MM: Dziękuję. Z osób zasiadających w prezydium został nam jeszcze pan dr Zawiaślak.

Robert Zawiaślak: Ja, proszę Państwa, postaram się być bardzo treściwy. W zasadzie mogę powiedzieć, iż los spowodował, lokalizując mnie na końcu dyskusji, że wszystko, co leży mi na sercu (w związku z czym tutaj się znalazłem), zostało tak naprawdę już powiedziane. Ja jestem samoukiem. Dzięki studiom w Akademii Medycznej Krakowskiej uzyskałem dyplom lekarza, spełniając określone kryteria. Natomiast tzw. reszta to jest mój kaprys, który wynika z uciążliwych zagadnienia. Sprawił on, że musiałem sobie zadać pytanie, co to znaczy kultura starożytnej Grecji. Musiałem sobie zadać pytanie, jak ja sobie poradzę z tym zagadnieniem, nie znając Greki – i tysiące innych pytań, wobec których postawiła mnie homeopatia. Przepaść światopoglądowa, przepaść filozoficzna, przepaść historyczna, to coś, co motywowało mnie, aby dalej w to brnąć. To jest bardzo subiektywne wynurzenie. Oczywiście zwięźzione sytuacją kontaktu z pacjentem. Dlatego dalej to robię, dlatego mam do tego przekonanie, ponieważ widzę efekty działania. Bardzo boli mnie sytuacja, w której nadal nie jestem w stanie być w pełni pomocny choremu. W konsekwencji homeopatia jest tylko i wyłącznie moim osobistym doświadczeniem. Musiałem sam zachować na tyle otwartości, aby móc powiedzieć: „stop, trzeba poszukać czegoś innego, bardzo prawdopodobne, że ja w tym momencie nie mogę pomóc”. Lub w innych okolicznościach, wbrew prostej logice, dalej w to brnąć. Jeżeli nie jestem w stanie w tej chwili dokładnie powiedzieć, dlaczego podejmuję taką

lub inną decyzję, to właśnie jest to doświadczenie tych dwudziestu lat, które mam za sobą. Powoduje ono, iż mogę powiedzieć, że są pewne okoliczności, których nie jestem w stanie wyjaśnić, i jest to prawdą. Nie każda z sytuacji terapeutycznych, nie każde z zachowań, które jest moim udziałem, jest do prześledzenia i logicznego wytłumaczenia. To jest prawdopodobnie taki koloryt życia, który w wystąpieniach panów profesorów został oddany z perspektywy bogatszego bagażu doświadczeń niż mój własny. Więcej jest pytań, niż odpowiedzi, które posiadamy. I im więcej jest umysłów, które przyglądają się tym problemom, o tyle rośnie szansa, aby jakieś odpowiedzi przybliżyć. Dziękuję.

Eustachy Gaduła: Bardzo się cieszę, że pan prof. Gaertner i pan dr Zawisłak omówili już część problemów, które chciałem tu poruszyć. Szczególnie wzruszyło mnie to, co mówił pan dr Zawisłak o swojej drodze do innej, nieakademickiej wiedzy. Choć jest to mój młodszy kolega, podpisuję się pod tym, co powiedział, bo dokładnie taka sama była moja droga. To napór faktów i niezadowolony z wyników osiąganych w konwencjonalnej medycynie pchnęły mnie dalej, niż to miałem zamiar czynić po ukończeniu akademii medycznej.

Studentem byłem dosyć starannym, gruntownie przygotowującym się do niemal każdego egzaminu. Chłonny wiedzy, chodziłem na większość wykładów. Do dziś dobrze pamiętam rady wielu wykładowców w starym, dobrym stylu. Ale mimo to za podstawowe źródło mojej wiedzy lekarskiej niemal od początku uważałem i nadal uważam swoich pacjentów. Myślę, że nie jestem tu wyjątkiem. Tak czyni wielu praktyków medycznych.

Wiedza wyniesiona z uczelni tylko w niewielkim stopniu pomagała mi skutecznie rozwiązywać problemy zdrowotne moich podopiecznych. Niezadowolony z osiąganych wyników leczenia, od pierwszych dni pracy zawodowej pogłębiałem swą wiedzę i poszerzałem horyzonty myślowe.

Jednocześnie życie podsuwało mi możliwość obserwacji czasem zaskakująco korzystnych wyników leczenia, osiąganych przez innymi metodami ludowymi i niekonwencjonalnymi tam, gdzie stosowane *lege artis* metody konwencjonalne zawodziły.

Najpierw obserwowałem to z pewnym oburzeniem. Wydawało mi się, że są to działania nie-

racjonalne, sprzeczne z nauką i logiką. Szybko jednak zrozumiałem, że nie jest to prawda, bo ważniejsza od teorii jest praktyka. Pacjentów interesują te działania, które są skuteczne i bezpieczne oraz sprawdzają się w ich przypadku, bez względu na stosowane metody i stosunek do nich medycyny konwencjonalnej.

Kiedy to rozumiałem, stracił dla mnie znaczenie podział metod leczenia na konwencjonalne czy niekonwencjonalne. Mało, szybko doszedłem do wniosku, że zarówno w interesie pacjentów, jak i medycyny leży integracja w medycynie, czyli łączenie wszystkiego, co skuteczne, bezpieczne i dobrze służy pacjentom, zarówno w zakresie teorii, jak i praktyki.

Proszę Państwa, jedynym sposobem skutecznej poprawy jakości opieki zdrowotnej jest weryfikacja dotychczasowej wiedzy medycznej i postęp w poglądach na życie, człowieka, zdrowie, chorobę i leczenie. Z jednej strony, niezadowolony społeczeństw większości krajów z jakości opieki zdrowotnej, a z drugiej najnowsza wiedza naukowa z zakresu fizyki oraz właściwości ludzkiej psychiki wymuszają nowe poglądy w medycynie.

Tyle tylko że świat lekarski jest bardzo oporny na nowości. I ten konserwatyzm środowiska medycznego, obecny także na większości polskich uczelni medycznych, jest czynnikiem hamującym postęp na drodze do integracji w medycynie. Konserwatyzm ten jest wyraźnie wzmacniany przez lobby producentów leków i sprzętu medycznego, które m.in. biorąc na siebie trud kształcenia lekarzy, robi wszystko, aby kształtować ich umysły we własnym interesie.

Wśród społeczeństwa ciągle jeszcze niestety panuje przekonanie, że świat medyczny funkcjonuje dobrze wtedy, gdy pacjenci często i długo chorują. Takie wrażenie można odnieść obserwując działania medyczne, których podstawą jest tylko farmakoterapia chemiczna i leczenie operacyjne.

Z pierwszej specjalności jestem chirurgiem ogólnym. Przez 15 lat na co dzień stałem przy stole operacyjnym na dużym oddziale chirurgicznym, poza tym byłem jednocześnie przez te lata lekarzem opieki podstawowej.

Niezadowolony z ograniczania się do farmakoterapii i leczenia chirurgicznego, zacząłem poszukiwać własnej drogi, najpierw w kompleksowej rehabilitacji na oddziale chirurgicznym, a na-

stępnie na jednym z najcięższych w kraju oddziałów paraplegii, głównie pourazowej.

Od tego czasu rehabilitacji medycznej nie uważam za III etap, ale za kluczową metodę leczenia w medycynie, integrującą w sobie wszystkie inne, a człowieka traktującą jako istotę psychosomatyczną, z wszystkimi konsekwencjami tego faktu. W nowym podejściu terapia farmakologiczna i leczenie operacyjne to etapy kompleksowej rehabilitacji, a nie na odwrót.

Podstawy naukowe medycyny i jej praktyka sprawdzają się najlepiej wtedy, kiedy odzwierciedlają otaczający nas świat i rządzące nim prawa, a tymi zajmuje się głównie fizyka.

Zdaniem fizyków, w otaczającej nas rzeczywistości najbardziej podstawowe znaczenie ma ruch i związana z nim energia. Natomiast materia jest szczególnym zagęszczeniem tej energii. Im coś bardziej materialne, tym mniejszą ma moc sprawczą, i na odwrót.

Problem w tym, że nie posiadamy receptorów większości zjawisk energetycznych, mających ogromny wpływ na funkcjonowanie naszej psychiki i ciała. Natomiast pewnie czujemy się w świecie materii, o którym wyraźnie informują nas zmysły. Stąd niechęć medycyny do zjawisk energetycznych i skłonność do poglądów materialistycznych, bez względu na światopogląd jej przedstawicieli. Poruszanie się w świecie materialnym daje specyficzny komfort, i jest niewątpliwie łatwiejsze, ale rzeczywistość otaczającego świata jest inna, o wiele bardziej skomplikowana.

Niewątpliwie w ocenie wartości klinicznej wielu metod leczenia powinniśmy się starać o tworzenie dokumentacji obiektywizowanej. Osobiście także jestem za obiektywizacją wyników badań w medycynie. Ale w ocenie zdrowia ludzkiego duże znaczenie mają także odczucia subiektywne. Iluż to światowej sławy fizyków mówi, że w nauce skończył się etap obiektywnego obserwatora. Okazuje się, że w świecie cząstek elementarnych organizator eksperymentu i jego obserwator, chce czy nie chce, wpływa na jego wyniki.

Pan prof. Gaertner wspominał o paradygmacie mechanistycznym, zgodnie z którym szkoli się lekarzy jak inżynierów, i patrzy na pacjentów jak na maszyny. Jest wystarczająco dużo powodów, aby takie podejście do sprawy stało się w medycynie przeszłością. Są już dziś wystarczające podstawy do pogłębionej wiedzy na temat istniejącej rzeczywistości, a w szczególności do

nowych poglądów na temat istoty życia i istoty człowieka. Wynika z nich jasno, że człowiek to nie maszyna, ale istota psychosomatyczna. Połączenie ducha, duszy, osobowości i emocji z ciałem jest czymś zupełnie normalnym i oczywistym. Ale czymś, do czego potrzeba wiedzy zupełnie innej, niż zdobywana na większości akademii medycznych.

I jeszcze jedno: większość lekarzy ironicznie uśmiecha się, słysząc pojęcie „energetyka procesów życiowych” czy w ogóle „energetyka”. A przecież bez tego życie by nie istniało. Bo gdyby nie energia Słońca, nie byłoby życia na Ziemi i nie byłoby tylu różnych rzeczy. To energetyczne podejście, które i w Polsce zaczyna być coraz popularniejsze, powoduje, że spina się klamrą poziom najwyższy i najniższy – ducha i materię.

Jednym z ważniejszych ogniw w ciele człowieka, którego działania dobrze widać, są mięśnie. Ale kto z lekarzy interesuje się w swej praktyce mięśniami, poza tym, że one są? Natomiast cała nasza energetyka, nasza radość życia, sprawność, nasze funkcjonowanie i to wszystko, co jest dynamiczne, zależy właśnie od stanu mięśni!

Psychika i mięśnie to klucz naszego funkcjonowania. Za pomocą mięśni realizowane są podstawowe funkcje życiowe, zarówno sterowane naszą wolą, jak i podległe nerwowemu układowi wegetatywnemu. W świetle nowego spojrzenia na mięśnie inaczej wygląda patomechanizm schorzeń i mechanizmy zdrowienia!

Naszym świętym obowiązkiem lekarskim jest służyć jak najlepiej pacjentom, pamiętając przy tym, że medycyna jest nie tylko nauką, ale przede wszystkim sztuką – i ten fakt jest rzeczą najważniejszą. Wzorem, na jakim powinny opierać się działania medyczne, powinna być teoria naukowa, ściśle sprzężona i zgodna z praktyką. Okazuje się jednak, że istnieje wiele skutecznych i bezpiecznych metod leczenia, dla których dotychczas nie udało się wypracować niebudzących wątpliwości podstaw teoretycznych. Jeśli jednak metody te są skuteczne i bezpieczne, to powinny być stosowane w praktyce.

Bardzo nie podoba mi się, że nasze Ministerstwo Zdrowia, z uporem godnym lepszej sprawy, od dziesiętków lat (od ponad 35 lat jestem pilnym obserwatorem tego, co się dzieje na pograniczu świata medycyny konwencjonalnej i niekonwencjonalnej) ignoruje fakt istnienia w Polsce

medycznych działań naturalnych, czy niekonwencjonalnych. W rezultacie tego, albo w ogóle zabrania się podejmowania takich działań – jak to bywało kiedyś, albo nie zauważa się skutków tych działań. W taki sposób najpierw doprowadzono do stworzenia swoistego podziemia medycznych działań niekonwencjonalnych, a potem pozwolono na otwieranie działalności gospodarczej, uprawniającej do niekontrolowanych działań na pacjentach, gdzie nikt nie pyta o przygotowanie merytoryczne terapeutów.

Świątym obowiązkiem polskiej służby zdrowia jest uporządkowanie tego stanu rzeczy, we współpracy ze światem profesjonalnej medycyny niekonwencjonalnej.

Na Zachodzie od dziesięcioleci zarówno naukowcy medyczni, jak i wykładowcy akademicy wchodzą w sposób racjonalny na nowe tereny medycyny naturalnej i niekonwencjonalnej. Lekarze raczej nie, bo różne lobby bardzo starają się o to, aby medycyna konwencjonalna była dla nich z wielu powodów atrakcyjniejsza od niekonwencjonalnej. Czasem powodem zainteresowania lekarzy metodami naturalnymi i niekonwencjonalnymi stają się wyniki obserwacji zaskakująco korzystnych efektów leczenia siebie samych, najbliższej rodziny, ale także wyniki leczenia innych pacjentów, jeśli są na nie otwarci.

W Polsce, zarówno świat nauk medycznych, jak i wykładowców akademickich ciągle jeszcze nie bardzo jest zainteresowany medycyną naturalną i niekonwencjonalną. Chlubnym wyjątkiem są organizatorzy tego Sympozjum i wiele innych osób z cenzusem medycznym, obecnych na tej sali, oraz kilkanaście, a może nawet kilkadziesiąt jeszcze podobnych im osób w kraju.

Natomiast generalnie, polscy decydenci medyczni, którzy dysponują finansami, nie chcą wchodzić w nowe zagadnienia. W całej awanturze o reformę służby zdrowia mówi się tylko o pieniądzach, nowa filozofia medycyny, zintegrowane metody leczenia i pacjent w ogóle nie istnieją, albo są tylko nikłym tłem tych zmagania.

Czy z tej sytuacji nie ma żadnego wyjścia? Jaką drogę widzimy?

Zintegrujemy działania Towarzystwa Edukacji Psychosomatycznej oraz Rady ds. Medycyny Niekonwencjonalnej przy Ministrze Zdrowia. Podejmijmy zmodyfikowane działania prozdrowotne i upowszechniające najnowszą wiedzę, która jest także naukowa, ale słabo upowszechniona.

Wydaje mi się, że jednym z pierwszych i najważniejszych praktycznych kroków na tej drodze powinno być stworzenie porównywalnych, równoprawnych warunków dla wyodrębnionych badań medycyny naturalnej i niekonwencjonalnej, na takich samych zasadach, jak dla medycyny konwencjonalnej. Powoływanie się przez onkologów na swoją białą księgę jest zwykłą nieprzychylnością – bo jak można zarzucać medycynie niekonwencjonalnej brak efektów leczenia w sytuacji, kiedy utrudnia się jej warunki do tworzenia normalnej, obiektywizowanej dokumentacji.

Proszę Państwa, w czym interesie leży utrzymywanie obecnego, wysoce nienormalnego stanu rzeczy i kiedy to się wreszcie zmieni?

Stefania Szantyr-Powolny: Chcę podziękować organizatorom za zaproszenie na to spotkanie. Proszę Państwa, może dobrze się stało, że na końcu już zabieram głos. To będzie maksymalnie skrócone moje wystąpienie. Jestem lekarzem, ale od wielu lat interesuję się medycyną niekonwencjonalną, a to dlatego, iż uważam, że nic, co może pomóc cierpiącemu człowiekowi, nie powinno być lekarzowi obce. Ze wszystkich tych metod niekonwencjonalnych najbliższą memu sercu jest bioenergoterapia. Zajmuję się nią i stosuję ją już od 22 lat. Obserwując działania moich kolegów, a także na podstawie moich własnych doświadczeń i efektów uzyskanych przy działaniu tą metodą wyciągnęłam wnioski, które mnie utwierdziły w słuszności stosowania bioenergoterapii. Oczywiście należy pamiętać, że żadna z metod niekonwencjonalnych nie zastąpi nigdy medycyny klasycznej i nie może być stosowana zamiast. Ale jakże może być wspinałym i wspomagającym środkiem do ratowania, do wyrównania zachwianej równowagi zdrowotnej pacjenta. Próbowałam przez wiele lat organizować różne spotkania w celu zbliżenia świata lekarskiego do medycyny niekonwencjonalnej. Również swego czasu zwróciłam się do Izby Lekarskiej, aby na łamach pisma lekarskiego pojawił się taki mały kącik dla medycyny niekonwencjonalnej, w którym każdy z przedstawicieli danej metody mógłby się wypowiedzieć w sposób bardzo rzetelny i uczciwy na ten temat, odpowiedzieć na pytania i w ogóle opowiedzieć o swojej metodzie. Przecież świat naukowy i świat medyczny, gdzieś poza granicami Polski, coraz bardziej się otwiera na medycynę niekonwencjonalną. Na niektórych uczelniach –

w Stanach, Szwajcarii, Anglii – wprowadzono wykłady na ten temat i to bardzo cieszy. Chciałam też powiedzieć, że są organizowane różne konferencje naukowe w celu stworzenia jakiegoś pomostu między światem medycyny klasycznej i niekonwencjonalnej. Nie będę przedłużała refleksji na temat tego, co się dzieje w świecie ani jak ważna jest medycyna niekonwencjonalna. Wydaje się, że aby przybliżyć medycynę konwencjonalną do niekonwencjonalnej, potrzebna jest rzetelna i uczciwa informacja o jej korzyśnym, wspomagającym medycynę klasyczną działaniu. W tym celu wprowadzenie już na studiach wykładów na ten temat byłoby jak najbardziej pożądane. Spotkania, sympozja z przedstawicielami medycyny klasycznej i niekonwencjonalnej, informacje w pismach medycznych może stworzyłyby płaszczyznę porozumienia i zbliżenia obu stron. Trzeba stworzyć system, który uczyłby lekarzy i terapeutów komplementarnego i całościowego myślenia o pacjencie, jego zdrowiu, leczeniu oraz praktycznego postępowania, które powinno uwzględniać wszystkie dostępne metody, aby jak najlepiej służyć zdrowiu człowieka. Dlatego cieszy mnie i napawa optymizmem działanie Towarzystwa Edukacji Psychosomatycznej, zmierzające do integracji obu medycyn. Właściwie proszę Państwa medycyna jest jedna, tylko metody są różne i nie powinny się one wykluczać, tylko wzajemnie przenikać i uzupełniać. Kończąc, chciałam powiedzieć to, co już nieraz mówiłam, że wciąż niepoprawnie mi się marzy, że powstanie instytut zdrowia z prawdziwego zdarzenia, gdzie obok specjalistycznych gabinetów lekarskich będą także gabinety przedstawicieli różnych metod medycyny niekonwencjonalnej. I że wszystko będzie funkcjonowało na zasadzie rozumnej współpracy mającej na celu dobro pacjenta. Dziękuję Państwu.

Aleksander Kaczmarek: Jestem przewodniczącym Komisji Branżowej przy Związku Rzemiosła Polskiego ds. Bioenergoterapii. Pan dr Kołodziejczyk wspominał o problemach, jakie mają lekarze stosujący metody, którzy ciągle nie są uznawani przez medycynę akademicką. W o wiele jednak gorszej sytuacji niż osoby z tytułem lekarskim, które zajmują się bioterapią, jesteśmy my – bioenergoterapeuci niebędący lekarzami. Pan prof. Łazowski wspominał o integracji środowiska, nic dodać, nic ująć. „Polityka” swego czasu podała, że jest 70 tysięcy uzdrowi-

cieli. Czy to jest prawda, czy nie, można by dyskutować. Jest kilkanaście, czy kilkadziesiąt różnych organizacji i stowarzyszeń. Niektóre wydają różne zaświadczenia, dyplomy, krajowe i europejskie, a nawet światowe. Jednak w sensie formalno- prawnym status bioenergoterapeutów jest obecnie uregulowany jedynie w ramach Związku Rzemiosła Polskiego. Można tam uzyskać termin czeladnika lub mistrza. I czy się komu podoba, czy nie, tak to jest. Jest to jedyny legalny egzamin na czeladnika czy mistrza w zakresie bioenergoterapii i jest też komisja przy zarządzie Związku Rzemiosła Polskiego, która reprezentuje tych zawodowców. Natomiast dużo jest jeszcze do zrobienia, żeby zintegrować ten cały ruch. W szczególności, jeśli chodzi o bioenergoterapię. Z tego wszyscy zdajemy sobie sprawę i nikogo w tej kwestii nie trzeba chyba przekonywać. To jest wielki ruch, bardzo chaotyczny. I dobrze będzie, jeśli będziemy mogli i z Towarzystwem i z Radą współpracować. Chciałem tylko zwrócić uwagę na tę reprezentację, która istnieje przy Związku Rzemiosła, bo jest ona oparta na prawie i w pewnym stopniu uporządkowana. Dziękuję.

Jerzy Hubert: Jestem docentem w jednym z instytutów naukowych w Krakowie. Mam wykształcenie i przyrodnicze (fizyka) i humanistyczne (studia cywilizacji we Francji). I z tego powodu zajmuję się metodami interdyscyplinarnymi. Bardzo się cieszę, że na tym sympozjum się mówią o integracji dwóch medycyn, tj. konwencjonalnej i niekonwencjonalnej – to jest częścią moich badań naukowych. Zajmuję się synergetyką i synergetyką społeczną. Synergetyka została zdefiniowana przez jej twórcę Hackena jako *science of cooperative phenomena*, więc sądzę, że my tworzymy tutaj *cooperative phenomenon*, który, mam nadzieję, wejdzie w praktykę. Bardzo pozytywnie i optymistycznie nastroiło mnie to sympozjum i ten optymizm chciałbym przeciwstawić pesymizmowi pana dra Kołodziejczyka – lekarza praktyka w akupunkturze i akupresurze. W Anglii lekarz może zalecić medytację transcendentalną refundowaną przez Kasę Chorych. Myślę, że w Polsce też w końcu do tego dojdzie. Druga optymistyczna rzecz to była wypowiedź dra Zygmunta Filipowicza. Jeżeli są przy Ministrze Zdrowia tacy ludzie, jak on, to sądząc z tego, co mówił, myślę, że za parę lat będzie w Polsce raj. Na

końcu chciałem wyrazić wdzięczność dla pani prof. Magdoń, która już od 10 lat co roku organizuje wielkim wysiłkiem te sympozja. Myślę, że to jest wdzięczność nie tylko krakowian, ale w tej chwili także środowisk z różnych części Polski, a również z różnych części Europy, zwłaszcza z Francji: ze Strasburga i z Nicei. Więc chciałem tę wdzięczność wyrazić również kwiatami.

Aleksander Chwastek: Pracuję jako lekarz. Mam pytanie. Czy istnieje szansa, że którakolwiek z polskich uczelni podejmie się zintegrowanego kształcenia medycznego i kiedy to może nastąpić, bo to jest droga.

MM: Problem jest trudny. Integracja jest różnie definiowana. Od lat w klinicznej dydaktyce medycznej integruje się akademicką wiedzę teoretyczną z praktyką medyczną. Natomiast ograniczone jest nauczanie nefarmakologicznych metod terapeutycznych, także innego podejścia do medycyny, jak podejścia medycyny alopatycznej. Tę sprawę podejmuję od paru lat na mojej uczelni. Złożyłam osobiście konspekt zajęć pt. „Medycyna komplementarna i alternatywna” – jako wykładu nieobowiązkowego dla studentów medycyny. Komisja dydaktyczna rozstrzyga wprowadzenie nowych tematów. Uzyskałam ocenę pozytywną uczelnianej komisji, jednak od oceny pozytywnej do wdrożenia droga jest daleka. Pierwszy krok został zrobiony. Ale medycyna komplementarna i alternatywna, weszła w kształcenie uniwersyteckie – te kursy zostały przyjęte na psychologię, bez problemu. Padła też propozycja, aby wprowadzić takie kształcenie podyplomowe lekarzy. Tylko za dużo jest tych zadań do wykonania, a za mało nas.

Dariusz Szmidt: Też pracuję jako lekarz. Chciałem poruszyć pewien aspekt prawny, o którym nie wspomnieliśmy do tej pory, a który, równie jak brak edukacji, utrudnia zbliżenie zarówno medyków, jak i medycyn. Jest to wycinek z jednego z podstawowych dokumentów dla lekarzy, art. 57 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „Lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezwyfikowane naukowo. Nie wolno mu także współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień”. W brzmieniu tego artykułu wracamy znów do definicji, co jest czym. Konkluzja może być tylko jedna. Znowu wracamy do tych elementów:

organizacja naturoterapeutów, czy też medycyny alternatywnej, badania, standaryzacja, zmiany prawne.

Dariusz Stencel: Jestem prawnikiem i członkiem Rady przy Ministrze Zdrowia. Ja mam prośbę. Proszę państwa, my naprawdę czekamy na państwa informacje. Dokładnie tak. Umówmy się, że teraz musimy to wszystko uporządkować, dobrze? Pan dr Filipowicz oczekuje na pisemne informacje od państwa o waszej działalności. Bardzo proszę się zwrócić do niego, i gwarantuję, że nic nie zostanie wyrzucone do kosza.

Henryk Gaertner: Ja myślę, że nic nie stoi na przeszkodzie, aby panowie założyli jakąś grupę inicjatywną przy naszym Towarzystwie. Chętnie poprzemy takie działanie. Bardzo prosimy o zostawienie adresów.

Dariusz Stencel: Ja przepraszam, że jeszcze raz. Medycyna alternatywna jest uprawiana przez profesjonalistów i nieprofesjonalistów, to bardzo obszerne pole do uporządkowania. Jest olbrzymia luka prawna pod tytułem akupunktura. Jeżeli się chce uzyskać regon na taką działalność, to wystarczy powiedzieć tylko, czy jest to akupunktura medyczna czy niemiedyczna. Fajna sprawa. Kwestia uporządkowania dotyczy tego, aby wyposażać ludzi, którzy zajmują się pomocą drugiemu człowiekowi, przynajmniej w podstawy wiedzy medycznej. Ja myślę, że jest to sprawa środowiska medycznego. Bo jeśli Rada nie zajmie się nią, to kto to będzie mógł załatwić. Trzeba stworzyć pewne pensum wiedzy medycznej, w jakimś zakresie, dla jakichś ludzi. W Niemczech jest to uregulowane, może powinniśmy się przyrzyć, może jakieś wnioski wyciągnąć. Natomiast są takie dziedziny, na przykład bioenergoterapia, gdzie jest pewien dar boży. Jest coś takiego, że ktoś ma coś w rękach. I czy my mamy takiego człowieka czegoś uczyć? Czego mamy go uczyć? Jeśli on mówi, że leczy, to gdy w celu porozumienia się z lekarzem chce powiedzieć, że coś wyczuwa nad wątroba, niech wie, gdzie ta wątroba leży. Natomiast jakich kwalifikacji wymagać od egzorcysty, bo to też jest częścią tej medycyny? Czy przy tzw. przekazywaniu energii kosmicznej.

MM: Koniecznie musimy kończyć, bo temat jest tak żywy, że moglibyśmy bardzo długo dyskutować. Wychodząc naprzeciw potrzebom uczestników tego spotkania, obiecuję, że Towarzystwo wyznaczy terminy i miejsce spotkania i będziemy

mieć więcej czasu do rozmów dotyczących naszych problemów i naszych bolączek. Można wpisać się do Towarzystwa, opłata roczna 20 złotych. Zapraszamy, kontaktu nie chcemy rwać z nikim. Wszystkie strony są zaproszone.

Henryk Gaertner: Ja widzę jeszcze jeden kanał. Przecież państwo są zrzeszeni: akupunktura, homeopatia. My nawiązujemy kontakt z państwem. Proszę o ściślejszą współpracę z nami. To te towarzystwa mogą reprezentować poszczególne dziedziny i współpracować z nami.

MM: Pierwszy krok, który będziemy robić, to zbierać informacje o sobie. Chciałam podziękować Państwu, bo to wszak uczestnicy V Sympozjum przed pięć laty podnieśli problem konieczności dialogu, była to decyzja tego gremium. Dziękuję.

Podsumowanie obrad

Marzanna Magdoń: Podsumowując przebieg dzisiejszej konferencji okrągłego stołu, w pierwszej kolejności należy przedstawić stan aktualny medycyny w Polsce, następnie zebrać pozytywne i sformułować postulaty. Wreszcie wypunktować narzędzia działania.

Stan aktualny medycyny w Polsce

- chorzy korzystają tak z medycyny konwencjonalnej, jak i niekonwencjonalnej, interesują ich działania bezpieczne i skuteczne, które sprawdzają się w ich przypadku;
- podejście medycyny konwencjonalnej umożliwia aktualnie informowanie lekarzy przez chorych o korzystaniu przez nich z innych, niekonwencjonalnych metod terapii, patrz m.in. Kodeks Etyki Lekarskiej art. 57. p. 1, co może niekorzystnie wpływać na stan zdrowia chorych;
- naturalne i niekonwencjonalne metody leczenia, nawet stosowane przez lekarzy, są krytykowane przez medycynę konwencjonalną i niektóre media, np. „Gazetę Lekarską”;
- z powyższego wynika stres chorego;
- osobiste doświadczenie zawodowe lekarzy kształtuje ich postawę zawodową, w tym wy-

bór metod terapeutycznych – i jest to zgodne z Kodeksem Etyki Lekarskiej;

- istnieją nieprawidłowości w nauczaniu medycyny akademickiej – głównie pomijanie całych gałęzi wiedzy przydatnych w praktyce medycznej;
- zaznacza się wpływ lobby farmaceutycznego i aparaturowego na decydentów medycyny – medycyna niekonwencjonalna jest „tańsza”.

Postulaty

- poprawa jakości opieki zdrowotnej przez weryfikację dotychczasowej wiedzy medycznej i w oparciu o współczesne poglądy ludzi na życie, człowieka, zdrowie, chorobę i leczenie;
- eliminowanie podziału na „medycyny” – powinien istnieć jedynie podział na to – co pomaga człowiekowi i na to, co nie działa;
- objęcie metodologią naukową metod terapeutycznych stosowanych w medycynie niekonwencjonalnej;
- informowanie o wszystkich metodach terapii;
- uznanie w praktyce prawa pacjenta do wyboru metod terapii;
- popularyzacja współczesnych zdobyczy nauki przez dziennikarzy;
- spotkania lekarzy stosujących „obie medycyny” – dialog i zbliżenie;
- ułożenie partnerstwa lekarz – pacjent na zasadach tolerancji, otwartości, szacunku i informacji;
- analogiczne ułożenie partnerstwa pomiędzy „medycynami”;
- korekta Kodeksu Etyki Lekarskiej art. 57 p. 1;
- wyłonienie reprezentacji „obu medycyn” do rozmów z Radą Ministra Zdrowia ds. Niekonwencjonalnych Metod Terapii;
- poprawa nauczania medycyny akademickiej.

Istniejące narzędzia działania

- podręcznik *Podstawy medycyny komplementarnej i alternatywnej*, red. Wayne B. Jonas i Jeffrey S. Levin, Universitas, Kraków 2000 (*Essentials of Complementary*

and Alternative Medicine, edited by Wayne B. Jonas, Jeffrey S. Levin, 1999 Lippincott Williams & Wilkins);

- istnieją wypracowane stanowiska/modele łączenia medycyny konwencjonalnej i komplementarnych lub alternatywnych metod leczenia w Szwajcarii, Austrii, USA itd.;
- Rada Ministra Zdrowia ds. Niekonwencjonalnych Metod Terapii;
- Towarzystwo Edukacji Psychosomatycznej;
- „Sztuka Leczenia” podjęła gotowość publikowania stosownych materiałów;
- dialog na corocznych Sympozjach organizowanych przez Towarzystwo Edukacji Psychosomatycznej i innych.

Post scriptum

Przy opracowywaniu materiałów powyższej konferencji zapoznałam się z wydanym 2 stycznia 2004 Kodeksem Etyki Lekarskiej, edycja III. Pozwoliłam sobie wypunktować poniżej artykuły lub tylko punkty art. tego Kodeksu, których przestrzeganie w praktyce nie doprowadziłoby do sytuacji przedstawionej przez uczestników sympozjum. Oczywiście nieliczne z paragrafów będą musiały ulec przepracowaniu w IV edycji Kodeksu Etyki Lekarskiej. Niewątpliwie jest nie mniej, że Rada Ministra Zdrowia ds. Niekonwencjonalnych Metod Terapii może się oprzeć w swojej pracy na danych sformułowanych w tym Kodeksie.

Wybrane fragmenty z Kodeksu Etyki Lekarskiej

Przyrzeczenie Lekarskie

...przysięgam:

...

według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, takich jak: rasa, religia, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy

i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując należny im szacunek;

...a do kolegów lekarzy odnosić się z należną im życzliwością, nie podważając zaufania do nich, jednak postępując bezstronnie i mając na względzie dobro chorych;

stałe poszerzać swą wiedzę lekarską i podawać do wiadomości świata lekarskiego wszystko to, co uda mi się wynaleźć i udoskonalić.

Część ogólna

Art. 1.

1. Zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych.

2. Zobowiązują one lekarza do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego.

3. Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu.

Art. 2.

1. Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem.

2. Największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady.

Art. 3.

Lekarz powinien zawsze wypełniać swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania.

Art. 4.

Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną.

Art. 5.

Izba Lekarska jest obowiązana do czuwania nad przestrzeganiem zasad etyki i deontologii lekarskiej oraz zachowaniem godności zawodu

przez wszystkich członków samorządu lekarskiego a także do starań, aby przepisy prawa nie naruszały zasad etyki lekarskiej.

Część szczegółowa

Art. 6.

Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy.

Art. 12.

2. Relacje między pacjentem a lekarzem powinny opierać się na ich wzajemnym zaufaniu; dlatego pacjent powinien mieć prawo do wyboru lekarza.

Art. 13.

1. Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia.

Art. 15.

5. W razie niezyskania zgody na proponowane postępowanie lekarz powinien nadal, w miarę możliwości, otaczać pacjenta opieką lekarską.

Art. 18.

Lekarz leczący nie może sprzeciwiać się, by chory zasięgał opinii o stanie swego zdrowia i postępowaniu lekarskim u innego lekarza. Na życzenie pacjenta powinien ułatwić mu taką konsultację.

Art. 20.

Lekarz podejmujący się opieki nad chorym powinien starać się zapewnić mu ciągłość leczenia, a w razie potrzeby także pomoc innych lekarzy.

Art. 27.

Lekarz ma prawo do ujawnienia zauważonych faktów zagrożenia zdrowia lub życia w wyniku łamania praw człowieka.

Art. 30.

Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia.

Art. 48.

Wszelkie odkrycia i spostrzeżenia związane z wykonywaniem zawodu lekarz winien przekazywać środowisku lekarskiemu i publikować przede wszystkim w prasie medycznej.

Opracowanie:

*Marzanna Magdoń
Barbara Rząsa*

Adres do korespondencji

Towarzystwo Edukacji Psychosomatycznej
31-044 Kraków
ul. Grodzka 12/3
e-mail: sl@psychomed.edu.pl