

Henryk Sułkowski

## Rozważania o medycynie nie tylko klinicznej

Reflections on medicine, not only the clinical one

Uniwersytet Medyczny w Łodzi\*

### Medycyna – jedna czy więcej?

Ostatnie dziesięciolecia charakteryzuje duży wzrost liczby i popularności metod leczniczych, które nie wywodzą się z medycyny klinicznej. Przyczyny tego są złożone i były już nieraz przedmiotem studiów i publikacji. Ponieważ metod leczniczych jest bardzo dużo, a różnią się one znacznie między sobą, stwarza to duże trudności przy próbie ich klasyfikacji i nazywania.

Układem odniesienia pozostaje oczywiście medycyna kliniczna, nazywana też medycyną naukową, konwencjonalną lub oficjalną, czyli główny i dominujący nurt wiedzy i praktyki medycznej, uformowany i funkcjonujący według zasad metodologii naukowej. Nie miejsce tu na omawianie tych zasad, ale niech wolno będzie przypomnieć krótko, że chodzi m.in. o powtarzalność badań i sprawdzalność wyników oraz zastosowanie statystycznych metod weryfikacji hipotez badawczych.

Zatem medycyna kliniczna miałaby być jedyną medycyną naukową, a wszystko, co jest medyczne, ale leży poza jej obszarem, nie jest naukowe. Ten dychotomiczny podział jest zwłaszcza dla przedstawicieli medycyny klinicznej wygodny, bo zdaje się zwalniać ich od obowiązku poważnej refleksji poznawczej nad tym wszystkim, co dzieje się w dziedzinie leczenia poza medycyną kliniczną i jest po prostu nazywane „paramedycyną”.

Dychotomia ta, pozornie prosta, jest myląca, bowiem ani medycyna kliniczna nie może być uznawana *in toto* za wzorzec naukowości, ani owa „druga” medycyna nie może być oceniana jako całość, bez uwzględniania jej bardzo złożonej struktury. nierozwiązane pozostają też trudności klasyfikacyjne i terminologiczne.

Takie terminy, jak medycyna naturalna, medycyna niekonwencjonalna, medycyna komplementarna, medycyna alternatywna, medycyna integracyjna czy paramedycyna, chociaż odnoszą się do owej „drugiej” medycyny, nie są synonimami i mają różne zakresy treści. W tym dużym, otwartym zbiorze umieszcza się obok siebie, dość dowolnie, homeopatię, bioenergoterapię, fitoterapię, akupunkturę, chromoterapię, muzykoterapię, aromaterapię, urynoterapię, metaloterapię, ayurwedę i inne oraz wiele systemów diagnostyczno-leczniczych, jak na przykład irydologię lub nawet... astrologię i wróżbiarstwo.

Słownik medyczny Merriam-Webster definiuje medycynę alternatywną operacyjnie, zaliczając do niej każdy system zajmujący się leczeniem chorób (wyszczególnia tu m.in. homeopatię, chiropraktykę, naturopatię, ayurwedę), który nie jest objęty tradycyjnym programem nauczania w uczelniach medycznych Stanów Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii, zaś za medycynę komplementarną uważa każdą formę medycyny alternatywnej, akceptowaną i stosowaną przez znaczącą część lekarzy praktyków.

\* emerytowany adiunkt

W systemach medycznych pozaklinicznych interesują nas najbardziej specyficzne metody terapii. Ich podstawy teoretyczne i naukowe, jeżeli istnieją, nie czynią z nich poważnych konkurentów medycynie klinicznej i w najmniejszym stopniu nie zagrażają pozycji tej medycyny jako standardu nowoczesnej wiedzy i praktyki medycznej. Systemy te mogą jednak stanowić wartościowe uzupełnienie i wzbogacenie metod leczniczych stosowanych przez medycynę oficjalną. Dlatego nazwę „medycyna komplementarna” można uznać za bardziej odpowiednią dla określenia zbioru różnych pozaklinicznych metod medycznych niż nazwę „medycyna alternatywna”. W takim znaczeniu będzie ona też używana w tym tekście.

### Cel pracy

Celem pracy jest zwrócenie uwagi na fakt, że obok medycyny oficjalnej, klinicznej istnieją obecnie i wzbudzają duże zainteresowanie liczne inne systemy lecznicze. Są one zaliczane do medycyny komplementarnej, alternatywnej, naturalnej, paramedycyny itp. Niektóre z tych systemów, jak na przykład homeopatia, potwierdzają swoją skuteczność długoletnim doświadczeniem społecznym lub pozytywnymi wynikami badań. Dlatego powinny się stać przedmiotem większego zainteresowania medycyny oficjalnej, a pozytywnie zweryfikowane metody działania różnych systemów powinny wzbogacić arsenał środków leczniczych współczesnej medycyny.

### Świadectwo poprawności

Medycyna doznała silnego impulsu rozwojowego w połowie XIX wieku, jednak właściwa jej „nobilacja” jako nauki w nowoczesnym rozumieniu nastąpiła dopiero w pierwszej połowie XX wieku, gdy zaczęto stosować statystyczne metody weryfikacji hipotez. Ostatnie dziesięciolecia były dla medycyny klinicznej okresem bardzo szybkiego rozwoju technik badawczych, diagnostycznych i leczniczych, co z kolei przyczyniło się do powstania i rozwoju wielu nowych dziedzin medycyny. Ten burzliwy i nierównomierny rozwój spowodował, że struktura wiedzy medycznej uległa dużemu zróżnicowaniu. Obok elementów no-

woczesnych występują tu elementy dawne, które jednak są niezbędnymi elementami nośnymi struktury. Nie może dziwić, że status naukowy poszczególnych tych elementów jest różny.

Gdyby za sprawdzian tego statusu przyjąć wyniki przeprowadzonych *losowych badań kontrolowanych*, LBK (*Randomized Controlled Trials, RCT*), co ostatnio stało się niemal powszechnym, a na pewno modnym wymogiem, okaże się, że wśród metod i działań leczniczych akceptowanych i stosowanych obecnie przez medycynę większość stanowią takie, które nie mają pozytywnego certyfikatu „naukowości”.

Mimo to nie są one odrzucane ani nawet krytykowane, co nie powinno dziwić, ponieważ poza tym, że LBK nie jest jedynym narzędziem poznania naukowego, istnieją też obiektywne granice jego zastosowań (2, 5, 12).

Według A. L. Cochran stosowanie metod leczniczych może być uzasadnione –

1. ze względu na ich oczywisty i natychmiastowy efekt,
2. jeżeli są oparte o pozytywny wynik LBK,
3. jeżeli zostały zaakceptowane przez świat lekarski przed wprowadzeniem LBK, a ich wartość nie może być sprawdzona ze względów etycznych,
4. jeżeli wartość metod nie została jednoznacznie określona, pomimo przeprowadzenia LBK,
5. jeżeli pomimo braku etycznych przeciwwskazań nie zostały w dostatecznym stopniu sprawdzone za pomocą LBK,
6. jeżeli istnieją eksperymentalne przesłanki, że wywierają one pewien biochemiczny, fizjologiczny lub psychologiczny efekt (5).

Nie trudno o przykłady ilustrujące opisane sytuacje. Spośród metod leczniczych stosowanych przez współczesną medycynę bez przeprowadzonych uprzednio LBK wymienić można fizjoterapię, hydroterapię, balneoterapię, kinezyterapię, dietetykę i wiele innych (8).

W oficjalnym użytku znajduje się też duża grupa leków, które nigdy nie przeszły przez sito LBK. Warto pamiętać, że ściśle zasady kontroli leków stosowane są dopiero od lat sześćdziesiątych XX wieku, po tragedii spowodowanej lekiem Thalidomid, i że ciągle jeszcze koncentrują się one przede wszystkim na sprawdzaniu tego, czy lek nie szkodzi.

Rozwijany od kilkunastu lat system **medycyny opartej na dowodach** (*Evidence-based medicine, EBM*) miałby m.in. zaradzić opisywanym trudnościom. Na razie ujawnia on przede wszystkim, że „...w wielu dyscyplinach medycznych jest mało dowodów i istnieje wiele ‘szarych stref’ niewiedzy”, zaś „...obecność ‘szarych stref’ powoduje dalsze ciągle zapotrzebowanie na tradycyjny kliniczny sposób myślenia, opierający się na ‘nienaukowym’ doświadczeniu, analogii i ekstrapolacji. Uzmysłowanie sobie istnienia ‘szarych stref’ stwarza jednocześnie zachętę do świadomego uwzględniania preferencji pacjenta i uprawiania sztuki rozmowy z nim w sytuacjach, w których istnieją uzasadnione wątpliwości co do najlepszego sposobu postępowania” (2).

Głównym narzędziem w systemie EBM jest, jak wiadomo, *losowe badanie kontrolowane*. Głównym, lecz nie jedynym! Założeniem programowym EBM nie jest zdominowanie medycyny naukowymi metodami badań, na przykład losowymi badaniami kontrolowanymi, jako jedynym rodzajem badań i źródłem „czystej” wiedzy. Oczekuje się jednak, by status wiedzy nie pochodzącej z LBK, na przykład opinii lekarskiej, był znany. Nie odrzuca się opinii, w tym opinii ekspertów, przy ustalaniu zasad postępowania lekarskiego lecz oczekuje się, że wiadomo będzie zawsze, kiedy i jak opinie takie powstają.

„Pierwszą zasadą EBM jest, na pozór paradoksalnie, przejrzyste i bez pozostawiania wątpliwości przypomnienie lekarzowi, że dane naukowe nie wystarczają do podejmowania decyzji (...)” (7, 16).

Autorytatywna *US Preventive Services Taskforce* zaleca i stosuje w swoich pracach z EBM rangowanie „dowodów”: rangę I nadaje dowodom popartym LBK, rangę II dowodom niemającym takiego poparcia, a rangę III dowodom „z opinii autorytetów”.

Lekarze często podejmują decyzje na podstawie danych nie „ściśle” naukowych (patrz też rozdz. Lekarze). Bywa, że dane gromadzone z potocznych obserwacji są wystarczająco przekonujące, by na ich podstawie podejmować lecznicze lub organizacyjne działania w ochronie zdrowia, mimo że nie zostały poddane surowemu sprawdzianowi naukowemu. „Medycyna jest w ciągłym rozwoju, a działania *dzisiaj* podejmowane mogą być oparte jedynie na tej wiedzy, która jest *dzisiaj* znana” (12).

System EBM spełniać ma przede wszystkim bardzo ważne funkcje dyscyplinujące badania i działania w medycynie i porządkujące wiedzę medyczną. Jedną z przyczyn jego powstania była z pewnością również próba opanowania wzrastających, olbrzymich kosztów społecznych ochrony zdrowia, w tym wydatków na leki.

System EBM jest w dużej mierze przyszłościowy. Wymaga merytorycznego przygotowania lekarzy, ale też odpowiedniego ukształtowania ich poglądów i postaw, obecnie nie zawsze sprzyjających nowej inicjatywie. Wymaga również stworzenia dobrego zaplecza instrumentalnego, łatwo dostępnego przede wszystkim lekarzom praktykom. Ale nawet wtedy stosowanie w codziennej praktyce przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej systemu EBM może się okazać trudne (11).

Obserwowana ostatnio ostentacyjna fascynacja kręgów klinicznych *medycyną opartą na dowodach* sprawia nieraz wrażenie zachowań neofickich lub zachowań „pod aktualną modę”, co nie jest wcale w medycynie zjawiskiem rzadkim lub nieznanym. Nie dziwi przeto, że przy okazji nie dostrzega się dużej liczby publikacji oceniających krytycznie różne aspekty nowego systemu (13, 18).

### Inne systemy lecznicze

Poza medycyną kliniczną istnieje i funkcjonuje dużo innych systemów leczniczych, zaliczanych ogólnie do owej „drugiej” medycyny, „pozaklinicznej”, różnie nazywanej (patrz wyżej). Błędem często popełnianym przy jej ocenie jest generalizacja, ocenianie jej *en bloc*, bez odróżniania jej poszczególnych, licznych składników. Bezsensowna jest również krytyka medycyny komplementarnej „jako takiej”. Poszczególne systemy lecznicze powinny same, oddzielnie uzasadniać swoją rację bytu.

Potrzeba wyraźnego określenia przez medycynę kliniczną stosunku do systemów leczniczych komplementarnych stała się poważnym wyzwaniem naszych czasów. Niedostrzeżenie tych systemów, ostentacyjne lekceważenie lub uznawanie ich *a priori* za nienaukowe i bezwartościowe zaczyna być ostatnio częściej oceniane jako konserwatywne i nieracjonalne, choćby wobec niepoahamowanego, globalnego wzrostu popularności

tych systemów i wzrostu ich realnego udziału w zaspokajaniu zapotrzebowania społeczeństw na opiekę zdrowotną.

W krajach Zachodu zaczyna dominować pragmatyczny pogląd, że medycynę komplementarną należy uznać za nieodłączny i znaczący składnik opieki zdrowotnej. Nie wolno z góry zakładać, że jest on bezużyteczny lub nawet szkodliwy, a należy dochodzić do odpowiednich wniosków w drodze rzetelnych obserwacji i badań. Celem tych badań powinna być przede wszystkim ocena skuteczności metod leczniczych i ich ewentualnej szkodliwości. Ocena powinna być zawsze jednakowo rygorystyczna, ale jedynym narzędziem takiej oceny nie może być *losowe badanie kontrolowane*. Według uznawanych obecnie powszechnie zasad *Good Clinical Practice*, „...inne projekty badań mogą także zostać zaakceptowane, na przykład długotrwałe badania bezpieczeństwa stosowania danego preparatu” (2).

Oto niektóre cechy wspomnianego dużego wzrostu zainteresowania medycyną alternatywną i komplementarną na świecie.

- a) Szacuje się, że około 42% Amerykanów korzysta z jakiegoś typu leczenia alternatywnego, a około 70 % tej populacji nie ujawnia tego swojemu lekarzowi. Świadczy to o zmianach w wartościowaniu potrzeb zdrowotnych i sposobów ich zaspokajania przez społeczeństwo (4, 6).
- b) Za zjawisko niekorzystne uznaje się, że medycyna Zachodu nie widzi jeszcze w medycynie alternatywnej elementu uzupełniającego, a nawet integrującego medycynę kliniczną. Stwierdza się przy tym, że systemy alternatywne dostarczają zbyt mało danych naukowych dotyczących bezpieczeństwa, skuteczności, sposobu dawkowania czy działań ubocznych proponowanych leków (metod) leczniczych. Z drugiej strony lekarze często lekceważą zainteresowania pacjentów medycyną alternatywną, uznając ją, bez znajomości rzeczy, za „znachorstwo” (4,16).
- c) Lekarze praktycy są na ogół zainteresowani metodami medycyny alternatywnej i chętnie je poznają. Niektórzy nawet preferują wybiórczo niektóre leki i metody i zalecają ich stosowanie (6, 15).
- d) Oficjalne raporty rządu francuskiego wykazały duże korzyści, również oszczędności, związane

ze stosowaniem homeopatycznych metod leczenia. Lekarze homeopaci poświęcają swoim pacjentom dużo więcej czasu, niż wynosi przeciętna krajowa, zlecają mniej badań dodatkowych i zapisują mniej leków konwencjonalnych. Liczba dni zwolnień chorobowych z pracy była w tej grupie lekarzy 3,5 razy mniejsza. Leki homeopatyczne stanowią we Francji 5% wszystkich leków zleconych przez lekarzy, a ich koszt stanowi tylko 1,2% wszystkich kosztów refundacji lekowych (we Francji leki homeopatyczne są refundowane) (3).

- e) Problem szkodliwych następstw wynikających z leczenia metodami alternatywnymi jest co prawda podnoszony, ale w trybie warunkowym. Formuluje się postulat sprawdzania tego, czy dana metoda/lek nie jest niebezpieczna dla pacjenta (4, 16, 19). Nie ma bezpośredniego odniesienia do już stwierdzonych przypadków działań szkodliwych, w każdym razie w leczeniu homeopatycznym.

Niestety, w kręgach polskich przedstawicieli medycyny klinicznej ciągle kultywowany jest pogląd, że wszelkie formy medycyny komplementarnej są nienaukowe i jako takie bezwartościowe, a nawet szkodliwe i że należy je eliminować.

Znalazło to wyraz również w „Stanowisku Naczelnej Rady Lekarskiej z 8.11.2002 r. w sprawie tzw. medycyny alternatywnej”. Ocenia ono przede wszystkim „...negatywnie zjawisko coraz większej ekspansji nieracjonalnych i niezalecanych metod tzw. medycyny alternatywnej...” i próbuje przeciwdziałać temu, odwołując się do...Kodeksu Etyki Lekarskiej (!)

Istnieje pewien problem, którego nie można pominąć w tym kontekście. Wobec dużej ilości pojawiających się komplementarnych systemów leczniczych, a zwłaszcza wobec często dziwnych, niekonwencjonalnych sposobów ich propagowania, zgłaszane są nieraz podejrzenia, że niektóre z nich powstają w celach niegodziwych, wyłącznie zarobkowych lub wręcz oszukańczych. Nie łatwo tu o jakieś zadowalające „kryterium prawdy”, wobec czego formalne uregulowanie uprawnień leczniczych staje się szczególnie ważne, ale i trudne. Nie można uznać obowiązujących obecnie w Polsce rozwiązań za dobre. Stworzony prymat fiskusa nad dobrem społecznym, jakim jest zdrowie, traktowanie świadczeń leczniczych jako działalności gospodarczej (!) jest prawdopodobnie przyczyną wielu słusznych uwag krytycznych

formułowanych również pod adresem różnych komplementarnych systemów leczniczych i ich przedstawicieli.

### Szczególna rola homeopatii

Wolno przyjąć, że systemy lecznicze, które mają długoletnią, często kilkusetletnią, historię i są wspierane pozytywnym, masowym doświadczeniem społecznym, są najbliższe wspomnianemu wyżej „kryterium prawdy”. Chodzi tu m.in. o takie systemy lecznicze, jak ayurveda, elementy tradycyjnej medycyny chińskiej, czy wreszcie – homeopatia.

Homeopatia i jej pochodne działy, na przykład *homotoksykologia*, zajmują wśród systemów leczniczych „naturalnych” szczególną pozycję: są najbardziej zbliżone do medycyny klinicznej i jako jedne z pierwszych systemów medycyny komplementarnej zetknęły się już z kryterium LBK, a nawet zaliczały go z wynikiem pozytywnym (1, 9).

Co wyróżnia homeopatię wśród innych metod leczniczych?

- a) Wspólny z medycyną oficjalną rodowód. Homeopatia wyłoniła się z głównego nurtu medycyny oficjalnej na początku XIX wieku (Samuel Hahnemann, 1810) jako spójny, usystematyzowany i skuteczny system leczniczy. Łączyła w sobie zarówno elementy filozoficzne, jak i doświadczenia i stała się naukowo bardziej atrakcyjna niż ówczesna medycyna oficjalna, zastygła w archaicznych i nieskutecznych teoriach i metodach postępowania. Sformalizowana przez Hahnemanna (a wcale nie nowa w medycynie!) zasada *similia similibus curantur*, skrajnie odmienna od dominującej w medycynie zasady *contraria contrariis curantur*, stała się głównym kanonem, ale i przyczyną secesji homeopatii. W dalszym rozwoju homeopatia pozostała wierna swojemu naturalnemu rodowodowi, podczas gdy medycyna kliniczna zaczęła zmierzać w kierunku totalnej scjentyfikacji i technizacji, odrywając się od naturalnego podłoża i zatracając holistyczny charakter.
- b) Metodyka pracy homeopaty obejmuje wiele etapów pracy lekarza klinicysty – zbieranie wywiadu, rozpoznanie choroby, dobór odpowied-

nich leków. Poszczególne etapy zawierają jednak zmienione, a przede wszystkim pogłębiane treści. Istnieją szpitale homeopatyczne, w których chorzy leczeni są głównie metodą homeopatyczną.

- c) Leki homeopatyczne są pochodzenia naturalnego, przeważnie roślinnego (co tłumaczy dość częste mylenie homeopatii z ziołolecznictwem). Pozyskiwanie surowców do produkcji leków i sama produkcja odbywa się z zastosowaniem żmudnych, standaryzowanych metod, co ujęte jest w urzędowych farmakopeach homeopatycznych.
- d) Wiedza homeopatyczna jest zawarta w obszernym piśmiennictwie, porządkowana i gromadzona od niemal 200 lat, jest też na bieżąco uzupełniana i aktualizowana. Obserwacje empiryczne, które stanowią jej podstawę, były i są prowadzone według rygorystycznych wymogów, bywa ostatnio również, że z zastosowaniem technik *losowych badań kontrolowanych*.

Rozwijająca się od kilkudziesięciu lat na bazie homeopatii *homotoksykologia*, upraszczając w dużym zakresie homeopatyczne zasady ordynacji leków, najbardziej zbliżyła się do medycyny klinicznej (9).

Jest więc homeopatia wyraźnie określoną *metodą leczniczą*, a przez wspólny rodowód i niektóre praktyki działania jest powiązana z medycyną oficjalną. Wszystko to nie pomniejsza, rzecz zrozumiała, zasadniczych różnic obydwu systemów leczniczych.

Krytyka homeopatii prowadzona przez medycynę oficjalną dotyczy tradycyjnie kilku zagadnień. Podważana jest prawdziwość reguły *simile*, zasada dawek subminimalnych, wytaczane jest ciężkie działo „placebo”, które ma jakoby ostatecznie niszczyć homeopatię.

Nie miejsce tu na rozważanie tych kwestii (14). Trzeba jednak, choćby krótko, ustosunkować się do pewnego zarzutu, który jest często powtarzany i może sprawiać wrażenie poważnego: leczenie podejmowane przez homeopatę miałooby opóźniać dotarcie pacjenta do *właściwego* lekarza, opóźniać *właściwe* diagnozowanie i opóźniać *właściwe* leczenie, z nieodwracalną szkodą dla pacjenta.

Szukanie pewnych, udokumentowanych przykładów takich przypadków jest zajęciem niewdzięcznym, bo skazanym na niepowodzenie. Znacznie

łatwiej znaleźć w piśmiennictwie przykłady zaniedbań *lekarskich*, polegających na niepodjęciu lub nieuzasadnionym wydłużaniu procedur diagnostycznych, rażących opóźnieniach w kierowaniu pacjentów do konsultacji lub do leczenia szpitalnego. Oczywiście nie można z góry zakładać, że w leczeniu homeopatycznym nie dochodzi do zaniedbań i że nie popełnia się błędów. Przypadki takie nadają się do indywidualnego rozpatrzenia, gdy trzeba, również pod kątem odpowiedzialności cywilnej lub karnej. Podstawą poważnych zarzutów czy roszczeń nie mogą jednak być domniemania i pomówienia typu plotkarskiego. Jednoznaczna interpretacja nawet pozornie pewnych dowodów zaniedbań czy błędów lekarskich jest, jak świadczą licznie publikowane ostatnio materiały dochodzeniowe i sądowe, bardzo trudna nawet dla ekspertów. I podobnie, jak nikt rozsądny nie uzna na podstawie zaniedbania czy błędu pojedynczego chirurga, że chirurgia jest szkodliwa i godna potępienia, również ewentualne zaniedbanie czy błąd pojedynczego homeopaty nie dyskredytuje homeopatii jako *metody leczniczej*. Kierowanie się w takich sytuacjach zasadą *pars pro toto* jest nieuzasadnione i niedorzeczne!

Trzeba również pamiętać, że w Polsce leczenie homeopatyczne stosowane jest ciągle jeszcze przede wszystkim przez lekarzy medycyny.

Łatwo też wykazać, że dużą część pacjentów zgłaszających się do lekarzy homeopatów charakteryzuje pewna znamienna cecha: pacjenci ci zostali już wcześniej klinicznie zdiagnozowani i byli leczeni według zasad medycyny klinicznej, a leczenie to okazało się nieskuteczne lub uznano dalsze jego prowadzenie za bezcelowe.

## Lekarze

Szerzenie się medycyny komplementarnej na świecie jest w dużej mierze zależne od stosunku lekarzy praktyków do zagadnienia. Ponieważ większość uczelni medycznych w swoich programach kształcenia nie uwzględnia elementów medycyny komplementarnej, wiedza lekarzy na ten temat jest zwykle bardzo powierzchowna, niepełna lub zafałszowana. Wiadomo też, że nauczyciele medycyny klinicznej często uznają swoje dziedziny za jedyne skarbnice prawdziwej,

naukowej wiedzy medycznej i odmawiają atrybutów rzetelności i prawdziwości systemom leczniczym, nie mającym rodowodu klinicznego. Dotyczy to w gruncie rzeczy wszystkich pozaklinicznych metod leczenia, w tym również homeopatii. Takie postawy i poglądy, demonstrowane przez nauczycieli w procesie nauczania, są odzorowywane przez wielu studentów i lekarzy.

Stosunek lekarzy do różnych systemów medycyny komplementarnej kształtuje się ostatecznie w miarę poszerzania ich wiedzy, wzbogacania własnych doświadczeń i pod wpływem różnych czynników środowiskowych, przede wszystkim społecznych. Zainteresowani lekarze zdobywają zwykle interesującą ich wiedzę na odpowiednich kursach.

Badania nad postawami lekarzy wobec homeopatii jako przedstawicielki medycyny komplementarnej wykazują, że lekarze często odrzucają nawet mocne dowody działania leków, jeżeli nie są one zgodne z uznawaną przez nich teorią. Jednak lekarze w podobny sposób zachowują się również wobec faktów w obrębie medycyny klinicznej! Zdarza się więc, że odrzucają teorię, ponieważ pojawiają się nowe fakty, niepasujące do niej, kiedy indziej zaś kurczowo trzymają się starej teorii mimo, że przeczą jej nowe fakty.

Interesującą interpretację tych sprzeczności proponuje S. Haack, dostrzegając możliwość pogodzenia racjonalnej nauki z opisanym wyżej postępowaniem lekarzy, więc czynnikiem subiektywnym. Ten sposób rozumowania jest zbliżony do znanej medycynie klinicznej bayesowskiej metody podejmowania decyzji i nie prowadzi, zdaniem autorki, do niekontrolowanych działań subiektywnych, ponieważ zapobiega temu istnienie rywalizujących ze sobą objaśnień i argumentów (*crossword analogy*) (16, 17).

## Zakończenie

Wiedza medyczna jest zbyt obszerna, by mogła się mieścić jedynie w ramach medycyny klinicznej. Nawet imponujący rozwój tej medycyny w ostatnich dziesięcioleciach, a zwłaszcza jej technicyzacja, nie uzasadniają takiego przypuszczenia. Medycyna kliniczna, niekwestionowana jako standard i tezaurus nowoczesnej wiedzy medycznej, nie powinna odgradzać się od

tych systemów, które istnieją i funkcjonują od setek, a nawet tysięcy lat i zdają się dobrze spełniać swoje zadania (15, 19).

Dobrym przykładem swoistej symbiozy systemu medycyny klinicznej (zwanego tam częściej „medycyną zachodnią”) z tradycyjną medycyną chińską, są właśnie Chiny, gdzie obydwa systemy są nauczane w uczelniach medycznych i z powodzeniem realizowane w praktyce.

Nie należy oceniać medycyny klinicznej i homeopatii w kategoriach wzajemnej rywalizacji i szukać rozstrzygnięć, która medycyna jest „lepsza”. Każda jest po prostu inna! Mając na uwadze przede wszystkim dobro chorego, należy zawsze sięgać po tę metodę leczniczą, która według posiadanej wiedzy i doświadczenia jest najbardziej skuteczna, a zarazem najbardziej bezpieczna dla chorego. W wielu sytuacjach chorobowych będzie to metoda homeopatyczna. Prawdziwie brzmią słowa dr Jugala Kishore, autorytetu w dziedzinie medycyny i homeopatii: „Medycyna ostatecznie stawia sobie jeden cel, a dzielenie medycyny na różne rywalizujące ze sobą systemy nie jest ani mądre, ani pożyteczne”.

Współczesna medycyna kliniczna powinna być ostrożniejsza, mniej stronnicza i skromniejsza w ferowaniu wyroków, co w medycynie jest naukowe, a zwłaszcza, co ma – według *kryterium korzyści dla pacjenta* – rację bytu, a co nie.

## Streszczenie

Praca omawia obecny status naukowy medycyny klinicznej i współistniejących systemów leczniczych zaliczanych do medycyny komplementarnej, alternatywnej itp. Zwraca uwagę na pozytywne cechy wielu tych systemów, szczególnie homeopatii, i uzasadnia celowość ich wykorzystania według kryterium korzyści dla pacjenta.

Słowa kluczowe: **medycyna komplementarna, medycyna alternatywna, homeopatia**

## Summary

In the paper the present scientific status of clinical medicine as well as coexisting therapeutic systems are discussed. The systems mean complementary and alternative medicine and the

like. Special attention is paid to positive characteristics of the systems, with the special regard to homeopathy. The purposefulness of utilization of the systems according to criteria of patients „benefits” should be considered.

Key words: **complementary medicine, alternative medicine, homeopathy**

## Piśmiennictwo

1. Belton Ph. (red.) *Badania w homeopatii*, Editions Boiron. Wyd. polskie: Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
2. Brzeziński Z. J., Szamotulska K.: *Epidemiologia kliniczna*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1997.
3. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salaris 1996.
4. Clark P. A.: The ethics of alternative medicine therapies. *J. Publ. Health Policy* 2000, 21(4), 447–470.
5. Cochrane A. L.: *Skuteczność i sprawność*. PZWL, Warszawa 1974.
6. Crock R. D. i in.: Confronting the communication gap between conventional and alternative medicine: a survey of physicians' attitudes. *Altern. Ther. Health Med.* 1999 Mar, 5 (2), 61–66.
7. Gajewski P. i in.: *Evidence based medicine (EBM) współczesną sztuką lekarską*. Cele Polskiego Instytutu Evidence Based Medicine. *Med. Prakt.* 2003/03 <http://www.hipokrates.mp.pl>.
8. Glatzel H.: *Sinn und Unsinn in der Diätetik*. Urban&Schwarzenberg, München–Wien–Baltimore 1978.
9. Herzberger G.: *Podstawy homotoksykologii*. Diagnostyka i terapia homotoksykoz. Instytut Psychosomatyczny, Warszawa 1995.
10. Jacobs J. i in.: Patient characteristics and practice patterns of physicians using homeopathy. *Arch. Fam. Medicine* 1998 Nov., 7, 537–540.
11. Jacobson L. D. i in.: Evidence-based medicine and general practice. *Br.J Gen.Pract.* 1997 Jul, 47 (420), 449–452.
12. Ogle J.: *Introductory Biostatistics*. *Medicine Journal* 2001, July 6, 2, 7.
13. Poynard T. i in.: Truth survival in clinical research: an evidence-based requiem?, *Ann. Int. Med.* 2002 Jun, 18, 136 (12), 888–895.

14. Sułkowski H.: W sprawie dyskusji o homeopatii i tak zwanej medycynie komplementarnej. *Poradnik Lekarza Praktyka* 2002, 10, 20–22.
15. Sułkowski H.: Dlaczego medycyna kliniczna nie lubi homeopatii? *Med. Biologiczna* 2003, 2, 44–49.
16. Timmermans D. R.: What clinicians can offer: assessing and communicating probabilities for individual patient decision making. *Horm. Res.* 1999, 51, 1, 58–66.
17. Vandenbroucke J. P. i in.: Alternative medicine: a „mirror image” for scientific reasoning in conventional medicine. *Ann. Int. Med.* 2001 Oct, 2, 135 (7), 507–513.
18. Werk L. N. i in.: Medicine for the millennium: Demistifying EBM. *Contemporary Pediatrics Archive* 1999 Dec, 1.
19. Ziment I.: Recent advances in alternative therapies. *Curr. Opin. Pulm. Med.* 2000 Jan, 6 (1), 71–88.

**Adres do korespondencji**

dr Henryk Sułkowski  
ul. Aleksandrowska 118 m.102  
91–224 Łódź