

SŁAWOMIR CZACHOWSKI

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Pojęcia holizmu i chaosu w medycynie rodzinnej

1. Wprowadzenie

W trakcie prowadzenia zajęć ze studentami szóstego roku wydziału lekarskiego w ramach seminarium z medycyny rodzinnej wielokrotnie użyłem sformułowania „holistyczna perspektywa podejścia wobec pacjenta”. Kilko-oro studentów wyraziło zdziwienie, a wręcz niedowierzanie, czy na pewno chodzi o akademicki wymiar medycyny. Obawy dotyczyły skojarzeń „holistyczny” z określeniami wiążącymi się z pojęciami „medycyna alternatywna” lub „medycyna komplementarna”. Dłuższa dyskusja, wyjaśniająca aspekt holistycznego podejścia na tle paradygmatu redukcyjnego, rozwiązała obawy młodych medyków.

2. Definicja medycyny rodzinnej w dokumentach Rady Europejskiej Akademii Nauczycieli Medycyny Rodzinnej

Temat jest bardzo istotny, ponieważ ustalona po pięciu latach dyskusji definicja medycyny rodzinnej ujmuje holizm jako jedną z sześciu osiowych kompetencji lekarza rodzinnego (ogólnego). Do pozostałych pięciu cech należą: zarządzanie opieką podstawową, opieka medyczna zorientowana

na osobę, szczególne umiejętności rozwiązywania problemów w podstawowej opiece zdrowotnej, podejście wszechstronne i zorientowanie na lokalną społeczność¹.

Definicję opracowała Europejska Akademia Nauczycieli Medycyny Rodzinnej – EURACT (European Academy of Teachers of General Practice)². Nie dziwi więc niedowierzanie studentów, skoro ostateczna wersja opisująca kompetencje lekarza rodzinnego została sformułowana dopiero w 2002 roku, a więc ponad 30 lat od utworzenia tej dyscypliny lekarskiej. Jeśli chodzi o określenie „holizm” to Akademia opisuje tę umiejętność jako modelowanie holistyczne, czyli zdolność wykorzystywania biopsychospołecznego modelu człowieka, z uwzględnieniem jego wymiarów kulturowych i egzystencjalnych, do stawiania diagnozy i leczenia. Model biopsychospołeczny należy rozumieć jako perspektywę widzenia pacjenta w triplecie biologicznym, psychologicznym i socjologicznym. Należy wyraźnie odróżnić kompetencje brane pod uwagę w profesjonalnym podejściu do rozwiązywania problemów psychologicznych i społecznych od bardzo licznych ruchów uzdrawiania alternatywnego i komplementarnego. Zakres problemów, z jakimi styka się lekarz rodzinny, dotyczyć może szerokich zagadnień, które mają związek ze zdrowiem – na przykład istotny jest wpływ czynników politycznych (system opieki zdrowotnej), religijnych (egzorcyzmy w Kościele katolickim, warsztaty terapeutyczne dla uzależnionych organizowane przez Adwentystów Dnia Siódmego, abstynencja alkoholowa w islamie), filozoficznych (medytacje w buddyzmie i hinduizmie) i wiele innych. Dla potrzeb medycyny rozumienie holizmu należy pojmować jako opiekę całościową nad pacjentem sprawowaną w kontekście uznawanych przez niego wartości, przy akceptacji norm systemu jego rodziny, w zgodzie z socjoekonomicznym statusem jednostki. Podejście holistyczne musi brać pod uwagę kulturowe uwarunkowania chorego, jego habitus w środowisku rodzinnym i zawodowym. Dlatego stosowanie metod terapeutycznych i leków musi wynikać jedynie z potrzeb pacjenta, zależnych od jego środowiska. Holizm w medycynie rodzinnej należy odczytywać jako osobiste, świadome i ko-

¹ Allen J., Heyrman J., *Cele edukacyjne szkolenia w dziedzinie medycyny rodzinnej*, [w:] W. Lukas i E. Teslar (red.), *Nauczanie w praktyce lekarza rodzinnego*, Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2005.

² Heyrman, J. ed., *European Academy of Teachers in General Practice EURACT*, Leuven 2005.

rzystne oddziaływanie lekarza na pacjenta za pomocą różnorodnych interwencji, jakkolwiek by one miały formę (np. perswazja, sugestia, placebo, homeopatia, akupunktura itd.). Podstawą są kwalifikacje lekarza i jego doświadczenie w terapii skoncentrowanej na indywidualnym podejściu pacjenta. Wprawdzie podstawą leczenia jest wiedza biomedyczna, ale akceptacja wpływu przeżyć mistycznych na zdrowie powinna być uwzględniona w codziennej praktyce. Połączenie biologicznego i duchowego wymiaru winno być centralną umiejętnością lekarza rodzinnego.

W rozważaniach na temat holizmu w medycynie rodzinnej ważne jest uświadomienie sobie różnic w podejściu do człowieka, jakie oferują dwa modele: biomedyczny i biopsychospołeczny. Dotyczą one takich obszarów, jak naturalne dyspozycje człowieka, włączając elementy płci społecznej, predyspozycje genetyczne, wpływ mikrośrodowiska (rodziny) i makrośrodowiska (otaczających osób z pracy, z sąsiedztwa, z kręgów towarzyskich, które mają określone statusy socjoekonomiczne). Ważnym elementem są przekonania zdrowotne chorego oraz jego doświadczenia życiowe, dotyczące głównie poprzednich chorób, które decydują o podejmowaniu decyzji o rozpoczęciu lub odrzuceniu leczenia. Spotykając człowieka chorego, należy poznać jego zasoby (źródła), z których czerpie on siły do utrzymywania zdrowia lub do walki z chorobą, dowiedzieć się, jak rozumie swoją autonomię, jakie wyznaje wartości, szczególnie w momencie ustalenia diagnozy.

Jednym z kluczowych zagadnień postawy holistycznej lekarza wobec pacjenta jest świadomość własnych ograniczeń w poznaniu drugiego człowieka, a tym samym możliwości rozpoznania choroby i zakończonego sukcesem leczenia. Poznanie uczuć, historii życia chorego i wiedzy o jego cierpieniu nie jest bowiem całkowicie możliwe. Dlatego integracja wiedzy o różnych czynnikach wpływających na zdrowie pacjenta jest wartością ważną samą w sobie. Ta wartość jest przesłanką w odniesieniu się do ogólnej teorii systemów, według której całość to coś więcej niż suma poszczególnych jej części.

Rzadko można spotkać określenie holizmu w polskim piśmiennictwie medycznym, a jeśli się pojawia, to ma negatywne konotacje znaczeniowe. Nie napotkałem w medycznych dyskursach, rozważań teoretycznych na temat zastosowania holistycznego wymiaru leczenia pacjentów w codziennej praktyce, szczególnie lekarza podstawowej opieki medycznej.

3. Holizm – definicja jako hasło internetowe

Słownik języka polskiego pod redakcją M. Szymczaka³ określa holizm jako teorię głoszącą, że całość nie da się sprowadzić do sumy części, a świat podlega ewolucji, w której toku wyłaniają się coraz to nowe całości. Druga część wyjaśnienia dotyczy aspektu teorii i metodologii nauk społecznych i głosi, że zjawiska społeczne tworzą układy całościowe, odrzucające indywidualizm metodologiczny.

Przyjrzyjmy się zatem, jakie konotacje symbolizujące medycynę holistyczną oferują witryny internetowe, które w dużym zakresie mogą stać się ofertą edukacyjną dla pacjentów, w sytuacji zetknięcia się z niezrozumiałym frazeologizmem.

Korzystając z przeglądarki internetowej, hasło „holizm” można znaleźć w 14 000 komunikatach, a użycie słów „medycyna holistyczna” podwyższa zakres do 18 400 pojęć. Temat jest więc na tyle ważny, że należy uściślić to pojęcie dla potrzeb medycyny, ponieważ po zjednoczeniu 25 krajów Unii Europejskiej, definicję lekarza rodzinnego wraz z holistycznym nastawieniem wobec leczenia powinno rozumieć potencjalnych 500 tysięcy pacjentów. Nie powinni oni mieć skojarzeń z medycyną niemającą nic wspólnego z akademickim rygoryzmem postępowania lekarskiego. Skoro termin ten znalazł się w oficjalnym programie kształcenia lekarzy, należy więc przywrócić pierwotne i podstawowe znaczenie określenia „holizm”.

Większość treści zaczerpniętych z witryn internetowych odnosi się do opisów komercyjnych placówek oraz jednostek medycznych mało mających wspólnego z postępowaniem lekarza jako absolwenta wydziału lekarskiego. Przytoczę kilka przykładów, które przybliżą treść haseł, a jednocześnie pokażą, jak daleko te dwa obszary pojęciowe są od siebie oddalone.

Hasło „medycyna holistyczna” przyciąga głównie *wszystkich ludzi, którzy chcą żyć do końca swoich dni w dobrej kondycji fizycznej i psychicznej, ale w pierwszym rzędzie dla przewlekle chorych, którzy chcą odzyskać zdrowie*⁴. Dalej czytamy, że *powinniśmy wyjść poza schematy i przyzwyczajenia, które przez lata były utrwalane przez naukę, medycynę i poszczególnych specjalistów. Przyjmijmy inny sposób myślenia, ponieważ ten, do którego jesteś przyzwyczajony – nie funkcjonuje wystarczająco dobrze*. Hasłem naczelnym

³ Słownik języka polskiego, M. Szymczak (red.), PWN, Warszawa 1978.

⁴ www.bioter.pl/rady/holistyka.html, 2004.

tej ikony jest człowiek, który cały ciężar choroby składa w ręce lekarza, ON już nie żyje. On tylko choruje oraz to, że natura zawsze ma rację. Dalej czytamy, że medycyna holistyczna traktuje człowieka jako całość i ważna jest nie tyle choroba, co przyczyny tkwiące w organizmie, które pozwoliłyby choroba się rozwinęła.

Inna ikona „medycyny holistycznej” ściślej definiuje zasady i podaje je w formie dziesięciu reguł, które należy stosować⁵. Obejmują one takie objaśnienia jak to, że *każdy pacjent jest jednością duszy, myśli i ciała; każdy człowiek jest z natury oryginałem; trzeba leczyć człowieka a nie chorobę; każda choroba się rozwija; medycyna holistyczna szanuje prawo równowagi; medycyna holistyczna bada przyczynę choroby; lekarz holistyczny kieruje się zasadą primum non nocere; przy podejmowaniu decyzji na pierwszym miejscu stoi interes pacjenta; medycyna holistyczna nie wzbrania się przed użyciem metod leczniczych, o ile są skuteczne, a nie szkodliwe; warunkiem skutecznego leczenia jest czynny udział chorego w procesie powracania do zdrowia.*

Zdecydowanie negatywne opinie dotyczące kojarzenia pojęć medycyny i holizmu prezentuje w internetowych ikonach prof. Andrzej Gregosiewicz. Autor uważa, że *medycyna holistyczna („jednoczesne leczenie ciała, emocji, duszy i psyche”), jest kontynuacją medycyny naturalnej opartej na oszukańczych praktykach okultystycznych Zachodu, wschodnich mistyfikacjach terapeutycznych oraz współczesnych, oszukańczych socjotechnikach wyznawców New Age, którzy wzorem lewicowych „intelektualistów” chcą uszczęśliwić ludzkość. Niektóre choroby, których prostymi sposobami leczenia epatują ludzie, są często nierozwiązywalne w żadnym czasie i w żadnym miejscu [...] Jakie podstawy mają wielbiciiele medycyny holistycznej by krytykować redukcjonizm i namawiać do zmiany modelu leczenia. [...] Prawdą jest więc, że rozwój współczesnej medycyny, korzystającej w coraz większym stopniu z osiągnięć mechaniki, fizyki, chemii, biologii, genetyki i technologii kosmicznych, zaszedł już tak daleko, że nie ma możliwości ogarnięcia przez jednego człowieka chociażby jednej milionowej części tych informacji. Normalna jest więc nie medycyna całościowa (holistyczna), lecz normalne jest powstawanie coraz to nowych specjalizacji i dalsze rozczłonkowanie już istniejących. [...] A „holistyczne”, czyli życzliwe traktowanie pacjenta wymusi konkurencja wolnego rynku i genetycznie nam przekazany (bo użytecz-*

⁵ www.holos.cz/POLSKO/holoscentrum/hol-medicina.htm, 2006.

ny) altruizm społeczny⁶. W artykule *Postmodernistyczny szamanizm, czyli medycyna holistyczna Nowej Ery* A. Gregosiewicz z jeszcze większym zaangażowaniem demaskuje poglądy na temat holizmu. Píše zatem, że *dzieckiem postmodernizmu jest holizm, sekciarstwo ekologiczne, bezsensowny kult natury i wiele innych teorii rodem ze szpitala psychiatrycznego. [...] Medycynie nie jest potrzebna filozofia. Medycyna ma być naukowa i skuteczna. Mam nadzieję, że szybko pozbędzie się zakażenia holizmem, który dla jest dla medycyny rzeczywistym, totalitarnym zagrożeniem. [...] „Zdrowie holistyczne” znajduje się w samym centrum zainteresowania aktywistów ruchu New Age. To ich sztandarowa dziedzina. W USA działa ponad 200 szkół medycyny holistycznej z dwuletnim, na ogół, programem edukacyjnym kończącym się przyznaniem tytułu DMN (doktor medycyny niekonwencjonalnej). Wystarczy, że usłyszemy o naturalnych metodach leczenia „całej osoby” – ciała, emocji, umysłu i ducha. To typowy bełkot nauczycieli holizmu. Na koniec rozważań autor ujawnia swój punkt widzenia jako lekarza posiadającego specjalizację zabiegową: ja osobiście jestem głęboko sfrustrowany, że nie potrafię wyemanować do pacjenta żadnej energii. Do leczenia potrzebny jest mi nóż, piła, dłuto, śruby itd. Bez nich jako ortopeda jestem bezradny. Na koniec pisze: Niektóre teksty promujące medycynę holistyczną, jak przypuszczam, powstają poza kontrolą woli i dlatego wydają się być rezultatem medytacji nad mantrą ósmej czakry mentalnej w zintegrowanym sanktuarium absolutu, będącym afirmatywną wizualizacją zrównoważonej koncentracji prany u człowieka z zaawansowaną tantrą⁷.*

4. Holizm – perspektywa pojęciowa w innych dziedzinach nauki

4.1. Kontekst psychologiczny

Dziedziną, w której pojęcie holizmu jest najczęściej wykorzystywane do opisywania zjawisk tłumaczących zachowanie się człowieka, jest psychologia. Hall i Lindzey⁸ w podręczniku opisującym teorie osobowości podkre-

⁶ A. Gregosiewicz, www.kulty.info *Medycyna naturalna i holistyczna, czyli świeckie uzdrawianie „całego człowieka”* 2002.

⁷ A. Gregosiewicz, www.kulty.info/tech/pritar *Postmodernistyczny szamanizm, czyli medycyna holistyczna Nowej Ery* 2005.

⁸ Hall C. S., Lindzey G., *Teorie osobowości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.

ślają, że główny problem polega na tym, czy dana teoria uwzględnia autonomię i funkcjonalną odrębność aktualnej struktury osobowości w stosunku do uprzednich doświadczeń jednostki. Zasadą holizmu jest bowiem punkt widzenia, według którego zachowanie człowieka może być wyjaśnione jedynie w kontekście rozpatrywania jednostki jako całości z częścią jej środowiska. Przeciwnie stanowisko zakłada, że struktura osobowości jest niezależna od przeszłości i otoczenia a więc można człowieka opisywać w formie izolowanego, pojedynczego zachowania. Trzeba w tym miejscu odróżnić dwa stanowiska teoretyczne przyjmujące perspektywę holistyczną.

Pierwsze – *organicystyczne* – podkreśla, że zachowanie jednostek ma biologiczny wymiar, tworzy organiczną całość i zrozumienie funkcjonowania osoby należy opisywać jedynie w kontekście zachowań innych ludzi. Orientacja ta znalazła swoje miejsce w tłumaczeniu powstawania chorób psychosomatycznych oraz w pracach poświęconych związkom strategii zachowań a rozwojem układu nerwowego. Według wspomnianych badaczy Halla i Lindzey, w rozwoju medycyny, koncepcja organicystyczna znalazła prekursorów w postaci angielskiego neurologa H. Jacksona, francuskiego fizjologa C. Bernarda i południowoafrykańskiego wojskowego J. Smutsa. Ten ostatni napisał książkę *Holism and Evolution*, w której użył określenia holizm (*holism*) pochodzącego z greckiego *holos*, oznaczającego *kompletny, cały, całkowity*⁹.

Drugie stanowisko – *psychologia pola* – opisuje nierozdzieloną jedność zachowania człowieka w tle jego środowiskowego kontekstu i podkreśla znaczenie szczegółowego *pola*, w którym zachodzi zdarzenie. Nie odrzuca wpływu sił wewnętrznych ale minimalizuje czynniki dziedziczne i wpływ poprzednich doświadczeń życiowych. Przedstawicielem tej orientacji był Kurt Lewin.

Teorie osobowości, które mają spojrzenie holistyczne, kładą nacisk na niepowtarzalność i wyjątkowość działania jednostki. Indywidualizm jest najważniejszą wartością, która odróżnia ją od zachowania wszystkich innych ludzi.

4.2. Kontekst biologiczny

Następną dyscypliną, która wśród terminów opisujących organizm ludzki uwzględnia pojęcie holizmu jest fizjologia człowieka. Andrzej Trzebski, współautor podręcznika *Fizjologia człowieka z elementami fizjologii stoso-*

⁹ *Ibidem*.

wanej i klinicznej, opisując regulacje czynności fizjologicznych człowieka, podkreśla wprawdzie, że postawa holistyczna jest pojęciem niezbyt precyzyjnym, ale skupia się ono na podejściu integracyjnym. Autor uważa, że termin „holistyczny” pochodzi od angielskiego słowa *whole* – „cały”¹⁰.

Fizjologia funkcji życiowych człowieka pokazuje, że fundamentalną właściwością organizmów żywych jest złożoność (*complexity*). Oznacza to wzajemne oddziaływanie elementów na siebie, w taki sposób, że nie można usunąć nawet części z nich, ponieważ zasadą jest informacja płynąca z układu sprzężeń zwrotnych. Ta nieredukowalność układu warunkuje zachowanie całości i spójności. Według Trzebskiego układami złożonymi są społeczności ludzkie, ekosystemy biologiczne, biosfera lub systemy gospodarcze. Cechą układów złożonych jest nieprzewidywalność. Rzetelność i trafność badania pojedynczych elementów układu podlega zasadzie rygoru naukowego i dla potrzeb fizjologii człowieka skupia się na ocenie na przykład ruchu jonów przez kanały błon komórkowych. Jest to podejście oparte na paradygmacie redukcyjnego myślenia. Odwrotny rodzaj badania układów złożonych powinien polegać na przeciwnym postępowaniu. Należałoby więc zgrupować układ izolowanych elementów i znaleźć prawidłowości wynikające z zasad znajomości procesów molekularnych. Według wiedzy fizjologicznej, organizm jako całość to coś więcej niż suma swych części. Nie wystarczy złożyć całego organizmu z pojedynczych części, żeby zrozumieć jego funkcjonowanie na podstawie wiedzy o strukturze genów, makrocząsteczek, organelli i atomów. Powiązania i sprzężenia zwrotne pomiędzy olbrzymią liczbą molekuł mogą tworzyć nowe jakościowe prawidłowości, ponieważ nawet proste układy mogą się zachowywać w sposób bardzo skomplikowany i nieprzewidywalny. Powstałe układy można modelować za pomocą metody matematycznej wykorzystującej zasadę dynamiki nieliniowej (matematyka chaosu deterministycznego). W tym aspekcie oznacza to badanie regulacji i adaptacji czynnościowej całego organizmu a więc podejście integracyjne. Przedmiotem eksploracji stają się wtedy działania wzajemnych powiązań czynnościowych, sprzężenia zwrotne, które warunkują całościowe (holistyczne) funkcjonowanie organizmu. Fizjologia ma skomplikowany, dynamiczny i nieliniowy system oddziaływania, ponieważ zależność między

¹⁰ A. Trzebski, *Regulacja czynności fizjologicznych*, [w:] A. Trzebski, W. Traczyk (red.), *Fizjologia człowieka z elementami fizjologii stosowanej i klinicznej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.

procesami biologicznymi a atomowymi nie jest hierarchiczna z powodu różnorodności parametrów wielkości cząstek. Nie ma w obecnym okresie wyjaśnień tych zjawisk. W obszarze badawczych poszukiwań obiecujące są koncepcje chaosu, atraktorów, układów fraktalnych i elementów procesu homeodynamiki¹¹.

4.3. Kontekst socjologiczny

Teorie socjologiczne są integralną częścią systemu opieki zdrowotnej, ponieważ decydują w jaki sposób lekarze zbierają dane o pacjentach i w jaki sposób je interpretują¹². Pojęcie holizmu pojawia się często w analizach tekstów socjologicznych. Jerzy Szacki w książce *Historia myśli socjologicznej* szczególnie podkreśla ten termin w pracach teoretyków orientacji zwanej funkcjonalizmem¹³. Przedstawiciele tego kierunku, socjologowie ze Stanów Zjednoczonych Talcott Parsons lub Robert Merton, starali się przedstawić społeczeństwo jako powiązaną wewnątrznie całość, jako jedność funkcjonalną. Sięgali często do analogii i terminologii charakteryzującej nauki biologiczne i z obserwacji natury czerpali inspiracje opisowe środowiska lekarskiego. W miejsce słowa „organizm” używali pojęcie „system”, odnosząc się tym samym do elementów życia społecznego. Treścią eksploracji funkcjonalistów były zagadnienia opisujące role społeczne, wzory instytucjonalne, procesy i normy społeczne, organizacja grupowa, struktura społeczna, a więc te zjawiska, które mają stałe elementy znaczeń i są powtarzalne.

5. Lekarz rodzinny – oscylacja między biologią, psychologią i socjologią

Jak rozumieć holizm w aspekcie pracy lekarza rodzinnego (triplet biopsychosocjalny) i to w kontekście kulturowym i egzystencjalnym? Czy wymaga to wprowadzenia do nauki medycyny pojęcia, które mówi, że „całość to coś więcej niż suma poszczególnych elementów”, obojętnie czy dotyczy komórki, społeczeństwa czy wszechświata?

Można na człowieka chorego patrzeć przez pryzmat tego, z jakim schorzeniem i z jakimi cierpieniami zgłosił się do lekarza i jakie są nasze cele

¹¹ Ibidem.

¹² P. Alderson, *The importance of theories in health care*, BMJ 1998, vol. 317.

¹³ J. Szacki, *Historia myśli socjologicznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.

i możliwości¹⁴. Wspomniany wyżej warsztat pracy ortopedy (nóż, piła, dłuto i śruby) jest zasadniczo odmienny do tego, czego potrzebuje lekarz rodzinny. Wśród pacjentów zgłaszających się do praktyki (około 35 chorych każdego dnia, 800 miesięcznie, 8000 w ciągu roku) blisko 70% to osoby, które cierpią na przewlekłe, najczęściej współistniejące, trudno leczące się choroby, np. cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, depresję, otyłość, zwyrodnienie stawów, astmę, miażdżycę. Warto podkreślić, że rozpowszechnienie osób z chorobą nadciśnieniową wynosi blisko 30%, a z cukrzycą sięga 9%¹⁵. Chorzy ci znajdują się nierzadko w trudnych warunkach życiowych, nie mogą sobie poradzić, a to, czego oczekują, jest dalekie od narzędzi, którymi dysponuje medycyna naprawcza. Wiadomo również, że chorzy na takie przewlekłe choroby w zdecydowanej większości nie stosują się do zaleceń lekarskich. Blisko 85% pacjentów nie jest w stanie osiągnąć parametrów prawidłowego wyrównania choroby. Oznacza to, że lekarz *a priori* stoi na straconej pozycji, ponieważ tylko u 15% chorych osiągnie sukces terapeutyczny. W tej sytuacji może i powinien zaoferować to, co ma najskuteczniejszego – umiejętności z dziedziny psychoterapii i socjoterapii. Perspektywa „nóż, dłuto, piła i śruby” zastępuje „perswazja, wsparcie, słuchanie i pocieszenie”. Nie wspominam o podstawie – elementarnej wiedzy medycznej – warunku *sine qua non* wykonywania zawodu lekarza, niezależnie od dyscypliny, którą reprezentuje osoba uprawniona do stawiania rozpoznania i leczenia.

Postrzeganie pacjenta przez lekarzy różnych specjalności można rozpatrywać w aspekcie teorii percepcji Jamesa Gibsona. Był on psychologiem interesującym się praktycznym problemem – w jaki sposób piloci samolotów wojskowych najlepiej wykonują zadanie, wykorzystując informacje z terenu (za: Bańka)¹⁶. Według teorii Gibsona to, co postrzegamy, tkwi w „ekologicznych własnościach” środowiska. Oznacza to, że bodziec trafiający z otoczenia do obserwatora zawiera już w sobie informację o źródłach pochodzenia. Ludzie reagują na własności ekologiczne środowiska w taki sposób, w jaki

¹⁴ J. Howie, D. Heaney, M. Maxwell, *Quality, core values and the general practice consultation: issues of definition, measurement and delivery*, Family Practice 2004, vol. 21, No. 4.

¹⁵ J. Latkowski, W. Lukas (red.), *Medycyna rodzinna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.

¹⁶ A. Bańka, *Spoleczna psychologia środowiskowa*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2002.

występują one w naturze, te dwa elementy działają bowiem na zasadzie komplementarności. Według tej teorii percepcja to zjawisko holistyczne, ponieważ odnosi się do odbioru znaczeń całościowych, będących w ruchu. Jeżeli z tej perspektywy spojrzymy na pacjenta, to musimy być świadomi wszystkich czynników psychologicznych i socjologicznych oraz tego, że postawa lekarza wobec pacjenta i nastawienie pacjenta do lekarza odgrywają bardzo istotną rolę w postawieniu trafnej (a nie trefnej!) diagnozy i zastosowaniu efektywnego (a nie efektownego!) leczenia.

Z samej definicji specjalizacji wynika, że praca lekarza rodzinnego jest funkcją współdziałania wielu zmiennych środowiskowych. Powstają one w pracy zespołowej (pracownicy praktyki, lokalna społeczność mieszkańców na przykład wsi lub małego miasteczka, środowisko lekarzy-specjalistów, personel izby przyjęć, pracownicy Funduszu Zdrowia i wiele innych). Cechami takich systemów są złożoność i nieprzewidywalność interakcji między poszczególnymi osobami (aktorami, graczami).

W późnych latach 70. XX w. pojawiły się opracowania nowojorskiego psychiatry profesora Georga Engela, proponującego rozpatrywanie choroby pacjenta w aspekcie interakcji czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych¹⁷. Nie było to zaprzeczenie paradygmatu biomedycznego, a poszerzenie spojrzenia o wymiar społeczny i psychologiczny¹⁸. Engel wyjaśniał na przykładzie klinicznych analiz pacjentów stosowanie terapii opartej na ogólnej teorii systemów. Twórca tej perspektywy, Ludwig von Bertalanffy, podkreślał, że organizm ludzki stanowi złożoną i niepodzielną całość i nie można go rozpatrywać bez kontekstu, w jakim funkcjonuje. Składa się bowiem z hierarchicznie uporządkowanych podsystemów (układy, narządy, tkanki, komórki, atomy, kwarki), a sam człowiek jako istota żywa wchodzi w skład większych systemów (rodzina, społeczność, naród, biosfera, wszechświat)¹⁹. Między wymienionymi poziomami zachodzą interakcje, przepływają informacje, które prowadzą do utrzymywania dynamicznej równowagi. Takie ujęcie zdrowia i choroby przerzuca uwagę na człowieka

¹⁷ G. Engel, *The Need a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*, Science 1977, vol. 196.

¹⁸ Por. idem, *The Clinical Application of the Biopsychosocial Model*, The American Journal of Psychiatry 1980, 137: 5.

¹⁹ L. von Bertalanffy, *Ogólna teoria systemów*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1984.

zdrowego, którego można nauczyć, jak ma zachować zdrowie i zapobiegać zagrożeniom²⁰. W tym podejściu podkreśla się fakt, że interwencje lekarskie na jednym poziomie mogą skutkować niepożądanymi konsekwencjami na innych poziomach, na przykład stosowanie kwasu acetylosalicylowego w stanach zapalnych jednego narządu może wywołać zaburzenie krwawienia w innym układzie²¹. W pracach wspomnianego nowojorskiego psychiatry G. Engela dominuje głęboka troska o pacjenta, przeciwstawia się on traktowaniu człowieka chorego głównie jako istoty biologicznej²². Ukazuje wyraziste modele sytuacji klinicznych (na przykład zawał serca u prezesa dużej firmy w miejscu pracy, w której panuje duża konkurencja między członkami zarządu), w których interakcje toczące się w obrębie diady lekarz rodzinny–pacjent mogą decydować o życiu chorego i sytuacji ekonomicznej jego całej rodziny. Uwzględnienie w trakcie stawiania diagnozy i w procesie terapii tylko modelu biomedycznego bez elementarnej wiedzy z psychologii i socjologii jest nie tylko ignorancją lekarza, ale grozi utratą życia chorego. Znaczenie interakcji lekarza i pacjenta w trakcie kilkuminutowej konsultacji było przedmiotem badań socjologów i antropologów. Brano pod uwagę takie zmienne jak struktura społeczna, rola, normy, wartości i to, jak wynik spotkania wpływa na cały system opieki zdrowotnej²³. Każda konsultacja lekarza rodzinnego może wprowadzić w system dużo niepotrzebnych konsultacji, badań, nieuzasadnionej utraty środków finansowych. Wiemy z badań, że na poziomie lekarza pierwszego kontaktu największą grupę pacjentów stanowią osoby z niewyjaśnionymi objawami, trudnymi do diagnostyki, jak na przykład zespół przewlekłego zmęczenia, chroniczne bóle, „maski” depresyjne itd.²⁴ Sprawowanie opieki medycznej nad takimi pacjentami musi uwzględnić i akceptować wartości, choćby miały one wymiar religijnych uniesień lub mistycznych egzaltacji. Każdy kontakt z taką osobą ma charakter holistycznego, skierowanego na pacjenta spotkania. Badania pokazują, że najbardziej przydatne stają się kompetencje z zakresu psychologii, na przy-

²⁰ Por. Z. Juczyński, *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.

²¹ C. Sheridan, S. Radmacher, *Psychologia zdrowia*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 1998.

²² G. Engel, *The Care of the Patient: Art or Science?*, *The John Hopkins Medical Journal*, 1977: 222–232.

²³ P. Alderson, C. Goodey, *Theories of consent*, *BMJ* 1998; 317: 1313–1315.

²⁴ J. Saultz, *Podręcznik medycyny rodzinnej*, Wydawnictwo CZELEJ, Lublin.

kład „decentracja interpersonalna”, „silne ego”, „poczucie skuteczności” i „empatia”²⁵. Kształcenia tych umiejętności nie oferuje program studiów medycznych.

6. Elementy teorii chaosu i złożoności w medycynie rodzinnej

Relacje umysłu i ciała były od setek lat tematem obserwacji i zawsze rozdziły wielkie pytania o hierarchię, czy materia przesądza o stronie psychicznej, czy sfera duchowa kontroluje materialną? Jak to się dzieje, że ludzie zdrowieją przy spotkaniu z charyzmatycznym uzdrowicielem?²⁶ Albo że w 30–40% zaleceń lekarskich – w badaniach z zastosowaniem potrójnie ślepej próby – pozytywny efekt uzyskuje się stosując środek placebo?²⁷ Ważnym podkreśleniem jest to, że w codziennej pracy lekarza rodzinnego prawie połowa pacjentów zgłasza się z objawami, które można uznać za niewyjaśnione, trudne do diagnozowania, niespecyficzne lub mające podłoże w zaburzeniach sfery psychicznej.

Doświadczenia z wzajemnych relacji lekarza rodzinnego z pacjentem stały się inspiracją do rozważań brytyjskich badaczy, którzy w 2005 roku nawiązali do teorii chaosu w medycynie rodzinnej²⁸. Obiektem zainteresowań stała się konsultacja lekarska, którą można traktować w kategoriach teorii systemów złożonych. Zachowanie lekarza i pacjenta można opisać w aspekcie pozornie losowych zdarzeń, które są zaskakująco spójne, cykliczne i nieprzewidywalne. W istocie nie są losowe bowiem determinuje je duża ilość czynników wpływająca na przebieg spotkania (np. czas wizyty, oczekiwania lekarza i pacjenta, kontekst wizyty, doświadczenie zawodowe, wpisywanie danych do komputera, zachowanie się pielęgniarki, zapach w gabinecie, ubiór i mowa uczestników itd.).

Elementy teorii chaosu mają swoje ugruntowanie w polskiej literaturze fachowej w dziedzinie fizyki medycznej. Wśród wielu badań biofizyki wy-

²⁵ S. Czachowski, *Rola lekarza rodzinnego w praktyce medycznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2005.

²⁶ W. Łukaszewski, *Wielkie pytania psychologii*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.

²⁷ B. Dolińska, *Placebo. Siła sugestii*, *Przegląd Psychologiczny*, 1999, 42: 241 – 257.

²⁸ Zob. A. Innes, A. P. Champion, F. Griffiths, *Complex consultations and the 'edge of chaos'*, *British Journal of General Practice* 2005.

różniają dwa kierunki. Pierwszy z nich tworzy matematyczne modele pewnych procesów, których równania testuje się, czy w określonych warunkach mogą działać chaotycznie. Jako przykład podaje się chaotyczne ruchy gałek ocznych, które występują w schizofrenii. Drugi kierunek poszukiwań obejmuje układ przewodzący serca, którego aktywność jest bardzo zmienna i zależy w dużym stopniu od stanu zdrowia człowieka. Biofizycy uważają, że badania wymiaru fraktalnego atraktora rytmu serca wskazują na chaotyczny charakter tego układu. Podkreśla się fakt, że na przykład kilka dni przed śmiercią maleje układ chaotyczny a kilkanaście godzin przed zgonem chaos zanika i rytm serca jest idealnie regularny. Podobne obserwacje dotyczą sygnału encefalograficznego, który traci swoją chaotyczność w trakcie napadu padaczkowego²⁹. Cechą układów chaotycznych jest to, że elementy jego mają właściwość modelu nieliniowego. Rozumienie funkcjonowania takiego systemu odbiega od doświadczeń znanych z efektów układów liniowych, w których np. mała przyczyna prowadzi do małego skutku, a aby zwiększyć efekt końcowy, należy zwiększyć impuls początkowy. Taka sytuacja ma miejsce np. w farmakoterapii, kiedy dla zwiększenia efektu trzeba zlecić większą dawkę leku. W układach chaotycznych, które cechują się złożonością i nieprzewidywalnością – takie rozumowanie nie sprawdza się i jest błędne, bowiem nawet niewielkie zmiany mogą wywołać duże efekty końcowe, a znaczne impulsy początkowe nie muszą być powodem znaczących przemian.

Autorzy angielscy szukali w pracy lekarza rodzinnego analogii do obserwowanych w przyrodzie całościowych zachowań innych ekosystemów, na przykład ławicy ryb, zbioru lejących ptaków, kolonii termitów, układu immunologicznego. Brano pod uwagę instytucje społeczne np. giełdę finansową, rodzinę, organizacje zawodowe, podstawową opiekę zdrowotną. W polskiej literaturze nie znaleziono opisów teorii chaosu, które dotyczą zachowań społecznych w opiece medycznej.

W badaniach brytyjskich podkreślono podobieństwo zachowań w układach chaotycznych w trakcie konsultacji lekarzy rodzinnych³⁰. Ze względu na dużą liczbę zgłaszających się pacjentów z niespecyficznymi objawami,

²⁹ P. Jaśkowski, *Teoria chaosu i jej zastosowanie w medycynie*, [w:] *Biofizyka. Podręcznik dla studentów*, F. Jaroszyk (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.

³⁰ P. Plsek., T. Greenhalgh, *The challenge of complexity in health care*, *BMJ* 2001, vol. 323.

lekarz rodzinny porusza się (oscyluje) na krawędzi obszaru określającego konsultację. Pierwszą granicę wyznacza oś wartości uzyskania porozumienia z pacjentem (pełne porozumienie vs. brak porozumienia). Druga oś wyznaczona jest wartościami poczucia pewności w postępowaniu lekarskim (poczucie pewności vs. brak pewności). Lekarz może poruszać się między stanem pełnego porozumienia i pewności swojego działania np. rozpoznanie nadmiernej woskowiny i płukanie ucha albo znaleźć się w obszarze, w którym brak jest zarówno zgody chorego, jak i pewności dotyczącej postawionej diagnozy, np. skierowanie do szpitala psychiatrycznego przy podejrzeniu zaburzeń psychicznych. Pomędzy stanami krańcowymi znajduje się duży obszar, w którym lekarz oscyluje pomiędzy wartościami porozumienia i pewności. Sfera ta jest bardzo rozległa i obejmuje tak niespecyficzne dolegliwości jak: poczucie ciągłego zmęczenia, objawy hipochondrii, przewlekłe bóle, symptomy somatyzacji, zaburzenia psychiczne i emocjonalne. Duża część konsultacji przebiega więc „na krawędzi chaosu”. Ma charakter złożony, od prostych porad, do trudnych rozmów decydujących o życiu chorego. Złe rozpoznanie, niepotrzebne badania, brak odesłania pacjenta do szpitala lub niepotrzebne skierowanie do specjalisty grozi niestabilnością pracy całego zespołu praktyki. Małe zakłócenia w interakcji lekarza i pacjenta są w stanie wywołać duże perturbacje w trakcie konsultacji i odwrotnie znaczne konflikty mogą ulec wyciszeniu. Poruszanie się po obrzeżach tego obszaru, zarówno przez aktywność lekarza, jak i pacjenta może wpływać na kreatywne rozwiązania w zakresie diagnozy i leczenia i przyczynić się do korzystniejszych rozwiązań³¹.

Konsultację lekarza rodzinnego, ze względu na szeroki (holistyczny) wymiar zagadnień można i powinno rozpatrywać się jako złożony, adaptacyjny i samoorganizujący się system. Wynik jest nieprzewidywalny, bowiem kontrola spotkania tkwi w samej interakcji lekarza i pacjenta. Ważną zasadą jest zrozumienie źródła niepewności i akceptacja pewnego poziomu lęku. Warunkiem takiego stanu jest bezpieczeństwo postępowania obu stron. Twórczy niepokój może wręcz sprzyjać kreatywnym nastawieniom lekarza wobec trudnych problemów pacjenta.

Warto podkreślić, że analizę konsultacji jednego lekarza można rozpatrywać w aspekcie sprzężenia zwrotnego w zakresie skuteczności całego systemu podstawowej opieki zdrowotnej. Tworzy go bowiem sieć placówek

³¹ T. Wilson., T. Holt, *Complexity and clinical care*, BMJ 2001, vol. 323.

praktyk lekarzy rodzinnych, których w Polsce jest obecnie ponad osiem tysięcy. Charakter sieciowy praktyk lekarza rodzinnego, siła powiązań wewnętrznych i pomosty między nimi tworzą wyrazistą strukturę społeczną, która może wpływać na politykę społeczną państwa (np. strajk lekarzy rodzinnych z Porozumienia Zielonogórskiego).

7. Próba implementacji definicji holizmu do medycyny rodzinnej w Polsce

Pojawienie się terminu „holizm” w medycynie rodzinnej jest faktem i wynika z definicji przyjętej przez organizacje lekarzy rodzinnych w krajach Unii Europejskiej. W praktycznym wymiarze, oznacza to, że podejście holistyczne polega na ustalaniu diagnozy w powiązaniu z biopsychospołecznym modelem postrzegania pacjenta. A więc uznanie ważności wzajemnych interakcji biomedycznych objawów z psychologicznymi dysfunkcjami. Implikacją takiego podejścia może być przerzucenie ciężaru postępowania z medycyny naprawczej na promocję i profilaktykę. Najważniejszym wymiarem podejścia holistycznego jest konsultacja lekarska i jej desygnat w postaci długości czasu trwania spotkania z pacjentem. Im dłużej trwa, tym lepsza perspektywa holistycznego nastawienia lekarza³².

Trudno odnieść się do poglądów lekarzy z zakresu innych specjalizacji na przykład dyscyplin zabiegowych (np. chirurgów, ortopedów). Nie znamy ich opinii na temat wzajemnych relacji czynników środowiskowych w powstawaniu chorób i tego, w jaki sposób te interakcje obserwować. Wymaga to wspólnych badań, opisów i współdziałania.

W trakcie studiów lekarskich studenci nie mają możliwości zetknięcia się z podstawami teoretycznymi holizmu, którego praktycznym wymiarem jest medycyna skoncentrowana na pacjencie. Nie dziwi więc fakt, że tylko 5% z nich po zakończeniu studiów zamierza ubiegać się o status lekarza rodzinnego. Trudno ocenić, czy według wspomnianej teorii J. Gibsona młodzi medycy są świadomi współwystępowania objawów chorobowych w kontekście psychologicznego i społecznego zaplecza pacjenta? Jaka jest struktura poznawcza studentów? – to wyzwanie dla badaczy. Może należy szukać metod

³² J. Howie, D. Heaney, M. Maxwell, *Quality, core, values and the general practice consultation: issues of definition, measurement and delivery*, Family Practice 2004, vol. 21, no. 4.

edukacyjnych, zwiększających wrażliwość studentów na widzenie chorego w perspektywie holistycznej? Wspierać aktywatory i eliminować inhibitory oczekiwanych postaw?

Jeżeli przyjęcie perspektywy holistycznej może pomóc w niesieniu pomocy chorym z przewlekłymi (np. depresja, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca) i nieuleczalnymi (np. stwardnienie rozsiane, schizofrenia) schorzeniami lub zespołami psychosomatycznymi (np. anoreksja, astma), to należy przyjąć tę nazwę i nadać jej właściwe znaczenie. Nie można dopuścić do zawłaszczenia tego terminu przez wyznawców szamanizmu³³. Pozostawienie problemu bez rozwiązania, ukrywanie tematu przed medycznym środowiskiem naukowym będzie przedpołem dla lingwistycznej aktywności charyzmatycznych uzdrowicieli spod znaku ruchów Nowej Ery.

BIBLIOGRAFIA

- Alderson P., *The importance of theories in health care*, BMJ 1998, vol. 317.
- Alderson P., Goodey C., *Theories of consent*, BMJ 1998, 317: 1313–1315.
- Allen J., Heyrman J., *Cele edukacyjne szkolenia w dziedzinie medycyny rodzinnej*, [w:] W. Lukas i E. Tesla (red.), *Nauczanie w praktyce lekarza rodzinnego*, Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2005.
- Bańka A., *Spoleczna psychologia środowiskowa*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2002.
- Bertalanffy L., *Ogólna teoria systemów*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1984.
- Czachowski S., *Rola lekarza rodzinnego w praktyce medycznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2005.
- Dolińska B., *Placebo. Siła sugestii*, *Przegląd Psychologiczny* 1999, 42: 241–257.
- Engel G., *The Need a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*, Science 1977, vol. 196.
- Engel G., *The Clinical Application of the Biopsychosocial Model*, *The American Journal of Psychiatry* 1980, 137: 5.

³³ J. Freeman, *Towards a definition of holism*, *British Journal of General Practice*, February 2005.

- Engel G., *The Care of the Patient. Art or Science?*, The John Hopkins Medical Journal, 1977: 222–232.
- Freeman J., *Towards a definition of holism*, British Journal of General Practice, February 2005.
- Gregosiewicz A., *Medycyna naturalna i holistyczna, czyli świeckie uzdrawianie „całego człowieka”*, www.kulty.info 2002.
- Gregosiewicz A., *Postmodernistyczny szamanizm, czyli medycyna holistyczna Nowej Ery*, www.kulty.info/tech/pritart 2005.
- Hall C., Lindzey G., *Teorie osobowości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.
- Herman J, ed., *European Academy of Teachers in General Practice EURACT*, Leuven 2005.
- Howie J., Heaney D., Maxwell M., *Quality, core values and the general practice consultation: issues of definition, measurement and delivery*, Family Practice 2004, vol. 21, No 4.
- Innes A., campion P., Griffiths F., *Complex consultation and the ‘edge of chaos’*, British Journal of General Practice 2005.
- Jaśkowski P., *Teoria chaosu i jej zastosowanie w medycynie*, [w:] F. Jaroszyk (red.), *Biofizyka. Podręcznik dla studentów*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
- Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
- Latkowski J., Lukas W (red), *Medycyna rodzinna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- Łukaszewski W., *Wielkie pytania psychologii*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
- Plsek P., Greenhalgh T, *The challenge of complexity in health care*, BMJ 2001, vol. 325.
- Saultz J., *Podręcznik medycyny rodzinnej*, Wydawnictwo CZELEJ, Lublin.
- Sheridan C., Radmacher S, *Psychologia Zdrowia*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 1998.
- Szacki J., *Historia myśli socjologicznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
- Szymczak M., (red.), *Słownik języka polskiego*, PWN, Warszawa 1978.
- Trzebski A., *Regulacja czynności fizjologicznych*, [w:] A. Trzebski, W. Traczyk (red.), *Fizjologia człowieka z elementami fizjologii stosowanej i klinicznej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.

Wilson T., Holt T, *Complexity and clinical care*, BMJ 2001, vol. 325.
www.bioter.pl/rady/holistyka.html 2004.
www.holos.cz/POLSKO/holoscentrum/hol-medicina.htm 2006.

Sławomir Czachowski

THE NOTIONS OF HOLISM AND CHAOS IN FAMILY MEDICINE

S u m m a r y

In this review I am starting a discussion on the subject of the notion „holism”, which was brought by the European Academy of Teachers of Family Medicine into the definition of a family doctor. This notion characterizes one of six axial skills of a family doctor.

The holism is known in medical science mainly in field for the human physiology and it shows that a human organism as a whole is something more than just the sum of one's parts. Feedbacks between the gigantic number of molecules are creating new in terms of quality correctness which may act in complicated and unpredictable way. Other disciplines like psychology and sociology adapted the holism to theories explaining public behaviors. The „holism” is waking big controversies up because of its negative associations with alternative and complementary medicine, with New Age moves and the shamanism.

In the new medical discipline – value of the communication with the patient is being underlined in family medicine but medical consultation still has a central meaning.

Theories of the chaos and complexities can explain a lot of phenomena in this context, which have the influence of functioning of the entire system of the health care.

Correct understanding new medicine notions can prevent appropriating these notions for the needs of charismatic healers.

key words: holism, chaos, general systems theory, family medicine