

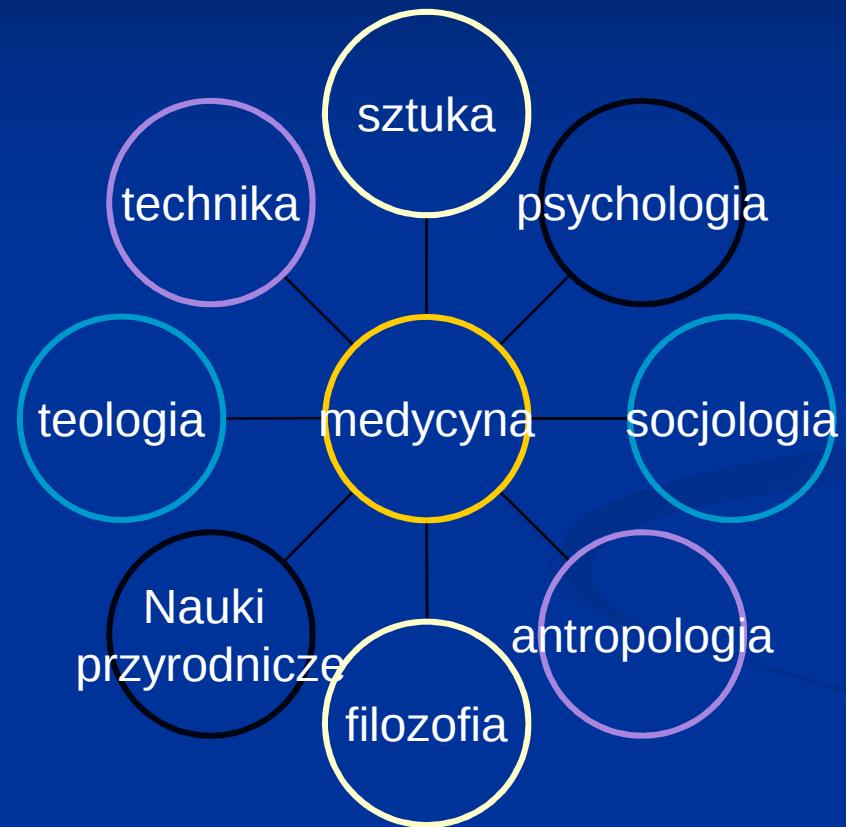
Natura i norma. Kontrowersje filozoficzne.
KUL, 2008.

Natura, nadnatura i medycyna - czy współczesny lekarz potrzebuje kategorii natury?

Jakub Pawlikowski

Zakład Etyki i Filozofii Człowieka Uniwersytetu
Medycznego w Lublinie



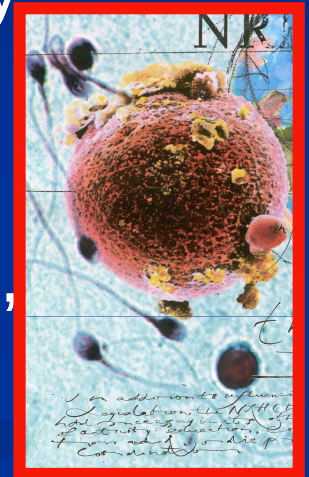


Pojęcie natury i medycyna

- Naturalne/sztuczne
 - czy kategoria naturalności/sztuczności jest wewnętrznie zróżnicowana (np. stopniowalna)?
- Natura choroby/zdrowia
- Naturalne (normalne)/ nienaturalne (patologiczne)
- Naturalne/nadnaturalne

Metody wspomaganego rozrodu

- **Inseminacje:** nasieniem męża (AIH), dawcy (AID); doszyjkowa nasieniem męża (HI), domaciczna (IUHI) lub dawcy (IUD);
- **Przenoszenie gamet:** dojajowodowe (GIFT), przezmaciczne dojajowodowe (TUFT); dojajowodowe przeniesienie oocytu z następczą inseminacją (FREDI); **przeniesieniu komórki jajowej do bańki jajowodu (LTOT);** przezszyjkowe (TOAST)



Metody wspomaganego rozrodu - cd.

- Zapłodnienie pozaustrojowe z następczym przeniesieniem zygoty lub embrionów: przeniesienie zapłodnionej komórki jajowej w stadium przedjądrzy (PROST); przeniesienie zygoty (ZIFT); przeniesienie embrionu (TET - *Tubal Embryo Transfer*); przeszzyjkowe przeniesienie embrionu do jajowodu (TV-TEST)
- Metody mikromanipulacji: mikroiniekcja plemnika do komórki jajowej (ICSI), nacięcia osłonki przejrzystej (PZD); umieszczenie plemników między osłonką przejrzystą a błoną komórkową oocytu (SUZI)
- **Metoda IVF-ET (FIVET) – klasyczne zapłodnienie *in vitro***
- Metoda hodowli zarodków w pochwie (CIVET lub IVC)

Współczesny paradygmat medyczny

- W ostatnich latach nastąpiło przesunięcie akcentów w założeniach
- Epistemologicznych:
 - w pełni poznawalna rzeczywistość →
 - poznawalna tylko w przybliżeniu i poznanie oparte na statystycznym prawdopodobieństwie
- Metodologicznych:
 - Drogami poznania bogate doświadczenie kliniczne, badania w naukach podstawowych, doświadczenie i wiedza eksperta →
 - systematyczna, bezstronna i wieloośrodkowa obserwacja, której przykładem są randomizowane badania kontrolne.

EBM - historia

- 1835 roku Pierre Luis zastosował „metodę numeryczną”
- II poł. XX w. - badania kliniczne oparte na randomizacji (pierwsze badanie z randomizacją opublikowano w 1948 roku).
- rozwój epidemiologii klinicznej,
- wprowadzenie schematu streszczeń w dominujących czasopismach anglojęzycznych,
- powstanie wtórnych publikacji (np. *Best Evidence*, *Cochrane Collaboration*, *Clinical Evidence*)
 - Np. w 1966 opublikowano 29 000 nt. leczenia i 10 000 diagnostyki, a w 2002 ponad 110 000 prac nt. leczenia i 90 000 na temat diagnostyki.
 - W medycznej bibliograficznej bazie danych MEDLINE obecnie indeksowanych jest ok. **4600** czasopism medycznych.

- wykłady A. Cochran (1972):
 - wiele procedur medycznych stosuje się bez znajomości ich skuteczności i bezpieczeństwa (→ szkody jatrogenne, marnotrawstwo środków i niekorzystanie z lepszych metod)
 - Postulat oceny różnych metod terapeutycznych niezależnymi metodami badawczymi (np. przy pomocy RCT)
- termin *evidence-based medicine* (EBM) (1991)

Podkreślanie różnic między starym i nowym paradygmatem – lata 90-te XX w.

■ Paradygmat klasyczny

- Doświadczenie kliniczne źródłem wiedzy medycznej;
- zrozumienie procesów fizjologii i patologii prowadzi bezpośrednio do właściwych wniosków klinicznych;
- połączenie doświadczenia klinicznego i teoretycznej znajomości zagadnienia umożliwia ekspertom formułowanie trafnych zaleceń

■ EBM

- Podstawą RCT
- oparcie się tylko na doświadczeniu klinicznym może skutkować długotrwałym używaniem nieskutecznych interwencji;
- wnioskowanie oparte na wynikach nauk podstawowych może być niekiedy mylące;
- od ekspertów wymaga się przedstawienia nie tylko zaleceń, ale również:
 - przesłanek wiodących do takich wniosków (np. HTZ),
 - składu grupy opracowującej zalecenia (różnice między różnymi specjalistami, krajami, czy między lekarzami, ministerstwem lub płatnikiem), np. tPA

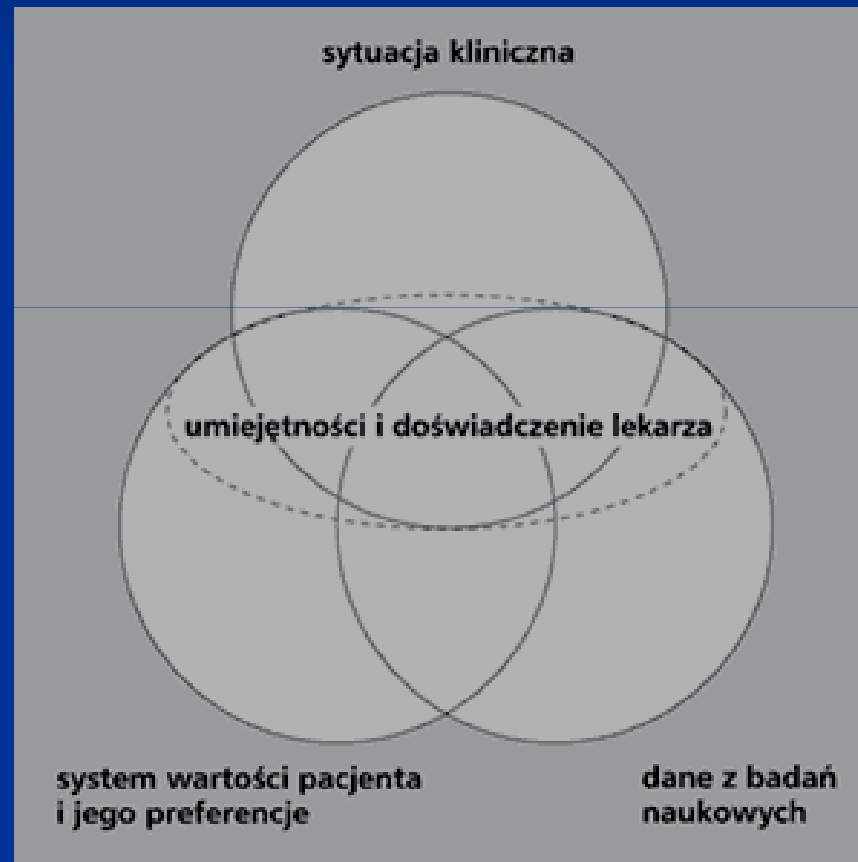
Krytyka EBM - II połowa lat 90-tych XX w.

- niedocenywanie danych nie pochodzących z badań eksperymentalnych (np. płynących z doświadczenia klinicznego czy intuicji);
- Przecenianie dowodów naukowych w procesie podejmowania decyzji klinicznej (a system wartości pacjenta i danego społeczeństwa?, np. tPA, przeszczepy)
- utożsamianie istotności statystycznej ze znaczeniem klinicznym;
- trudność podejmowania decyzji w sytuacjach braku wiarygodnych danych;
- wybiórcze używanie języka EBM, jak np. analiza ekonomiczna i obniżanie kosztów.

Po roku 2000 zaczęto podkreślać różnice ilościowe, a nie jakościowe pomiędzy starym i nowym modelem:

- Wszystkich łączy troska o dobro pacjenta.
- lekarze zawsze podejmowali decyzje opierając się na jakichś danych (*evidence*) (EBM wprowadza jedynie jasną hierarchię wiarygodności danych).
- waga właściwego postawienia problemu klinicznego (na podstawie doświadczenia i wiedzy), zanim weźmie się pod uwagę wyniki badań randomizowanych.
- w procesie podejmowania decyzji klinicznej dokonuje się integracji nie tylko samych danych (*evidence*), ale również doświadczenia, wiedzy oraz ludzkich preferencji.

Decyzja lekarska i *evidence based medicine*



Tłumaczenia EBM

- „praktyka dyktowana przez wiarygodne i aktualne publikacje” (początek lat 90-tych);
- „praktyka oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach” (rok 1998)
- „praktyka biorąca pod uwagę wiarygodne i aktualne publikacje” (rok 2000)

Hierarchia dowodów

- metaanalizy badań z randomizacją;
- badania z randomizacją (*randomised controlled trial* - RCT);
- badania eksperymentalne z grupą kontrolną bez randomizacji;
- Badania kohortowe (prospektywne);
- Badania kliniczno-kontrolne (retrospektywne);
- Badania przekrojowe
- Opis przypadku (*case report*) lub serii przypadków (*case series*).

Problemy EBM

- Kwestia nastawienia badacza (tendencyjność) (dlatego randomizacja i podwójnie ślepa próba);
- wyniki badań mogą niekiedy dopuszczać różne interpretacje – konieczność odwołania się do opinii ekspertów;
- Niekiedy wyniki RCT są niezgodne z obserwacją (metaanalizy)
- stosowanie u pojedynczego pacjenta wyników badań uzyskanych na podstawie grupy pacjentów;
- Problemy etyczne (ślepa próba, zbyt długi czas badania);
- około 50% decyzji terapeutycznych opiera się na innych niż RCT dowodach, uznanych jednak za przekonujące

Wyzwania EBM

- teoria wiarygodnego faktu (*evidence*) i wnioskowanie na jego podstawie;
- wystąpienie korelacji statystycznej pomiędzy dwoma zjawiskami a ich związek przyczynowy;
- kliniczne przekonania i intuicje a intersubiektywna wiedza naukowa;
- strukturę teorii medycznej;

Wiedza medyczna

- Współczesna medycyna nie formułuje twierdzeń absolutnych, ale tylko oparte na dostępnych w danym czasie danych (przedział ufności)
- Medycyna nie oferuje kompletnego i jednolitego systemu praw odnoszących się do organizmu ludzkiego - raczej wytwarza ona szachownicę (*patchwork*) praw o względnej ogólności
- Wiedza kliniczna jest bliższa wiedzy pojętej jako *know how* (umiejętność podjęcia odpowiedniej decyzji), niż pojętej jako zespół posiadanych twierdzeń
- Decyzja kliniczna jest „zakładem” wynikający z przewidywania największej szansy powodzenia
- Nie musi się ona opierać na pojęciu natury

Cud: pomiędzy medycyną i religią

- Większość zdarzeń określanych cudownymi to niewyjaśnione spontaniczne uzdrowienia
- Wiara w cuda może mieć wpływ na niektóre zachowania pacjentów, np. przedłużanie uporczywej terapii
- Element sporu między nauką a religią
- Lekarze jako biegli powoływani przez Kościół Katolicki



Starożytność

- Kultura grecko – rzymska:
 - bogowie, herosi
 - Filozofowie, cesarze
 - Asklepiades
 - Krytycy: Celsus, Cynceron,
- Kultura żydowska
 - Świat stworzony
 - **oth (gr. semeion) - znak;**
geburah (gr. dynamis) –
akt mocy Bożej; ma'ase' (gr. ergon) – dzieło Boże;
mophet (gr. teras) - rzecz
wywołująca zdziwienie



Chrześcijaństwo

■ Augustyn z Hippony – koncepcja subiektywna

- „zdarzenie, które nas zdumiewa z powodu przekroczenia naszych zwykłych oczekiwań i możliwości”
- *semina miraculorum*



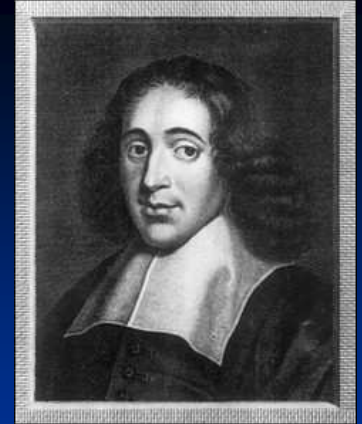
■ Tomasz z Akwinu – koncepcja obiektywna

- „wydarzenie, które przekracza całkowicie możliwości natury i uczynione jest przez przyczynę boską”
- 1) co do substancji – *supra naturam*;
- 2) co do podmiotu – tzw. *cuda contra naturam*,
- 3) co do sposobu – tzw. *cuda praeter naturam*,
- Porzedzona powstaniem koncepcji praw naturalnych





Nowożytność



- Protestantyzm – cud wiary
- B. Spinoza – niezmiennie prawa natury
- B. Pascal – „światłocień”
- D. Hume – słabe ludzkie świadectwo
 - „jeśli za prawami natury przemawia mocne i jednorodne doświadczenie, które stanowi dowód, to za cudem musiałby przemawiać dowód silniejszy przeciwny, czyli wbrew doświadczeniu” (fałszywy)
 - „doświadczenie przeciwko cudom będzie jednolite, tylko wtedy, jeśli wiemy, że wszystkie świadectwa o nich są fałszywe. A wszystkie świadectwa mogą być fałszywe tylko wtedy, jeśli wiemy, że cuda nie mogą się zdarzać” (C.S. Lewis)
- I. Kant – „nie można dostrzec w naturze działań sprzecznych, ani też zawieszania jej sił, a wszystko dzieje się w ciągłym łańcuchu przyczyn”

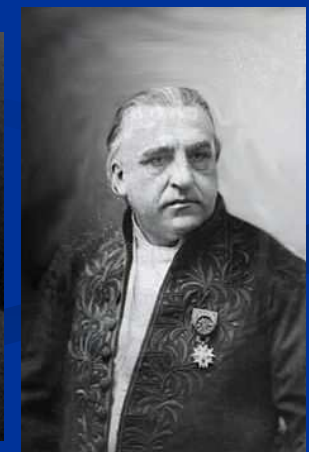




Wiek XIX



- **Objawienia Maryjne** (Paryż, La Salette, Lourdes – J.M. Charcot, A. Carell)
- **I Sobór Watykański** Kościoła Katolickiego (1869-1870), potępił twierdzenia o niemożliwości czynienia cudów przez Boga



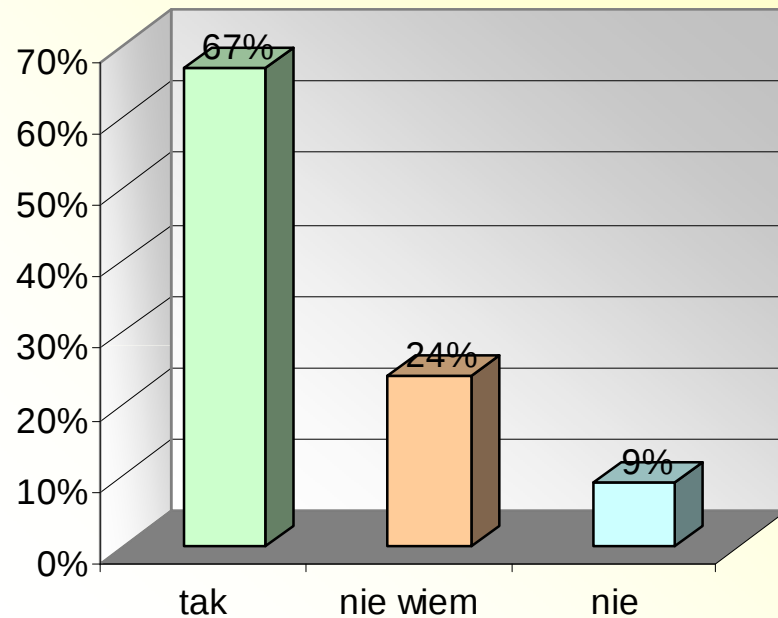
Wiek XX i XXI

- koncepcja cudu *contra naturam* jest wewnątrznie sprzeczna. Prawo natury jest aktualnym biegiem wydarzeń
- Znakowa koncepcja cudu w teologii;
- Wiek XXI:
 - w Lourdes w 2005 ostatni oficjalnie uznany przypadek uzdrowienia,
 - Watykańska Kongregacja Spraw Kanonizacyjnych w latach 1983 – 2004 ogłosiła **347 dekretów o cudzie**
 - **73 % lekarzy amerykańskich wierzy w cuda**
 - 70% polskich studentów medycyny wierzy w cuda
 - 67% polskich lekarzy wierzy w cuda

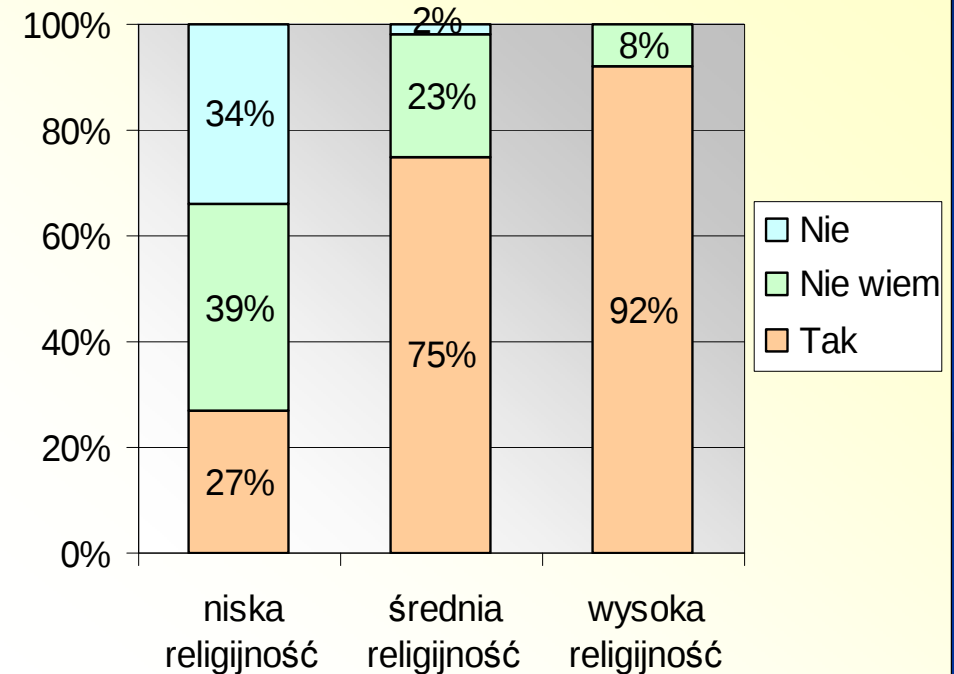


Lekarze a cuda

Czy uważasz, że istnieją cuda (jako skutki Bożej interwencji)?



Czy uważasz, że istnieją cuda (jako skutki Bożej interwencji)?



$\chi^2 = 95,63$; $df = 4$; $p < 0,01$

- zależność od religijności
- niezależność od płci, specjalizacji, stażu pracy, funkcji kierowniczej



Rozpoznanie cudu w KK

- aspekt medyczny i uczestnictwo lekarzy w procesach od XIII w
- od 1588 (Sykstus V) - **Kongregacja Rytów**
- Benedykt XIV (1740-1758), ustanowił rejestr lekarzy i ustanowił kryteria niewyjaśnionego uzdrowienia
 - choroba musi być **poważna i nieuleczalna**
 - choroba nie powinna być w fazie schyłkowej lub innej sprzyjającej jej spontanicznej remisji
 - nie były podawane **żadne lekarstwa** lub **brak było jakiegokolwiek ich efektu terapeutycznego**
 - uzdrowienie musi być **natychmiastowe**
 - uzdrowienie musi być **całkowite**;
 - uzdrowienie nie było poprzedzone żadnym „przesileniem”, ani kryzysem choroby
 - uzdrowienie musi być **trwałe**



Rozpoznanie cudu – postępowanie

Watykan

- **Część diecezjalna**
 - Zebranie dokumentacji i ustanowienie trybunału z biegłym lekarzem w składzie
- **Część „rzymska”**
 - **Konsulta Medyczna**
 - Opracowanie *positio*
 - Zbadanie dokumentacji przez Kongres Specjalny Teologów oraz Zebranie Kardynałów i Biskupów
 - Ostateczną decyzję podejmuje papież



Lourdes

- I : **Biuro Medyczne** w Lourdes
- II : **CMIL** (Międzynarodowy Komitet Medyczny w Lourdes)
 - III: **głosowanie** na zebraniu CMIL
 - Od 1997: „zdarzenie całkowicie nieoczekiwane z punktu widzenia normalnych medycznych przewidywań” (*completely unexpected*)
 - Wcześniej – „nadzwyczajne”
- Przesłanie akt do diecezji uzdrowionego
- Do dnia dzisiejszego: 67 dekretów (na ok. 7000 przypadków)

Zasady orzekania o medycznej niewyjaśnialności uzdrowienia

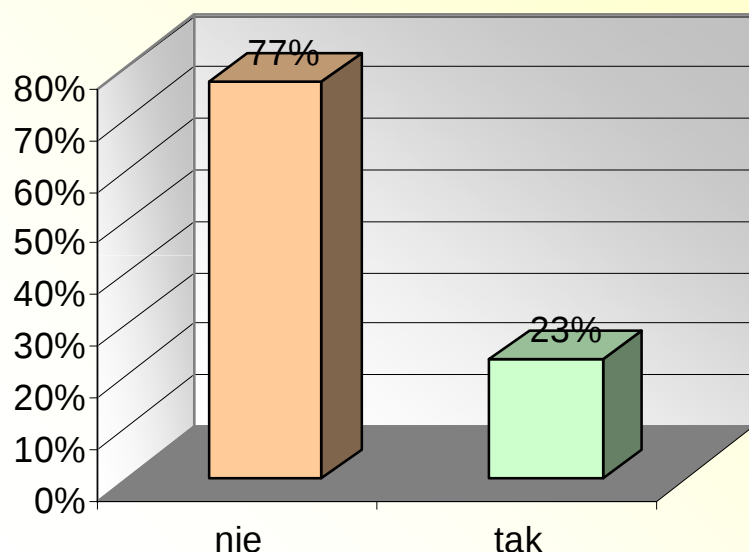
- dobrze udokumentowana diagnoza,
- niekorzystna lub fatalna prognoza,
- nieadekwatność terapii wobec uzyskanego efektu
- wyjątkowość uzdrowienia, na którą składa się natychmiastowość, całkowitość i trwałość uzdrowienia.
- Wyklucza się z postępowania uzdrowienia z chorób psychicznych

Natura/naturalny

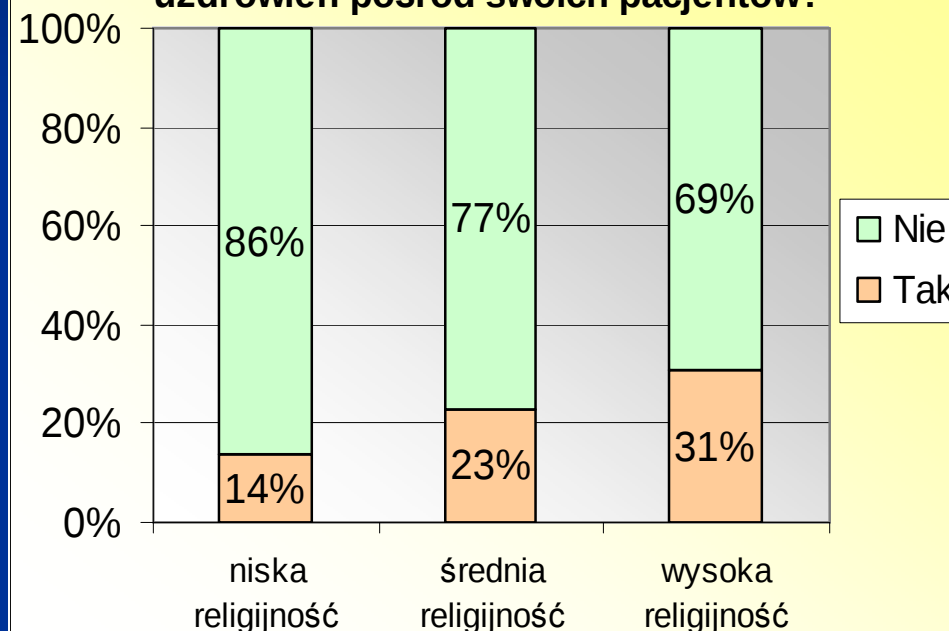
- Alternatywa: naturalne vs niewyjaśnialne
- Pojęcie natury: nieprecyzyjne
 - Granice natury?
 - Wiedza obecna czy również możliwa?
- Lekarz na podstawie swojej wiedzy i doświadczenia może określić przybliżone prawidłowości przebiegu danej choroby:
 - wąskie, restrykcyjne ich potraktowanie pozostawia dużą liczbę przypadków, które się w nich nie mieszczą (niewyjaśnione)
 - Szeroka interpretacja, jako tylko pewien przybliżony opis, może zmniejszyć ilość przypadków niewyjaśnionych.
- Pomiędzy faktami wytłumaczalnymi i niewytłumaczalnymi może istnieć obszar niepewności i wahania
 - Czy różne czynniki pozaprofesjonalne nie mogą wpływać na przyjęcie określonej szerokości tej normy?

Lekarze a cuda

Czy obserwowałeś przypadki cudownych uzdrowień pośród swoich pacjentów?



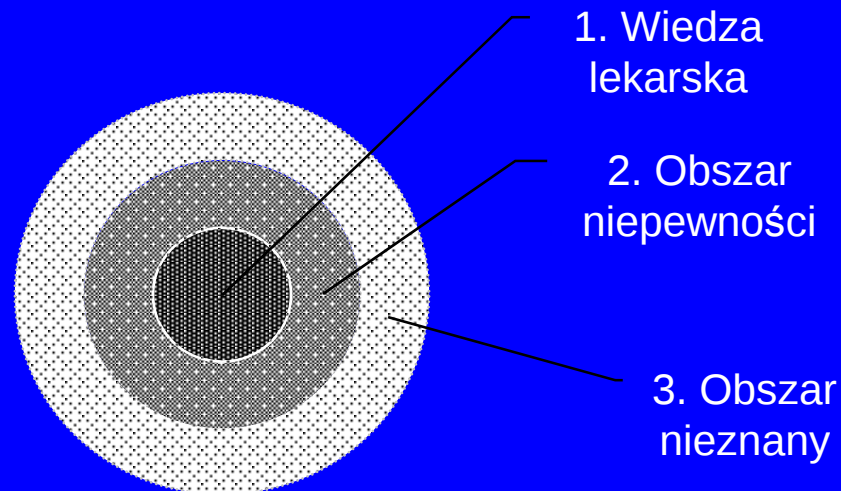
Czy obserwowałeś przypadki cudownych uzdrowień pośród swoich pacjentów?



$\chi^2 = 6,57$; $df=2$; $p < 0,05$

- zależność od religijności i stażu pracy
- odpowiedzi niezależne od płci, specjalizacji, funkcji kierowniczej, ani wyniku w SPwP

Opinia biegłego lekarza



Rys.2. Pole decyzji lekarskiej.

Natężenie koloru odpowiada pewności decyzji. Orzeczenia o uzdrowieniach mogą mieścić się w obszarze niepewności (2) lub nieznanym.(3)

- Opinia ekspercka oparta na własnym doświadczeniu klinicznym i intuicji a nie RCT, czy metaanalizach
- opinia jest wydawana bardziej w **imieniu własnym biegłych**, aniżeli w imieniu medycyny jako nauki
- pozostaje wartościową opinią

Cud - pomiędzy teologią a medycyną

- czy nie należałoby całkowicie rozdzielić postępowania w sprawie cudu od postępowania w sprawie świętości.
- Teologia i religia nie byłaby wtedy uzależniona od medycyny w wydawaniu osądu o Bożym działaniu czy o świętości kandydatów na ołtarze. Sąd, który chce być ponadczasowym i bezwzględny (dekret biskupi lub papieski), nie wspierałby się na sądzie tymczasowym i względnym (orzeczenie lekarskie)

Dziękuję



- W roku 2006 przyjęto werdykt o nadzwyczajnym charakterze uzdrowienia, które miało miejsce w 1992 roku (złośliwy nieziarniczy chłoniak typu B z przerzutami do opłucnej, powikłanym po roku ostrą białaczką szpikową z podejrzeniem zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i nerwu wzrokowego; pomimo chemioterapii choroba postępowała a prognoza była niekorzystna. Uzdrowienie nastąpiło w związku z pielgrzymką do Lourdes i nie stwierdzono nawrotu choroby w ciągu 13 lat obserwacji).

P. Thellier, obecny szef BM w Lourdes podkreśla:

- „Nie mogę dowieść, że uzdrowienie jest niewytłumaczalne. Medycyna nie jest nauką ścisłą i odnosi się tylko do poszczególnych przypadków. Można tylko dojść do wewnętrznego przekonania uznanego przez większość. Do konsensusu w łonie Międzynarodowego Komitetu Medycznego złożonego z 20 lekarzy ekspertów z różnych państw Europy”[\[1\]](#)

- Różne elementy oceny mogą się charakteryzować różną pewnością.
- Odnośnie diagnozy ocena może wykazywać dość duży stopień prawdopodobieństwa, zwłaszcza, jeśli można było osobiście przebadać uzdrowioną osobę. Brak jednak kontaktu z lekarzem, który oceniał stan choroby na początku i lub prowadził leczenie nie pozwala na uchwycenie innych czynników, np. takich, które nie zostały zapisane w dokumentacji, a które mógł on uwzględniać subiektywnie, i które pozwoliły mu na przekroczenie „progu diagnostycznego”.
- Prognozę trzeba najczęściej odtwarzać retrospektywnie, bazując na diagnozie i udokumentowanej historii choroby.
- Natomiast ocena samego procesu czy momentu uzdrowienia oparta jest jedynie na zeznaniach uzdrowionego. Procesu tego nie można porównać z innymi danymi, ponieważ nie ma takich badań. Można zatem stwierdzić, że nastąpił powrót do zdrowia, ale czy nie był on wynikiem działania wyłącznie sił natury jest już bardzo trudno orzec.

- Dla lekarza poznanie natury czy istoty choroby nie jest najważniejszym celem – jest ono podporządkowane leczeniu. Zdobywanie wiedzy ukierunkowane jest na podejmowanie właściwych decyzji klinicznych.
- jeśli na pacjenta oddziałują pozytywnie jakieś nieznane czynniki (nawet nazywane przez kogoś nadnaturalnymi) to przez lekarza mogą być one traktowane jak inne znane mu czynniki („naturalne”). Różnica w ich pochodzeniu (natura-nadnatura) czy nieznanomość mechanizmu działania nie odgrywa istotnej roli.
- Oczekiwania, że lekarz ze swojej praktyki powinien wiedzieć, co jest naturalne, albo nienaturalne byłyby nadmierne. Nie zna on granic świata naturalnego, zatem pojmowanie natury może być u niego węższe lub szersze.

- Nasuwają się pytania odnośnie składu watykańskiej Konsulty Medycznej: dlaczego nie ma ona charakteru międzynarodowego?; nie pracuje w sposób otwarty?; a jej członkami są tylko katolicy?
- Wątpliwości może budzić również procedura głosowania. Odnośnie alternatywy: wyzdrowienie „naturalne” albo „niewytłumaczalne”, można zgłosić uwagi, że pojęcie naturalności jest niedoprecyzowane i może być różnie rozumiane. Jeśli pojmie się je szerzej to można sobie wyobrazić przypadki jednocześnie naturalne i niewytłumaczalne - oba pojęcia zachodzą na siebie zakresowo w związku z czym trudno mówić o alternatywie sensu *stricto*. Tylko przy wąskim pojęciu naturalności („naturalne jest to, co można wytłumaczyć”) można mówić o alternatywie. O naturalności może zatem decydować nasze subiektywne wyobrażenie o tym, co możliwe utworzone na podstawie tego z czym się zetknęliśmy lub o czym się dowiedzieliśmy (i odwrotnie).
- Godzenie się na niejednomyślność opinii w tak ważnej kwestii, może również prowokować do stawiania zarzutu, że końcowa opinia Konsulty jest w pewnej mierze efektem subiektywnych przekonań biegłych.
- Jak zaklasyfikować przypadki, które z jednej strony nie są niepowtarzalne, ale z drugiej strony nie znamy mechanizmu ich powstawania, np. stygmaty?