

Ομοιοπαθητικά Νέα

Homeo News



Περιοδική έκδοση της Ελληνικής Εταιρείας Ομοιοπαθητικής Ιατρικής

Δεκέμβριος '10 - Φεβρουάριος '11 **#19**

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ
• ΑΘΗΝΑ •



www.homeopathy.gr

ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ (ΑΙΚ) Εκλογές στους Ιατρικούς Συλλόγους και στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

Ομιλία Ανδρέα
Τρούμπη,
πρώην πρότανη
Πανεπιστημίου
Αιγαίου



Διπλωματικές
εργασίες
μεταπτυχιακών
φοιτητών του
Πανεπιστημίου
Αιγαίου



Εφημερίες
ομοιοπαθητικών
φαρμακείων
Αττικής &
Μακεδονίας



Η ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΟΥ ΠΕΤΥΧΑΜΕ ΠΟΤΕ
ΧΩΡΙΣ ΑΜΜΩΝΙΑ

KORRES

ΒΟΤΑΝΑ
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ
ΕΚΧΥΛΙΣΕΙΣ
ΕΡΕΥΝΑ



ΧΩΡΙΣ ΑΜΜΩΝΙΑ
ΧΩΡΙΣ ΠΡΕΣΟΡΙΚΗ
ΧΩΡΙΣ ΒΑΡΕΑ ΜΕΤΑΛΛΑ
ΧΩΡΙΣ PARABENS
ΧΩΡΙΣ ΣΙΛΙΚΟΝΕΣ
ΧΩΡΙΣ MINERAL OIL
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΕΛΕΓΜΕΝΗ

WWW.KORRES.COM
ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

HERB GLOSS

ΜΟΝΙΜΗ ΚΡΕΜΑ-ΒΑΦΗ ΜΑΛΛΙΩΝ ΣΕ ΣΩΛΗΝΑΡΙΟ

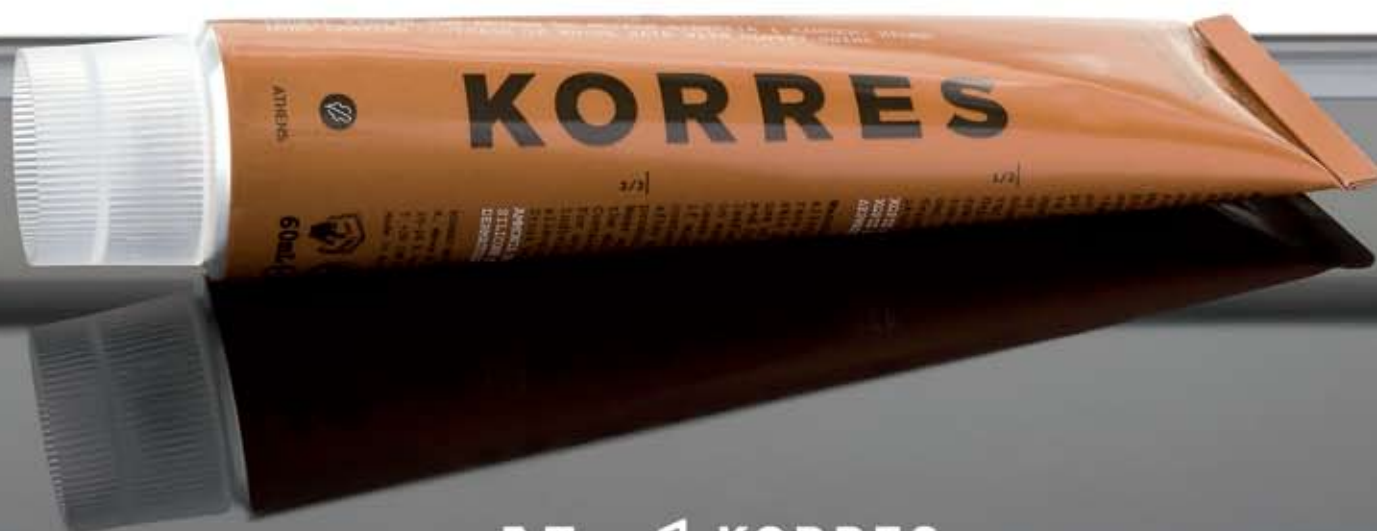
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

ΧΩΡΙΣ ΑΜΜΩΝΙΑ / ΜΕ ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΦΥΣΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ

ΤΕΛΕΙΑ ΚΑΛΥΨΗ & ΛΑΜΨΗ / ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΜΕ ΠΛΟΥΣΙΑ ΦΥΣΙΚΑ ΕΛΑΙΑ

Με την εμπειρία του ειδικού στις βαφές μαλλιών δημιουργήσαμε την HERB GLOSS, τη μόνιμη βαφή που εξασφαλίζει επαγγελματικό αποτέλεσμα και τέλεια κάλυψη από την πρώτη εφαρμογή, ενώ εγγυάται μέγιστη ασφάλεια και περιποίηση για τα μαλλιά και το τριχωτό κεφαλής. Το έλαιο Αβουσυνίας και το εκχύλισμα Βαμβακιού θρέφουν, απαλύνουν και ενυδατώνουν σε βάθος την τρίχα ενώ το εκχύλισμα Ηλιάνθου, πλούσιο σε αντιοξειδωτικά συστατικά, χαρίζει εξαιρετικά λαμπερό χρώμα που δεν ξεθωριάζει.

ενδεικτική λιανική τιμή
9.20€



No1 KORRES
ΣΤΙΣ ΒΑΦΕΣ ΜΑΛΛΙΩΝ ΣΤΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ*



Homeo άρθρα

- 6** Ομιλία Ανδρέα Τρούμπη, πρώην πρύτανη Πανεπιστημίου Αιγαίου, στην τελετή καθομολόγησης Γ. Βυθούλκα
- 9** Ψευδο-Κλασική Ομοιοπαθητική: Περιμένοντας τους Βαρβάρους
- 12** Ισοανοσοποίηση κατά την εγκυμοσύνη και Ομοιοπαθητική
- 14** Ομοιοπαθητική συνέντευξη και φαινόμενο placebo

Homeo οδοντίατροι

- 16** Οδοντιατρικό αμάλγαμα: πού βρίσκεται ο μύθος και πού η αλήθεια;

Homeo απόψεις

- 20** Φαρμακωμένη υγεία, άρρωστη οικονομία
- 24** Περίπτωση ασθενούς με διαταραχές μνήμης
Όταν τα φαινόμενα πολλές φορές απατούν...

Homeo έρευνα

- 25** Ο ρόλος της επικοινωνίας στη σχέση γιατρού-ασθενή
- 28** Ολιστική προσέγγιση της Ψυχοδερματολογίας με κλασικά, ψυχοδυναμικά και εναλλακτικά μοντέλα
- 30** Κλινική μελέτη στο «Αρεταίειο»

Μόνιμες στήλες

- 34** Homeo φαρμακεία
- 36** Homeo ειδήσεις
- 38** Homeo διαφορική διάγνωση
- 39** Homeo προϊόντα



Φαρμακείο Μ. Προβατά

έτος ιδρύσεως **1980**

«Ο ΒΙΟΣ ΒΡΑΧΥΣ, Η ΔΕ ΤΕΧΝΗ ΜΑΚΡΑ,
Ο ΔΕ ΚΑΙΡΟΣ ΟΞΥΣ»

Ιπποκράτης ο Κώος



ANΘΕΙΑ
PRODUCTS S.A.

- Φαρμακοτεχνικά ομοιοπαθητικά σκευάσματα
- Γαληνικά φυτοθεραπευτικά σκευάσματα
- Ομοιοπαθητικά complex σε όλες τις μορφές (amp, pills, tabs, sol, cream)
- Άλατα susshler
- Φυροθεραπεία
- Γεμμοθεραπεία
- Αρωματοθεραπεία - Αιθ. Έλαια παγκόσμια & ελληνικά
- Ανθοθεραπεία - Ανθοϊάματα ελληνικά, αγγλικά, αυστραλέζικα, αμερικάνικα κλπ
- Ayurveda

- Συμπληρώματα διατροφής
- Βιταμίνες
- Ολιγοστοιχεία
- Βότανα & μίγματα βοτάνων
- Τσάγια από όλο τον κόσμο
- Βιβλία
- Τρόφιμα Βιολογικά - Βασ. Πολτός - Μέλι - Γύρη & παρασκευάσματα αυτών
- Μεγάλη ποικιλία πρώτων φυτικών υλών
- Φυτικό & βιολογικά μακιγιάζ
- Φυτικά, φυσικά & βιολογικά καλλυντικά για όλους.
- Φυτικά καλλυντικά «ANΘΕΙΑ»



210 61.26.944
210 80.25.029
210 80.62.596

Περικλέους 6
Μαρούσι
provata@otenet.gr

Η επίθεση στην Ομοιοπαθητική Ιατρική συνεχίζεται στο Ηνωμένο Βασίλειο

Από τον Κ. Τσιτνίδη, πρόεδρο ΕΕΟΙ

Όπως είναι γνωστό, τον τελευταίο καιρό η Ομοιοπαθητική Ιατρική δέχεται τρομερή επίθεση στην Αγγλία. Ο Τύπος έχει κατακλυστεί από άρθρα με αστεϊρευτή και υποκριτική επιθετικότητα (κάτι μου θυμίζει αυτό!).

Ας πάρουμε τα πράγματα από την αρχή. Από το 1948, η Ομοιοπαθητική έχει εισαχθεί στο εθνικό σύστημα υγείας της Αγγλίας. Το 1950 εγκρίθηκε η Πράξη της Ιατρικής Ομοιοπαθητικής Εταιρείας (Faculty), έτσι ώστε να διασφαλίζονται τα δικαιώματα των Άγγλων στην Ομοιοπαθητική Ιατρική.

Αυτός ο νόμος εγκρίθηκε από το Αγγλικό Κοινοβούλιο το 1974, όταν η Ομοιοπαθητική του εθνικού συστήματος υγείας υποστηριζόταν από την κυβέρνηση της εποχής. Έτσι, το NHS είχε την υποχρέωση να παρέχει τα μέσα για την άσκηση αυτής της ιατρικής και να υπάρχουν γιατροί που να είναι πρόθυμοι να την εξασκήσουν όσο υπάρχει τέτοια απαίτηση από τους πολίτες.

Τα τελευταία χρόνια, άνθρωποι με μεγάλη επιρροή έχουν ξεκινήσει μια νέα επίθεση ενάντια στην Ομοιοπαθητική. Το βασικό τους επιχείρημα είναι «αυτοί που είναι τόσο αφελείς ώστε να παίρνουν ανενεργά φάρμακα ζάχαρης, πρέπει να πληρώνουν γι' αυτά και δεν πρέπει η placebo ιατρική να παρέχεται από το NHS». Θεωρούν ότι η πρακτική της Ομοιοπαθητικής στο NHS (ομοιοπαθητικά νοσοκομεία κ.λπ.) δίνει αξιοπιστία και έγκριση σε μια πρακτική που δεν είναι παρά ένα ακόμα placebo. Η επίθεση είναι βαθύτερη! Δεν έχει να κάνει με τις πρόσφατες πρακτικές «δασκάλων», γεμάτες δημιουργική φαντασία, αλλά όχι και με τη γερμανική αξιοπιστία του ιδρυτή της (S. Hahnemann).

Πρωταγωνιστές σε αυτήν την επίθεση είναι ο καθηγητής Edzard Ernst (που παλιότερα επισκεπτόταν ομοιοπαθητικό γιατρό και επί του παρόντος είναι καθηγητής Συμπληρωματικής Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο του Exeter), που έχει γράψει και ένα βιβλίο (μαζί με τον Simon Singh), το *Κόλπο στη θεραπεία*, καθώς και ο Ben Goldacre (γιατρός και δημοσιογράφος στην εφημερίδα *Guardian*).

Υπήρξε επιστολή που ζητούσε να απαγορευτεί να πηγαίνουν ασθενείς σε ομοιοπαθητικά νοσοκομεία, απαγορεύοντας στους γενικούς γιατρούς να παραπέμπουν περιστατικά σε ομοιοπαθητικούς γιατρούς. Το γράμμα πέρασε από το Patient

Care Trusts, με αποτέλεσμα να κλείσει το ομοιοπαθητικό νοσοκομείο στο Tunbridge. Πρόσφατα, δημόσια, μερικοί διαμαρτυρόμενοι κατέβηκαν έξω από το φαρμακείο, για να αποδείξουν ότι είναι ανενεργά. Αν και το θέμα δεν ψηφίστηκε από την κεντρική κυβέρνηση και δεν πέρασε στο NHS, εξακολουθεί η επίθεση, με την κεντρική ιδέα ότι «εμείς ξέρουμε καλύτερα από εσάς τι είναι καλό για την υγεία σας και θα κάνουμε τα αδύνατα δυνατά για να ισχυροποιήσουμε την άποψή μας».

Ποιος μπορεί να είναι οι άμυνες της Ομοιοπαθητικής Ιατρικής σε αυτήν τη δυσάρεστη κατάσταση;

Πρώτη άμυνα είναι το θέμα της δυναμοποίησης και της διάλυσης. Η σύγχρονη φυσική δεν έχει βρει το μικρότερο σωματίδιο στη φύση (άτομο κατά την αρχαία έννοια), και πρωτόνια, νετρόνια, ηλεκτρόνια, φωτόνια, quark και γλιόνια γεμίζουν το χώρο χωρίς να ξέρουμε την ακριβή σημασία της λειτουργίας τους. Συνεπώς, η άποψη ότι δεν υπάρχει τίποτα στο διάλυμα (ενεργειακό – φυσικό) μένει να αποδειχθεί στο μέλλον, και όλα μέχρι τώρα συνηγορούν στο ότι πάντα κάτι μένει πίσω, τουλάχιστον ως ενεργειακό αποτύπωμα της αρχικής ουσίας.

Το θέμα της μηχανιστικής προσέγγισης (μοριακή και κυτταρική βιολογία) αντιμετωπίζεται με ολιστικό τρόπο και εμβάθυνση στα ολιστικά πολύπλοκα βιολογικά συστήματα που δεν έχουν ξεκάθαρη σχέση ούτε με τη Νευτώνεια μηχανιστική αντίληψη αλλά ούτε και με την πιο προχωρημένη κβαντική ηλεκτροδυναμική. Κέντρα συστημικής μελέτης (όπως το Πανεπιστήμιο του Αιγαίου, όπου γίνεται το Master Κλασικής Ομοιοπαθητικής, με διευθυντή του προγράμματος τον καθηγητή Ι. Δαρζέντα και ψυχή των μαθημάτων τον επίτιμο καθηγητή του Πανεπιστημίου Αιγαίου και δάσκαλό μας, τον Γ. Βυθούλκα) μπορούν να σταθούν αρωγοί στην όλη άμυνα.

Μεγάλη γραμμή άμυνας είναι και η ικανοποίηση των ασθενών από την Ομοιοπαθητική, καθώς και η οικονομία λόγω χαμηλότερου κόστους και ολιστικής απάντησης. Υπάρχει εργασία που αποδεικνύει τα παραπάνω (βλ. Βιβλιογραφία).

Επίσης δεν πρέπει να αγνοήσουμε τις άλλες εναλλακτικές θεραπευτικές, που κι αυτές έχουν την ίδια θεραπευτική βάση και κατεύθυνση θεραπείας.

Ημερολόγιο ΕΕΟΙ

Είμαστε ένα σύνολο θεραπειών που απαιτεί μεγαλύτερη συνείδηση από γιατρούς και ασθενείς στο τι πραγματικά θεραπεύουμε.

Όσον αφορά την evidence based medicine, που τόσο διαφημίστηκε αρχικά, είναι προφανές ότι μία μέθοδος που χαρακτηρίζεται ως placebo δεν μπορεί να θεραπεύσει μαστίτιδα στις αγελάδες (βλ. Βιβλιογραφία). Πρέπει να γίνει κατανοητό από όλους ότι ούτε στην ίδια τη συμβατική ιατρική ισχύει το evidence based medicine. Από επίσημη πηγή της κλασικής ιατρικής (BMJ), το ποσοστό των συνήθων ιατρικών θεραπειών που υποστηρίζεται από καλή απόδειξη έχει ως εξής:

- 13% ωφέλιμη θεραπεία
- 23% ίσως ωφέλιμη θεραπεία
- 8% γκριζα ζώνης ωφέλειας-βλαπτικότητας
- 6% μάλλον δεν ωφελεί
- 4% πολύ πιθανά είναι βλαπτική
- 46% άγνωστη αποτελεσματικότητα

Το παράδειγμα των αντικαταθλιπτικών είναι χαρακτηριστικό. Μια αξιόπιστη μετα-ανάλυση έδειξε ότι σε βαριά κατάθλιψη δεν έχουν τίποτε να προσφέρουν, παρά από λίγη έως πολλή δράση placebo, και στις ελαφρύτερες περιπτώσεις έχουν τη δραστηριότητα των φαρμάκων διασκέδασης (lifestyle drugs). Όπως ξέρουμε, τόνοι από αυτά τα φάρμακα καταναλώνονται από το «καλά πληροφορημένο» κοινό. Εν κατακλείδι, στην κλασική ιατρική λείπει η απόδειξη της αποτελεσματικότητας που απαιτείται από την Ομοιοπαθητική.

Τελευταίο και κυριότερο, η δημοκρατία απαιτεί να σεβόμαστε ως αναφαίρετο δικαίωμα την ελεύθερη επιλογή του ατόμου στις θεραπευτικές μεθόδους που υπάρχουν. Αυτός πληρώνει την ασφάλειά του και αυτός μόνο έχει λόγο στο τι είδους υπηρεσία θέλει για την υγεία του.

Άλλωστε, κατά καιρούς πολλοί «μεγάλοι» της εποχής τους ήταν υπέρ της οικολογικής εναλλακτικής συστημικής ομοιοπαθητικής προσέγγισης. Μην ξεχνάμε ότι ο John Weir (ομοιοπαθητικός γιατρός της βασιλικής οικογένειας) έδωσε την Ignatia σε 5 βασιλιάδες και 3 βασίλισσες κατά σειρά, κάτι που δύσκολα θα επαναληφθεί στο μέλλον. Ο πόλεμος (facebook-twitter-MME) θα συνεχιστεί. Πρέπει όλοι να είμαστε προετοιμασμένοι να συνεισφέρουμε όπου μπορεί ο καθένας. 🌱

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

S. Arit, W. Padberg, M. Drillich, and W. Heuwise, «Efficacy of homeopathic remedies as prophylaxis of bovine endometritis». J. Dairy Sci. 92: 4945–4953

Simon Singh and Edzard Ernst, *Trick or Treatment?: Alternative Medicine on Trial*, Bantam Books 2008

Faculty of homeopathy.org. Clinical outcomes studies

Mayr, E. *This Is Biology: The Science of the Living World*. Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press. 1997.

Wayne Jonas (LMIH congress Redondo beach 2010)

Luc MONTAGNIER, Jamal AÏSSA, Stephane FERRIS, Jean-Luc MONTAGNIER, Claude L'AVALLÉE, «Electromagnetic Signals Are Produced by Aqueous Nanostructures Derived from Bacterial DNA Sequences», *Interdiscip Sci Comput Life Sci* (2009)

Frank Wilczek, Η ελαφρότητα του είναι, μάζα, αιθέρας και η ενοποίηση των δυνάμεων.

Γ. Βυθούλκα «Τα βρετανικά μέσα ενημέρωσης επιτίθενται στην Ομοιοπαθητική: Είναι δικαιολογημένη αυτή η επίθεση» Ομοιοπαθητικά Νέα, τεύχος 9, Μάιος-Ιούλιος 2008, σελ. 13-17

«Συνεχίζεται στη Μεγάλη Βρετανία η επίθεση εναντίον της Ομοιοπαθητικής», Ομοιοπαθητικά Νέα, τεύχος 15, Δεκ. 2009-Φεβρ. 2010, σελ. 34

Δ. Παπαμεθοδίου, «Η επανεμφάνιση παλαιών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της ομοιοπαθητικής θεραπευτικής παρέμβασης», διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Αιγαίου

Προσωπική επικοινωνία με την πρόεδρο της Faculty (Sara Eams)

🌱 **15 Απριλίου 2011** Απονομή διπλωμάτων αποφοίτων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών στην Κλασική Ομοιοπαθητική, Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Ερμούπολη, Σύρος

🌱 **Μάιος 2011** Ημερίδα της Ανεξάρτητης Ιατρικής Κίνησης με θέμα το παρόν και το μέλλον της Ιατρικής, με τη συμμετοχή καταξιωμένων καθηγητών και ιατρών (υπεύθυνος ημερίδας: Ευγενία Στρατηγάκη). Τα μέλη της ΕΕΟΙ θα ενημερωθούν εγκαίρως για την ακριβή ημερομηνία και τον χώρο της ημερίδας, διά τηλεφώνου και της ιστοσελίδας της ΕΕΟΙ (www.homeopathy.gr).

🌱 **Φθινόπωρο 2011** Διημερίδα στη Θεσσαλονίκη, με την ευκαιρία της συμπλήρωσης 40 ετών από την ίδρυση της ΕΕΟΙ (πρόεδρος: Γιώργος Κουνατιάδης)

🌱 **Άνοιξη 2012** 16ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ομοιοπαθητικής Ιατρικής, Σύρος (πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής: Γιώργος Παπαφιλίππου, πρόεδρος Επιστημονικής Επιτροπής: Ιωάννης Δαρζέντας)

Στο αμέσως προσεχές διάστημα ξεκινούν ενημερωτικές διαλέξεις για το κοινό σε διάφορες πόλεις της χώρας μας (www.homeopathy.gr).



ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ Στέφανος Ν. Ψυχικός

- Προϊόντα Φυσικής Διατροφής
 - Ομοιοπαθητικά
 - Αρωματοθεραπεία
 - Φυτικά Καλλυντικά
 - Ανθοϊάματα Bach
 - Ορθοπαιδικά
- Πλήρες Φαρμακευτικό Εργαστήριο
 - Παιδικά

Κ. Παλαμά 50, 134 51 Γεροβουνό,
Καματερό, τηλ.: 210 2313000, fax: 210 2386586
e-mail: phychic@otenet.gr

Ομιλία Ανδρέα Τρούμπη, πρώην πρύτανη Πανεπιστημίου Αιγαίου, στην τελετή καθομολόγησης Γ. Βυθούλκα

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ



www.homeopathy.gr

Κύριε πρύτανι, κύριοι αντιπρυτάνεις, κύριε πρόεδρε, κύριε Βυθούλκα, κυρίες και κύριοι,

θεωρώ ακαδημαϊκή τιμή, επιστημονικό καθήκον και προσωπική υποχρέωσή μου, αναλαμβάνοντας την ευθύνη της προσφωνήσεως του επιβραβευμένου καθηγητού κυρίου Γεωργίου Βυθούλκα, όπως εκφράσω πρωτίστως τις θερμές ευχαριστίες μου και τα συγχαρητήριά μου προς τους ομότιμους ακαδημαϊκούς εταίρους μου.

Κύριε πρύτανι,
κυρίες και κύριοι,

χωρίς περιστροφές, η σημερινή εκδήλωση αποτελεί και θα αποτελέσει στο διηνεκές ιστορικό γεγονός. Εγώ το γεγονός αυτό θα μου επιτρέψετε να το αντιλαμβάνομαι ως αναπόδραστη τεκμηρίωση του ρόλου του ελληνικού πανεπιστημίου στην εξέλιξη των αναζητήσεων του ανθρώπου με «Α» κεφαλαίο γύρω από τα θεμελιωδέστερα ερωτήματα που απασχολούν τη σκέψη του, που ταλαιπωρούν τη λογική του, που ενοχλούν τον λογισμό του, την ψυχή και την καθημερινότητά του, που καθορίζουν την ποιότητα της ζωής του, όπως όλα αυτά επηρεάζονται από επιβεβλημένες οικονομικές επιταγές, διοικητικές πρακτικές και κοινωνικές σχέσεις και συμβάσεις εξουσίας και ανισότητας.

Και όπως καταλαβαίνετε, όλα τούτα μεγεθύνονται, ιδιαίτερα στις τρέχουσες μέρες, όπου η τεράστια πολιτισμική κρίση, η οποία γίνεται ορατή ως οικονομική κρίση, θέτει υπό αμφισβήτηση όλα αυτά τα ζητήματα και μας καλεί να ξανασκεφτούμε διάφορα πράγματα.

Η σημερινή εκδήλωση είναι μείζων τομή, ιστορική τομή στα ακαδημαϊκά πράγματα της χώρας.

Κύριε πρύτανι, κύριε πρόεδρε, κύριε Βυθούλκα, πρέπει εγώ ενώπιόν σας αυτήν τη στιγμή να εξηγήσω γιατί θεωρώ ότι συμβαίνει αυτή η διαδικασία και γιατί το πανεπιστήμιο Αιγαίου ανέλαβε αυτήν την πρωτοβουλία. Επειδή το αντικείμενο των σπουδών μου είναι, όπως ξέρετε, η οικολογία, δηλαδή εν τοις πράγμασι μια αφηγηματική θα έλεγα επιστήμη στον χώρο βεβαίως της βιολογίας και των μαθηματικών, θα ήθελα να μου επιτρέψετε να παρουσιάσω την επιχειρηματολογία μου σαν ένα μωσαϊκό, σαν ένα παζλ, το οποίο σιγά σιγά θα κατασκευάσει τη θεωρία αυτού που κάνουμε. Επιτρέπεται ιδιαίτερα όταν αναφερόμαστε σε εξαιρετικά περίπλοκα αντικείμενα. Θα ξεκινήσω, λοιπόν, με κάτι τελείως άσχετο και θα ήθελα απλώς να σας ενημερώσω για να τραβήξω την προσοχή σας σε κάτι πολύ απλό. Σήμερα, στο Κανκούν του μακρινού Μεξικό, αρχίζει η διάσκεψη για το κλίμα. Μια διάσκεψη που είναι το πολιτικό παράκταμα της αποτυχίας της πολυδιαφημισμένης περσινής παγκόσμιας Διάσκεψης της Κοπεγχάγης. Όπου, ως γνωστόν, δεν είχαμε μια ουσιώδη κατάληξη, και πολιτικώς απεφασίσθη ότι έναν χρόνο μετά, από σήμερα



δηλαδή, οι συζητήσεις ξαναρχίζουν, με την ελπίδα ότι οι ηγεσίες των κρατών θα έχουν πιο προχωρημένες ή επεξεργασμένες θέσεις.

Εκεί, λοιπόν, σήμερα θα υπάρξουν και θα μιλήσουν, εγείροντας ζητήματα λογικής και πειθούς, και κράτη και προσωπικότητες, μεταξύ των τελευταίων, δηλαδή των προσωπικοτήτων, ας μου επιτραπεί να υπογραμμίσω τα ονόματα των κυρίων κυρίων Μασθάι από την Κένυα, του κυρίου Μπάσεϊ από τη Νιγηρία ή της κυρίας Μπάρλοου από τον Καναδά. Υποθέτω ότι αναρωτιέστε γιατί σας την δίνω αυτήν την πληροφορία. Σας δίνω αυτήν την πληροφορία γιατί θέλω να κάνω ένα βήμα παραπέρα και να σας πω ότι τη Δευτέρα 6 του μηνός (2010), στη Στοκχόλμη, γίνεται η επίσημη παρουσίαση των βραβείων 2010 του Right Livelihood Award, γνωστού και ως Εναλλακτικού Βραβείου Νόμπελ.

Αν κοιτάξουμε λίγο ποιοι είναι αυτοί οι οποίοι φέτος θα παραλάβουν αυτό το βραβείο και την αιτιολόγηση γιατί το παραλαμβάνουν, θα διαπιστώσουμε ότι η επιτροπή αυτού του βραβείου, του συλλογικού βραβείου, αποδίδει την τιμή αυτή στον κύριο Μπάσεϊ από τη Νιγηρία, διότι αφιέρωσε τη ζωή του για να αναδείξει την πλήρη οικολογική και ανθρώπινη τραγωδία του τρόπου παραγωγής πετρελαίου, αλλά επίσης για το εμπνευσμένο έργο του να ενισχύσει το περιβαλλοντικό κίνημα στη Νιγηρία και παγκοσμίως. Απονέμεται επίσης στον επίσκοπο Κράουτλερ εκ της Βραζιλίας, διότι δούλεψε για τα θέματα των ανθρώπων και περιβαλλοντικών θεμάτων των ιθαγενών πληθυσμών του Αμαζονίου, καθώς επίσης και για τις προσπάθειες διάσωσης αυτού του με-



γάλου και κρίσιμου οικοσυστήματος. Η οργάνωση «Σάπρος» από το Νεπάλ, διότι απέδειξε επί σειρά ετών την ισχύ της κινητοποίησης των ανθρώπινων κοινοτήτων για να αντιμετωπιστούν οι πολλαπλές αιτίες της ανθρώπινης φτώχειας, και του τρόπου επίλυσης των προβλημάτων και των απειλών που προέρχονται από την πολιτική βία και την αστάθεια. Και τέλος, απονέμεται στην οργάνωση «Γιατροί για τα ανθρώπινα δικαιώματα», του Ισραήλ, διότι το ανεξάρτητο πνεύμα τους τούς επέτρεψε να δουλέψουν για το δικαίωμα στην υγεία των λαών τόσο του Ισραήλ όσο και της Παλαιστίνης.

Τα παραδείγματα αυτά σας τα ανέφερα γιατί θέλω να αντιληφθείτε τη φιλοσοφία που διέπει αυτό το βραβείο, το οποίο ιδρύθηκε το 1980, φέτος δηλαδή είναι η 31η απονομή του. Ιδρύθηκε από τον γερμανο-σουηδό στοχαστή Jacob von Uexkull, ο οποίος έχει διατελέσει και ευρωβουλευτής. Πριν από το 1980, ο εν λόγω ευρωβουλευτής πρότεινε εις την Ακαδημία Νόμπελ την επέκταση των βραβείων Νόμπελ, των γνωστών μας βραβείων Νόμπελ, σε πεδία όπως η οικολογία, η αειφόρος ανάπτυξη, η υγεία, τα ανθρώπινα δικαιώματα. Πεδία τα οποία, όπως γνωρίζετε, δεν εμπίπτουν εις τα κλασικά πεδία τα οποία τιμώνται από το κλασικό Ίδρυμα. Τούτο δεν κατέστη δυνατόν, διότι μερικά χρόνια προηγουμένως, η Ακαδημία, όπως ξέρετε, το 1969, εδέχθη την επέκταση των βραβείων Νόμπελ, ιδρύοντας το Νόμπελ της Οικονομίας, και έτσι δεν θέλησε σε σύντομο χρονικό διάστημα να οδηγηθεί σε περαιτέρω επέκταση.

Κυρίες και Κύριοι,

έως σήμερα, 144 προσωπικότητες έχουν λάβει το Εναλλακτικό Βραβείο Νόμπελ, ένα βραβείο το οποίο, όπως αντιλαμβάνεστε, αναφέρεται σε κρίσιμα ζητήματα τα οποία άπτονται των μεγάλων προκλήσεων της ανθρώπινης κοινωνίας στον καιρό μας. Το 1996, με την αιτιολόγηση της απονομής τιμής στον άνθρωπο που κατάφερε να ξαναδώσει τα γράμματα κύρους εις την Επιστήμη της Ομοιοπαθητικής, το συγκεκριμένο Βραβείο Νόμπελ απεδόθη εις τον σήμερα βραβευόμενο καθηγητή κύριο Βυθούλκα.

Και η μικρή ιστορία την οποία σας είπα δεν ήταν πλατειασμός, ήταν ανάγκη να γίνει κατανοητό γιατί πράγμα μιλάμε. Επιτρέψτε μου τώρα, κύριε Βυθούλκα, να κάνω ένα βήμα λίγο πιο πίσω, 20 χρόνια πίσω από το 1996, και να πάω στο 1976. Τότε, λοιπόν, ήμουν νέο παιδί, πρωτοετής φοιτητής στη Γαλλία, γύρναγα στις τρυφερές νύχτες με ταξί Τουλούζης και Μονπελιέ στα μεγάλα και παμπάλαια αυτά πανεπιστήμια, και βεβαίως τα έκθαμβα μάτια μου έβλεπαν μιαν άλλη κοινωνία, η οποία ήταν μια κοινωνία η οποία μόλις έβγαине από τον Μάη του '68, ήταν μια κοινωνία συγκρουσιακή, ήταν μια κοινωνία σε πλήρη εξέλιξη, αλλά μια κοινωνία η οποία είχε και μέσα της, και το έβλεπες, πολύ ζωντανό το σπέρμα του Διαφωτισμού, όταν ενδεχομένως εις την πατρίδα που τότε άφησα, ο Διαφωτισμός ενδεχομένως να βαφτίζονταν εννοιολογικά με τον εξηλεκτρισμό.

Ένα από τα πράγματα που με είχαν εντυπωσιάσει περπατώντας τους δρόμους αυτών των πόλεων ήταν ότι δεξιά και αριστερά έβλεπα φαρμακεία τα οποία είχαν μία μεγάλη ταμπέλα η οποία έλεγε «Homéopathie-Allopathie». Καταλάβαινα ότι είναι κάτι το ελληνοπρεπές, αλλά δεν είχα την παραμικρή ιδέα τι σημαίνει αυτή η λέξη. Πέρασαν 3-4 χρόνια και διαπίστωσα το 1978-79 ότι η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Τουλούζης αλλά και αυτή του Μονπελιέ, στο έκτο έτος της Ιατρικής, μιας Ιατρικής που για να βγάλεις και να φτάσεις στο έκτο έτος περνάς τα μύρια όσα για την επιλογή, δηλαδή σχολές που μπαίνουν 2.000 και αποφοιτούν 40. Αν θέλετε, είναι το ακριβώς αντίθετο αυτού που συμβαίνει σε εμάς, που μπαίνουν 40 και αποφοιτούν 2.000. Και διαπίστωσα, λοιπόν, ότι υπήρχε ένα «Certificat», όπως το λένε, πιστοποιητικό C6 ιόλας, δηλαδή του έκτους έτους της Ιατρικής Σχολής στην Ομοιοπαθητική. Δεν κατάλαβα ακόμα τι ήταν, οπότε θεώρησα ότι είναι απολύτως αναγκαίο να αρχίσω να ψάχνω, και άρχισα να ψάχνω.

Και είδα περίεργα πράγματα, απολύτως άγνωστα ακόμα και σε εμένα που ήμουν στη Σχολή Βιολογίας για να κάνω Οικολογία. Ένα από τα πρώτα πράγματα που βρήκα ήταν ένα βιβλίο που είχε εκδοθεί τότε, υπογεγραμμένο από έναν μεγάλο στοχαστή, τον Ivan Illich, με τίτλο *Medical Nemesis*. Το *Medical Nemesis*, που ήταν το πρώτο ουσιαστικό έργο κριτικής της ιστορίας των αντιλήψεων περί την υγεία, καθώς επίσης και των αντιλήψεων για την οργάνωση των συστημάτων υγείας, παγκοσμίως. Και λέω για δεξ, είναι και διαφορετικά τα πράγματα στον κόσμο, εκεί μέσα είδα για πρώτη φορά μερικά πολύ ενδιαφέροντα πράγματα που δεν τα είχα φανταστεί ποτέ. Είδα μια κριτική της ασθένειας, εκεί κατάλαβα ότι ασθένεια, τελικά, είναι η έλλειψη του σθένους. Αυτό είναι που μας δίνει μίαν άλλη ψυχολογική στάση απέναντι στο φαινόμενο αυτό. Οι Γάλλοι το ονομάζουν «maladie» και γρήγορα κατάλαβα ότι προέρχεται από σύντμηση της έννοιας «mal à dire», δηλαδή κακό να το λέω. Και αρχίζουμε να καταλαβαίνουμε ότι κάτι άλλο τρέχει κάτω από αυτήν την ιστορία, είναι θέμα αντιλήψεων, είναι θέμα προσπελάσεων και ψάχνοντας βρήκα ότι το 1844 ιδρύθηκε στην Αγγλία η Βρετανική Εταιρεία Ομοιοπαθητικής. Βρήκα ότι το 1950 πέρασε νόμος στην Αγγλία που εγκαθιδρύει την Ομοιοπαθητική ως θεραπευτική στον χώρο της υγείας, την εντάσσει δε πλήρως εις το σύστημα υγείας. Φτάνοντας πλέον σήμερα, άκουσον άκουσον, το εθνικό σύστημα υγείας της Αγγλίας να έχει 4 εν λειτουργία ομοιοπαθητικά νοσοκομεία. Σήμερα... Άλλος κόσμος...

Ένας κόσμος προφανώς συγκρουσιακός, αλλά και ένας κόσμος ο οποίος έχει επιτρέψει να δούμε πολύ σοβαρά ζητήματα επιστημονικής κριτικής στο προβεβλημένο έργο του Γιώργου Βυθούλκα. *Homeopathy-Medicine of the new man, The Science of Homeopathy, A New Model of Health and Disease*, βιβλία τα οποία είναι γραμμένα στην αγγλική και τα οποία σιγά σιγά, αφού έχουν μεταφραστεί σε πάμπολλες γλώσσες, μεταφράζονται πρόσφατα ή σχετικά πρόσφατα και στα ελληνικά. Είναι πολύ ωραίο και για εμάς που είμαστε θετικοί επιστήμονες και ουσιοκράτες να βλέπουμε ότι επί το έργον αυτό, κύριε πρύτανη, υπάρχουν απολύτως ανάλογες διαδικασίες κρίσης, παρουσίωσης, αντίκρουσης, κριτικής και ούτω καθεξής, όπως ακριβώς μπορεί να έχει συμβεί και στα papers τα οποία έχετε γράψει εσείς. Θα μου επιτρέψετε να πω ότι έχει μείνει ιστορική η γνωστή σύγκρουση των Campbell-Βυθούλκα, το 1978, περί το πόσο δογματικός και ακραίος ομοιοπαθητικός στοχαστής είναι ο Βυθούλκας και αντιστρόφως πόσο σκεπτικιστής είναι ο κύριος Campbell για το γνωστό παράδειγμα του αν και κατά πόσον και σε ποιο βαθμό τα αντιβιοτικά θεραπεύουν πλήρως τη σύφιλη.

Κυρίες και κύριοι,

τα αποτελέσματα είναι αυτά που μετρούν και όχι οι αγκυλωμένες πεποιθήσεις και, εν πάση περιπτώσει, κυρίες και κύριοι, υπάρχει μια παγκόσμια πραγματικότητα και μια ελληνική πραγματικότητα, και αυτήν την πραγματικότητα οφείλει η ελληνική επιστημονική κοινότητα να την αξιολογήσει, να την αντιμετωπίσει, να την αποδεχθεί ή να την απορρί-

ψει με όρους επιστήμης, διαλόγου και λόγους συζητήσεως και όχι με οπαδισμό, εξορκισμό και εξοστρακισμό. Κυρίες και κύριοι, αυτά τα τρία στοιχεία, υπάρχουν και πολλά άλλα, οδήγησαν τη Σύγκλητο του Πανεπιστημίου Αιγαίου από το 2005 έως και σήμερα, κύριε πρύτανη, να κάνει τη μεγάλη τομή και να πει ότι το πεδίο αυτό οφείλει η ελληνική ακαδημαϊκή κοινότητα να το μελετήσει με όρους επιστημονικών προσπελάσεων και όχι με όρους γενικόλογης επίδειξης προσωπικών δογμάτων.

Κύριε πρύτανη, ελπίζω να συμφωνείτε μαζί μου και να δεχτείτε ότι, αν έπρεπε κάπου να γίνει αυτή η αναγόρευση στην Ελλάδα, μόνο στο Πανεπιστήμιο Αιγαίου μπορούσε να γίνει. Μόνο στο Πανεπιστήμιο Αιγαίου, γιατί από την ίδρυσή του αυτό το πανεπιστήμιο στα πρώτα χρόνια, και κόντρα σε διάφορες αντιλήψεις, εισήγαγε στην ακαδημαϊκή σκέψη και πρακτική το περιβάλλον, την κοινωνική ανθρωπολογία κ.λπ., και σταματώ εδώ για να μην κάνω μακρύ τον κατάλογο και θεωρήσει ο κόσμος ότι είμαστε εδώ μία κοινότητα η οποία δίνει συγχαρητήρια στον εαυτό της.

Μόνο στο Πανεπιστήμιο Αιγαίου θα μπορούσε να γίνει αυτό, διότι δεν θα ξεχάσω ποτέ όταν ρώτησα εντέλει τι είναι αυτή η Ομοιοπαθητική, το πρόβλημά μου τότε δεν ήταν μόνο ότι ρώτησαν «μα καλά, εσύ, Έλληνας, δεν ξέρεις τι θα πει Ομοιοπαθητική;», είναι ότι άρχισαν να μου κάνουν μάθημα περί του Ιπποκράτη. Άρχισαν να μου κάνουν μάθημα περί του Ιπποκράτη του Κώου, προερχόμενου δηλαδή από μια ζώνη γεωγραφική που αποτελεί συστατικό στοιχείο της επικράτειας αυτού εδώ του μεγάλου πανεπιστημίου.

Με αυτά κλείνω, δηλώνοντας απόλυτα συνειδητοποιημένος για τον λόγο που τούτη η μέρα στο μέλλον και στην ιστορική καταγραφή των βημάτων που αναφέρατε, κύριε πρύτανη, μπορεί να είναι ένα μεγάλο βήμα, μπορεί και να είναι και άλλα.

Κοιτάξτε την άλλη απόφαση της Συγκλήτου μας, ότι πρέπει να προχωρήσουμε το πρόγραμμα των Ιατρικών Σπουδών στο Αιγαίο, και μέσα σε αυτό το πρόγραμμα νομίζω ότι θα κάνετε τη μεγάλη τομή εσείς, κύριε πρύτανη, αν καταφέρετε να είστε πιο πειστικός από αυτό που καταφέραμε εμείς, και να πιέσετε και να δώσετε στην πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας να καταλάβει ότι δεν θέλουμε μία ακόμη ιατρική σχολή στην Ελλάδα. Θέλουμε ξεκάθαρα δομές παροχής υπηρεσιών υγείας στον χώρο του Αιγαίου, καλύτερης επιμόρφωσης, καλύτερης εκπαίδευσης, ταχύτερης εισαγωγής των νεότερων επιτευγμάτων αλλά και χώρο όπου όλο αυτό το οικοδόμημα των μη συμβατικών θεραπευτικών πρέπει να μελετηθεί και να αποδοθεί στην ελληνική κοινωνία. Το μόνο που θα σας πω είναι το εξής: Κάναμε αυτές τις κουβέντες τότε με τον κύριο Αβραμόπουλο, λέγοντάς του ρυθμίστε τον χώρο. Είτε σας αρέσει είτε δεν σας αρέσει, είναι μια πραγματικότητα, ρυθμίζοντας τον χώρο μεταξύ της ουσιαστικής εφαρμογής αυτού του τεράστιου θεραπευτικού κόσμου και ενδεχόμενων άλλων θεραπευτικών πρακτικών, θα ανοίξετε και τον δρόμο σε αυτό που τόσο καιρό και τόσα χρόνια, περίπου 2.500 χρόνια, λείπει από την πατρίδα μας.

Δηλαδή να ξανασκεφτούμε τα ζητήματα υγείας, τα ζητήματα ευεξίας και αντιμετώπισης των τεράστιων ζητημάτων ζωής και θανάτου, με τη σοφία και με όλες, αν θέλετε, αυτές τις προσπελάσεις που μας κληρονόμησαν οι τότε, και που φαίνεται ότι συστηματικά λησμονούμε σήμερα.

Εύχομαι η κίνησις που αφορά τον κύριο Βυθούλκα να ταραξεί τα νερά και κυρίως τα τιμήσει έναν άνθρωπο ο οποίος πραγματικά έφερε για μία ακόμα φορά το όνομα τούτης εδώ της χώρας στο διεθνές προσκήνιο για ουσιαστικά ζητήματα.

Συγχαρητήρια, κύριε Βυθούλκα

Nomination of George Vithoulkas as Honorary Professor of the University of the Aegean

Για όσους δεν είχαν την ευκαιρία να παραβρεθούν, ολόκληρη η τελετή έχει αναρτηθεί στο Διαδίκτυο και στη διεύθυνση:

<http://www.youtube.com/watch?v=acHo-JcdhHY>

Ψευδο-Κλασική Ομοιοπαθητική: Περιμένοντας τους Βαρβάρους

Των Dr. Rajesh Shah και Dr. Rupal Shah από το περιοδικό Homoeopathy Times, 1995, τχ. 2
Μετάφραση: Αριστοτέλης Βάθης, ειδ. ψυχίατρος-ψυχοθεραπευτής, ομοιοπαθητικός, βιοχημικός

Στην προσπάθειά τους να αυτοπροωθηθούν, κάποιοι «Δάσκαλοι» προωθούν τις ανεπαρκώς δοκιμασμένες θεωρίες τους ως μέρος της Κλασικής Ομοιοπαθητικής, γεγονός που έχει προκαλέσει σύγχυση στη νέα γενιά ομοιοπαθητικών.

Πρόσφατα προσπαθήσαμε να συγκεντρώσουμε τις γνώμες διαφόρων ομοιοπαθητικών σχετικά με το τι θεωρούν πως σημαίνει «Κλασική Ομοιοπαθητική». Οι απαντήσεις, μερικές από τις οποίες δημοσιεύτηκαν στο τελευταίο τεύχος του *Homoeopathy Times*, μας έκαναν να προβληματιστούμε έντονα, διερωτώμενοι τι πραγματικά σημαίνει ο όρος.

Ορισμένοι θεοσεβούμενοι άνθρωποι, οι οποίοι θέλουν να ασκούν ευσυνείδητα την Ομοιοπαθητική, έχουν με κάποιον τρόπο αναπτύξει την ιδέα ότι η συνταγογράφηση ενός και μόνο φαρμάκου συνιστά από μόνη της Κλασική Ομοιοπαθητική. Με κάθε σεβασμό στις ειλικρινείς τους προθέσεις, συχνά τους βλέπουμε να επιμένουν τόσο άκαμπτα στο πρώτο φάρμακο που συνταγογράφησαν, ώστε να μην κάνουν τίποτα περισσότερο από το να δίνουν placebo, ενώ ο ασθενής τους υποφέρει από μια οξεία κατάσταση που καλεί ξεκάθαρα για άμεση προσοχή και αγωγή. Από την άλλη, δεν τους ενοχλεί αν ο ασθενής τους καταφύγει σε αλλοπαθητικά (χημικά) αντί για ομοιοπαθητικά φάρμακα, μόνο και μόνο εξαιτίας του φόβου τους ότι θα αποκλίνουν από τον ορισμό του «κλασικού ομοιοπαθητικού».

Μια άλλη ομάδα κλασικών ομοιοπαθητικών πιστεύουν ότι η χρήση ενός νοσώδους (nosode) ή ενός «ενδιάμεσου» φαρμάκου, κατά τη διάρκεια της θεραπείας, μπορεί να φθείρει την εικόνα τους ως «κλασικών ομοιοπαθητικών». Ως εκ τούτου αποφεύγουν τη χρήση τέτοιων αντιμιασματικών, παρόλο που εμφανώς ενδείκνυνται. Θεωρούν επίσης πως τα νοσώδη στην Κλασική Ομοιοπαθητική θα πρέπει μόνο να χρησιμοποιούνται σαν ιδιοσυγκρασιακά φάρμακα. Παρόλο που κάποιοι κλασικοί ομοιοπαθητικοί τολμούν να παραδεχτούν ότι διακρίνουν την ανάγκη να χρησιμοποιηθεί κάποιο ενδιάμεσο φάρμακο, έχουν τον φόβο στο πίσω μέρος του μυαλού τους ότι συνταγογραφώντας το μπορεί να διαστρεβλώσουν τον ορισμό της «Κλασικής Ομοιοπαθητικής». Οι νεότεροι και ενθουσιώδεις κλασικοί (οι φοιτητές) θεωρούν πως η χρήση οποιουδήποτε μικρού φαρμάκου, ασχέτως του ονόματος και της προέλευσής του (π.χ., από το *Arundo* έως το *Zingiber*), μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ιδιοσυγκρασιακό φάρμακο από τον κλασικό ομοιοπαθητικό, ασχέτως του αν κατατάσσεται στα φάρμακα για οξείες ή χρόνιες καταστάσεις. Επίσης, αρέσκονται να λένε ότι όλα τα φάρμακα δρουν εξίσου βαθιά αν η ολική (και η ψυχοδιανοητική εικόνα) ταιριάζουν. Αυτή η αντίληψη είναι μέρος της εικόνας που έχουν για την Κλασική Ομοιοπαθητική.

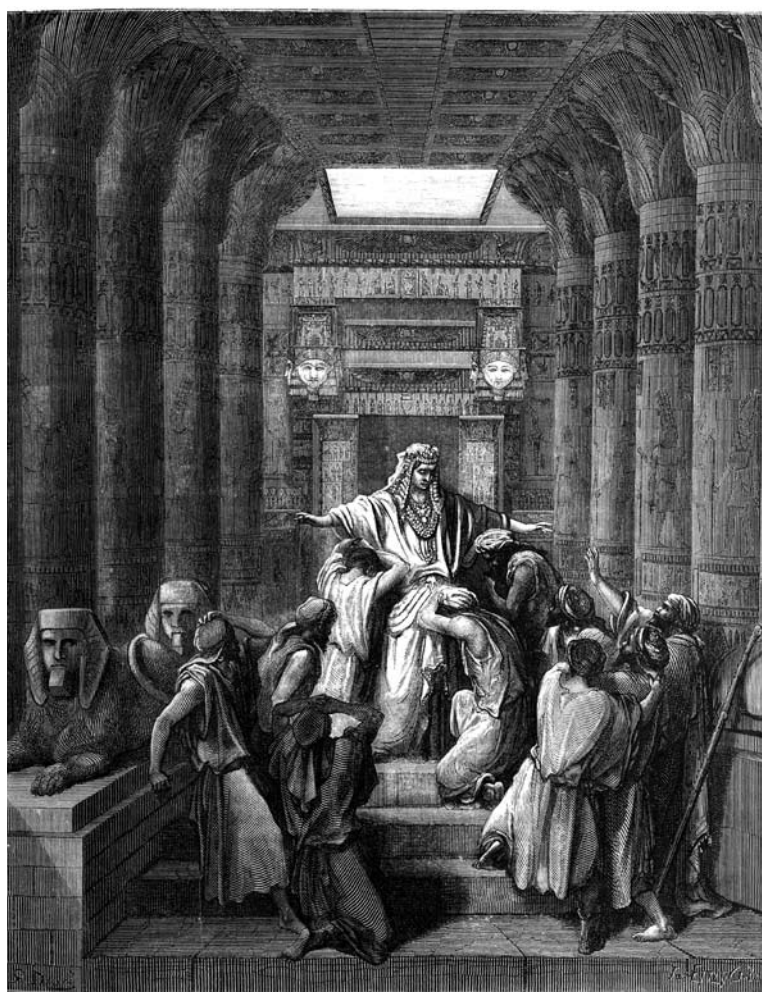
Κάποιοι αθώοι νέοι ομοιοπαθητικοί είναι συχνά πιο ειλικρινείς από τους αρχαιότερους και πιστεύουν πιο έντονα ότι η κλασική ομοιοπαθητική πρακτική βασίζεται στην επιλογή του φαρμάκου το οποίο καλύπτει το κέντρο ή τον πυρήνα του ασθενούς, και πως αυτό μπορεί καλύτερα να εξακριβωθεί μελετώντας προσεκτικά τα όνειρα και τις διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις (delusions) του ασθενούς. Γι' αυτούς, η Κλασική Ομοιοπαθητική είναι αυτό και τίποτε άλλο.



Μια άλλη ομάδα κλασικών ομοιοπαθητικών υποστηρίζει σθεναρά την «πραγματική δυναμική διαταραχή», και θεωρούν ότι η Κλασική Ομοιοπαθητική θα πρέπει ουσιαστικά να αγνοεί την παθολογία ενός ασθενούς: καθώς η παθολογία είναι απλώς το αποτέλεσμα της δυναμικής διαταραχής, μπορούμε να την αγνοήσουμε εμπρός στην ολική εικόνα της περίπτωσης. Γι' αυτούς τους κλασικούς ομοιοπαθητικούς που πιστεύουν στη «δύναμη» (dynamis), οι «συνταγογράφοι της παθολογίας» (όπως ειρωνικά τους αναφέρουν) είναι ασήμαντοι, αδαείς και υλιστές. Ο πραγματικός κλασικός συνταγογράφος, γι' αυτούς, είναι αυτός που αδιαφορεί εντελώς για την «ανόητη» παθολογία του ασθενούς.

Άλλοι κλασικοί ομοιοπαθητικοί πιστεύουν ότι η αραιή επανάληψη των δόσεων (μία ή δύο δόσεις κάθε δύο έως έξι μήνες) είναι που περιγράφει την Κλασική Ομοιοπαθητική. Κάποιος ο οποίος δίνει ένα φάρμακο πιο συχνά (για παράδειγμα, τρεις ή τέσσερις φορές την ημέρα για αρκετές ημέρες) είναι εγκληματίας και όχι κλασικός.

Έχω δει ορισμένους δασκάλους Κλασικής Ομοιοπαθητικής που πολύ αυστηρά δεν επιτρέπουν στους ασθενείς τους να πάρουν αλλοπαθητικά φάρμακα, όπως παρακεταμόλη ή αντιφλεγμονώδη, όταν προσπαθούν να θεραπεύσουν εμπύρετα ή καταστάσεις άλγους που δεν ανταποκρίνονται, καθώς, σύμφωνα με αυτούς, κάτι τέτοιο αντιτάσσεται στις αρχές της Κλασικής Ομοιοπαθητικής. Οι ίδιοι, όμως, παίρνουν αντιβιοτικά και άλλα φάρμακα όταν εμφανίζουν πυρετό ή υποφέρουν από πνευμονία. Είδα έναν από αυτούς τους δασκάλους να αναζητά εναγωνίως χημικά φάρμακα όταν ο ίδιος υπέφερε από κολικό, ενώ πήγαινε στο αμφιθέατρο, όπου επρόκειτο να είναι ο κύριος ομιλητής περί Κλασικής Ομοιοπαθητικής. Ιδού η υποκρισία που ανθεί υπό τη σκιά της Κλασικής Ομοιοπαθητικής.



Ο ορισμός του κλασικού ομοιοπαθητικού περιλαμβάνει μερικά ακόμα προσόντα όπως τα αντιλαμβάνονται κάποιοι: ο κλασικός ξέρει να καταγράφει την περίπτωση με μεγάλη λεπτομέρεια, για 1-3 ώρες (μέχρι να δραπετεύσει ο ασθενής από το ιατρείο)· να ανασκάπτει βαθιά στο μυαλό του ασθενούς (μέχρι να ματώσει)· να δίνει εξα-ντλητικά ερωτηματολόγια στους ασθενείς για να τα συμπληρώσουν (μια ιδιαίτερα αγαπημένη ασχολία για τους νευρωσικούς)· να αναλύει τα όνειρα του ασθενή για να δει πόσο ευφάνταστα (σαν ταινία του Χόλιγουντ) η ιστορία του ονείρου μπορεί να ταιριάζει με τη ζωή του ασθενούς. Πρόσφατα, σε ένα πάρτι, η οικοδέσποινα, που ήταν ασθενής ενός ομοιοπαθητικού που συνταγογραφεί με βάση τα όνειρα, μου είπε: «Ξέρεις, αυτή την περίοδο, ο ομοιοπαθητικός μου επιμένει τόσο πολύ να καταγράφω τα όνειρά μου, που παρόλο που ποτέ έως τώρα δεν έβλεπα όνειρα, πλέον ονειρεύομαι τον ομοιοπαθητικό μου να με ρωτάει στο όνειρό μου για το όνειρό»...

Μια άλλη σχολή Κλασικής Ομοιοπαθητικής υποστηρίζει ότι το ιδιο-συγκρασιακό φάρμακο του ασθενούς πρέπει να παραμένει πάντα το ίδιο σε όλη του τη ζωή, ανεξαρτήτως του προβλήματος που αντιμετωπίζει. Μια παρόμοια αλλά ανώριμη ιδέα που είναι δημοφιλής στις κλασικές ομοιοπαθητικές σχολές, είναι ότι υπάρχει απολύτως μόνο ένα φάρμακο, το *similinum*, το οποίο μπορεί να βοηθήσει έναν ασθενή σε μια συγκεκριμένη στιγμή και πως κανένα άλλο ομοιοπαθητικό φάρμακο ή τίποτε άλλο στον κόσμο δεν θα μπορούσε να προσφέρει βοήθεια. Παρομοίως, πολλοί «δάσκαλοι» έχουν εξυμνήσει οι ίδιοι τις θεωρίες και τις φαντασιώσεις τους στο όνομα της Κλασικής Ομοιοπαθητικής. Δυστυχώς, στην Ομοιοπαθητική δεν υπάρχει ένας διεθνής ομοιοπαθητικός σύλλογος (όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας), ικανός να θεσπίσει και να εφαρμόσει κατευθυντήριες οδηγίες και όρια για την άσκηση της.

Ορισμένοι λειτουργοί της Κλασικής Ομοιοπαθητικής άρχισαν να πιστεύουν και να διδάσκουν ότι η διανοητική κατάσταση κατά την παιδική ηλικία και το συνοδό ιστορικό εκείνης της περιόδου είναι τα πιο σημαντικά στοιχεία για την επιλογή του φαρμάκου που ο ασθενής χρειάζεται σε κάθε στιγμή της ζωής του. Προχωρώντας ακόμα πιο πέρα, ορισμένοι ριψοκίνδυνοι ομοιοπαθητικοί ομιλούν για τη διανοητική κατάσταση του ασθενούς ακόμα και πριν από τον τοκετό. Η Ομοιοπαθητική, όπως μου ψιθύρισε στο αφτί ειρωνικά ένας ευρωπαίος συνάδελφος, έχει γίνει περισσότερο «πνευματική» απ' όσο ήταν στα χρόνια του Χάνεμαν!

Ένα άλλο ισχυρό ρεύμα υποστηρίζει ότι για να βρούμε το φάρμακο του ασθενούς θα πρέπει να τον συγκρίνουμε με την ουσία από την οποία προέρχεται το φάρμακο. Αυτήν τη θεωρία, ο Χάνεμαν την ονόμασε δόγμα των υπογραφών (doctrine of signatures) και την καταδίκασε έντονα, έτσι ώστε να αποτρέψει στο μέλλον τη χρήση της. Ακούγεται ενδιαφέρον να πούμε, για παράδειγμα, ότι το φυτό ανεμώνη (Pulsatilla) κινείται εύκολα με τον αέρα και άρα είναι υποχωρητική. Υπάρχουν, όμως, τόσα άλλα φυτά που λυγίζουν το ίδιο εύκολα με την ανεμώνη, αλλά πολύ φοβάμαι ότι δεν είναι υποχωρητικά. Οι συμβολικές αναλογίες έχουν φυσικά τη θέση και τη χρησιμότητά τους, αλλά είναι άδικο να τις αναφέρουμε στους μαθητές χωρίς να τους προειδοποιούμε για τους κινδύνους προκατάληψης που εμπεριέχουν. Αν αυτή η προσέγγιση είναι αρκετά εφαρμόσιμη ώστε να τη θεωρήσουμε κλασική, τότε ένα φάρμακο που παρασκευάζεται από την μπανάνα θα πρέπει να είναι το καλύτερο αφροδισιακό.

Μια άλλη ιδέα που προκαταλαμβάνει τους μαθητές και τους κάνει άκαμπτους είναι ότι η γλώσσα του σώματος και οι χειρονομίες υποδεικνύουν το φάρμακο. Για παράδειγμα, οι ασθενείς ιδιοσυγκρασίας Nat-m δεν γέρνουν προς το μέρος του ομοιοπαθητικού κατά τη συνέντευξη, αντίθετα με τους ασθενείς ιδιοσυγκρασίας Phosphorus. Πρόκειται για λανθασμένη και παραπλανητική αντίληψη, καθώς έχουμε παρατηρήσει ακριβώς το αντίθετο σε πολλές περιπτώσεις. Και αυτό δεν είναι, φυσικά, το μοναδικό παράδειγμα.

Η Κλασική Ομοιοπαθητική είναι, αναμφίβολα, σπουδαία. Ο συντάκτης αυτού του άρθρου είναι υπερήφανος να αποκαλείται δάσκαλος της Κλασικής Ομοιοπαθητικής. Στην πανεπιστημιακού επιπέδου ομοιοπαθητική εκπαίδευση στην Ινδία δεν χρησιμοποιείται πουθενά ο προσδιορισμός «κλασική» στα προγράμματα σπουδών. Ο όρος «Κλασική Ομοιοπαθητική» επινοήθηκε και χρησιμοποιήθηκε στα τέλη του 20ού αιώνα από διάφορους ομοιοπαθητικούς οι οποίοι ασκούν και καταλαβαίνουν το νόημά της διαφορετικά, σύμφωνα με τις γνώσεις, την εμπειρία, την κατάρτιση, τις προκαταλήψεις και τις εμμονές τους.

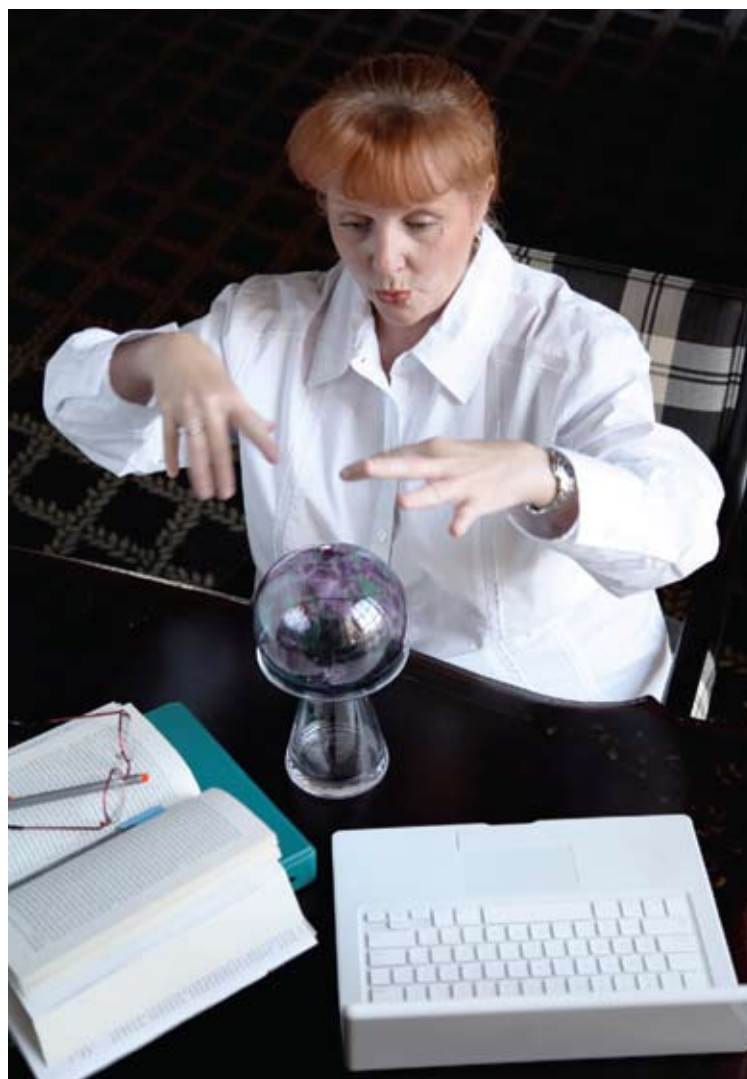
Έχει ελάχιστο ενδιαφέρον για εμάς (τους κλασικούς ομοιοπαθητικούς) ο ακριβής ορισμός. Έχει, όμως, σημασία για όλους εκείνους που πρόκειται να γίνουν (κλασικοί) ομοιοπαθητικοί γιατροί. Πολλοί από τους συναδέλφους μας που ασκούν σωστά την Ομοιοπαθητική, αλλά ίσως όχι με τρόπο που κατανοούν οι υπόλοιποι κλασικοί ομοιοπαθητικοί, αισθάνονται κάποιες φορές απόκληροι. Και οι εντυπωσιακές επιτυχίες τους στη θεραπεία περιστατικών, καθώς και η όλη δουλειά τους δεν γνωστοποιείται στους υπόλοιπους συναδέλφους της «Κλασικής Ομοιοπαθητικής». Όμως, ποιος είναι ο πραγματικός χαμένος σε αυτές τις περιπτώσεις;

Στην προσπάθειά τους να αυτοπροωθηθούν, κάποιοι «δάσκαλοι» προωθούν τις ανεπαρκώς δοκιμασμένες θεωρίες τους ως μέρος της Κλασικής Ομοιοπαθητικής, γεγονός που έχει προκαλέσει σύγχυση

στη νέα γενιά ομοιοπαθητικών. Πολλές νεότερες ιδέες που επιβάλλονται στο όνομα της Κλασικής Ομοιοπαθητικής, όπως οι ιδέες που αναφέρονται στον πυρήνα των φαρμάκων και στις κεντρικές ιδιότητές τους, σε παρερμηνευμένες ιδέες περί ουσίας, στη χρήση των ονείρων, των αφηγήσεων, της μουσικής κ.λπ., έχουν δημιουργήσει προκαταλήψεις και εμμονές και έχουν προκαλέσει διάφορα εμπόδια στην ευρύτερη εφαρμογή της ομοιοπαθητικής material medica. Τέτοιες εστιασμένες προσεγγίσεις στην κατανόηση της material medica είναι για μένα προφανές ότι έχουν περιορίσει την ευελιξία στην εφαρμογή του Νόμου των Ομοίων. Είμαι βέβαιος ότι θα έρθει πάλι ο καιρός που η περιορισμένη θέασή μας θα διευρυνθεί, που θα ανοίξουμε τα μάτια μας και θα προσπαθήσουμε με ανοιχτό μυαλό να καταλάβουμε εκ νέου την Ομοιοπαθητική.

Όταν άρχισα την ομοιοπαθητική μου εκπαίδευση, περίπου προ δεκαπενταετίας, άκουσα για την Κλασική Ομοιοπαθητική. Θεωρούσα ότι θα πρέπει να είναι συνώνυμη με την Ομοιοπαθητική του Χάνεμαν που τότε μελετούσα. Τώρα, όμως, έχω αρχίσει να συνειδητοποιώ ότι αυτό που σήμερα ονομάζουμε Κλασική Ομοιοπαθητική απομακρύνεται από την Ομοιοπαθητική του Χάνεμαν.

Ίσως κάποιοι αναγνώστες παραπονεθούν γιατί επαναλαμβάνω όσα συζητήθηκαν στο προηγούμενο τεύχος. Θεωρώ, πάντως, ότι η επανάληψη άλλης μίας δόσης σε διάστημα τεσσάρων μηνών επιτρέπεται από όλους τους τύπους κλασικών ομοιοπαθητικών. Οι οδηγίες του Κεντ υπαγορεύουν την επανάληψη της χορήγησης έως ότου το φάρμακο αρχίσει να δρα... ❁



Ισοανοσοποίηση κατά την εγκυμοσύνη και Ομοιοπαθητική

Λεωνίδας Ε. Βελλόπουλος, ιατρός, δευτεροετής σπουδαστής εκπαιδευτικού προγράμματος ΕΕΟΙ

Το πρόβλημα της ισοανοσοποίησης απασχολεί όλες τις γυναίκες Rh- και τους ιατρούς τους, κατά τη διάρκεια της πρώτης τους εγκυμοσύνης. Η πιθανότητα ευαισθητοποιήσεως του ανοσοποιητικού τους από μια ενδεχόμενη ανάμειξη του αίματός τους με εκείνο του Rh⁺ εμβρύου και τη δημιουργία αντισωμάτων (anti-D), και οι κίνδυνοι που θα υπάρχουν για τη δεύτερη εγκυμοσύνη και το τότε παιδί, έχουν οδηγήσει στη χρήση συνθετικών anti-D ανοσοσφαιρινών. Τα τελευταία 40 χρόνια γίνεται συνεχής έρευνα για τη δοσολογία αλλά και το πότε πρέπει αυτή να χορηγείται. Έτσι, στη χώρα μας σήμερα υποστηρίζεται από τους γυναικολόγους-μαιευτρες η χορήγηση όχι μόνο μέχρι 72 ώρες μετά τον τοκετό, αλλά και η προγενέθλια στην 28η και 34η εβδομάδα.

Γιατί προσφέρεται προγενετικά anti-D;

Σύμφωνα με τους υπερμάχους αυτής, είναι αναγκαία, λόγω των διαφόρων περιπτώσεων που οδηγούν σε ισοανοσοποίηση, επιτυγχάνοντας την όσο κατά το δυνατόν πιο κοντά στην 100% αποφυγή της (Hughes et al – 1994). Έρευνες έχουν δείξει πως σε γυναίκες Rh-, που είχαν το πρώτο τους παιδί και στις οποίες χορηγήθηκε προγενετικά anti-D στην 28η και 34η εβδομάδα, υπήρξε πτώση της ευαισθητοποίησης από το 1,12% στο 0,28% (Mayne et al – 1997).

Από την άλλη, μια άλλη μελέτη (Mc Sweeney et al – 1998) παρέχει επιχειρήματα σε κάποιον να διαφωνήσει με αυτήν την τακτική. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας δείχνουν πως πάνω από το 80% των γυναικών Rh-, στις οποίες χορηγήθηκε anti-D, ούτως ή άλλως δεν θα ισοανοσοποιούντο, και επίσης διαπιστώθηκε πως οι επαγγελματίες υγείας απέτυχαν να χορηγήσουν anti-D στο 48% των περιπτώσεων, στις οποίες οι γυναίκες Rh- κατά την προγενετική περίοδο αντιμετώπισαν καταστάσεις επίφοβες για την πρόκληση ευαισθητοποίησης.

Είναι, όμως, γεγονός πως οι περισσότερες μελέτες υποστηρίζουν τη ρουτίνα της προγενετικής χορήγησης anti-D.

Στη μελέτη των Hutchet et al (1987), κατά την οποία χορηγήθηκε μία δόση στην 28η και μία στην 34η εβδομάδα κύησης, σημειώθηκε καθαρή μείωση της ισοανοσοποίησης σε διάστημα 2 και 12 μηνών postpartum, χωρίς να διατίθεται κάποια πληροφορία για την επόμενη εγκυμοσύνη. Στη μελέτη των Lee and Rantlinson (1995) εδόθησαν δύο δόσεις anti-D στην 28η και 34η εβδομάδα, των 50mg, στην ομάδα θεραπείας, χωρίς να φανεί κάποια σημαντική στατιστική διαφορά ανάμεσα σε αυτήν την ομάδα και σε εκείνη που δεν έλαβε προγενετικά anti-D.

Αυτές οι δύο προαναφερθείσες έρευνες είναι σημαντικές ως προς το μέγεθος και την ποιότητά τους, αλλά ουδεμία εξ αυτών δεν ήταν μονή ή διπλή τυφλή έρευνα.

Επίσης, υπάρχουν στοιχεία πως μία και μόνο δόση εντός των πρώτων 72 ωρών μετά τον τοκετό, μόλις 100 mg, μειώνει την πιθανότητα από το ήδη υπάρχον 1% στο 0,2% [Ceska Gynekol 2006 May;71(3):173-9]. Ποσοστό, δηλαδή, που δεν απέχει από εκείνο της προγενετικής χορήγησης.

Μεταξύ όλων αυτών πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν και το κόστος της anti-D (Growther and Kiers – 1999, Wickham 2001), καθώς και ότι, παρ' όλη την αποτελεσματικότητά της, αυτό δεν σημαίνει ότι είναι αναγκαία ή ωφέλιμη για όλες τις γυναίκες. Έχει αποδειχθεί πως στο 30% των γυναικών Rh-, που υπέστησαν προγενετικά ευαισθητοποίηση, δεν χορηγήθηκε anti-D (Ghosh and Murhy's – 1994), και στο 22% υπήρξε ευαισθητοποίηση εξαιτίας «αποτυχίας χορηγήσεως» (Tovey – 1983). Άρα, μια χορήγηση ρουτίνας, για να καλυφθεί ένα ποσοστό γυναικών, οι οποίες ευαισθητοποιούνται προγενετικά, λόγω της αποτυχίας ορισμένων κλινικών ιατρών, πρέπει να θεωρηθεί σαν επιπόλαιη δικαιολογία. Εδώ πρέπει να συμπεριληφθεί και η έλλειψη ελέγχου σε σημαντικό ποσοστό, στα επείγοντα, των Rh- γυναικών και η μη χορήγηση anti-D (Emerg. Med. J. 2003, Sep. 20(5):498, Huggon and Watson – 1993, D. Gilling – Smith et al – 1997).

Βάσει στοιχείων, περίπου το 10% από τα anti-D που δίνονται στη μητέρα θα περάσουν τον πλακούντα (Hughes – Jones et al 1971, Urbaniak 1998). Μελέτες έδειξαν πως αυτό οδηγεί κάποια μωρά να είναι θετικά για ανοσοσφαιρίνες, μέσω μιας άμμεσης Coombs, αφού έχουν γεννηθεί (Bowman and Pollock 1978, Tovey et al 1983, Herman et al 1984). Υπάρχουν και λίγες μελέτες που ασχολήθηκαν με αυτό και προτείνουν συμπερασματικά ότι, παρόλο που τα παιδιά μπορεί να υποφέρουν από κάποια αναιμία, αυτό δεν απαιτεί θεραπεία στην άμεση περίοδο από τον τοκετό.

Εξετάζοντας και συγκρίνοντας όλα τα στοιχεία και τις μελέτες οι οποίες επιβεβαιώνουν την ορθή χρήση υπό τη μορφή ρουτίνας, κατά την προγενετική περίοδο, οφείλουμε να θέσουμε και κάποια ερωτήματα. Πρώτον, δεν υπάρχουν μελέτες που να δείχνουν τις σε βάθος χρόνου (20 χρόνια και περισσότερα) αιματολογικές συνέπειες και για τη μητέρα και το μωρό. Το βάρος του νεογνού και η θνησιμότητα δεν συυπολογίζονται στα μακροπρόθεσμα κριτήρια, τα οποία βεβαιώνουν τα αποτελέσματα της anti-D ανοσοσφαιρίνης. Δεύτερον, το 50% των γυναικών (κατ' άλλους σχεδόν το 90%) δεν θα ευαισθητοποιηθούν και χάριν ρουτίνας θα έλθουν σε επαφή με ένα παράγωγο αίματος. Εξαιτίας και του δύσκολου διαχωρισμού των αντισωμάτων που χορηγήθηκαν παθητικά (προγενετικά), με εκείνα που προκύπτουν από ενδεχόμενη ευαισθητοποίηση, ο αριθμός των περιστατικών που προσμετρώνται στις μελέτες ως υψηλού κινδύνου αυξάνει πλασματικά. Τρίτον, οι περιπτώσεις που χρησιμοποιείται η anti-D προγενετικά, είναι εκείνες που περιλαμβάνουν ρίσκα παρόμοια του τοκετού, όπως η αμνιοκέντηση, τραυματισμός στην κοιλιά, εξωτερική αλλαγή της θέσης της κεφαλής του εμβρύου, αιμορραγία πριν από τον τοκετό, εξωμήτρια κύηση κ.λπ. Συνεπώς, η συγκεκριμένη μετάφραση τέτοιων ευρημάτων και η περιλήψή τους σε μελέτες αλλοιώνει επιπροσθέτως τα όποια αποτελέσματα.

Ποιος μπορεί να είναι ο ρόλος της Ομοιοπαθητικής στο συγκεκριμένο θέμα;

Οι παρενέργειες της anti-D ανοσοσφαιρίνης ποικίλλουν, από τοπικές αντιδράσεις στο σημείο της ένεσης, μέχρι πυρετός, ρίγος, δερματικές έως και αναφυλακτικές αντιδράσεις. Άρα, σαν πρώτη βοήθεια, βάσει των συμπτωμάτων και τη γενική εικόνα της ασθενούς, μπορεί να ωφέλιμη. Το πιο ουσιαστικό, όμως, είναι ο τρόπος σκέψης της ολι-

στικής θεραπείας και το πώς αυτή «βλέπει» τον άνθρωπο. Έχοντας υπ' όψιν τις διχογνωμίες και τη γενικότερη ασάφεια που επικρατεί για την αντιμετώπιση ενός συχνού προβλήματος και προσμετρώντας τη σημασία αυτής της περιόδου για την νευροορμονική- ψυχοδιανοητική ανάπτυξη ενός νέου ανθρώπου, πρέπει να θέσουμε το ερώτημα αν και τι ζημιά προκαλείται; Ο Γ. Βυθούλας αναφέρει: «Κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, ο οργανισμός περνάει μέσα από μεγάλες ανακατατάξεις –κυρίως σε ορμονικό επίπεδο–, κι ένας οργανισμός που είναι ήδη ευαίσθητος και με σχετικά μικρά προβλήματα, υπάρχει η πιθανότητα να υποφέρει πολύ, κι έτσι δίνει μια συμπτωματολογία που μπορεί να κατευθύνει τον ομοιοπαθητικό ιατρό στο να βρει το ενδεικνυόμενο φάρμακο». Δεν πρέπει να λησμονάμε πως οι γυναίκες κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης είναι φυσιολογικά ανοσοκατεσταλμένες, κάτι που αυξάνει από μόνο του τις πιθανότητες να μην αναπτύξει αντισώματα κατά του εμβρυϊκού αίματος. Δεν πρέπει να λησμονάμε, επίσης, πως τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται κατά τον τοκετό αλλά και οι όποιοι χειρισμοί μπορούν να προκαλέσουν διαπλακουντική αιμορραγία. Εδώ, το όφελος της Ομοιοπαθητικής, ώστε να οδηγηθεί ένας φυσιολογικός τοκετός, αλλά και να αποφευχθούν άμεσα οποιοσδήποτε επιπλοκές, είναι γνωστό και τεκμηριωμένο από

πολλά περιστατικά. Το βασικότερο, όμως, όλων είναι ότι η Ομοιοπαθητική εισάγει έναν διαφορετικό τρόπο σκέψης.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τον ορισμό της υγείας του Γιώργου Βυθούλα και τα επίπεδα υγείας του, τοποθετούμαστε μπροστά στο ερώτημα πόσο υγιείς και «ελεύθερους» ανθρώπους θέλουμε να κάνουμε.

Δυστυχώς, στη σημερινή εποχή και, παρ' όλες τις τεχνολογικές εξελίξεις, η ιατρική βρίσκεται σε εσώτερη διαμάχη. Από τη μια προσπαθεί να εξαλείψει και τις πιο μικρές πιθανότητες για να προλάβει το κακό, κι από την άλλη, χάριν του πρώτου, εφαρμόζει αβέβαιες μεθόδους και τεχνικές, ακόμα κι όταν ο άνθρωπος σαν οργανισμός βρίσκεται στην κρισιμότερη περίοδό του, την περίοδο της κυήσεως. Σκοπός μου δεν είναι να κατηγορήσω την κλασική, όπως λέμε, ιατρική, αλλά να ενώσω τη φωνή μου, με αφορμή ένα τόσο σημαντικό θέμα, με τους τόσους πολλούς ιατρούς που υπήρξαν και υπάρχουν, καταδεικνύοντας το πρόβλημα, που δεν είναι άλλο από την ανάγκη μίας και μόνης ενοποιημένης ιατρικής σκέψης, με ανθρωπιστική μορφή. Η ιατρική οφείλει στην περίοδο που ζούμε να παίξει τον επιστημονικό της ρόλο σε αυτήν την «Ελευθερία». 🌸

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Hannafin B, Lovecchio F, Blackburn P. (2006) Department of Emergency Medicine, Maricopa Medical Center, Phoenix, USA Do Rh-negative women with first trimester spontaneous abortions need Rh immune globulin? Am J Emerg Med. 2006 Jul;24(4):487-9
- Weinberg L. (2001) Accident and Emergency Department, Royal Cornwall Hospital, Truro, UK. Use of anti-D immunoglobulin in the treatment of threatened miscarriage in the accident and emergency department. Emerg Med J. 2001 Nov;18(6):444-7.
- Chaffe B, Ford J, Bills V. (2007) Blood Transfusion Department, William Harvey Hospital, Ashford, Kent, UK. Routine antenatal anti-D prophylaxis and patient compliance with the two-dose regimen. Transfus Med. 2007 Oct;17(5):399-403.
- Pollock JM, Bowman JM. (1982) Placental transfer of Rh antibody (anti-D IgG) during pregnancy. Vox Sang. 1982;43(6):327-34.
- R. Hussey (1989) Antenatal prophylaxis with anti-D immunoglobulin. Department of Community Health, University of Liverpool. BMJ. 1989 August 26; 299(6698): 568.
- Koelewijn JM, de Haas M, Vrijkotte TG, Bonsel GJ, van der Schoot CE. (2008) One single dose of 200 microg of antenatal RhIG halves the risk of anti-D immunization and hemolytic disease of the fetus and newborn in the next pregnancy. Sanquin Research, Amsterdam, The Netherlands. Transfusion. 2008 Aug;48(8):1721-9. Epub 2008 May 23.
- Wee WWW, Kanagalingam D. (2009) The use of anti-D immunoglobulins for rhesus prophylaxis: audit on knowledge and practices among obstetricians. Department of Obstetrics and Gynaecology, KK Women's and Children's Hospital, Singapore. Singapore Med J. 2009 Nov;50(11):1054-7.
- Harkness M, Freer Y, Prescott RJ, Warner P. (2008) Implementation of NICE recommendation for a policy of routine antenatal anti-D prophylaxis: a survey of UK maternity units. Better Blood Transfusion Programme, Scottish National Blood Transfusion Service, Edinburgh, UK. Transfus Med. 2008 Oct;18(5):292-5.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (1999) Prevention of Rh D alloimmunization: clinical management guidelines for obstetricians and gynecologists. International Journal of Gynecology and Obstetrics, Vol 66, No 1, July 1999, pp 63-70.
- Bowman JM and Pollock JM (1978) Rh isoimmunisation during pregnancy: antenatal prophylaxis. Canadian Medical Association Journal, 1978, 118, pp 623-627.
- Coombes R (1999) Midwives cautioned over risks of using untested blood product. Nursing Times, Vol 95, No 24, June 16, 1999, p7.
- Crowther CA and Keirse MJNC (1999) Anti-D administration in pregnancy for preventing rhesus alloimmunization. (Cochrane Review) The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Update Software, Oxford.
- Gaskin IM (1989) Rethinking Rhogam Birth Gazette, Vol 6, No 1, Winter 1989, pp 32-33.
- Ghosh S and Murphy WG (1994) Implementation of the rhesus prevention programme: a prospective study. Scottish Medical Journal, Vol 39, No 5, October 1994, pp 147-49.
- Gilling-Smith C, Toozs-Hobson P, Potts DJ and others (1998) Failure to comply with anti-D prophylaxis recommendations in accident and emergency departments. In Urbanik SJ (1998) Proceedings of the Consensus Conference on Anti-D Prophylaxis. British Journal of Obstetrics and Gynecology, 105, Supplement 18, November 1998, p24.
- Herman M, Kjellman H Ljunggren C (1984) Antenatal prophylaxis of Rh isoimmunisation with 250mg anti-D immunoglobulin. Acta Obstet Gynecol Scand, 1984, 124, pp 1-15.
- Howard HL, Martlew VJ, McFadyin IR and Clarke CA (1997) Preventing Rhesus D haemolytic disease of the newborn by giving anti-D immunoglobulin: are the guidelines being adequately followed? British Journal of Obstetrics and Gynaecology, January 1997, Vol. 194, pp 37-41.
- Huchet J, Dallemagne S, Huchet C and others (1987) The antepartum use of anti-D immunoglobulin in rhesus negative women. Parallel evaluation of fetal blood cells passing through the placenta. The results of a multicentre trial carried out in the region of Paris. Journal de Gynecologie, d'Obstetrique Biol Reprod (Paris) 1987, No 16, pp 101-111.
- Huggon AM and Watson DP (1993) Use of anti-D in an accident and emergency department. Archives of Emergency Medicine, Vol 10, No 4, December 1993, pp 306-09.
- Hughes RG, Craig JL, Murphy WG and others (1994) Causes and clinical consequences of Rhesus (D) haemolytic disease of the newborn: a study of a Scottish population, 1985-1990. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, Vol 101, No 4, April 1994, pp 297-300.
- Hughes-Jones NC, Ellis M, Ivona J and others (1971) Anti-D concentrations in mother and child in haemolytic disease of the newborn. Vox Sang 1971, 124, p 135.
- Lee D and Rawlinson VI (1995) Multicentre trial of antepartum low-dose anti-D immunoglobulin. Transfusion Medicine, 1995, No 5, pp 15-19.
- Mayne S, Parker JH, Dodds SD and others (1997) Rate of RhD sensitisation before and after implementation of a community based antenatal prophylaxis programme. British Medical Journal, 315, 13 December 1997, p 1588.
- McSweeney E, Kirkham J, Vinal P and others (1998) An audit of anti-D sensitisation in Yorkshire. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, Vol 105, October 1998, pp 1091-94.
- Royal College of Midwives (1999) Anti-D update. RCM Midwives Journal, November 1999 mid-month supplement.
- Romm AV (1999) Rho (D) Immune Globulin: pros, cons, indications and alternatives. Birth Gazette, Vol 15, No 2, spring 1999, pp 18-21.
- Tovey LAD, Townley A, Stevenson B and others (1983) The Yorkshire antenatal anti-D immunoglobulin trial in primigravidae. The Lancet, 1983, ii, pp 244-246.
- Urbanik S (1998) Proceedings of the Consensus Conference on Anti-D Prophylaxis. British Journal of Obstetrics and Gynecology, 105, Supplement 18, November 1998, p24.
- Wickham S (2000) Postnatal Anti-D - Exploring Midwifery Evidence MIDIRS Midwifery Digest, Vol 9, No 4, December 2000, pp 520-525.
- Wickham S (2001) Anti-D in Midwifery - Panacea or Paradox? Butterworth Heinemann, Oxford.
- Zipursky A, Israels LG (1967) The pathogenesis and prevention of Rh immunization. Canadian Medical Association Journal, Vol. 97, No. 21, 18 November 1967, pp 1245-1257.
- Βυθούλας Γ. Βασικές ιδέες της Ομοιοπαθητικής (2008), Ιανός
- Βυθούλας Γ. Η επιστήμη της Ομοιοπαθητικής (2005), Εκδόσεις Διεθνούς Ακαδημίας Ομοιοπαθητικής Ιατρικής

Ομοιοπαθητική συνέντευξη και φαινόμενο placebo

Λευτέρης Ταπάκης, ιατρός-ομοιοπαθητικός

Ένα από τα στοιχεία που εντυπωσιάζουν κάποιον που έρχεται για πρώτη φορά σε επαφή με την Ομοιοπαθητική, είναι η λήψη του ομοιοπαθητικού ιστορικού. Κάνουν εντύπωση ο χρόνος που αφιερώνει ο ομοιοπαθητικός γιατρός για τη λήψη του ιστορικού, ο οποίος είναι πολλαπλάσιος από αυτόν που αφιερώνει ο γιατρός της συμβατικής ιατρικής, και οι «λεπτομέρειες» τις οποίες ρωτάει.

Ο ασθενής αισθάνεται καλά από τη νέα αυτή προσέγγιση, αφού βλέπει ότι ο γιατρός ενδιαφέρεται πραγματικά για την περίπτωση του. Ποτέ κανείς γιατρός δεν τον είχε ρωτήσει στο παρελθόν αν κρυώνει ή αν ζεσταίνεται, για τους φόβους και τις ανησυχίες του. Τις περισσότερες φορές, ο ασθενής αντιλαμβάνεται γρήγορα ότι αυτές οι ερωτήσεις έχουν βαρύτητα και ανταποκρίνεται με προθυμία, προσπαθώντας να περιγράψει με τη μέγιστη ειλικρίνεια τα συμπτώματά του.

Κάποιοι πιστεύουν ότι η λήψη ομοιοπαθητικού ιστορικού δρα θεραπευτικά *per se* (δηλαδή, από μόνη της), επειδή αναπτύσσεται βαθύτερη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου και επειδή τα ομοιοπαθητικά φάρμακα λειτουργούν ως placebo. Η λέξη placebo είναι λατινική και έχει την ίδια ρίζα με τη λέξη please (= ευχαριστώ, τέρπω, δίνω ευχαρίστηση). Placebo στα λατινικά σημαίνει «θα ευχαριστήσω».

Ένα placebo φάρμακο ή τεχνική είναι αυτή που δίνεται ή διενεργείται από τον γιατρό, με σκοπό να υπάρξει ψυχολογική επίδραση στον ασθενή, χωρίς αυτό το φάρμακο ή η τεχνική να έχουν από μόνα τους βιολογική δράση. Κάθε άλλο, όμως, παρά αυτό συμβαίνει με τη λήψη ομοιοπαθητικού ιστορικού και τη συνταγογράφηση ομοιοπαθητικών φαρμάκων. Τα δυναμοποιημένα, υψηλής αραίωσης φάρμακα έχουν, όπως δείχνει η μακρά ομοιοπαθητική πρακτική, σαφή φαρμακευτική-βιολογική δράση. **Το ιστορικό, λοιπόν, αποτελεί το μέσον και το εργαλείο για να ληφθούν οι απαραίτητες πληροφορίες για την εύρεση του σωστού ομοιοπαθητικού φαρμάκου, το οποίο είναι αυτό που θα διεγείρει τον οργανισμό για τη θεραπευτική διαδικασία.** Στις επόμενες επισκέψεις (follow ups), το ιστορικό έχει σκοπό την αξιολόγηση της πορείας της θεραπείας, για να αποφασιστεί αν πρέπει να επαναλάβουμε το φάρμακο, αν πρέπει να δοθεί άλλο φάρμακο ή αν πρέπει να περιμένουμε.

Άρα, παρότι η ομοιοπαθητική συνέντευξη μπορεί σαφώς να έχει και άλλες θετικές επιδράσεις, το κυρίως ζητούμενο και σκοπός είναι η εύρεση του σωστού ομοιοπαθητικού φαρμάκου. Η εύρεση, όμως, του σωστού ομοιοπαθητικού φαρμάκου είναι πολύ δύσκολη διαδικασία και πολλές φορές δεν επιτυγχάνεται από την πρώτη επίσκεψη. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η ευχαρίστηση που παίρνει ο ασθενής από τις ομοιοπαθητικές συνεντεύξεις και το ενδιαφέρον που βλέπει από τον γιατρό μπορεί να βοηθήσει ώστε να συνεχίζει να πηγαίνει στον ομοιοπαθητικό μέχρι να βρεθεί το σωστό φάρμακο που θα βοηθήσει την υγεία του. Είναι τότε και μόνο τότε που ο γιατρός θα δει στον ασθενή την πραγματική βελτίωση στο επίπεδο της υγείας του.



Αυτή η αναφορά στην επίδραση της ομοιοπαθητικής συνέντευξης γίνεται με αφορμή ένα άρθρο που δημοσιεύτηκε τον Νοέμβριο του 2010 στο περιοδικό *Rheumatology*.^[1] Το άρθρο αυτό φέρεται κατά της Ομοιοπαθητικής και αναφέρει ότι η Ομοιοπαθητική έχει αποτελέσματα στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, λόγω της ομοιοπαθητικής συνέντευξης και όχι του ομοιοπαθητικού φαρμάκου. Είναι μια τυχαίοποιημένη διπλή τυφλή μελέτη στην οποία οι ασθενείς χωρίζονται σε πέντε ομάδες. Στην πρώτη δίνεται ομοιοπαθητικό φάρμακο κατόπιν συνέντευξης, στη δεύτερη δίνεται προκαθορισμένο ομοιοπαθητικό complex κατόπιν συνέντευξης, στην τρίτη δίνεται placebo φάρμακο κατόπιν συνέντευξης, στην τέταρτη δίνεται ομοιοπαθητικό complex χωρίς συνέντευξη και στην πέμπτη δίνεται placebo, επίσης χωρίς συνέντευξη. Συγκρίνοντας τις πιο πάνω ομάδες, οι συγγραφείς φτάνουν στο συμπέρασμα ότι η Ομοιοπαθητική έχει θετικές επιδράσεις στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, λόγω της ομοιοπαθητικής συνέντευξης και όχι λόγω του φαρμάκου.

Η εν λόγω, όμως, μελέτη έχει πολύ σοβαρά σφάλματα όσον αφορά στον σχεδιασμό της. Είναι γνωστό, για παράδειγμα, ότι σε μια σοβαρή παθολογία, όπως είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα, με ιστορικό πολλών ετών υπό την επίδραση ισχυρών αλλοπαθητικών φαρμάκων, λίγα αποτελέσματα μπορεί να έχει η Ομοιοπαθητική. Θα πρέπει να γίνουν διαδοχικές σωστές συνταγογραφήσεις με παράλληλη μείωση των χημικών φαρμάκων, για να μπορέσει να φανεί κάποιο αποτέλεσμα σε μακρύ χρονικό διάστημα, ίσως σε μερικά έτη. Η εύρεση των σωστών φαρμάκων είναι πολύ δύσκολη, λόγω του ότι τα συμπτώματα έχουν καλυφθεί από τα χημικά φάρμακα.

Άλλα σφάλματα σε αυτήν τη μελέτη είναι η επιλογή της δυναμοποίησης που χρησιμοποιήθηκε, η οποία ήταν πολύ χαμηλή (50 LM). Επίσης, δεν είχε προβλεφθεί η τακτική που θα ακολουθείτο σε περίπτωση εμφάνισης θεραπευτικής επιδείνωσης. Είναι προφανές στην πιο πάνω μελέτη ότι σε μια τέτοια περίπτωση η θεραπευτική αντίδραση θα καταπιεζόταν από την αύξηση της δόσης των αλλοπαθητικών. Πρόκειται, εν κατακλείδι, για μια μελέτη της οποίας το πρωτόκολλο δεν συνάδει με τις θεωρητικές βάσεις της Ομοιοπαθητικής. Το συμπέρασμα, λοιπόν, της παραπάνω μελέτης ήταν ότι η Ομοιοπαθητική έχει θεραπευτική δράση, λόγω της θετικής επίδρασης της ομοιοπαθητικής συνέντευξης. Αυτό, όμως, που ισχύει είναι ότι η **Ομοιοπαθητική έχει θεραπευτική δράση, λόγω της θετικής διέγερσης που δίνει το ομοιοπαθητικό φάρμακο στον αμυντικό μηχανισμό**. Η αντίδραση του οργανισμού στο σωστό ομοιοπαθητικό δεν έχει παροδικά ήπια αποτελέσματα (όπως μπορεί να έχει η διάδραση θεραπευτή-θεραπευόμενου), αλλά δίνει το έναυσμα για την εκκίνηση της θεραπευτικής διαδικασίας, η οποία ξεκινά από τα βαθύτερα επίπεδα της ανθρώπινης ύπαρξης. Αυτή η αντίδραση μπορεί να διαχωριστεί σαφώς από τον έμπειρο ομοιοπαθητικό από μία ήπια βελτίωση, όπως είναι αυτή του φαινομένου placebo. Τέτοια κριτήρια είναι η αρχική θεραπευτική επιδείνωση, όπως ονομάζεται, η κατεύθυνση της παθολογίας σε περιφερικότερα, λιγότερο σημαντικά όργανα του οργανισμού, η επιστροφή παλαιών συμπτωμάτων με παράλληλο αίσθημα ευεξίας και άλλα. Η Ομοιοπαθητική έχει τη δυνατότητα, μέσω των σωστών συνταγογραφήσεων, να ισορροπήσει τον οργανισμό και να ανεβάσει το επίπεδο της υγείας.

Η πιο κάτω απάντηση στάλθηκε από τον υπογράφοντα στο εν λόγω περιοδικό, η οποία όμως απορρίφθηκε χωρίς να δοθεί ούτε ένας σοβαρός λόγος. Ακολουθεί η μετάφραση της απάντησης:

«Κύριοι, αναφέρομαι στην εργασία των Brien et al "Homeopathy has clinical benefits in rheumatoid arthritis patients that are attributable to the consultation process but not the homeopathic remedy: a randomized controlled clinical trial" (μτφρ. "Η Ομοιοπαθητική έχει κλινικά οφέλη στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, τα οποία αποδίδονται στη διαδικασία της συνέντευξης και όχι στο ομοιοπαθητικό φάρμακο: μια τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη κλινική μελέτη"^[1]), η οποία ουσιαστικά απορρίπτει τα ομοιοπαθητικά φάρμακα ως πλασματικά φάρμακα (placebo) και προκρίνει τις "θετικές" επιδράσεις της ομοιοπαθητικής συνέντευξης. Στο κύριο άρθρο (editorial) του εν λόγω τεύχους, ο E. Ernst δηλώνει ότι "τα ομοιοπαθητικά φάρμακα είναι αραιωμένα σε τόσο υψηλό βαθμό, που πρέπει να στερούνται ειδικών θεραπευτικών δράσεων".

»Είναι ενδιαφέρον ότι έναν μήνα μετά τη μελέτη των Brien et al^[1], οι Luc Montagnier et al, κατόπιν σοβαρής έρευνας με ουσίες σε πολύ υψηλή αραιώση, ανακοίνωσαν κάποιες ιδιαίτερες ιδιότητες αυτών

των ουσιών.^[3] Σε αυτήν τη μελέτη, οι επιστήμονες επεξεργάζονται τις προς μελέτη ουσίες με διαδοχικές αραιώσεις και κρούσεις, με τρόπο παρόμοιο με αυτόν που παρασκευάζονται τα ομοιοπαθητικά φάρμακα. Ο νομπελίστας Montagnier και οι συνεργάτες του ανακάλυψαν με αυτή την εργασία κάποια μετρήσιμα μεγέθη των διαλυμάτων σε υψηλή αραιώση, τα οποία ήταν πριν άγνωστα σε εμάς (χαμηλής συχνότητας ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία). Οι ανακαλύψεις αυτές, αν και δεν αποδεικνύουν τις θεραπευτικές δράσεις των υψηλά αραιωμένων διαλυμάτων, αποτελούν εν τούτοις ισχυρή ένδειξη ότι οι υψηλές δυναμοποιήσεις έχουν διαφορετικές ιδιότητες από αυτές του σκέτου διαλύτη. Το σίγουρο είναι ότι αυτός είναι ένας τομέας στον οποίο έχουμε πολλά ακόμα να ανακαλύψουμε.

»Η δοκιμή των Brien et al, παρόλο που παρουσιάζεται στον μη γνώστη της Ομοιοπαθητικής να είναι καλώς σχεδιασμένη και επιμελώς εκτελεσμένη, έχει στο πρωτόκολλό της σοβαρά σφάλματα. Είναι γνωστό, για παράδειγμα, από τότε που εφαρμόστηκε η ομοιοπαθητική πρακτική, ότι τα ομοιοπαθητικά φάρμακα δεν δρουν αν χορηγούνται ταυτόχρονα με χημικά φάρμακα.^[4-6] Η θεραπευτική αντιμετώπιση των περιπτώσεων με σοβαρή παθολογία απαιτεί πολλές διαδοχικές συνταγογραφήσεις που πρέπει να είναι ορθές και να δίνονται στον κατάλληλο χρόνο,^[7] με παράλληλη σταδιακή μείωση των χημικών φαρμάκων. Σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να φανεί κάποιο αποτέλεσμα ύστερα από δύο ή τρία χρόνια.^[5-6] Οι σχεδιαστές της εργασίας φαίνεται ότι δεν κατέχουν αυτές τις βασικές γνώσεις της θεωρίας της Ομοιοπαθητικής. Επίσης, η επιλογή της δυναμοποίησης ήταν λανθασμένη, αφού είναι πολύ χαμηλή και μη κατάλληλη γι' αυτές τις περιπτώσεις σοβαρής παθολογίας.^[5] Ένας έμπειρος ομοιοπαθητικός μπορεί να βρει και άλλα σφάλματα, αλλά τα πιο πάνω είναι ήδη αρκετά για να μη φανούν τα αποτελέσματα των ομοιοπαθητικών φαρμάκων από αυτή την εργασία. Προξενεί έκπληξη πώς οι δύο ομοιοπαθητικοί αποδέχτηκαν να συμμετάσχουν σε μια εργασία με ένα τέτοιο πρωτόκολλο.

»Το να απορρίπτει κανείς τη δράση των ομοιοπαθητικών φαρμάκων, μετά από δοκιμή σε ασθενείς με σοβαρή ρευματοειδή αρθρίτιδα, υπό την επίδραση ισχυρών ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, είναι παρόμοιο με το να απορρίπτει κανείς τα αντιβιοτικά εν γένει, ύστερα από μια εργασία που να δείχνει ότι η πενικιλίνη δεν έχει δράση στη φυματίωση!

»Με λύπη μου δηλώνω ότι η δημοσίευση αυτής της εργασίας από το έγκυρο περιοδικό *Rheumatology* αποτελεί ατόπημα, αφού η εν λόγω εργασία δεν πληροί τις βασικές επιστημονικές προδιαγραφές». ❁

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Brien S, Lachance L, Prescott P, McDermott C, Lewith G. «Homeopathy has clinical benefits in rheumatoid arthritis patients that are attributable to the consultation process but not the homeopathic remedy: a randomized controlled clinical trial». *Rheumatology* 2010;49:doi:10.1093/rheumatology/keq234.
2. Ernst E. «Homeopathy, non-specific effects and good medicine». *Rheumatology* 2010; 49:doi:1093/rheumatology/keq265.
3. Montagnier L, Aissa J, Del Giudice E, Lavallee C, Tedeschi A, Vitiello G. «DNA waves and water». *Arxiv* 2010;1012.5166v1.
4. Hahnemann S. *Organon of the Art of Healing*. Philadelphia: Boericke and Tafel; 1917.
5. Vithoulkas G. *The science of homeopathy*. New York: Grove Press; 1980.
6. Vithoulkas G, Van Woensel E. *Levels of Health*. Athens: International Academy of Classical Homeopathy; 2010.
7. Vithoulkas G. «The need for the correct sequence of remedies». *Homeopathy*. 2002;91(1):40-2.



Οδοντιατρικό αμάλγαμα: πού βρίσκεται ο μύθος και πού η αλήθεια;



Δημήτρης Καλλιαντάς, χειρουργός οδοντίατρος, www.kalliadas.com

Μέρος 2ο

Όπως αναφέραμε στο προηγούμενο σημείωμά μας (τεύχος #15, Δεκέμβριος 2009-Φεβρουάριος 2010), το συμβατικό οδοντιατρικό αμάλγαμα είναι το κράμα του **καθαρού υδράργυρου** με διάφορα άλλα **βαρέα** μέταλλα, κυρίως αργύρου, κασσίτερου, χαλκού, ψευδάργυρου. Αποτελεί τη στερεοποίηση του υδράργυρου σε θερμοκρασία περιβάλλοντος. Θεωρείται ειδικό κράμα. Στην ουσία, όμως, είναι **συσσωμάτωμα και μείγμα βαρέων μετάλλων**. Τα κράματα, γενικά, είναι στερεά διαλύματα. Η λέξη αμάλγαμα προκύπτει εκ του αραβικού al magma, που σημαίνει μείγμα. Διαφέρει από τις χημικές ενώσεις στο ότι:

- Σαν μείγμα δεν έχει σταθερή εκατοστιαία σύσταση.
- Οι λόγοι των βαρών των συστατικών του δεν είναι απλά πολλαπλάσια του αυτού αριθμού (δεν υπακούει στον νόμο των απλών πολλαπλασίων, νόμος Dalton-Proust).
- Οι ιδιότητες των επιμέρους συστατικών του μεταβάλλονται μετά τη σύσταση του μείγματος και εξαρτιούνται από την αναλογία των συστατικών τους, **τα οποία όμως διατηρούν τις ιδιότητές τους και μετά την ανάμειξη** (Κ. Μανωλκίδης - Κ. Μπέζας, 1969).

Στερεά στοιχεία αμαλγάματος

Ο βασικός λόγος παραγωγής κραμάτων είναι η βελτίωση της σκληρότητας, αντοχής, βάρους, αντίστασης στη διάβρωση κ.λπ. των καθαρών (πρωτογενών) μετάλλων. Τα στερεά μείγματα (κράματα) δεν υπακούνε στους νόμους της χημείας. Διακρίνονται σε ομογενή και ετερογενή.

Τα διακριτά συστατικά ετερογενούς μείγματος καλούνται φάσεις. Φάση είναι το ομογενές μέρος ετερογενούς μείγματος. Ο υδράργυρος σχηματίζει ιοντικές όπως και ομοιοπολικές ενώσεις. Στο οδοντιατρικό αμάλγαμα, η σύνδεση του υδράργυρου με τα υπόλοιπα μέταλλα **γίνεται με ιοντικό δεσμό**.

Ο ιοντικός ή ετεροπολικός ή ιονικός δεσμός **δεν πρόκειται περί δεσμού** αλλά περί εντόνου ηλεκτροστατικής έλξης. Προϋποθέτει τα στοιχεία που θα ενωθούν, αρχικά να **καταστούν ιόντα** (Δ. Α. Γιαννακουδάκης - Γ. Ε. Μανουσάκης, 1970).

Όμως, τα στερεά στοιχεία-μέταλλα στο οδοντιατρικό αμάλγαμα διατηρούν τις ιδιότητές τους, π.χ. οξειδώνονται, έτσι και ο υδράργυρος συνεχίζει να εκπέμπει ατμούς ιόντων υδραργύρου και μετά την αμαλγαματοποίησή του.

Αρχικά, τα στερεά μέταλλα του οδοντιατρικού αμαλγάματος θερμαίνονται όλα μαζί, πάνω από τη θεοκρασία τήξης τους, και στη συνέχεια το λιωμένο τήγμα χύνεται σε ειδικές μήτρες (καλούπια). Μετά την πλήρη απόψυξη, ξανά θερμαίνονται στους 400 °C, όπου και παραμένει το πήγμα για 24 ώρες, για να ακολουθήσει η αργή απόψυξη του και πάλι. Έτσι ομογενοποιείται το κράμα των στερεών μετάλλων. Στην ουσία, αυτό που γίνεται είναι ένα στερεό διάλυμα, κυρίως του κασσίτερου στον άργυρο, με κρυσταλλική δομή όμοια του αργύρου. Στη συνέχεια, το προϊόν τεμαχίζεται σε τόννο και αυτό γίνεται γιατί **η ανάγκη σύνδεσης του υδράργυρου με το κράμα των υπόλοιπων μετάλλων για τον σχηματισμό του αμαλγάματος επιβάλλει τη μετατροπή του κράματος των μετάλλων σε σφαιρικούς κόκκους**.



Εικόνα 1: Συσκευή ανάδευσης σκόνης κράματος μετάλλων και υδράργυρου για την παρασκευή αμαλγάματος



Εικόνα 2: Δοχείο υποδοχής του κράματος μετάλλων στη συσκευή ανάδευσης



Εικόνα 3: Δοχείο υποδοχής του υδράργυρου στη συσκευή ανάδευσης



Εικόνα 4: Δισκία προκαθορισμένων δόσεων υδράργυρου-κράματος μετάλλων αμαλγάματος

Αρχικά, οι κόκκοι έχουν τη μορφή ρινισμάτων. Γίνεται η έκλυση των κόκκων με κάποιο διάλυμα οξέος και στη συνέχεια τα ρινίσματα αλέθονται, μία ή και δύο φορές, και το τελικό προϊόν κοσκινίζεται και διαχωρίζεται. Η κοπή του κράματος σε μικρούς κόκκους έχει ως αποτέλεσμα **την παραμόρφωση των κρυστάλλων**, λόγω μικροτάσεων στο εσωτερικό τους, και **την αστάθεια σύνδεσής** τους με τον υδράργυρο. Έτσι, η κοπή του κράματος συνοδεύεται από θέρμανσή τους για μερικές ώρες, στους 100 °C (Gulyaev, 1978).

Στη συνέχεια, μια άλλη σειρά διαδικασιών δίνει στους κόκκους τη μορφή μικρών κόκκων.

Όμως, τα τελευταία χρόνια, απόλυτα **σφαιρικά κράματα δεν κυκλοφορούν** στο εμπόριο. Στα κυκλοφορούντα υπάρχουν, πλην των σφαιρικών κόκκων, και ρινίσματα. Αυτά τα κράματα ονομάζονται μεικτά. Επομένως, υπάρχουν ρινίσματα που λόγω μορφής **δεν μπορούν να συνδεθούν σταθερά με τον υδράργυρο. Η σύνδεσή τους είναι ασταθής, άρα και η αποσύνδεσή τους είναι σχετικά εύκολη.**

Η σκόνη που κατασκευάζεται με τους τρόπους που αναφέρθηκαν προηγουμένως, κυκλοφορεί στο εμπόριο συσκευασμένη χύμα σε φιαλίδια ή σε δισκία και κάψουλες προκαθορισμένων δόσεων μαζί με τον υδράργυρο.

Ο οδοντίατρος αναμειγνύει τη σκόνη του κράματος με τον υδράργυρο, και έτσι παρασκευάζεται το οδοντιατρικό αμάλγαμα.

Ο υδράργυρος

Ο υδράργυρος που χρησιμοποιείται στην οδοντιατρική είναι ο καθαρός μεταλλικός ή στοιχειακός υδράργυρος, που είναι ένα βαρύ, ασημένιο, άσπρο υγρό, και σε θερμοκρασία περιβάλλοντος έχει υγρή μορφή. Ο ατομικός αριθμός του είναι 80 και η ατομική μάζα του είναι 200.59 g. mol⁻¹. Το σημείο τήξεώς του είναι -38.9 °C και το σημείο ζέσεως 356,9 °C. Διαθέτει υψηλή τάση ατμών και στη θερμοκρασία δωματίου σημαντικό μέρος του μετατρέπεται σε ατμό. Σε θερμοκρασία περιβάλλοντος γίνεται αόρατο, τοξικό, άχρωμο, αέριο.

Είναι το πυκνότερο γνωστό υγρό στοιχείο. Είναι ένα **πάρα πολύ τοξικό μέταλλο για τον άνθρωπο και το περιβάλλον**. Η τοξικότητά του ποικίλλει ανάλογα με τη χημική μορφή που βρίσκεται. Όλες, όμως, οι μορφές υδράργυρου είναι δηλητηριώδεις. Επίσης, τα μικρόβια μπορούν να μετατρέψουν τις ανόργανες μορφές υδράργυρου σε



Εικόνα 5: Οι αόρατοι και επικίνδυνοι ατμοί υδράργυρου δημιουργούν σκιά σε φθορίζον πέτασμα, όταν αυτό φωτίζεται με υπεριώδη ακτινοβολία.

οργανικές που μπορούν να συσσωρευτούν στον οργανισμό. Η ημιζωή του για τον οργανισμό είναι περίπου 70 ημέρες και απεκκρίνεται αργά από το σώμα κατά τη διάρκεια αρκετών μηνών (Θ. Κουιμτζή, Κ. Σαμαρά-Κωνσταντίνου, 1998).

Η έκθεση του οργανισμού στον υδράργυρο μπορεί να βλάψει τον εγκέφαλο, το νευρικό σύστημα, τα νεφρά, την ανάπτυξη του εμβρύου κ.λπ. Ως αποτελέσματα από την επίδρασή του στον εγκέφαλο αναφέρονται η οξυθυμία, η συστολή, τα προβλήματα όρασης ή ακοής, οι απότομες μεταβολές στη διάθεση, η απώλεια μνήμης, οι διανοητικές διαταραχές, η αδυναμία των μυών κ.λπ. Οι υψηλές εκθέσεις στον ατμό υδράργυρου μπορούν να προκαλέσουν οξύ θωρακικό πόνο, δύσπνοια και πνευμονικό οίδημα. Τα υψηλά επίπεδα υδράργυρου στην κυκλοφορία του αίματος των αγέννητων μωρών και των μικρών παιδιών μπορούν να βλάψουν το αναπτυσσόμενο νευρικό σύστημα. Η χρόνια δηλητηρίαση συμβαίνει όταν η έκθεση στη μόλυνση διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα και **εμφανίζεται** μέσω απορρόφησης μικρών ποσοτήτων. Τα συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν εντός μίας εβδομάδας, αλλά συνήθως αναπτύσσονται ύπουλα σε βάθος χρόνου. Η μακροπρόθεσμη έκθεση σε ανόργανο υδράργυρο μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα από όλα τα υποσυστήματα του οργανισμού.



Εικόνα 6: Φιαλίδιο με υδράργυρο

Μέρος 3ο

Συνοψίζοντας θα λέγαμε τα εξής:

- Το αμάλγαμα είναι **συσσωμάτωμα βαρέων μετάλλων**.
- Τα στερεά μέταλλα αποτελούν το 0,31% του τελικού προϊόντος. Το υπόλοιπο 0,69% αναλογεί στον υδράργυρο.
- Η χημική σύνδεση του υδραργύρου με το κράμα των υπόλοιπων μετάλλων γίνεται με ηλεκτροστατικού τύπου χημικό δεσμό (ιοντικός ή ετεροπολικός).
- Απόλυτα σφαιρικά στερεά κράματα μετάλλων (σκόνη για την παρασκευή του αμαλγάματος) δεν κυκλοφορούν στο εμπόριο. Επομένως, υπάρχουν ρινίσματα που λόγω μορφής δεν μπορούν να συνδεθούν σταθερά με τον υδράργυρο.

Εξ αυτών, το συμπέρασμα που θα μπορούσαμε να εξαγάγουμε είναι ότι το οδοντιατρικό αμάλγαμα μέσα στο στόμα μπορεί να λειτουργήσει τοξικά, λόγω απελευθέρωσης κυρίως ιόντων υδραργύρου. Αυτό οφείλεται, κατά κύριο λόγο, στην αστάθεια σύνδεσης υδραργύρου και υπόλοιπων μετάλλων.

Σε βίντεο της International Academy of Oral Medicine & Toxicology, στο YouTube, μπορούμε να δούμε δόντι με έμφραξη αμαλγάματος να εμφανίζει εικόνα παρόμοια με την εικόνα 5.

- www.iaomt.org
- <http://www.youtube.com/watch?v=jN5QVL4N9oU&feature=related>
- <http://www.youtube.com/watch?v=9ylnQ-T7oiA&feature=related>

Με δεδομένο ότι η πτητικότητα του υδραργύρου και μετά την αμαλγαματοποίησή του είναι γεγονός, τίθεται το ερώτημα πώς ο ομοιοπαθητικός οδοντίατρος θα μπορούσε να προσεγγίσει επιστημονικά το θέμα και τι θα πρότεινε σαν μέτρα προστασίας, τόσο για τους ασθενείς του όσο και για το προσωπικό του ιατρείου;

Κατά καιρούς γράφονται, λέγονται και γίνονται διάφορες «αυθαίρετες», κατά τη γνώμη μας, τοποθετήσεις στο επίμαχο αυτό θέμα από την ευρύτερη οδοντιατρική επιστημονική κοινότητα, είτε εφαρμόζει στην καθημερινή πρακτική της την Ομοιοπαθητική είτε όχι. Δεν μπορεί να καταλήξει, τελικά, κατά πόσο ή όχι είναι επιβλαβής για τον οργανισμό η ποσότητα του υδραργύρου που ελευθερώνεται από το αμάλγαμα μετά την τοποθέτησή του στο στόμα. Από τη μια, πολλοί οδοντίατροι υποστηρίζουν ότι το αμάλγαμα είναι αβλαβές για τον άνθρωπο, αλλά επιβλαβές για το περιβάλλον κ.λπ., και από την άλλη, άλλοι συνάδελφοί μας ισχυρίζονται ότι είναι επιβλαβές, και μερικοί εξ αυτών προτείνουν και συγκεκριμένα «ομοιοπαθητικά» φάρμακα που θα πρέπει να πάρει ο ασθενής μετά την αφαίρεση των παλαιών εξ αμαλγάματος εμφράξεων. Σκοπός είναι, λένε, να αρθούν οι βλαπτικές παρενέργειες κυρίως του υδραργύρου σε αυτούς τους ασθενείς μετά την αφαίρεση από το στόμα αυτού του υλικού. Με δεδομένη την πολυπλοκότητα του ανθρώπινου οργανισμού, όπως επίσης και το γεγονός ότι δεν υπάρχουν τεκμηριωμένες μελέτες εκ μέρους της οδοντιατρικής, αν και έχει ασχοληθεί επισταμένα με το θέμα, που να επιβεβαιώνουν την άμεση τοξικότητά του, ας δούμε πού είναι ο μύθος και πού η αλήθεια σε όλη αυτή την ιστορία.

1ον Οι περισσότεροι οδοντίατροι που χρησιμοποιούν το υλικό θα μπορούσαν να θεμελιώσουν τις απόψεις τους περί μη τοξικότητας τη στιγμή που στο συσσωμάτωμα αυτών των βαρέων μετάλλων κυριαρχούσε ο **ομοιοπολικός και όχι ο ιοντικός δεσμός**.

Τότε θα μπορούσαν να μιλούσαν για σταθερότητα στη δομή του τελικού προϊόντος, για αλλαγές των φυσικοχημικών ιδιοτήτων των συστατικών του κ.λπ., δηλαδή για χημική ένωση, που είναι κάτι διαφορετικό σε σχέση με το στερεό μείγμα που είναι τώρα.

2ον Οι εμφράξεις αυτού του είδους **δεν γίνονται μόνο** γενικότερα σε σχετικά υγιείς οδοντιατρικούς ασθενείς. Αν συνέβαινε κάτι τέτοιο, θα μπορούσαμε να δούμε τις μεταβολές υγείας μετά τη χρήση του υλικού και αφού προηγουμένως είχαμε πλήρη καταγραφή των μέχρι τότε, πριν από την τοποθέτηση του υλικού, γενικότερων συμπτωμάτων των ασθενών.

Αυτό όμως δεν έχει γίνει εφικτό έως σήμερα. Δεν λαμβάνεται λεπτομερές ιατρικό ιστορικό που να αποτυπώνεται η προηγούμενη συμπτωματολογία του ασθενή μας, κάτι που θεωρούμε ότι θα έπρεπε να γίνεται. Έτσι δεν είναι εύκολο να αναγνωρίσουμε τις μεταβολές που θα προκύψουν στην υγεία του **μετά** τις εμφράξεις με τον τρόπο που εργάζεται παγκοσμίως ο οδοντίατρος σήμερα. Οι μεταλλικές εμφράξεις γίνονται και υπάρχουν στο στόμα σχεδόν του 90% του παγκόσμιου πληθυσμού των οδοντιατρικών ασθενών. Επομένως, δεν είναι δυνατόν παθήσεις που υπάρχουν ή εμφανίζονται σε βάθος χρόνου στους ασθενείς αυτούς να συσχετιστούν εύκολα με αυτό το υλικό.

3ον Το βασικό μαθηματικό εργαλείο προσέγγισης που χρησιμοποιεί η καθιερωμένη οδοντιατρική-ιατρική είναι η στατιστική. Αναφέρεται στις διάφορες μελέτες ότι, στατιστικά, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να επιβεβαιώνουν την όποια τοξικότητα του υλικού.

Η απάντηση και εδώ είναι ότι δεν θα υπάρξουν σχεδόν ποτέ τέτοια αξιόπιστα στοιχεία, και αυτό γιατί οι όποιες μεταβολές που συμβαίνουν στον ανθρώπινο οργανισμό από τη χρήση του αμαλγάματος, τις περισσότερες φορές μπορεί να καλύπτονται από άλλα ισχυρότερα οξεία ή χρόνια συμπτώματα αυτών των ασθενών, εκτός αν πρόκειται για οξεία δηλητηρίαση από αυτό το υλικό, κάτι που δεν έχει επαληθευθεί έως τώρα, παρά μόνο σε κάποιες περιπτώσεις. Όμως, όπως έχει επαληθευθεί γενικότερα, ο υδράργυρος συσσωρεύεται στον οργανισμό σταδιακά. Μόνον όταν η συσσώρευση ξεπεράσει τον ουδό αντίδρασης του οργανισμού (πότε συμβαίνει αυτό;), τότε τον κινητοποιεί και τότε θα αρχίσουν να εμφανίζονται σημεία και συμπτώματα τα οποία και πάλι δεν μπορούν να συσχετιστούν με τις ήδη υπάρχουσες στο στόμα του ασθενούς εμφράξεις, γιατί μπορεί να είναι γενικά συμπτώματα που εμφανίζονται σε άλλα υποσυστήματα του οργανισμού, άπτονται άλλων ιατρικών ειδικοτήτων και έτσι χάνονται οι πληροφορίες.

4ον Η στατιστική είναι μαθηματικό εργαλείο που μας επιτρέπει να λέμε «ψέματα» χωρίς να γινόμαστε «ψεύτες». Δεδομένης της πολυπλοκότητας του ανθρώπινου οργανισμού και του γεγονότος ότι η κλινική εικόνα μιας νοσολογικής οντότητας είναι το αποτέλεσμα πολλών παραγόντων που αλληλεπιδρούν, δεν είναι δυνατόν να προσεγγιστεί αυτό το σοβαρό θέμα με τον τρόπο που προσεγγίζεται και να κατηγορηθεί απόλυτα ότι αυτό το υλικό ευθύνεται για την όποια συμπτω-

ματολογία. **Τελικά, δεν μπορεί να αποδειχθεί η τοξική του δράση με αυτήν τη μεθοδολογία προσέγγισης, παρότι τοξικό, δεδομένου ότι ο καθιερωμένος τρόπος είναι κατά βάση λανθασμένος.**

Αντίθετα, οι οδοντίατροι που αντιτίθενται στη χρήση του, μετά την αφαίρεση παλαιών εμφράξεων, συστήνουν στους ασθενείς τους μερικοί εξ αυτών διάφορα ομοιοπαθητικά φάρμακα για να άρουν τις βλαπτικές του επιδράσεις από τον οργανισμό. Τα φάρμακα που συστήνουν κυρίως είναι το Mercurius solubilis, το dental amalgam (καινούργιο), το solidago, το taraxacum κ.ά., με σκοπό **την απομάκρυνση του υδράργυρου και των άλλων μετάλλων από τον οργανισμό, όπως και για τον καθαρισμό του ήπατος, των νεφρών κ.λπ.**

Η Κλασική Ομοιοπαθητική είναι επιστήμη καλά εδραιωμένη με αρχές και νόμους, και το σύνολο των αξιόπιστων πειραματικών δεδομένων-πληροφοριών αποτυπώνονται σε ένα διαχρονικό «εργαλείο», το Συμπτωματολόγιο, και πάνω σε αυτές τις πληροφορίες θα πρέπει να στηρίζεται κατά κύριο λόγο ο οδοντίατρος για να προσεγγίσει ειδικά και γενικά την πολυπλοκότητα αυτού του προβλήματος, αλλά και όλων των υπολοίπων που άπτονται προβλημάτων υγείας.

Έχει σημασία η απομάκρυνση των τοξικών ουσιών από τον οργανισμό. Με ποιον τρόπο μπορεί όμως να γίνει αυτό; Με ομοιοπαθητικά φάρμακα εξ όσων γνωρίζουμε **αυτό δεν είναι εφικτό.** Εξάλλου, για τον ατομικό υδράργυρο, όπως και για τις διάφορες ενώσεις του, αυτό γίνεται αυτόματα από τον οργανισμό, αφού η ημιπερίοδος ζωής του είναι οι 70 μέρες. Ομοιοπαθητικά φάρμακα που να έχουν ιδιότητες απομάκρυνσης τέτοιων ειδικών τοξικών ουσιών δεν γνωρίζουμε ακόμα αν υπάρχουν. Επομένως, η χορήγηση ομοιοπαθητικών φαρμάκων για τέτοιο σκοπό είναι **αυθαίρετη** και έρχεται σε αντίθεση με τις αρχές και θέσεις της Κλασικής Ομοιοπαθητικής.

Αντίθετα με τα προηγούμενα, υπάρχουν ομοιοπαθητικά φάρμακα που έχουν αποδειχτεί ότι **αντιμετωπίζουν τις βλαπτικές συνέπειες (συμπτώματα) μετά από κατάχρηση υδράργυρου στα διάφορα υποσυστήματα του οργανισμού.** Οι συνέπειες αυτές, όταν και αν εμφανιστούν, εμφανίζονται με τη μορφή συμπτωμάτων που είναι εν πολλοίς αποτυπωμένα επίσης στο Συμπτωματολόγιο.

Είναι γεγονός ότι **πέρα από το όριο ανοχής** του οργανισμού στο υλικό αυτό, ο οργανισμός θα αρχίσει να δίνει συμπτώματα από διάφορα υποσυστήματά του, τα οποία απαιτούν φάρμακο που στα provings έχει δώσει όμοια συμπτώματα ή έχουν θεραπευτεί απ' αυτό.

Μια τέτοια ποικιλία συμπτωμάτων είναι αποτυπωμένη στο Συμπτωματολόγιο, όπως και τα φάρμακα που καλούνται να τα θεραπεύσουν. Αυτά τα αποδεδειγμένα συμπτώματα μέχρι τώρα είναι 51 σε όλα τα υποσυστήματα του οργανισμού, τα δε ομοιοπαθητικά φάρμακα που τα καλύπτουν είναι από 1-23. Εξ αυτών, το Mercurius solubilis, για παράδειγμα, καλύπτει μοναδικά το σύμπτωμα. Στόμα, γεύση, οσμή υδράργυρου. Αυτό σημαίνει πως το Mercurius solubilis μπορούμε να το χρησιμοποιήσουμε σαν ομοιοπαθητικό φάρμακο μόνον όταν έχουμε αυτήν τη μεταλλική γεύση στο στόμα μετά από εμφράξη αμαλγάματος. Αντίθετα, αν ένας ασθενής παρουσιάσει κατάθλιψη μετά από εμφράξεις αμαλγάματος, χωρίς κανέναν άλλον λόγο, ή κάποιο μέλος από το ιατρικό προσωπικό του οδοντιατρείου που παρασκευάζει αμάλαμα παρουσιάσει το ίδιο σύμπτωμα, τότε θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι η συμπτωματολογία αυτή θα μπορούσε να οφείλεται στο υλικό αυτό, μιας και υπάρχει αντίστοιχη αναφορά στο

Συμπτωματολόγιο, και τα φάρμακα που καλύπτουν αυτήν τη συμπτωματολογία είναι το Aur-mur, Aur., Hep. Nitr-acid, Staph.

Επομένως, ο ομοιοπαθητικός οδοντίατρος αλλά και ο ομοιοπαθητικός γιατρός θα πρέπει, όταν παίρνουν ιστορικό, να ρωτούν τον ασθενή τους αν αυτός έχει στο στόμα του εμφράξεις αμαλγάματος. Αν το φάρμακο που απαιτείται γενικότερα είναι αποτυπωμένο και στις ρουμπρίκες που αναφέρονται στις **Συνέπειες μετά από κατάχρηση υδράργυρου**, τότε είναι σχεδόν βέβαιο ότι αυτά τα αμαλγάματα λειτουργούν τοξικά για τον ασθενή. Αν δε η παθολογία άρχισε μετά την τοποθέτησή τους, τότε είναι μαθηματικά βέβαιο ότι αυτά ευθύνονται γι' αυτήν.

Η αφαίρεση των παλαιών εμφράξεων γίνεται με ειδικό τρόπο (απομόνωση του δοντιού με ειδικό απομονωτήρα κ.λπ.). Μετά την αφαίρεση, κανένα ομοιοπαθητικό φάρμακο δεν θα πρέπει να παίρνουν οι ασθενείς, εκτός αν υπάρχουν γενικότερα συμπτώματα που να δικαιολογούν τη λήψη του. Πρέπει να έχουμε κατά νου ότι τα ομοιοπαθητικά φάρμακα θα πρέπει να χορηγούνται με σεβασμό και προσοχή γιατί είναι ιάματα και όχι καραμέλες.

Επίσης, θεωρούμε ότι τόσο η ιατρική όσο και η οδοντιατρική έρευνα θα πρέπει να αλλάξει προσανατολισμό στην προσέγγιση τέτοιων δυσεπίλυτων προβλημάτων. Ένα σύμπτωμα ή και ακόμα περισσότερα μια πάθηση είναι δεδομένο ότι είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων που αλληλεπιδρούν. Επομένως, η προσέγγιση της αλήθειας απαιτεί άλλα εργαλεία και κυρίως άλλον τρόπο σκέψης.

Ο τρόπος αυτός, θα συμπλήρωνα, μέχρι στιγμής δεν διδάσκεται πουθενά αλλού **παρά μόνο** στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Ολιστικά Θεραπευτικά συστήματα - Κλασική Ομοιοπαθητική» του Πανεπιστημίου του Αιγαίου, όπου, μεταξύ άλλων μαθημάτων, όπως η Συστημική Σκέψη-Θεωρία ή η Διαχείριση της Πληροφορίας κ.λπ., μπορούν να εισαγάγουν τον θεράποντα (οδοντίατρο - γιατρό) σε έναν διαφορετικό τρόπο σκέψης, έτσι ώστε να μπορεί να προσεγγίζει την πραγματικότητα όπως αυτή είναι και όχι όπως αυτός νομίζει ότι είναι. ☸

ΣΗΜΕΙΩΣΗ

Το πρώτο μέρος του παρόντος άρθρου μπορείτε να το βρείτε στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.homeopathy.gr/homeopathy/dental-amalgam.html> και στο τεύχος 15 (σελ. 26) <http://www.homeopathy.gr/books/homeonews15/index.html>



Φαρμακείο
Δημήτρης Σπανάκης

- Ομοιοπαθητικά
- Συμπληρώματα Διατροφής
- Φυτικά Καλλυντικά
- Βότανα
- Αιθέρια Έλαια
- Ορθοπεδικά
- Προϊόντα ειδικής διατροφής
- Εργαστηριακά παρασκευάσματα

28ης Οκτωβρίου 1 & Αναστασίου Σκούφου, Πεντέλη 152 36.
Τηλ./Fax : 210 8049977, e-mail: spakyr@yahoo.gr

Φαρμακωμένη υγεία, άρρωστη οικονομία

της Ευγενίας Στρατηγάκη, πνευμονολόγου, ομοιοπαθητικού ιατρού

Επιστολή στους συνδικαλιστές ιατρούς της Ανεξάρτητης Ιατρικής Κίνησης, στην οποία συμμετέχει και η ΕΕΟΙ



Αγαπητοί συνάδελφοι,

σε μία από τις τακτικές συγκεντρώσεις της παράταξής μας (ΑΙΚ) εκδηλώσαμε μεγάλο ενδιαφέρον για τη δαπάνη στον χώρο της υγείας, θέμα πολύ επίκαιρο αυτήν τη δύσκολη περίοδο που περνάει η χώρα μας. Και με ρωτήσατε τι μπορεί να προτείνει ένας ομοιοπαθητικός γιατρός για μείωση των δαπανών και ανακούφιση της οικονομίας. Πριν σας απαντήσω, θέλω να πω δύο λόγια, γραπτά, για την ευτυχή συγκυρία της δημιουργίας και λειτουργίας αυτής της παράταξης που, εκτός από το μεγαλύτερο μέρος των ομοιοπαθητικών γιατρών, εκπροσωπεί συναδέλφους από όλους τους χώρους, νοσοκομειακούς, ειδικευόμενους, γιατρούς του ΙΚΑ, ιδιώτες, ανέργους όλων των ειδικοτήτων κ.ά. Και κάτι σημαντικό, πρόκειται για πραγματικά ανεξάρτητη ομάδα, δεν έχουμε καμία σχέση με κόμματα, έτσι η σκέψη μας δεν έχει αγκυλώσεις και εξαρτήσεις, και μπορεί να φτάσει όσο μακριά θέλει.

Το πόσο προοδευτικοί είμαστε το έχουμε αποδείξει στους αγώνες του συλλόγου μας. Ήμασταν σε όλους εκεί. Υποστηρίζουμε όλα τα δίκαια αιτήματα των γιατρών που αυτήν την εποχή είναι κρίσιμα για την επιβίωσή τους, το ίδιο και τα κρίσιμα αιτήματα του λαού για αξιοπρεπή και δωρεάν περίθαλψη. Οι θέσεις μας έχουν καταγραφεί κατά καιρούς στο περιοδικό *Ιατρική Ενημέρωση*.

Η κρίση που περνάμε φαίνεται ανυπέρβλητη (και είναι, αν δεν δράσουμε όλοι δυναμικά). Δυστυχώς, δεν είναι μόνο εθνική οικονομική κρίση, είναι παγκόσμια και δομική κρίση του καπιταλιστικού συστήματος. Η φούσκα του χρηματοπιστωτικού συστήματος έχει σκάσει, και το μεγάλο κεφάλαιο συγκρατεί αλλά και συσσωρεύει τα κέρδη του σε βάρος των αδυνάτων, που είναι ο κόσμος της εργασίας.

Στη χώρα μας, το ένα σοκ διαδέχεται το άλλο, με τα εκάστοτε μέτρα που παίρνονται λόγω του Μνημονίου. Οι κατώτερες τάξεις εξαθλιώνονται από την ανεργία και την κατάργηση του εργατικού δικαίου,

η μεσαία τάξη εξαφανίζεται και προλεταριοποιείται. Αντιθέτως, στο μεγάλο κεφάλαιο προσφέρονται σκανδαλωδώς θετικές διακρίσεις, όπως μείωση της φορολογίας κ.λπ. Ο κοινωνικός ιστός διαλύεται. Και ακόμα δεν είδαμε τίποτα.

Όλα, όμως, τα κοινωνικά φαινόμενα δεν έρχονται ουρανοκατέβατα. Ξετυλίγοντας το νήμα της ιστορίας, τουλάχιστον από τις αρχές του προηγούμενου αιώνα βλέπουμε την κρίση υπερσυσσώρευσης να λύνεται με πολέμους και με επέκταση της κερδοφορίας σε νέους τομείς (υγεία, παιδεία, διασκέδαση). Το τραπεζικό κεφάλαιο γίνεται κυρίαρχο και, αντί των επενδύσεων στην πραγματική οικονομία, όπως είναι η βιομηχανία, στρέφεται για λόγους οικονομικούς (πτώση του ποσοστού κέρδους), πολιτικούς (άρση της διάκρισης μεταξύ καταθετικών και επενδυτικών funds-τραπεζών, επί Κλίντον) και κοινωνικούς (υποχώρηση των λαϊκών κινημάτων, πτώση της Σοβιετικής Ένωσης) στο τζογάρισμα του χρηματοπιστωτικού τομέα. Ως συνέπεια, φουσκώνουν τίτλοι χωρίς αντίκρισμα από κεφαλαιοποίηση ονομαστικών μόνον αξιών, η έλλειψη αγοραστικής δύναμης φέρνει το πλαστικό χρήμα, κυρίως τη δεκαετία του 1980, και υποθηκεύονται τα πάντα. Λόγω της πτώσης της ζήτησης και των τιμών των ακινήτων, οι τράπεζες θα κατέρρεαν αν δεν προσφερόταν το εθνικό κράτος να βοηθήσει πλουσιοπάροχα, και έτσι η χρηματοπιστωτική κρίση να γίνει δημοσιονομική. Η τελευταία στη χώρα μας είναι πια η κρίση χρέους που καλούνται να πληρώσουν οι εργαζόμενοι για να σωθεί το κεφάλαιο, μέσω των μέτρων και του ξεπουλήματος της δημόσιας περιουσίας.

Η ιατρική που ασκούμε τώρα έχει και αυτή την ενδιαφέρουσα ιστορία της. Στη μεγαλύτερη περίοδο της ανθρώπινης ιστορίας, η ιατρική συνιστούσε οργανικό μέρος της κοινότητας. Συχνά ήταν αδιάσπαστη από τις θρησκευτικές ή τις κοινωνικές δραστηριότη-

τες. Καθώς οι κοινωνίες μετασχηματίστηκαν σε φεουδαρχικές και αργότερα σε καπιταλιστικές, η ιατρική άρχισε να αποσπάται από τα χέρια των παραδοσιακών γιατρών και να ανατίθεται σε άτομα ειδικά επιφορτισμένα με αυτήν, τα οποία παρείχαν τις υπηρεσίες τους αντί αμοιβής – μια ειδική μορφή συναλλαγής. Ο γιατρός ήταν ένας ανεξάρτητος παραγωγός, ο οποίος πουλούσε το προϊόν της εργασίας του. Αργότερα, καθώς ο χώρος παροχής υπηρεσιών μετατοπιζόταν από το γραφείο του γιατρού στην κλινική ή στο νοσοκομείο, η ιατρική πέρασε στο επόμενο, το τωρινό της στάδιο.

Τώρα όλα έχουν εμπορευματοποιηθεί. Αυτό που οι περισσότεροι νομίζουμε για τις φυσικές επιστήμες, γενικά, ότι είναι αντικειμενικές και υπεράνω κοινωνικών σχέσεων, είναι μύθος, γιατί νοηματοδοτούνται από τον στόχο τους: την εργαλειακή κυριαρχία του ανθρώπου πάνω στη φύση και την περαιτέρω εμπορική εκμετάλλευσή της. Στην ιατρική, το ίδιο το ανθρώπινο σώμα αποκόβεται από την προσωπικότητα και τις συνθήκες διαβίωσης του ατόμου, και αντιμετωπίζεται σαν μηχανή που αποτελείται από διάφορα εξαρτήματα. Αρκεί να επισκευαστεί ή και να αλλάχθει το προβληματικό κομμάτι, για να επέλθει η θεραπεία.

Τις τελευταίες δεκαετίες αναδείχθηκε ένα είδος θεραπείας σε βάρος άλλων εναλλακτικών, που απέδειξε ότι είναι ανεξάντλητη πηγή συσσώρευσης κεφαλαίου: η φαρμακοθεραπεία. Το χημικό πατενταρισμένο φάρμακο οδήγησε τις εταιρείες που το παράγουν να γίνουν μακράν οι πιο κερδοφόρες εταιρείες παγκοσμίως. Για το 2000, οι 20 μεγαλύτερες φαρμακευτικές εταιρείες έκαναν τζίρο, μαζί, 135 δισ. αγγλικές λίρες και το 2001 155 δισ., διπλασιάζοντας τα έσοδά τους του 1997. Σύμφωνα με το περιοδικό *Fortune*, οι δέκα πρώτες απήλαυσαν κέρδος 18,5 λεπτά για κάθε 1 εκατομμύριο πωλήσεων, ποσοστό το οποίο ήταν οκτώ φορές υψηλότερο από το συνδυασμένο ποσοστό οποιουδήποτε άλλου επιχειρησιακού τομέα που εμφανιζόταν στη λίστα των πλουσιότερων εταιρειών του περιοδικού. Η GlaxoSmithKline το 2001 έκανε πωλήσεις 20,5 δισ. αγγλικών λιρών με προ φόρων κέρδος 6,2 δισ., ποσοστό 31%. Με αυτά τα νούμερα, το *Fortune* κατέταξε τον φαρμακευτικό κλάδο πρώτο και με διαφορά από όλους τους άλλους επιχειρησιακούς κλάδους, όπως είναι ο αυτοκινητιστικός, ο πετροχημικός, της ακίνητης περιουσίας, ο τραπεζικός και ο τεχνολογικός.

Η χώρα με τις μεγαλύτερες φαρμακευτικές δαπάνες κατά κεφαλή, μεταξύ 27 κρατών του ΟΑΣΑ, είναι με διαφορά οι ΗΠΑ, με 752,00 εκατομμύρια κατ' άτομο, 25,54% υψηλότερη από τη δεύτερη Γαλλία και 50,93% υψηλότερη από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΑΣΑ (2004, πηγή: OECD health data 2006). Επιπλέον, αναφορικά με τα ποσοστά δημόσιας προς ιδιωτική δαπάνη για φάρμακα, οι ΗΠΑ έρχονται δεύτερες μετά το Μεξικό, με 76 % της συνολικής δαπάνης να προκαλείται με κατ' ευθείαν επιβάρυνση της τσέπης του πολίτη, έναντι 24% που προέρχεται από ασφαλιστικές ενισχύσεις. Εκτός από τις φαρμακευτικές δαπάνες, και στις συνολικές δαπάνες υγείας οι ΗΠΑ δείχνουν τις ίδιες οικονομικά αρνητικές επιδόσεις, είναι η χώρα με το πιο πολυέξοδο σύστημα υγείας παγκοσμίως, οι οποίες αυξάνονται κάθε χρόνο με τον μεγαλύτερο ρυθμό (1990-2004, πηγή: OECD health data 2006). Όμως, αντί ο πληθυσμός των ΗΠΑ να χαίρει καλύτερης υγείας, όπως είναι λογικά αναμενόμενο, τα υπάρχοντα δεδομένα δείχνουν ότι οι ΗΠΑ βρίσκονται στις τελευταίες θέσεις των χωρών του ΟΑΣΑ, αναφορικά με το προσδόκιμο ζωής, τον δείκτη παιδικής θνησιμότητας, τους θανάτους από αναπνευστικές παθήσεις και διαβήτη κ.λπ.

Στην Ελλάδα, η συνολική φαρμακευτική δαπάνη (νοσοκομειακή και φαρμακαποθηκών-φαρμακείων) ήταν για τα έτη 2000-2007, σύμφωνα με δημοσιευθέντα στοιχεία του ΕΟΦ, περίπου 38,5 δισ. ευρώ. Ο ρυθμός αύξησής της ετησίως είναι 17,25% και η συνολική δαπάνη για την οκταετία είναι 203,44%. Η φαρμακευτική δαπάνη κυμαίνεται κάθε χρόνο μεταξύ 16,3% και 19,7% της συνολικής δαπάνης υγείας και μεταξύ 1,4% και 1,7% του ΑΕΠ. Πρόκειται για σκανδαλωδώς υπερβολικό ποσό και ποσοστό αύξησης κάθε χρόνο, τη στιγμή που καμία παράμετρος, όπως η δημογραφικότητα και η επιδημιολογία του πληθυσμού, η διακύμανση του πληθωρισμού, η διακύμανση της προσβασιμότητας, του εύρους και της ποιότητας της φαρμακοθεραπείας, δεν τα δικαιολογεί.

Πού πήγαν τόσα λεφτά; Σύμφωνα με στοιχεία της HELLASTAT Α.Ε., οι φαρμακευτικές εταιρείες στην Ελλάδα είχαν τζίρο 5,5 δισ. ευρώ (+10,3%) και κέρδη αυξημένα κατά 17,5% το 2007. Από αυτόν τον τζίρο, τα 4.275.431.666,00 ευρώ εισπράχθηκαν από τις πρώτες 20 σε μέγεθος εταιρείες (αμιγώς εταιρείες φαρμάκων, που είναι οι γνωστές ξένες), δηλαδή το 78,18% του συνολικού ποσού. Σε δείγμα 101 εταιρειών, τα συνολικά κέρδη είχαν μέση αύξηση ανά επιχείρηση την τριετία 2006-2004, 24%, και το 2006, 13,7%, νούμερα σχεδόν ταυτόσημα με την τεχνητή αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης. Η κερδοφορία των φαρμακευτικών επιχειρήσεων ενισχύθηκε την περίοδο 2006-2007, με το περιθώριο μεικτού κέρδους να αγγίζει το 36% και το περιθώριο κερδών προ φόρων να διαμορφώνεται στο 4,6%. Να πού πήγαν τα λεφτά!

Και πώς τα καταφέρνουν τόσο καλά αυτές οι εταιρείες, και μάλιστα σε περίοδο οικονομικής κρίσης; Θα απαντούσα με τη ρήση ότι «τα λεφτά πάνε στα λεφτά» ή ότι στην κρίση κερδοσκοπούν καλύτερα οι ελίτ, αλλά θα αναφερθώ σε συγκεκριμένα στοιχεία. Κάθε νέο φάρμακο που θα κυκλοφορήσει στην αγορά, θα πρέπει να έχει περάσει τα στάδια έρευνας και ανάπτυξης (research and development), μετά να πάρει αδειοδότηση από ελεγκτικούς οργανισμούς τύπου ΕΟΦ, μετά να περάσει το στάδιο *in νέων κλινικών μελετών*, και να προωθηθεί μέσω μάρκετινγκ στην αγορά. Επειδή είναι, υποτίθεται, νέο και πρωτότυπο φάρμακο-μόριο και είχε μεγάλο κόστος η ανακάλυψή του και οι κλινικές δοκιμές του, είναι πολύ ακριβό και δικαιούται την τόσο υψηλή τιμή του, δηλαδή κατέχει «πατέντα» για 5-10 χρόνια. Παρόλο που κάποιες εταιρείες προσφεύγουν δικαστικά και επιμηκύνουν κατά πολύ το χρονικό διάστημα της αποκλειστικής χρήσης της πατέντας, ο κανόνας είναι να εξασφαλίσουν οι φαρμακευτικές εταιρείες μπαράζ πωλήσεων σε λίγο χρόνο, για να βγει το κόστος και το μεγάλο κέρδος. Γιατί μετά θα έχουν όλοι δικαίωμα να φτιάξουν και να πουλήσουν στην αγορά αντίγραφα, τα λεγόμενα *generics*, με πολύ χαμηλότερη τιμή, αλλά και η ίδια η τιμή του πρωτότυπου φαρμάκου θα πέσει στα επίπεδα αυτής των αντιγράφων.

Επειδή, βάσει νόμου, απαγορεύεται η διαφήμιση και η απευθείας προώθηση στο κοινό, σε αυτό το στάδιο της πατέντας συμβαίνει το πιο «στενό μαρκάρισμα» των ιατρικών επισκεπτών στους γιατρούς, προκειμένου να συνταγογραφήσουν το νέο φάρμακο. Όλοι μας οι γιατροί, ανεξαιρέτως, γνωρίζουμε τους καλοντυμένους και ευγενέστατους κυρίους και δεσποινίδες που περιμένουν υπομονετικά να μας ενημερώσουν για τις επιστημονικές εξελίξεις στον χώρο της ιατρικής, και στην ουσία αυτές είναι τα νέα φάρμακα που λανσάρουν οι εταιρείες τους. Σχεδόν πάντα, η παρουσία τους συ-



νοδεύεται από μικρά έως πολύ μεγάλα δώρα (εξωτικά ταξίδια για συνέδρια, γεύματα, σεμινάρια, τσάντες, στιλό, βιβλία κ.λπ.) για τον γιατρό ο οποίος, όσο και αν θέλει να μείνει ανεπηρέαστος, τελικά τα συνταγογράφει. Γιατί αυτοί το έχουν μελετήσει και ξέρουν ότι ένα ψυχικό αίσθημα ανταπόδοσης υποκινείται και στον πιο ανένδοτο γιατρό, όταν, για παράδειγμα, του έρχεται το δέμα με το σπάνιο και πανάκριβο αγαπημένο του ούισκι. Η ωμή δωροδοκία, επίσης, έχει ανεξέλεγκτες διαστάσεις.

Αυτή η φάση προώθησης της πατέντας στους γιατρούς, ενώ είναι πολυδάπανη, δεν προβληματίζει τις εταιρείες, γιατί αυτά τα έξοδα εκπίπτουν από τη φορολογία τους. Σε μια έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής Ανταγωνισμού, που δημοσιεύτηκε στις 28 Νοεμβρίου 2008, οι πολυεθνικές φαρμακευτικές εταιρείες δαπάνησαν το 23% του τζίρου τους για μάρκετινγκ και προώθηση, από το 2000 έως και το 2007.

Τα πρώτα στάδια της δημιουργίας ενός καινοτόμου φαρμάκου, η έρευνα και η ανάπτυξη (research and development), είναι ακόμα πολυδάπανα, ειδικά η έρευνα. Αυτό αφορά τη μελέτη του μηχανισμού μιας νόσου, μέχρι και το επίπεδο μορίων και την ανάπτυξη των χημικών ή βιοτεχνολογικών υποδειγμάτων που ενδέχεται να απαντούν σε αυτόν. Στο τέλος αποκλείεται η συντριπτική πλειοψηφία των εξεταζόμενων μορίων και απομένουν λίγα που έχουν κλινικό ενδιαφέρον. Η έρευνα μπορεί να διαρκέσει από λίγα χρόνια έως δεκαετίες και είναι το πιο πολυέξοδο μακρόχρονο και αβέβαιο για το αποτέλεσμα στάδιο. Μετά περνάμε στο στάδιο της ανάπτυξης στο οποίο γίνονται κλινικές μελέτες των λίγων εναπομεινάντων υποψηφίων δραστικών ουσιών. Αυτή η διαδικασία διαρκεί 8-10 χρόνια, μέχρι κάποια ουσία να εγκριθεί για χρήση στον άνθρωπο. Αυτά τα δύο στάδια είναι ένας από τους κύριους λόγους που η κοινή αντίληψη ανέχεται τις υψηλές τιμές των φαρμάκων, σαν να είναι το τίμημα για τη συνέχιση της έρευνας από τις φαρμακοβιομηχανίες. Όμως, η έρευνα χρηματοδοτείται κατ' αποκλειστικότητα, και η ανάπτυξη κατά το μεγαλύτερο μέρος από τους κρατικούς προϋπολογισμούς των μεγάλων αναπτυγμένων χωρών, και λαμβάνουν χώρα στα πανεπιστήμια, σε δημόσια νοσοκομεία και σε κρατικά ερευνητικά κέντρα. Τα πληρώνει, δηλαδή, ο φορολογούμενος πολίτης. Η φαρμακευτική εταιρεία πληρώνει τα Royalties, που είναι ένα μικρό σε σχέση με το όλο έξοδο ποσό, και αγοράζει την αποκλειστικότητα χρήσης και πώλησης της συγκεκριμένης ουσίας.

Η φάση in των κλινικών μελετών, μετά την έγκριση εισόδου ενός φαρμάκου στην αγορά και της φαρμακοεπαγρύπνησης, κανονικά δεν τελειώνει ποτέ, και χρηματοδοτείται τόσο από τις φαρμακευτικές εταιρείες όσο και από τα κρατικά ιδρύματα. Τα αποτελέσματά τους αποστέλλονται στους αρμόδιους δημόσιους φορείς και δημοσιεύονται σε έγκριτα έντυπα του χώρου της υγείας.

Το κλειδί που ξεκλειδώνει το μυστήριο της αειφόρου και συνεχώς αυξανόμενης κερδοφορίας είναι η παράλληλη ανάπτυξη των λεγόμενων me-too-drugs (ελληνιστί, παράγωγα φάρμακα), που στην ουσία είναι παρόμοια με τα πρωτότυπα, έχουν μόνο μια μικρή παραλλαγή στο μόριο, για παράδειγμα, στη θέση ενός ατόμου νατρίου έχουν κάλιο. Γι' αυτά τα νέα φάρμακα δεν ξοδεύτηκε τίποτα παραπάνω για έρευνα και ανάπτυξη, όμως πατεντάρονται κανονικά και αποκτούν τιμή ίση και μεγαλύτερη από τα πρωτότυπα. Έτσι, αντί για κλινική υποκατάσταση και εξέλιξη της θεραπείας, έχουμε απλή εμπορική υποκατάσταση και περαιτέρω στασιμότητα στην έρευνα για πραγματικές καινοτομίες. Αυτά τα me-too-drugs (που αφορούν το 90% των νεοεισαγομένων) τα προωθεί στην αγορά, συνήθως, η ίδια εταιρεία που έφερε και τα πρωτότυπα, μονοπωλώντας έμμεσα τη μία δραστική ουσία, υπερβαίνοντας σχεδόν ασέντως τις προθεσμίες αποκλειστικής χρήσης.

Κάποια πολύ ενδιαφέροντα στοιχεία έχει συγκεντρώσει για την Ελλάδα ο τέως αναπληρωτής καθηγητής Ιατρικής, Ιωάννης Στ. Παπαδόπουλος, ο οποίος τονίζει ότι η εμπορικού προσανατολισμού υποκατάσταση (μη κλινική) σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες προώθησης των φαρμακευτικών εταιρειών έχουν διαμορφώσει μια παράδοξη εικόνα για την Ελλάδα, όπου την οκταετία 2000-2007 αυξήθηκαν οι δερματολογικές συνταγογραφήσεις κατά 416%, οι συνταγογραφούμενοι ως καταθλιπτικοί κατά 515% και οι αντιστοίχως καρδιολογικοί ασθενείς κατά 236%, χωρίς επιδημιολογική ή άλλη αιτιολόγηση. Σύμφωνα με προσεκτικούς υπολογισμούς, στην Ελλάδα, και μόνο από την έλλειψη ελέγχου κόστους/αποτελέσματος στη συνταγογράφηση, χάνονται ετησίως πάνω από 1 δισ. ευρώ.

Εντρυφώντας περισσότερο στα οικονομικά μεγέθη του ελληνικού χώρου, να πούμε ότι, εξαιτίας της μείωσης των φορολογικών συντελεστών, γενικά, για τις εταιρείες, κάτι που αφορά και τις φαρμακευτικές εταιρείες, το κράτος έχασε περίπου 250-300 εκατομμύρια ευρώ σε έσοδα από φόρους μόνο την τετραετία 2004-2007, δηλαδή 75 εκατομμύρια ευρώ μείωση δημόσιων εσόδων κατ' έτος, με μετριοπαθείς υπολογισμούς, χωρίς να λαμβάνεται υπ' όψιν η ιατρικώς επιλήψιμη αποφορολόγηση των εξόδων μάρκετινγκ και προώθησης. Χωρίς να επεκταθώ σε ανάλογης εμπορικότητας τομείς, όπως είναι οι διαγνωστικές μέθοδοι και τα μηχανήματα, ή το πόσο η δημόσια και δωρεάν περίθαλψη (όμως, καλοπληρωμένη από τον εργαζόμενο με τις ασφαλιστικές εισφορές) αντικαθίσταται από την ιδιωτική, και το πόσο η έλλειψη ελέγχου έχει μεγάλες συνέπειες για την οικονομία, θα ήθελα να συζητήσουμε τις συνταρακτικές επιπτώσεις της σύγχρονης φαρμακοθεραπείας.



Μας φαίνεται λογικό να κινητοποιείται κόσμος και αστέρες της ποπ, όπως ο Έλτον Τζον και ο Μάικλ Τζάκσον, να βρεθούν πόροι για την έρευνα και φάρμακα, επειγόντως, επειδή το AIDS σκοτώνει κάθε χρόνο στην Αμερική 13.000 ανθρώπους (στοιχεία 2002). Επίσημες καταγραφές έδειξαν ότι κάτι πολύ πιο συγκλονιστικό συμβαίνει, που όμως παραλείπεται στις καταγεγραμμένες λίστες αιτιών θανάτου οποιασδήποτε χώρας. Πρόκειται για έναν αθόρυβο δολοφόνο που ποτέ δεν ελκύει τη δημοσιότητα, τους πολιτικούς ή τους ποπ σταρ: τον θάνατο από συνταγογραφημένα φάρμακα. Σε μια μελέτη του Institute of Medicine για την ίδια περίοδο, στις ΗΠΑ, 113.000 άνθρωποι πέθαναν είτε από αντίδραση σε ένα φάρμακο, είτε λόγω λανθασμένης αγωγής. Το ενδιαφέρον είναι ότι η δεύτερη αιτία ευθύνεται μόνο για τους 7.000 θανάτους, οι υπόλοιποι 106.000 ήταν από ανεπιθύμητη ενέργεια (adverse reaction) φαρμάκου ορθά συνταγογραφημένου από γιατρό. Αν συμπεριληφθούν οι θάνατοι από τη συνολική ιατρική αντιμετώπιση, τα πράγματα χειροτερεύουν. Τουλάχιστον 225.000 άτομα πεθαίνουν στις ΗΠΑ σαν άμεσο αποτέλεσμα της ιατρικής πρακτικής, γεγονός που αναδεικνύεται ως η τρίτη αιτία θανάτου στη Δύση, μετά τις καρδιοπάθειες και τον καρκίνο. (IOM, JAMA, 2000;284:2184-5). Μία άλλη μελέτη του University of South Alabama College of Medicine υπολογίζει ότι 180.000 άτομα στα αμερικανικά νοσοκομεία πεθαίνουν κάθε χρόνο, και σε περίπου 1.000.000 βλάπτεται σοβαρά η υγεία τους (Am Fam Physician, 1997;56:1781-8).

Δυστυχώς, όλοι οι καταγράφοντες στοιχεία παραδέχονται ότι αυτά είναι μόνο η κορυφή του παγόβουνου, και άλλες μελέτες αναφέρουν ότι δηλώνονται 1 στις 24.433 περιπτώσεις ανεπιθύμητων ενεργειών (Br J Clin Pharmacol, 1997;43:177-81), και άλλες 1 στις 352 (JAMA, 1998;279:1571-3). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το Medicines Control Agency (MCA) έλαβε γνώση 33.109 παρενεργειών φαρμάκων το 2000, από τις οποίες το 44% ήταν πολύ σοβαρές. Αυτό σημαίνει ότι, ακόμα και με τα επίσημα στοιχεία, τα φάρμακα άφησαν μόνιμη αναπηρία σε 14.500 άτομα εκείνο το έτος. Αν χρησιμοποιήσουμε το πιο συντηρητικό ποσοστό δήλωσης, τότε το πραγματικό νούμερο φτάνει κοντά στα 150.000. Παρ' όλα αυτά, μια έρευνα του University College of London αναφέρει ότι το πραγματικό νούμερο πλησιάζει τους 280.000 ανθρώπους, να υποφέρουν από σοβαρή αντίδραση στα φάρμακα κάθε χρόνο στη χώρα. Και όταν λέμε σοβαρή, εννοούμε ο καθένας ότι χρειάζεται τουλάχιστον έξι ημερών νοσηλεία σε νοσοκομείο, οπότε αυτό σημαίνει 1.680.000 μέρες. Πρόκειται για τεράστια επιβάρυνση στο εθνικό σύστημα υγείας.

Είναι λογικό να ισχύουν ανάλογα νούμερα και στην Ελλάδα, δεν έχω στοιχεία, αν και, λόγω οργανωτικής δυσλειτουργίας, η καταγραφή θα είναι πολύ ελλιπής. Γιατί τέτοιο μακελειό από τα φάρμακα; Οι πιο προφανείς λόγοι είναι ότι όλα αυτά τα καινούργια φάρμακα δεν είναι καλά δοκιμασμένα κλινικά, γιατί στη φάση της ανάπτυξης, πριν από την έγκρισή τους, δοκιμάζονται σε νέους και υγιείς ανθρώπους, οι οποίοι επίσης δεν παίρνουν συγχρόνως και άλλα σκευάσματα. Αυτές οι κλινικές μελέτες, επίσης, δεν είναι ανοιχτές και διαφανείς στον επιστημονικό κόσμο και το κοινό, είναι ιδιωτικές και επομένως διαβλητές. Όσες δεν συμφέρουν, αποκρύβονται από τον ελεγκτικό οργανισμό. Ο αριθμός των ατόμων που λαμβάνουν το φάρμακο προς δοκιμή είναι από 100 έως το πολύ 1.500, πολύ μικρός σε σχέση με τις εκατοντάδες χιλιάδες που θα το πάρουν, αφού αυτό αδειοδοτηθεί. Και σε όλες τις πριν και μετά την έγκριση κλινικές μελέτες, οι συμμετέχοντες γιατροί δεσμεύονται με συμβόλαιο να μη δημοσιοποιούν τίποτε από αυτές, χωρίς την άδεια της φαρμακευτικής εταιρείας. Όσοι κάποτε αποκάλυψαν κάτι, δώχτηκαν δικαστικά με νόμους που προστατεύουν το «εμπορικό μυστικό». Έτσι κι αλλιώς, λίγοι αντιδρούν, γιατί οι εταιρείες χρηματοδοτούν και ελέγχουν απολύτως πρόσωπα και καταστάσεις. Οι βλάβες από φάρμακα, αν δεν είναι άμεσες, δεν εντοπίζονται εύκολα, ούτε στις μετά την κυκλοφορία μελέτες, αφού μπορεί να



εμφανιστούν έως και 25 χρόνια μετά. Αυτό το γεγονός, μαζί με το ότι ένα στα πέντε φάρμακα εμφανίζει κάποια πολύ σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια, συμπεραίνει μελέτη του Harvard Medical School (JAMA, 2002;287:2215-20).

Εμείς στην Ομοιοπαθητική γνωρίζουμε ότι η φιλοσοφία του φαρμάκου που δίνεται για να καταστείλει εξισορροπητικές αντιδράσεις του αμυντικού μηχανισμού του οργανισμού, και μάλιστα με κίνδυνο τοξίνωσης, είναι, ούτως ή άλλως, λάθος, και σε μικρό ή μεγάλο βαθμό χειροτερεύει το επίπεδο υγείας του. Χωρίς να ανοίξω καθόλου αυτό το τεράστιο θέμα, θα αναφέρω ένα άλλο φαινόμενο που έχει ανακαλυφθεί, ανεξάρτητα από την Ομοιοπαθητική, από συμβατικούς συναδέλφους. Πρόκειται για το φαινόμενο της όρμησης, που αναφέρεται στην παράδοξα αντίθετη και αξιόλογη βιολογική δράση που έχει μια ουσία όταν δίνεται σε ελάχιστη δόση, σε σχέση με τη δράση σε μεγάλη δόση. Για παράδειγμα, μια μυκητοκτόνος ουσία σε ελάχιστη δόση δρούσε διεγερτικά σε καλλιέργεια μυκήτων. Αυτή η ανακάλυψη, παρόλο που από το 1887 έως σήμερα επιβεβαιώνεται, δεν αξιοποιήθηκε ποτέ θεραπευτικά, επειδή οι ελάχιστες δόσεις δεν έχουν εμπορικό ενδιαφέρον.

Λοιπόν, συνάδελφοι, οι συγχωνεύσεις των νοσοκομείων που σας προβληματίζουν, θα εξοικονομούσαν σταγόνα στον ωκεανό των πεταμένων χρημάτων. Μαζί με τα πεταμένα χρήματα, πεταμένες ζωές γίνονται θυσία στον βωμό του κέρδους των εταιρειών περιορισμένης κοινωνικής ευθύνης. Όμως, αν ξέρουμε πώς λειτουργεί το σύστημα, όλο και κάτι μπορούμε να αλλάξουμε.

ΥΓ.: Οι απόψεις που εκφράζω είναι προσωπικές και δεν δεσμεύουν κανέναν άλλον. 🌸

ΠΗΓΕΣ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Γιάννη Δαγρέ, Η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα, εκδόσεις Utopia

Bryan Hubbard, Secrets of the drugs industry, A What Doctors Don't Tell You publication

Ιωάννη Σταύρου Παπαδόπουλου, «Ασφαλέστερη και αποτελεσματικότερη φαρμακοθεραπεία στην τρίτη ηλικία - κλινική προσέγγιση», διάλεξη στην ΕΕΟΙ, 2009

Γιάννη Αντωνίου, «Η άρρωση ιατρική», Αντιθέσεις, τεύχος 1, Ιούλιος 1980

Carl Elliot, The Drug Pushers

Leonard Rodberg, Gelvin Stevenson, «Η βιομηχανία ιατρικής περιθάλψης στον προηγμένο καπιταλισμό», Σύγχρονα Θέματα, τεύχος 3, Δεκέμβριος 1987



Περίπτωση ασθενούς με διαταραχές μνήμης

Όταν τα φαινόμενα πολλές φορές απατούν...

Τζουλιάννα Κομίν-Αντωνοπούλου, ιατρός ομοιοπαθητικός, giuliana.comin@gmail.com

Ασθενής 26 ετών προσέρχεται, εξαιτίας εκσεσημασμένης φυσαλιδώδους δερματοπάθειας στην πελματική και παλμική χώρα αμφοτερόπλευρα, από επταμήνου, με συρρέουσες φυσαλίδες με υγρό περιεχόμενο, οι οποίες εξελίσσονται σε πομφοειδή εξεργασία και τελικά ρήγνυνται. Η ίδια δε διαδικασία επαναλαμβάνεται σε άλλο μέρος των προσβεβλημένων περιοχών. Το αποτέλεσμα της παραπάνω παθολογίας δεν επιτρέπει στον ασθενή τη χρήση αυτών των περιοχών στην καθημερινή πράξη. Εγινε βιοψία δέρματος για την ταυτοποίηση της ανωτέρω παθολογίας, η οποία και έθεσε τη διάγνωση **επιφανειακής περιαγγειακής δερματίτιδας**.

Από το οικογενειακό ιστορικό δεν προκύπτουν άλλα αξιοσημείωτα στοιχεία.

Από την αρχή της πάθησης ο ασθενής λαμβάνει Medrol 16 mg (κορτιζόνη) ημερησίως και Vibramycin 1x2 κατόπιν συμβουλής δερματολόγου, καθώς επίσης τοπικά κρέμα κορτιζόνης, με σχετική βελτίωση των συμπτωμάτων όσο χρόνο διαρκεί η παραπάνω θεραπεία, ενώ μετά τη διακοπή της η δερματική νόσος επανεμφανίζεται με την ίδια διαδικασία.

Παρούσα γενική συμπτωματολογία: Ο ασθενής αναφέρει ότι κρυώνει και τον ενοχλούν τα ρεύματα. Ενοχλείται από τον ήλιο, εξαιτίας της έντονης φωτοφοβίας του, ξεσκεπάζει δε τα πόδια του κατά τη διάρκεια του ύπνου και κοιμάται στο δεξιό πλευρό. Κατά τη διάρκεια του ύπνου εμφανίζει έντονες εφιδρώσεις (στο ανώτερο ημιμόριο του σώματος) από τη μέση και πάνω, και πρέπει να αλλάξει ρούχο 2-3 φορές τη νύχτα, ενώ αναφέρει επίσης ότι σφίγγει και τρίζει τα δόντια έντονα κατά την ίδια χρονική περίοδο.

Επιθυμεί τα ξινά και το λεμόνι, τα οστρακοειδή, και απεχθάνεται το λίπος και τα γλοιώδη.

Στο ψυχολογικό επίπεδο, ο ασθενής νιώθει αγχωμένος και ευερέθιστος, με την «ψυχολογία του να είναι σημαντικά πεσμένη», ενώ αναφέρει ότι **πάσχει από σοβαρή απώλεια μνήμης** για τα πρόσφατα και πολύ πρόσφατα γεγονότα, «σαν να μην λειτουργεί ο εγκέφαλός του», με αποτέλεσμα να εκνευρίζεται πολύ εύκολα και δεν θέλει αντίλογο.

Θέλει επίσης να τον προσέχουν πολύ επειδή, όπως αναφέρει, «αυτός είναι που έχει το πρόβλημα». Επίσης, υπογραμμίζει ότι έχει κουραστεί με τον εαυτό του και δεν θέλει να βγει πια από το σπίτι του, λόγω των πεσμένων διανοητικών λειτουργιών του και από τον φόβο μήπως δεν ξαναγίνει όπως ήταν πριν.

Από το ιστορικό του ασθενούς προκύπτει ότι πριν από 10 χρόνια χτύπησε το κεφάλι του σε τροχαίο ατύχημα και παρέμεινε για 48 ώρες σε άγρυπνο κώμα, ενώ για ενάμιση χρόνο έπασχε από καθημερινούς πονοκεφάλους και άρχισε προοδευτικά να χάνει τη μνήμη του.

Θεραπεία: Δόθηκε το φάρμακο *Helleborus niger* 200CH για 10 μέρες και στη συνέχεια 30CH για 20 μέρες, και σε 4 μήνες η παραπάνω συμπτωματολογία, τόσο στο ψυχοδιανοητικό όσο και σε δερματικό επίπεδο, είχε πλήρως αποκατασταθεί.

Σχόλια: Το σημαντικό σε αυτό το περιστατικό συνίσταται στο γεγονός ότι ο ασθενής παρέλειπε οικειοθελώς να εστιάζει στο βαθύτερο πρόβλημά του, αλλά αναφερόταν μόνο στη δερματοπάθειά του. Το πρόβλημα στο νευροψυχικό επίπεδο δεν αναφερόταν από τον ασθενή, επειδή νόμιζε ότι η Ομοιοπαθητική δεν θα μπορούσε να τον βοηθήσει, αφού οι υπόλοιποι γιατροί, στους οποίους είχε απευθυνθεί,



τού απαντούσαν ότι αυτό μπορεί να βελτιωθεί με τον χρόνο.

1. Take home message: Έτσι, καλό είναι οι νέοι γιατροί να λαμβάνουν πλήρες ιστορικό, για να μπορούν να προσεγγίσουν σωστά τον κάθε ασθενή και να εστιάζουν με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια στο πρόβλημα.

Το ενδιαφέρον αυτού του περιστατικού είναι η συμπεριφορά ενός οργανισμού, δηλαδή το πώς μια διαταραχή της ισορροπίας σε διανοητικό επίπεδο μπορεί να δώσει συμπτώματα σε άλλο επίπεδο ή όργανο, προκειμένου να «διαφυλάξει» την επιδείνωση της συμπτωματολογίας και της παθολογίας, γενικότερα, σε ένα καίριο σύστημα, όπως είναι αυτό του νευρικού συστήματος.

2. Take home message: Παθολογικά φαινόμενα στην περιφέρεια εκπορεύονται αρκετά συχνά από άλλη παθολογία σε πολύ βαθύτερο επίπεδο, η οποία πρέπει να διερευνάται ενδελεχώς.

3. Take home message: Καλό είναι να υπογραμμίσουμε ότι οποιαδήποτε προσπάθεια αλλοπαθητικής «θεραπείας» του περιφερικού ή των περιφερικών προβλημάτων του ασθενούς, θα επιβαρύνει το κυρίως πρόβλημα του ασθενούς, που βρίσκεται σε βαθύτερο επίπεδο, ανάλογα με τον γενετικό του κώδικα. 🌱

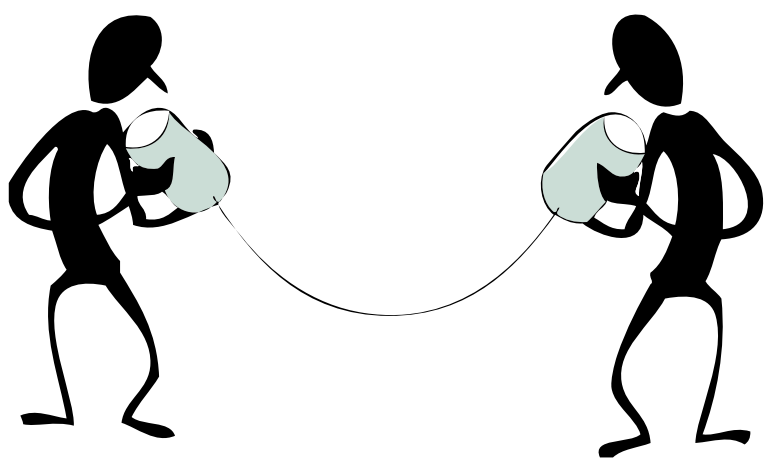
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Σ. Χάνεμαν, *Όργανο της θεραπευτικής τέχνης*, Αθήνα 1989
- Γ. Βυθούλκας, *Η επιστήμη της Ομοιοπαθητικής*, Αθήνα 1990
- Γ. Βυθούλκας, *Η νέα διάσταση στην ιατρική*, 1994
- Γ. Βυθούλκας, *Ομοιοπαθητική. Η ιατρική για τη νέα χιλιετία*, 2001
- G. Vithoulkas, Erik van Woensel, *Levels of Health*, 1st edition 2010



Ο ρόλος της επικοινωνίας στη σχέση γιατρού-ασθενή

Περίληψη διπλωματικής εργασίας Αριστέας Μουρούτογλου, χειρουργού οδοντιάτρου, M.Sc. στην Κλασική Ομοιοπαθητική



«Το πιο σημαντικό στην επικοινωνία είναι να ακούς αυτό που δεν λέγεται».

Peter Drucker

Περίληψη

Η επικοινωνία, γενικά, θεωρείται ότι ρυθμίζει τις αίολες σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων. Όταν δύο άτομα συνομιλούν, στοιχεία λεκτικής και μη λεκτικής συμπεριφοράς επηρεάζουν τη μεταξύ τους διαπραγμάτευση και ανταλλαγή των πληροφοριών. Η παρούσα έρευνα εστίασε στην αξία της θεραπευτικής σχέσης γιατρού-ασθενή και προσανατολίστηκε στη μελέτη του θετικού και αρνητικού ρόλου που μπορεί να έχει η επικοινωνία σε μια ομοιοπαθητική συνεδρία, λαμβάνοντας υπόψη τις γνώμες και των δύο πλευρών (θεραπευτή και θεραπευόμενου). Όσον αφορά τις μεθόδους της συγκέντρωσης του υλικού, χρησιμοποιήθηκε η παρατήρηση, η συνέντευξη και το ερωτηματολόγιο, τα οποία συγκρίθηκαν μεταξύ τους αλλά και με παλιότερες έρευνες, αποδεικνύοντας την ισχυρή επίδραση των συμπεριφορών των εμπλεκόμενων προσώπων τόσο στη διαμόρφωση των στάσεων όσο και στη διάγνωση που προέκυπτε κάθε φορά. Ο συνδυασμός λεκτικών και μη λεκτικών μηνυμάτων σε ένα συγκεκριμένο επικοινωνιακό πλαίσιο προσδιόριζε τα νοήματα που διαφαίνονταν κάθε φορά. Χωρίς να θέλουμε να αιθεροβατούμε, πιστεύουμε πως η συγκεκριμένη έρευνα θα συμβάλει στην ευαισθητοποίηση εκείνων των φορέων που θα επιμεληθούν την αγωγή των μελλοντικών γιατρών, προκειμένου αυτοί να αποκτήσουν τα απαραίτητα εφόδια για να επιτελούν ένα ολοκληρωμένο και αποτελεσματικό λειτουργήμα.

Λέξεις-κλειδιά: γιατρός, ασθενής, συμπεριφορά, λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, Ομοιοπαθητική, ιστορικό

Η σημαντικότητα της επικοινωνίας στη σχέση γιατρού-ασθενή

Για να προσαρμοστούμε στο περιβάλλον, είναι αναγκαίο να μπορούμε να επικοινωνήσουμε μεταξύ μας, δηλαδή να μεταδώσουμε πληροφορίες, ιδέες και στάσεις στον συνομιλητή μας, μέσω λεκτικών και μη λεκτικών διαδικασιών, στέλνοντας και λαμβάνοντας μηνύματα (Giddens, 2002). Έτσι, και στο περιβάλλον του ιατρείου η επικοινωνία είναι απαραίτητος μηχανισμός που επιτρέπει στους συμμετέχοντες να συντονίζονται μεταξύ τους και να πετυχαίνουν τους στόχους τους. Το θέμα είναι πως μερικές φορές στα ευκόλως εννοούμενα εμφανίζονται και ορισμένα εμπόδια στην πορεία, παρά την καλή διάθεση που συνήθως υπάρχει και από τις δύο πλευρές. Άλλοτε πάλι είναι ευνοϊκότερη η επικοινωνία και όλα κυλούν ομαλά στην ιατρική συνέντευξη. Αυτό εξαρτάται από πολλές συνθήκες, εξωτερικές και εσωτερικές, που αποδιοργανώνουν ή αντίθετα βοηθούν τις διάφορες καταστάσεις.

Παρατηρήσεις για τη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία

Στις καθημερινές επικοινωνιακές καταστάσεις, η γλώσσα από μόνη της δεν μπορεί να δώσει όλες τις πληροφορίες για τη μετάδοση ενός μηνύματος, αλλά χρειάζεται και η συμβολή εξωγλωσσικών στοιχείων (Mohacsy, 1995) (Gallagher, 2001). Σίγουρα, στις σύγχρονες μορφές επικοινωνίας, ο λόγος κατέχει προνομιακή θέση στις συναστροφές των ανθρώπων. Εντούτοις, η μη λεκτική επικοινωνία δεν είναι δυνατόν να τοποθετηθεί σε δεύτερη μοίρα, αφού τα μηνύματά της δρουν ως ενισχυτές των λεκτικών. Οι λέξεις έχουν έναν ορισμένο κώδικα (Μπαμπινιώτης, 1980), ενώ η γλώσσα του σώματος καλύπτει ιδιόμορφα όμως, δυναμικά και έμμεσα, μεγαλύτερο φάσμα πληροφοριών, συγκινησιακών και λιγότερο αιχμηρών καταστάσεων, διότι, σε σύγκριση με την κανονική γλώσσα, δεν σιωπά ποτέ.

Μεθοδολογία και έρευνα

Μια ποιοτική έρευνα τυπικά εστιάζει στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και στα νοήματα που προκύπτουν από αυτές. Σκοπός της είναι να προαγάγει την εκ βάθους κατανόηση των ανθρώπινων εμπειριών, απόψεων και ιστοριών, στο πλαίσιο προσωπικών και συγκεκριμένων συνθηκών. Χαρακτηρίζεται από χρήση κυρίως αδόμητων μεθόδων, εμπειρικλείει λεπτομερείς, πλούσιες και πολύπλοκες πληροφορίες, προσφέρει εξηγήσεις βασισμένες σε αληθή γεγονότα και απαντάει στο τι, το πώς και το γιατί, χρησιμοποιώντας επαγωγικό συλλογισμό. Δηλαδή, ξεκινώντας από λεπτομερή γεγονότα, καταλήγει σε γενικές αρχές και όχι σε τυποποιημένες απαντήσεις, που μας βοηθούν να απλοποιήσουμε και να καταλάβουμε καλύτερα τις καταστάσεις. Στο πεδίο της Ιατρικής είναι δυνατόν να διαφωτίσει κοινωνικά και συναισθηματικά φαινόμενα, όπως τη στάση ή τη συμπεριφορά θεραπευτών και πασχόντων (διαλέξεις ακαδημαϊκού έτους 2008-2009 στο Πανεπιστήμιο Αιγαίου από τη δρ Τ. Δαρζέντα). Τα ερευνητικά ερωτήματα με τα οποία ασχοληθήκαμε είναι τα εξής:



1. Η λεκτική και η μη λεκτική συμπεριφορά επιδρά στη σχέση γιατρού-ασθενή; (Π.χ., ποιες συνθήκες και παράγοντες διευκολύνουν ή εμποδίζουν την επικοινωνία;)
2. Οι γιατροί έχουν κατανοήσει τη σημαντικότητα της επικοινωνίας στο ομοιοπαθητικό ιατρείο; (Π.χ., κατά πόσον οι γιατροί εμφανίζουν συγκεκριμένες μορφές λεκτικής και μη λεκτικής συμπεριφοράς, κατά πόσο συνειδητοποιούν και ελέγχουν τη συμπεριφορά τη δική τους και των ασθενών τους, πόση σημασία δίνουν τελικά σε αυτήν, τι ενημέρωση έχουν, τι απόψεις έχουν και πώς αντιμετωπίζουν τον πόσοχοντα μέσω της επικοινωνίας;)
3. Η συμπεριφορά του γιατρού επηρεάζει τη στάση των ασθενών απέναντί του;
4. Η στάση του ασθενή συμφωνεί με τη συμπεριφορά του;

Η φύση του προβλήματος και ο σκοπός της διερεύνησής του οδήγησαν την παρούσα έρευνα κατά βάση σε ποιοτική μελέτη με τη μέθοδο της τριγωνοποίησης (triangulation).

Η μεθοδολογική τριγωνοποίηση (που χρησιμοποιήσαμε εδώ) μελετά περιπτώσεις συμπεριφορών και στάσεων μέσω:

1. της συμμετοχικής παρατήρησης (παρατήρηση και καταγραφή 65 περιστατικών τυχαίου δείγματος),
2. ερωτηματολογίων (80 ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε ομοιοπαθητικούς ασθενείς 10 ομοιοπαθητικών ιατρείων),
3. συνεντεύξεων (ηχογραφημένες συνεντεύξεις και ανοικτή συνομιλία με 10 γιατρούς και συμπληρωματικές συνεντεύξεις όσον αφορά τα ερωτηματολόγια σε 8 ασθενείς).

Έτσι, ο ερευνητής είναι σε θέση να έχει πιο ολιστική άποψη επί του θέματος που διαπραγματεύεται, αφού σε αυτήν (στη μεθοδολογική

τριγωνοποίηση) έχουμε πολλές μεθόδους μέτρησης που αλληλοσυμπληρώνονται και δίνουν ολοκληρωμένη εικόνα του προβλήματος (Neuman, 1997) (Denzin & Lincoln, 1994).

Συζήτηση-Συμπεράσματα

• Θεωρητικές συνέπειες από τη σύγκριση των τριών ερευνητικών μεθόδων με προηγούμενες μελέτες

1. Ο σωστός συνδυασμός λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας δίνει ολοκληρωμένη εικόνα των προσώπων.
2. Η διακοπή των λεκτικών μηνυμάτων παραπέμπει σε μη λεκτικές πληροφορίες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των συνομιλούντων.
3. Η συμπεριφορά των ατόμων επηρεάζει και διαμορφώνει τη στάση των συνομιλητών τους.
4. Οι ενέργειες που ακολουθούν το άτομο, τον χωροχρόνο και την περίσταση οδηγούν στην επιτυχία.
5. Η προσωπικότητα του γιατρού αντανακλά το είδος των ασθενών του.
6. Η θεραπεία είναι δυνατόν να παρεμποδιστεί λόγω κακής επικοινωνίας.
7. Γιατροί και ασθενείς εκτιμούν τη σημαντικότητα της επικοινωνίας και αναζητούν τρόπους για να τη βελτιώσουν.
8. Γιατροί και ασθενείς έχουν ευθύνη των λόγων και των πράξεών τους.

• Πρακτικές συνέπειες – Προτάσεις

Σκοπός μας είναι τα αποτελέσματα της έρευνάς μας να αποτελέσουν αφετηρία και κίνητρο για περαιτέρω μελέτες και εκπαιδευτικές δραστηριότητες, αφού πρώτα ευαισθητοποιήσουν και πείσουν τους αρμόδιους για τη μεγάλη σημασία της λεκτικής και μη λεκτικής συμπεριφοράς (γιατρού και ασθενή) και την αξιοποίηση των επικοινωνιακά ληφθέντων μηνυμάτων στη διεξαγωγή της ομοιοπαθητικής συνεδρίας.

Ως απόρροια όλων των παραπάνω, η Ομοιοπαθητική είναι ένα βήμα μπροστά από τη συμβατική ιατρική, λόγω του ιδιαίτερου τρόπου συνδυασμού των πληροφοριών και αντιμετώπισης του ανθρώπου. Είναι αυτονόητο πως η επικοινωνία ως καθοριστικός ρυθμιστικός παράγοντας στη σχέση γιατρού-ασθενή προωθεί την αμοιβαία εμπιστοσύνη, την κατανόηση και το συμπάσχειν (Di Blasi, 2001) (Thompson & Weiss, 2006), ενώ παράλληλα παρέχει τις κατάλληλες βάσεις για τη λήψη ολοκληρωμένου ιστορικού, πράγμα απαραίτητο για την εύρεση του σωστού φαρμάκου αλλά και τη στήριξη του πάσχοντα.

Επομένως, στην ομοιοπαθητική συνεδρία:

1. Ο άνθρωπος αντιμετωπίζεται ως ολότητα, αφού λαμβάνονται υπόψη όχι μόνο τα σωματικά αλλά και τα ψυχοδιανοητικά συμπτώματα που εκφράζονται μέσω λεκτικών και μη λεκτικών στοιχείων.
2. Οι επιπλέον παρατηρήσεις του γιατρού, που καταγράφονται στο τέλος κάθε ιστορικού για τη συμπεριφορά, τις κινήσεις και τις εκφράσεις, βοηθούν επίσης στη σκιαγράφηση του πορτρέτου κάθε ατόμου.
3. Η συμπεριφορά του ομοιοπαθητικού (λεκτική και εξωλεκτική) και ορισμένα στοιχεία της προσωπικότητάς του συμβάλλουν στην ξεχωριστή αντιμετώπιση της κάθε περίπτωσης, σύμφωνα με τις ανάγκες των ασθενών που δημιουργούνται κάθε φορά.
4. Η επικοινωνία στην Ομοιοπαθητική προσφέρει στους ασθενείς, που έχουν ανάγκη από ψυχολογική στήριξη και προσοχή, ανακούφιση, ελπίδα και ενθάρρυνση σε δύσκολες στιγμές, ενώ παράλληλα δείχνει το ενδιαφέρον που έχει ο γιατρός ξεχωριστά για κάθε άτομο.
5. Η κατανοητή λεκτική ανάλυση των ιατρικών οδηγιών δεν μπορεί παρά να καταλήγει στο επιθυμητό θεραπευτικό αποτέλεσμα.
6. Η διάθεση χρόνου εκ μέρους των ομοιοπαθητικών στη συνομιλία τους με τους ασθενείς δίνει τη δυνατότητα να αναλυθεί λεπτομερώς και ποιοτικά η συμπτωματολογία, ώστε να υπάρξει ολοκληρωμένη εικόνα του εκάστοτε περιστατικού.
7. Η γνώση και η εμπειρία που αποκτάται όσον αφορά την επικοινωνία, σε προπαρασκευαστικό επίπεδο αλλά και με την πείρα χρόνων στο ιατρείο, βοηθούν στη σωστή επεξεργασία του ομοιοπαθητικού ιστορικού.

Συνεπώς, η τέχνη της επικοινωνίας είναι άρρηκτα δεμένη με την άσκηση της Ομοιοπαθητικής. Ένας αξιόπιστος γιατρός επιχειρηματολογεί ανάλογα την περίπτωση, οι πληροφορίες οργανώνονται με σειρά προτεραιότητας, μειώνονται τα δυσνόητα νοήματα και ο ασθενής ικανοποιείται τόσο από τη θεραπεία που ακολουθεί όσο και από την ανθρώπινη όψη της ιατρικής, που αντιλαμβάνεται κατά την εκτέλεση της κλινικής πράξης.

Είναι ανάγκη, λοιπόν, στα προγράμματα εκπαίδευσης των γιατρών να ληφθεί μέριμνα για την άσκηση τέτοιων δεξιοτήτων (Cockburn & Walters 1999). Ο ομοιοπαθητικός οφείλει να έχει υπό τον έλεγχό του τις κοινωνικές δεξιότητες που εκδηλώνει απέναντι στους ασθενείς του και να ενεργεί κάθε φορά σύμφωνα με τα ατομικά δεδομένα, τον χωροχρόνο και την περίπτωση (Barry 2001). Να είναι, δηλαδή, ένας «κοινωνικά επιδέξιος» αλλά και «κοινωνικά ευέλικτος» άνθρωπος και επαγγελματίας. Από τη στιγμή που στέλνει σαφή μηνύματα και αποκωδικοποιεί ορθά τα μηνύματα των άλλων, δεν έχει να φοβηθεί τίποτα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας του με το κοινό του και την επιτυχία της αποστολής του.

Η εφαρμογή ενός προγράμματος άσκησης της λεκτικής και μη λεκτικής συμπεριφοράς των υποψηφίων γιατρών, με ειδικούς στο θέμα εκπαιδευτές, με παρατήρηση μαγνητοσκοπημένων διδασκαλιών φοιτητών, καθηγητών ή και έμπειρων ομοιοπαθητικών, θα δώσει στους φοιτητές τη δυνατότητα να εντοπίζουν αρνητικές ή θετικές συμπερι-

φορές, να συζητούν για πιθανές παρεμβάσεις, να βρίσκουν τρόπους αντιμετώπισης αρνητικών καταστάσεων και, γενικά, να προσανατολίζονται στην κατάλληλη για την κάθε περίπτωση συμπεριφορά. Έτσι, το ρεπερτόριο των μορφών λεκτικής και μη λεκτικής συμπεριφοράς θα αναβαθμιστεί και θα επεκταθεί, θα γίνεται συνειδητή προσπάθεια για επιλογή και εφαρμογή της πιο σωστής και αποτελεσματικής συμπεριφοράς (ανάλογα πάντα με τα διδακτικά δεδομένα), η μονοτονία που επιφέρει τη διάσπαση της προσοχής θα εκλείψει, και η ιατρική συνεδρία θα αποτελεί ευχάριστη και καρποφόρα δραστηριότητα.

Η επανεξέταση της σχέσης μας με τους ασθενείς μας είναι απαραίτητη και χρειάζεται να γίνει με προσοχή και σοβαρότητα. Ο κάθε άνθρωπος είναι ένας ολόκληρος κόσμος. Ένας κόσμος ενδιαφέρων και εντυπωσιακός για το περιεχόμενό του, που άλλοτε υποφέρει και άλλοτε χαίρεται, έχοντας πάντα την ανάγκη να μιλάει και να εκφράζει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του. Αυτό σημαίνει πως ο γιατρός θα πρέπει να είναι πάντα πρόθυμος να «σκύψει» για να μπει στον κόσμο του άλλου, να διερευνήσει το πρόβλημά του και να διακρίνει τις ανησυχίες ή τις αμφιβολίες του, χαμηλώνοντας την ένταση των προσωπικών του στοιχείων, ώστε να τον ακούσει αληθινά και να βοηθήσει παράλληλα τον συνομιλητή του να ακούσει κι αυτός καθαρά την αφήγησή του.

Η ομοιοπαθητική συνεδρία προσφέρει έναν διάλογο συμμετοχής και παρατήρησης, που καλλιεργεί την τέχνη της επικοινωνίας με υπομονή και αγάπη για τον πάσχοντα άνθρωπο. Η υπομονή δίνει άνεση και ελευθερία στην ανάπτυξη των θεμάτων, ενώ η αγάπη ανακουφίζει, συμπονά, προσπαθεί να βρει λύσεις, συμπάσχει. Είναι η έξοδος από το εγώ και η είσοδος στον συνάνθρωπο, η βάση για την άσκηση της ιατρικής. Ο γιατρός που δεν αντιλαμβάνεται τι συμβαίνει και δεν χρησιμοποιεί σωστά λεκτικά και μη λεκτικά στοιχεία, γίνεται ο κύριος υπεύθυνος για νοηματικά και συναισθηματικά κενά που υποσκάπτουν την επιτυχία του έργου του. Όλα αυτά, βέβαια, δεν σημαίνουν πως πρέπει να γίνουμε φίλοι ή ότι χρειάζεται να συμφωνούμε με τις απόψεις του ασθενή, είναι όμως στο πλαίσιο της δουλειάς μας να προσπαθούμε να καταλάβουμε τι συμβαίνει και να συμμετέχουμε στο πρόβλημα δείχνοντάς του ότι είμαστε πάντα εκεί, πρεσβεύοντας γι' αυτόν το καλύτερο. ⚙

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Barry, C. (2001). Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Social Science & Medicine* (53).
- Cockburn, J., & Walters, W. (1999). Communication between doctors and patients. *Current Obstetrics & Gynaecology* (9).
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (1994). *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage.
- Di Blasi, Z. (2001). Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet* (357).
- Gallagher, T. (2001). Assessment of a measure of relational communication for doctor-patient interactions. *Patient Education and Counseling* (45).
- Gallagher, T. (2005). Further analysis of a doctor-patient nonverbal communication instrument. *Patient Education and Counseling* (57).
- Haidet, P. (2006). The complexity of patient participation: Lessons learned from patients' illness narratives. *Patient Education and Counseling* (62).
- Hartog, C. (2009). Elements of effective communication—Rediscoveries from homeopathy - Review. *Patient Education and Counseling* (77).
- Heady, A. (2007). Communication Skills: A call for teaching to the test. *Internal Medicine. The American Journal of Medicine* (120).
- Kenny, D. (2010). Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: A dyadic analysis of doctor-patient communication. *Social Science & Medicine* (70).
- Mohacsy, I. (1995). Nonverbal communication and its place in the therapy session. *The Arts in Psychotherapy* (22).
- Neuman, L. (1997). *Social Research Methods Qualitative and Quantitative Approaches* (3rd ed.). USA: tkm.
- Roberts, C. (2003). A discourse analysis study of "good" and "poor" communication in an OSCE: a proposed new framework for teaching students. *Medical Education* (37).
- Sandhu, H. (2009). The impact of gender dyads on doctor-patient communication: A systematic review. *Patient Education and Counseling* (76).
- Thompson, T., & Weiss, M. (2006). Homeopathy - what are the active ingredients? An exploratory study using the UK Medical Research Council's framework for the evaluation of complex interventions. *BMC Complementary and Alternative Medicine* (6).
- Weinman, J. (2004). *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. UK: University of London.
- Βυθούκας, Γ. (2005). Η επιστήμη της Ομοιοπαθητικής. Αθήνα: Διεθνής Ακαδημία Ομοιοπαθητικής Ιατρικής.
- Βυθούκας, Γ. (2008). Ομοιοπαθητική, η μεγάλη πρόκληση για την Ιατρική. Αθήνα: Α.Α. Λιβάνη.
- Μάνου, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχολογίας*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Μπαμπινιώτης, Γ. (1980). *Θεωρητική Γλωσσολογία*. Αθήνα: Μπαμπινιώτης.
- Giddens, A. (2002). *Κοινωνιολογία*. (Δ. Τσαούσης, Trans.) Αθήνα: Gutenberg.
- Διαλέξεις Κοινωνιολογίας του ακαδημαϊκού έτους 2009-2010 στο μεταπτυχιακό της Ομοιοπαθητικής στο Πανεπιστήμιο Αιγαίου από την Δρ. Σίμωση Μ.
- Διαλέξεις Σχεδίασης Πληροφορίας του ακαδημαϊκού έτους 2008-2009 και 2009-2010 στο μεταπτυχιακό της Ομοιοπαθητικής στο Πανεπιστήμιο Αιγαίου από τη Δρ Τ. Δαρζέντα.

Ολιστική προσέγγιση της Ψυχοδερματολογίας με κλασικά, ψυχοδυναμικά και εναλλακτικά μοντέλα

Περίληψη διπλωματικής εργασίας Αναστάσιου Τσιλίκου, ειδ. δερματολόγου, M.Sc. στην Κλασική Ομοιοπαθητική



Η σχέση δέρματος, μυαλού και νευρικού ιστού αποτελεί κατασκευαστικά μια οντότητα παρόμοια του κυττάρου, όπου ο πυρήνας (μυαλό) επικοινωνεί με την κυτταρική μεμβράνη (δέρμα) μέσω του ενδοπλασματικού δικτύου (νευρικός ιστός), με τρόπο που οι λειτουργίες τους να έρχονται σε πλήρη αρμονία και επικοινωνία. Ο πυρήνας (μυαλό) ερμηνεύει κάθε στιγμή ό,τι συμβαίνει στην περιφέρεια του συνόρου του, την κυτταρική μεμβράνη (δέρμα), και αντιστρόφως η κυτταρική μεμβράνη ερμηνεύει τις λειτουργίες του πυρήνα.

Όπως και στο κύτταρο, έτσι και στον ανθρώπινο οργανισμό οι διάφορες ομαλές λειτουργίες μπορεί για κάποιους λόγους να διαταραχθούν και να προκύψει παθολογία. Η παθολογία αυτή θα εκφραστεί με ορισμένη συμπτωματολογία, που στο επίπεδο του κύτταρου δεν είναι ορατή από τον άνθρωπο με γυμνό μάτι, και η προσέγγιση γίνεται σε τέτοιου είδους τάξης επίπεδο με τη χρήση ειδικών εργαλείων (απεικονιστικές μέθοδοι, εργαστηριακές εξετάσεις, ιστολογικές εξετάσεις κ.λπ.). Η συμπτωματολογία της παθολογίας ως ερμηνεία, όμως, του ανθρώπινου οργανισμού στο δέρμα είναι ορατή και μπορεί να αξιολογηθεί και να εκτιμηθεί με διάφορους φυσικούς τρόπους από τον θεράποντα ιατρό.

Η μοντελοποίηση των διαταραχών του συστήματος «μυαλό-δέρμα» δεν είναι εύκολη και κανένας δεν γνωρίζει αν είναι και εφικτή, όσον αφορά όλες τις παθολογίες που μπορεί να προκύψουν. Δεν είναι, όμως, μόνο οι διαταραχές αυτού του «δυαδικού» συστήματος που θα μπορούσαν να προκύψουν στον οργανισμό και να εκδηλωθούν με ψυχικά ή δερματικά συμπτώματα. Στο δέρμα και στο «μυαλό» μπορούν να εκφραστούν πάρα πολλές παθολογίες που αφορούν και άλλα συστήματα και δίκτυα του οργανισμού (παθήσεις του δέρματος από διαταραχές εσωτερικών οργάνων). Η έλλειψη διακριτότητας αυτών των διαταραχών δημιουργεί την ανάγκη για εξατομίκευση της κάθε περίπτωσης, και ειδικά προβλημάτων που σχετίζονται με το σύστημα «μυαλό-δέρμα» του ανθρώπου.

Στην παρούσα μελέτη εξετάζεται ο νεοαναδυόμενος χώρος της Ψυχοδερματολογίας και αφορά ασθενείς που εμφανίζουν παθολογίες παράλληλα στο δέρμα και το «μυαλό» τους, δηλαδή παρουσιάζουν συνοσηρότητα συστημάτων. Τέτοιου είδους διαταραχές σε αυτά τα άτομα δεν έχουν ένα συγκεκριμένο σημείο εκκίνησης και μια συγκεκριμένη πορεία, αλλά αποτελούν πολύπλοκη οντότητα που παρσύρουν τον οργανισμό να δυσλειτουργήσει. Επιπλέον όμως, με το αμυντικό σύστημα του ανθρώπου (ανοσοποιητικό και συσχετίσεις του), η συνεργασία/αλληλεπίδραση ιατρού-ασθενή θα επαναφέρει σε συμφέρουσα κατάσταση τον οργανισμό.

Στο πλαίσιο της Ψυχοδερματολογίας εξετάζονται στο έργο αυτό διάφορα ζητήματα που απασχολούν τον ιατρό αλλά και τον ασθενή, και παρουσιάζεται η ποικιλία των διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων που μπορεί να υπάρξουν.

Η Δερματολογία έχει ιδιαίτερη σημασία στην καθημερινή κλινική πράξη. Το δέρμα και το κεντρικό νευρικό σύστημα έχουν κοινή εμβρυολογική καταγωγή, το εξώδερμα. Αυτό παρέχει κάποια βάση για την παραδοχή ότι το δέρμα και ο εγκέφαλος αλληλοεπηρεάζονται. Αυτή η συσχέτιση δεν οφείλεται μόνο στην εμβρυολογική τους καταγωγή, αλλά είναι πολύπλοκη σύνδεση μεταξύ αιτιολογίας, διαγνωστικής προσπέλασης και θεραπείας. Οι ψυχοδερματολογικές διαταραχές είναι καταστάσεις παθολογικής αλληλεπίδρασης δέρματος και νευροψυχικής σφαίρας. Η Ψυχοδερματολογία ή Ψυχοσωματική Δερματολογία εστιάζει στο όριο μεταξύ Δερματολογίας και Ψυχιατρικής, κλασικά. Ο βαθμός συμμετοχής της νοσηρότητας του ασθενή από τον κάθε χώρο ποικίλλει, αλλά και για τους δύο είναι υψηλό.

Οι ψυχιατρικές διαταραχές στον δερματολογικό ασθενή θεωρούνται κυρίως από τους δερματολόγους ότι είναι σε δευτερεύουσα μοίρα σε σχέση με τη διαταραχή του δέρματος, ίσως λόγω του ότι ανήκουν στο πεδίο άλλης ειδικότητας. Σε αρκετές περιπτώσεις, όμως, μπορεί να είναι κύριας σημασίας ή/και να έχει άμεση επίδραση στην πορεία των δερματολογικών συμπτωμάτων. Η βαρύτητα του κνησμού στην ψωρίαση και στην ατοπική δερματίτιδα έχει σημειωθεί ότι συσχετίζεται άμεσα με τη σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στον ασθενή, γεγονός που υποδηλώνει ότι η κατάθλιψη μπορεί να κλιμακώσει την αίσθηση του κνησμού.

Η καταθλιπτική ασθένεια είναι μία από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές που αντιμετωπίζονται στη Δερματολογία και μπορεί να υπάρχει σε ευρύ φάσμα διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων της ψωρίασης, της ακμής, της χρόνιας ιδιοπαθούς κνίδωσης και της ατοπικής δερματίτιδας. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορούν επίσης να παρουσιάσουν σωματικά ισοδύναμα συμπτώματα, όπως δερματική δυσαισθησία, για τα οποία η φυσική βάση δεν μπορεί να προσδιοριστεί. Η ψωρίαση και η ακμή έχουν συνδεθεί με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και την αυτοκτονία. Στην ψωρίαση, η συχνότητα του αυτοκτονικού ιδεασμού αυξάνει με την αύξηση της σοβαρότητας της ψωρίασης. Ωστόσο, στους ασθενείς με ακμή η σοβαρότητα των βλαβών του δέρματος και η συχνότητα των ψυχολογικών προβλημάτων δεν δείχνουν σταθερή σχέση, καθώς ακόμα και η ήπια έως μέτρια ακμή έχει συσχετιστεί με την κατάθλιψη, τον αυτοκτονικό ιδεασμό και την αυτοκτονία.

Είναι πολύ σημαντικό οι δερματολόγοι να αξιολογούν και να διαχειρίζονται τα ψυχολογικά ζητήματα των ασθενών αν και όταν αυτά συνυπάρχουν, καθώς μπορούν να συμβάλλουν σε μεγάλο μέρος στη συνολική υγεία του ατόμου και στην πορεία που συνδέεται με τη διαταραχή του δέρματος. Εξάλλου, είναι σημαντικό το αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών. Για παράδειγμα, η καταθλιπτική συνυπάρχουσα νόσος σε μια περίπτωση μπορεί να έχει αρνητική επιρροή στη δερματολογική διαταραχή, κάτι που μπορεί να οφείλεται στην κακή συμμόρφωση στη θεραπεία.

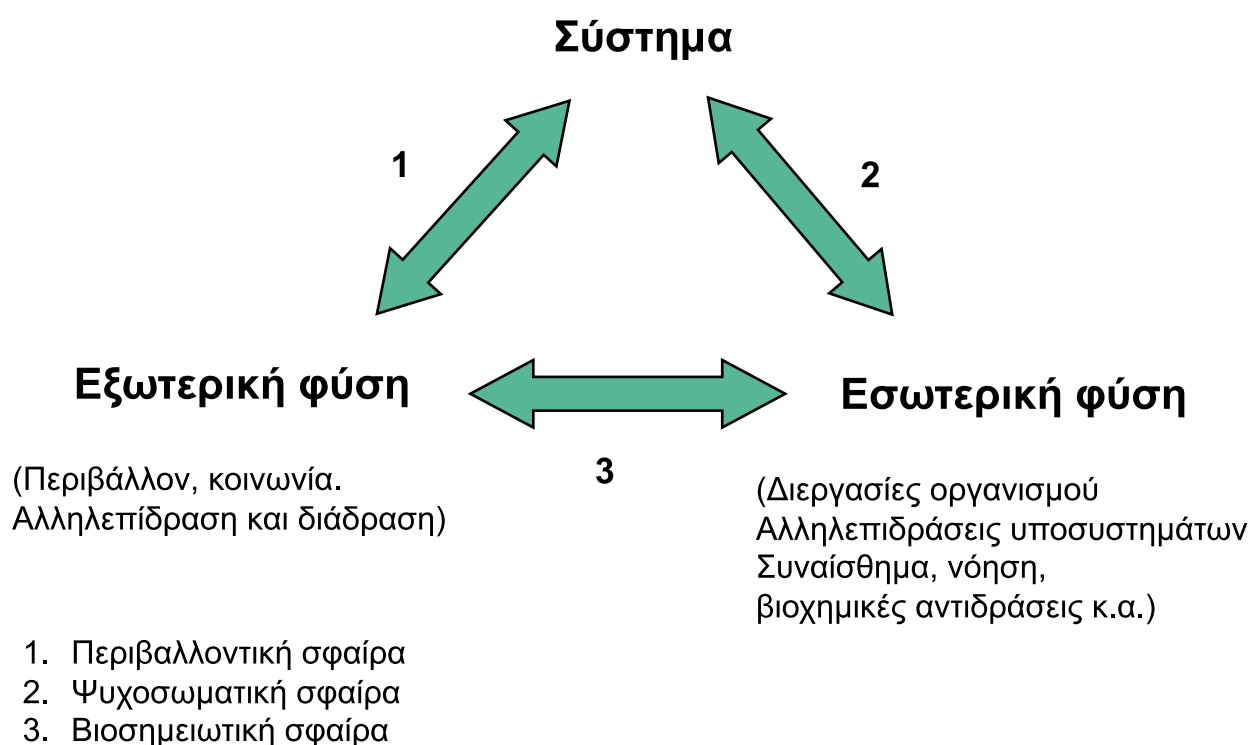
Το βιολογικό πλαίσιο της ψυχοσωματικής ανάλυσης της εικόνας-εαυτού έχει μελετηθεί από διάφορους τομείς της ιατρικής, με τη χρήση βιολογικών ερευνητικών μεθόδων, παρόμοιων με τις μελέτες των συναισθημάτων. Το ψυχολογικό πλαίσιο περιλαμβάνει τη χρήση της θεωρίας της προσωπικότητας. Το διαπροσωπικό πλαίσιο και ειδικά η διαπροσωπική έλξη έχει ερευνηθεί στην κοινωνική ψυχολογία. Η ομορφιά και η ασχήμια καθώς και οι ψυχοσωματικές αναπα-

στάσεις τους είναι υποκειμενικές έννοιες. Η ομορφιά και η ασχήμια, εκτός από τη βιολογική κληρονομικότητά τους, σχετίζονται και με τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου με τους άλλους, τόσο στον τομέα της υγείας όσο και της ασθένειας. Η Συστημική σκέψη αξιολογεί όλα τα παραπάνω πλαίσια. Η εφαρμογή της Συστημικής σκέψης στην Ψυχοδερματολογία μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τη μεγιστοποίηση της σημερινής γνώσης προς όφελος των ασθενών.

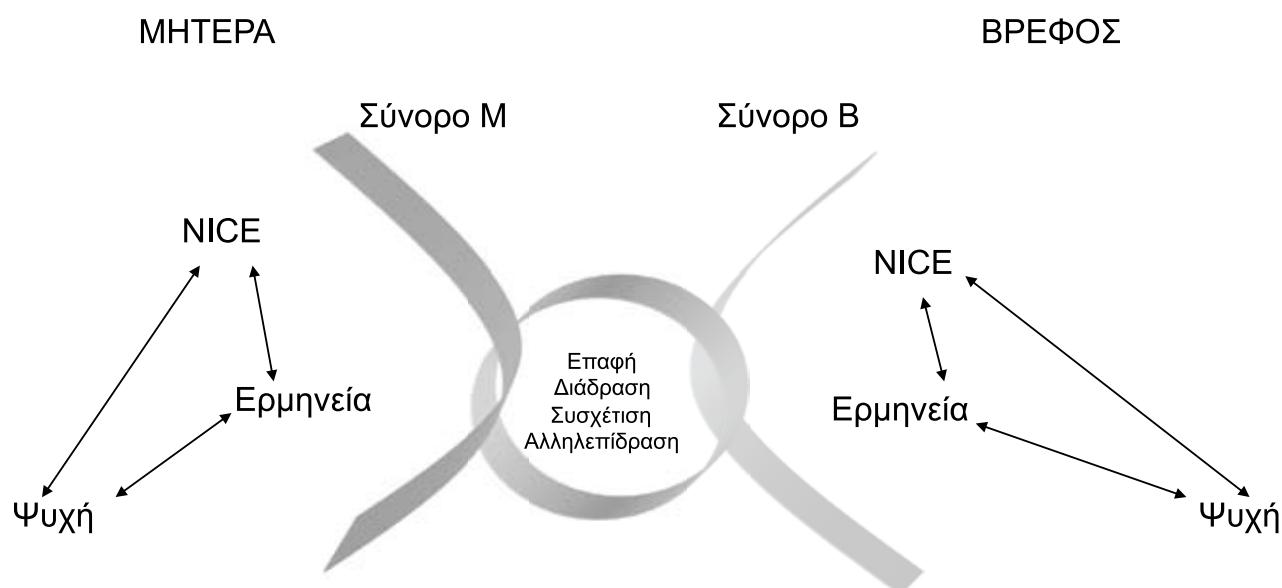
Η ιεραρχική δομή του οργανισμού, σύμφωνα με τη Συστημική θεωρία, αρχίζει με τα υποατομικά σωματίδια και εξελίσσεται σε άτομα, σε μόρια, σε οργανίδια, σε κύτταρα, σε όργανα, σε συστήματα και κορυφώνεται με τη γέννηση του ατόμου. Εκείνη τη στιγμή της έναρξης του εξωτερικού κόσμου, το άτομο αρχίζει μια αλληλεπίδραση με διάφορα άλλα υψηλότερα συστήματα, όπως το ζευγάρι, η οικογένεια, η κοινότητα, το έθνος, η κοινωνία, ο πολιτισμός και η βιόσφαιρα, ανεξάρτητα από την εξωτερική του εμφάνιση, που διαρκεί έως τον θάνατο.

Μοντέλα και στερεότυπα, όταν γίνεται λόγος για ανθρώπινες λειτουργίες και δυσλειτουργίες, δεν υπάρχουν. Από τη μελέτη των επιμέρους στοιχείων αναδύεται η ολιστικότητα, γιατί απλά και αυτά είναι μέρος αυτής, οπότε αφαιρώντας τα δεν παράγεται η ολότητα. Εξετάζοντας τους ασθενείς, ο θεραπευτής, αν θέλει να προσεγγίσει ολιστικά τον οργανισμό, χρειάζεται να διαθέτει εργαλεία και να έχει γνώσεις από ποικίλα διαφορετικά πεδία.

Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι να αποδοθούν οι διάφορες προσεγγίσεις (κλασικά, ψυχοδυναμικά και εναλλακτικά) που καλύπτουν το θέμα και να γίνει μια αναπαράσταση του τι σημαίνει ψυχοδερματολογικός ασθενής και πόσο πολύπλοκος είναι, όχι επειδή έχει απρόβλεπτη πορεία και πολλές «on-off» διεργασίες, αλλά επειδή η κατάστασή του αποτελεί σύμπλοκο πολυπλοκότητας και επηρεάζεται πολυπαραγοντικά από εσωτερικές και εξωτερικές λειτουργίες του οργανισμού.



Σχήμα Ι: Το σύστημα μυαλό-δέρμα αντιδρά με διαφορετικό τρόπο απέναντι στον εαυτό του (οργανισμός του ανθρώπου) και απέναντι στον περιβάλλοντα κόσμο (κοινωνικό δίκτυο). Αναδιφώντας τη Βιβλιογραφία παρατηρούνται διάφορες προσεγγίσεις και εξηγήσεις για τη διαφορετικότητα στη λειτουργία ενός συστήματος που ενώ παραμένει βιολογικά με τα ίδια στοιχεία, αναδύει νέες λειτουργίες ανάλογα με τις καταστάσεις στις οποίες βρίσκεται. Οι λειτουργίες του δεν έχουν διαδοχική σειρά του τύπου «on-off», αλλά μπορούν να συμβαίνουν παράλληλα, αφού οι αλληλεπιδράσεις (του έσω και έξω κόσμου) γίνονται διαρκώς. **Σχηματική απεικόνιση: Α. Τσιλίκας**



Σχήμα 2: Σημειωτική αναπαράσταση της διεργασίας της επαφής του δέρματος της μητέρας με το βρέφος της. Ο κύκλος στη μέση του σχήματος είναι το σημείο επαφής των δερμάτων τους. Η ερμηνεία που αναδύεται εκφράζεται ανάλογα με την κατάσταση ως φυσιολογική λειτουργία ή δυσλειτουργία στο δέρμα, στο μυαλό, στο νευρικό σύστημα και οπουδήποτε στον οργανισμό. NICE: Neuro-Immune-Cutaneous-Endocrine System. Σχηματική απεικόνιση: Α. Τσιλίκας 

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Buljan D, Buljan M, & Situm M (2005). «Psychodermatology: a brief review for clinicians». *Psychiatra Danubina*, Vol. 17, No. 1-2, p. 76-83
- Czechowicz H, Chumaceiro CLD (1988). «Psychosomatics of Beauty and Ugliness: Theoretical Implications of the Systems Approach». *Clinics in Dermatology*, July-September 1988, Volume 6, Number 3, p.9 -1
- Folks DG, Warnock JK (2001). «Psychocutaneous Disorders». *Current Psychiatry Reports*, 3:219-225
- Gupta, M.A., & Gupta, A.K. (2003). «Psychiatric and psychological comorbidity in patients with dermatologic disorders». *American Journal of Clinical Dermatology*, 4(12), 833-842
- Gupta M.A (2006). «Somatization disorders in dermatology». *Int. Rev. Psych.* 18: 41-47
- Koblentz CS (1995). «Psychotherapy for intractable inflammatory dermatoses». *Journal of the American Academy of Dermatology*, April 1995, Volume 32, Number 4, p. 609-612
- Koo J (2001). «Psychodermatology: The Mind and Skin Connection». *Am Fam Physician*, 64:1873-8
- Picardi, A., Amerio, P., Baliva, G., Barbieri, C., Teofoli, P., Bolli, S., Salvatori, V., Mazzotti, E., Pasquini, P., & Abeni, D. (2004). «Recognition of depressive and anxiety disorders in dermatological outpatients». *Acta Dermato-Venereologica*, 84, 213-217

Κλινική μελέτη στο «Αρεταίειο»

Με χαρά θα θέλαμε να σας ανακοινώσουμε ότι με τη συνεργασία της **Β' Γυναικολογικής και Μαιευτικής Κλινικής του Νοσοκομείου «Αρεταίειον»** (διευθυντής: καθηγητής κ. Γεώργιος Κρεατσάς) και της **Διεθνούς Ακαδημίας Κλασικής Ομοιοπαθητικής** (διευθυντής: καθηγητής κ. Γεώργιος Βυθούλκας) θα διεξαχθεί η **κλινική μελέτη: «Προοπτική συγκριτική μελέτη της επίδρασης του ομοιοπαθητικού φαρμάκου Pulsatilla 200CH στην προβολή και το σχήμα των εμβρύων τελειόμηνων εγκύων»**.

Η μελέτη θα διερευνήσει το θεραπευτικό αποτέλεσμα του άνω φαρμάκου στις τελειόμηνες έγκυες γυναίκες που κυοφορούν έμβρυο σε ισχιακή προβολή.

Ως θεραπευτικό αποτέλεσμα θεωρείται η αλλαγή της προβολής του εμβρύου από ισχιακή σε κεφαλική και, ως εκ τούτου, η αποφυγή τέλεσης καισαρικής τομής.

Είναι σημαντικό να ενημερώσετε για τη μελέτη αυτή εγκύους με αντίστοιχο εύρημα, καθώς επίσης και να προωθήσετε αυτό το μήνυμα. Το πρωτόκολλο της μελέτης θα είναι διαθέσιμο σε όποιον το επιθυμεί. Οι έγκυες γυναίκες, που θα επιθυμούσαν να λάβουν μέρος στη μελέτη, μπορούν να απευθύνονται στον γιατρό Θεόδωρο Καλαμπόκα, Ph.D., τηλ.: 6945 234568, email: kalamp@yahoo.com

Η συμβολή σας στην παραπομπή και ενημέρωση εγκύων με ισχιακή προβολή αλλά και η γνωστοποίηση αυτής της μελέτης σε κάθε ενδιαφερόμενο είναι λίαν σημαντική.

Εφημερίες ομοιοπαθητικών φαρμακείων



The banner is divided into three main sections. On the left, a row of medical professionals in blue scrubs with stethoscopes. In the center, a still life of homeopathic remedies including a yellow flower, a brown glass bottle, and white pills. On the right, a vertical strip with the text 'ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ' and two small portraits of men.

Ομοιοπαθητική Ιατρική

Ασφάλεια, αποτελεσματικότητα

www.homeopathy.gr

Οι εφημερίες ομοιοπαθητικών φαρμακείων παρουσιάζονται στην ιστοσελίδα <http://www.homeopathy.gr>



ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ (ΑΙΚ)

Εκλογές στους Ιατρικούς Συλλόγους και στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο



Τον Ιούνιο του 2011 θα διεξαχθούν οι εκλογές για το νέο Διοικητικό Συμβούλιο του ΙΣΑ και τους εκπροσώπους των ιατρών στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο. Η Ελληνική Εταιρεία Ομοιοπαθητικής Ιατρικής στηρίζει, για τρίτη συνεχόμενη εκλογική ανμέτρηση, τον συνδυασμό της Ανεξάρτητης Ιατρικής Κίνησης και συμμετέχει με συναδέλφους από όλες

τις γενιές ομοιοπαθητικών γιατρών. Ο στόχος της εκπροσώπησης μας επιτεύχθηκε στην πρώτη συμμετοχή με μια έδρα στο Δ. Σ. του ΙΣΑ, ενώ στη δεύτερη η αύξηση της εκλογικής επιρροής της παράταξης επιβεβαιώθηκε, εκτός της εκ νέου συμμετοχής στο Δ. Σ. του ΙΣΑ, με μια έδρα στον ΠΙΣ. Σημειωτέον ότι η κατάκτηση της έδρας και τις δύο προηγούμενες φορές, έγινε σε ιδιαίτερα δύσκολες συνθήκες, δεδομένης της πόλωσης και της ανταγωνιστικότητας των παρατάξεων, πράγμα που φαίνεται από το γεγονός ότι ακόμα και κοινοβουλευτικά κόμματα μετά βίας κέρδισαν μια έδρα, ενώ ένα έχασε την εκπροσώπηση του.

Ο ακούραστος συνάδελφος **Πέτρος Γαρζώνης** συμμετείχε ως εκπρόσωπός μας στον ΠΙΣ και ο αεικίνητος **Νίκος Τσάμης** στο Δ. Σ. του ΙΣΑ, και τους ευχαριστούμε θερμά για τον αγώνα που έδωσαν για τη δημοσιοποίηση των προβλημάτων του χώρου της Ομοιοπαθητικής. Επίσης, πρέπει να ευχαριστήσουμε και τους άλλους συναδέλφους που συμμετείχαν από την παράταξή μας στο Δ. Σ. του ΙΣΑ και προώθησαν ψηφίσματα και αποφάσεις της ΕΕΟΙ.

Ο στόχος της φετινής συμμετοχής της Ανεξάρτητης Ιατρικής Κίνησης στις εκλογές δεν εξαντλείται στην επανεκλογή εκπροσώπου μας στο Δ. Σ. του ΙΣΑ και στον ΠΙΣ. Η σχέση μεταξύ των μελών της ΑΙΚ έχουν εμπεδωθεί μετά από μακροχρόνια συνεργασία εναλλακτικών και συμβατικών ιατρών, με αποτέλεσμα την ώσμωση των απόψεων και την ανάδυση μιας ολιστικότερης αντιμετώπισης της Ιατρικής. Ο συντονισμός της δράσης των φορέων των εναλλακτικών ιατρικών μεθόδων, ομοιοπαθητικής και βελονισμού, μέσα από τους ιατρικούς συλλόγους θα αποβεί προς όφελος και των δύο. Στις επικείμενες φετινές εκλογές θα συμμετέχουν στα ψηφοδέλτια και ιατροί βελονιστές, ενδυναμώνοντας και εμπλουτίζοντας τη φωνή της εναλλακτικής ιατρικής στην **Ανεξάρτητη Ιατρική Κίνηση**. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο της συνεργασίας και του σεβασμού της διαφορετικής άποψης, έχουν

προχωρήσει ικανοποιητικά οι διαδικασίες για τη συμμετοχή και την εκλογή εκπροσώπου μας και σε άλλους Ιατρικούς Συλλόγους, όπως του Πειραιά, της Κέρκυρας κ.λπ.

Η στρατηγική μας παρέμβαση, σ' αυτές τις συνθήκες ανάπτυξης της Ομοιοπαθητικής, κινείται στους άξονες:

α) της κατοχύρωσης της Ομοιοπαθητικής ως θεραπευτικό σύστημα που πρέπει να ασκείται μόνον από ιατρούς,

β) της θεσμοθέτησης της εκπαίδευσης σ' αυτήν από τον ιστορικό φορέα εκπροσώπησης της που είναι η ΕΕΟΙ (και λαμβάνοντας υπ' όψιν την πρόσφατη αναβάθμιση του προγράμματος με την ισότιμη συμμετοχή της Διεθνούς Ακαδημίας Κλασικής Ομοιοπαθητικής και της Μακεδονικής Εταιρείας Ομοιοθεραπευτικής),

γ) τη δημιουργία «γεφυρών» με τους συναδέλφους της κλασικής ιατρικής στα πεδία της έρευνας και της επιστημονικής μεθόδου,

δ) την οριοθέτηση της ΕΕΟΙ από πρακτικές που ταυτίζουν την Ομοιοπαθητική με κλειστές, εσωστρεφείς ομάδες, απαξιώνοντάς την με τη γραφικότητά τους,

ε) την ανάδειξη των μειζόνων προβλημάτων του ιατρικού κόσμου (ιατρικός πληθωρισμός, ανεργία, ασφαλιστικό) κατά τρόπο που να τα απεγκλωβίζει από την κομματική λογική.

Οι φετινές εκλογές θα διεξαχθούν σε ακόμα μεγαλύτερη πόλωση λόγω των μεγάλων προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο ιατρικός κόσμος με την απαξίωση του ιατρικού λειτουργήματος και την προσπάθεια εξαθλίωσης των νέων ιδίως ιατρών, λόγω του κινδύνου που διαγράφεται για τη δημόσια υγεία με την κατεδάφιση του ΕΣΥ, αλλά και λόγω της οικονομικής και γενικότερης κρίσης στην οποία περιδινείται η ελληνική κοινωνία.

Ο δρόμος είναι μακρύς και ανηφορικός. Ωστόσο, εάν σκεφθεί κανείς ποια ήταν η θέση της Ομοιοπαθητικής πριν 15 χρόνια δεν μπορεί παρά να είναι αισιόδοξος!

Τα μέλη της Ελληνικής Εταιρείας Ομοιοπαθητικής Ιατρικής θα ενημερωθούν εγκαίρως τηλεφωνικά και με ανάρτηση στην ιστοσελίδα www.homeopathy.gr και αποστολή του ηλεκτρονικού newsletter για τους υποψηφίους της ΕΕΟΙ στις εκλογές με την Ανεξάρτητη Ιατρική Κίνηση. Σας επισείουμε την προσοχή, στον τίτλο και το ακρωνύμιο της παράταξης (ΑΙΚ), γιατί δημιουργείται σύγχυση με άλλη που χρησιμοποιήσε στις προηγούμενες εκλογές τα ίδια αρχικά γράμματα.

Η συμμετοχή στις εκλογές είναι απαραίτητη. Δεν έχουμε την ψευδαίσθηση ότι η εκλογή κάποιων εκπροσώπων μας σε Δ. Σ. των Ιατρικών Συλλόγων θα αλλάξει ως δια μαγείας τη θέση της ομοιοπαθητικής. Η εμπειρία των συναδέλφων που συμμετείχαν στα δύο Δ. Σ. του ΙΣΑ αναφέρει τη σταδιακή αλλαγή της θεώρησης των ομοιοπαθητικών ιατρών από το υπόλοιπο ιατρικό σώμα. Η σοβαρότητα, την οποία επέδειξαν τα μέλη μας στη συνδικαλιστική τους δράση, ανέτρεψε το κακέκτυπο του εναλλακτικού ιατρού που ήταν ριζωμένο στο υποσυνείδητο των συμβατικών ιατρών μετά από χρόνια άγνοιας και εκφύλισης της ομοιοπαθητικής από διάφορους πονηρούς ή γραφικούς. Φροντίστε εγκαίρως να εξοφλήσετε τυχόν οφειλές συνδρομών σας στον Ιατρικό Σύλλογο που ανήκετε. Είναι απαραίτητο για τη συμμετοχή σας και δεν είναι κάποιο «έξοδο» που μπορείτε να αποφύγετε. Ψηφίζουμε ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ (ΑΙΚ) για να ακουστεί πιο δυνατά η φωνή του επίσημου φορέα της Ομοιοπαθητικής.



Ο βραβευμένος με Νόμπελ Luc Montagnier αντιμετωπίζει με σοβαρότητα την ομοιοπαθητική

Δημοσθένης Παπαμεθοδίου, ιατρός νευρολόγος, ομοιοπαθητικός, γενικός γραμματέας ΕΕΟΙ
homeopathy.com.gr, homeopathy@hotmail.com

Σε μια πραγματικά ξεχωριστή συνέντευξή του, που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό *Science* της 24ης Δεκεμβρίου, ο καθηγητής Luc Montagnier, ένας γάλλος ιολόγος που συν-ανακάλυψε τον ιό HIV και βραβεύτηκε με το βραβείο Νόμπελ το 2008, περιγράφει τη νεότερη εργαστηριακή του έρευνα που έχει σημαντικές επιπτώσεις στην Ομοιοπαθητική.

Ο Montagnier, ο οποίος είναι επίσης ιδρυτής και πρόεδρος του Παγκόσμιου Ιδρύματος Έρευνας και Πρόληψης για το AIDS, έκανε την ακόλουθη πολύ σημαντική δήλωση για την Ομοιοπαθητική και τις ομοιοπαθητικές δυναμοποιήσεις: «Δεν μπορώ να πω ότι η Ομοιοπαθητική έχει δίκιο σε όλα. Το μόνο που μπορώ να πω αυτήν τη στιγμή είναι ότι οι υψηλές αραιώσεις είναι πραγματικές. Υψηλές αραιώσεις κάποιας ουσίας δεν είναι σκέτο νερό. Περιέχουν δομές νερού που μιμούνται τα αρχικά διαλυόμενα μόρια».

Σε μια μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2009,* ο Luc Montagnier διαπίστωσε ότι ορισμένες αλληλουχίες DNA, προερχόμενες από βακτήρια, μπορούν να προκαλέσουν ηλεκτρομαγνητικά κύματα, ακόμη και σε υψηλές αραιώσεις μέχρι 10^{-18} . Η μελέτη αυτή αποτελεί σημαντική συμβολή στη σταδιακά αυξανόμενη βάση δεδομένων στη βασική έρευνα που σχετίζεται άμεσα με την Ομοιοπαθητική.

Ο Montagnier θα αναλάβει την ηγεσία ενός νέου ερευνητικού ινστιτούτου στο Πανεπιστήμιο Jiaotong της Σαγκάης και σχεδιάζει τη μελέτη του φαινομένου παραγωγής ηλεκτρομαγνητικών κυμάτων από DNA στο νερό. Η ερευνητική του ομάδα θα μελετήσει τόσο τη θεωρητική βάση όσο και τις πιθανές εφαρμογές στην ιατρική.

Στη συνέντευξη, ο Montagnier αναφέρει ότι δεν μπορεί να συνεχίσει αυτή την έρευνα στη Γαλλία, επειδή δεν έχει εξασφαλίσει τη χρηματοδότησή της εκεί. Επίσης, λόγω της συνταξιοδότησής του, δεν επιτρέπεται πλέον να εργαστεί σε δημόσια ινστιτούτα. Υπάρχει, όμως, και ένας άλλος σημαντικότερος λόγος. Κάθε αίτηση που έκανε για χρηματοδότηση από άλλες πηγές, ήταν ανεπιτυχής. Ο Luc Montagnier υποστήριξε ότι υπάρχει ένα είδος φόβου για την έρευνα γύρω από τα θέματα αυτά στην Ευρώπη. Για να επιβεβαιώσει την άποψή του, παραπέμπει στον Dr. Jacques Benveniste, ένα γάλλο γιατρό/ερευνητή που διεξήγαγε έρευνα για τα ομοιοπαθητικά διαλύματα. Ο Montagnier τον θεωρεί ως «σύγχρονο Γαλιλαίο». «Ο Benveniste είχε απορριφθεί από όλους γιατί ήταν πολύ μπροστά. Έχασε τα πάντα, το εργαστήριό του, την περιουσία του. ... Νομίζω ότι είχε ως επί το πλείστον δίκιο, αλλά το πρόβλημα ήταν ότι τα αποτελέσματά του δεν μπορούσαν να αναπαραχθούν στο 100%». «Κάποιοι ερευνητές μου δήλωσαν ότι έχουν επιβεβαιώσει τα αποτελέσματα του Benveniste, αλλά φοβούνται να τα δημοσιεύσουν, εξαιτίας της συκοφάντησης που θα δεχθούν από τους ανθρώπους που δεν τα καταλαβαίνουν».

Ο Montagnier δεν ανησυχεί για την πιθανότητα οι συνάδελφοί του να σκεφτούν ότι έχει παρασυρθεί σε ψευδοεπιστήμη. Απαντά σθεναρά: «Όχι, γιατί δεν είναι ψευδοεπιστήμη Δεν είναι αγυρτεία. Είναι πραγματικά φαινόμενα, τα οποία χρήζουν περαιτέρω μελέτης».



Ολόκληρη η συνέντευξη είναι διαθέσιμη στην ιστοσελίδα του περιοδικού *Science*: http://www.sciencemag.org/content/330/6012/I732.summary?sa_campaign=Email/toc/24-December-2010/10.I126/science.330.6012.I732.

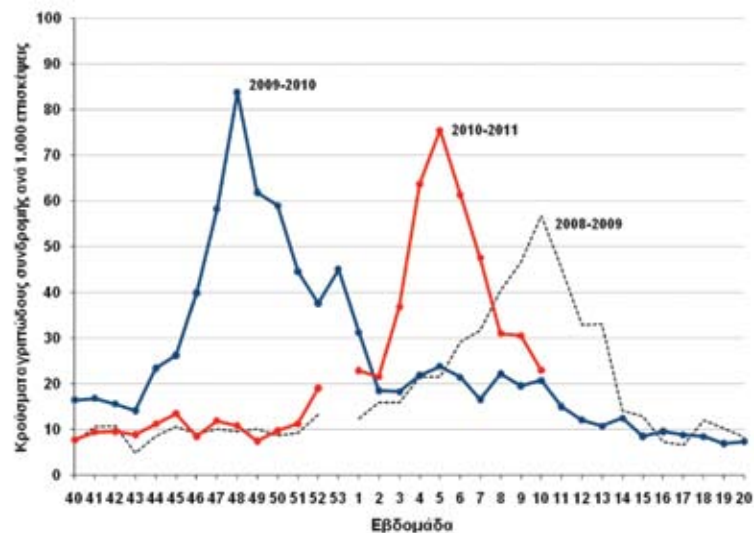
* Luc MONTAGNIER, Jamal AISSA, Claude LAVALLEE, Mireille MBAMY, Joseph VARON, Henri CHENAL, Electromagnetic Detection of HIV DNA in the Blood of AIDS Patients Treated by Antiretroviral Therapy, *Interdiscip Sci Comput Life Sci* (2009) 1: 245–253



Την αναθεώρηση του όρου «πανδημία» ζητά το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο

Αριστοτέλης Βάθης, ειδ. ψυχίατρος-ψυχοθεραπευτής, ομοιοπαθητικός, βιοχημικός

Την αναθεώρηση του όρου «πανδημία», ώστε να μη λαμβάνει υπόψη μόνο τη διάδοση αλλά και τη σοβαρότητα μιας μεταδοτικής ασθένειας, ζήτησε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η Ολομέλεια του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου. Στο ψήφισμά τους, οι ευρωβουλευτές αναφέρουν ότι η αντίδραση που προκλήθηκε παγκοσμίως από τη διάδοση της νέας γρίπης ήταν δυσανάλογη της σοβαρότητάς της. Στο ψήφισμα σημειώνεται πως, σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του ECDC (Ευρωπαϊκό Κέντρο για την Πρόληψη και τον Έλεγχο των Ασθενειών), η γρίπη Α(H1N1) 2009 προκάλεσε 2.900 θανάτους στην Ευρώπη, νούμερο πολύ μικρότερο συγκρινόμενο με τις προβλέψεις για τα θύματα της εποχικής γρίπης, τα οποία ανέρχονται σε 40.000 σε μια κανονική χρονιά ή σε 220.000 σε περιπτώσεις κρίσεων. Με βάση το συναγερμό που κήρυξε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και τις σχετικές συστάσεις, τα κράτη-μέλη ανταποκρίθηκαν γρήγορα χρησιμοποιώντας τους πόρους που ήταν διαθέσιμοι για την εκπόνηση και την εφαρμογή σχεδίων για την προστασία της δημόσιας υγείας. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο επισημαίνει το γεγονός ότι ο ΠΟΥ χαρακτήρισε πανδημία την εξάπλωση του ιού και αυτό είχε ως αποτέλεσμα μία από τις πλέον δαπανηρές εκστρατείες εμβολιασμού στην ιστορία. Αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι η Βρετανία ξόδεψε 1,3 δις. ευρώ σε εμβόλια και η Γαλλία περίπου 700 εκ. ευρώ, όταν το κόστος για τα εμβόλια κατά της εποχικής γρίπης ανήλθε σε 87 εκ. ευρώ. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο ζητά μεγαλύτερη συνεργασία μεταξύ των διαφόρων οργανισμών και διαφάνεια στις περιπτώσεις πανδημιών, αναθεώρηση των σχεδίων πρόληψης μελλοντικών πανδημιών, με στόχο τη μεγαλύτερη αυτονομία και ευελιξία. Επισημαίνεται ότι οι φαρμακευτικές εταιρείες θα πρέπει να έχουν την ευθύνη για την ποιότητα, την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα των εμβολίων τους, και υπογραμμίζεται ότι θα πρέπει να εξασφαλιστεί η διαφάνεια στην αξιολόγηση των φαρμακευτικών προϊόντων που συστήνονται σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης.



Η γρίπη H1N1 στην Ελλάδα, 2010-2011

Από το ΚΕΕΛΠΝΟ, την προηγούμενη χρονιά, έως τον Μάρτιο του 2010, είχαν καταγραφεί 141 θύματα από τον H1N1, ενώ τη φετινή περίοδο, έως τον Μάρτιο του 2011, είχαν καταγραφεί 155 θύματα. Όπως φαίνεται στο παραπάνω διάγραμμα, ο συνολικός αριθμός των κρουσμάτων είναι μικρότερος από τον αντίστοιχο του προηγούμενου έτους.

ΠΗΓΕΣ

1. European Parliament, "Evaluation of the management of H1N1 influenza in 2009-2010 in the EU", INI/2010/2153
2. ΚΕΕΛΠΝΟ, Εβδομαδιαία Έκθεση Επιδημιολογικής Επιτήρησης της Γρίπης, εβδομάδα 10/2011 (07-13 Μαρτίου 2011)
3. "MEPs criticise WHO over H1N1 pandemic advice", Rory Watson, BMJ 2011; 2011; 342:d652

Ο Ισπανικός Ιατρικός Σύλλογος αναγνωρίζει την Ομοιοπαθητική

By Antonio Marques Arpa – LMHI National Vice-President for Spain

Ο Ισπανικός Ιατρικός Σύλλογος, Organizacion Médica Colegial de Espana, ενέκρινε ψήφισμα για την αναγνώριση της άσκησης της Ομοιοπαθητικής ως ιατρική πράξη και κατέθεσε την επαγγελματική αναγνώριση στο Υπουργείο Υγείας. Ο ρόλος του δεν περιορίζεται στην εκπροσώπηση του συνόλου των εγγεγραμμένων ιατρών, αλλά έχει και τον σκοπό της διασφάλισης των κατάλληλων προδιαγραφών των ιατρικών ειδικοτήτων και την προώθηση μιας ηθικής ιατρικής πρακτικής.

Ακολουθούν κάποια ενδιαφέροντα αποσπάσματα από αυτό το ψήφισμα: «Ο Σύλλογος λαμβάνει τη θέση ότι η Ομοιοπαθητική θα πρέπει να πληροί τις ίδιες επιστημονικές και δεοντολογικές απαιτήσεις όπως κάθε άλλη ιατρική πράξη».

«Ο Σύλλογος αναλαμβάνει τον ρόλο που του αναλογεί για την υπεράσπιση της δημόσιας υγείας, με βάση τη θεμελιώδη παραδοχή ότι οποιαδήποτε θεραπεία, συμβατική ή μη, αλλοπαθητική, ολιστική ή ομοιοπαθητική, είναι ιατρική πράξη που προαπαιτεί τη γνώση της θεραπευτικής ένδειξης και της εφαρμογής της, και θα πρέπει απαραίτητως να γίνεται από ένα άτομο που έχει τα προσόντα και τη νόμιμη άδεια για να την εφαρμόσει, δηλαδή μόνο από ιατρό».

«Ανεξάρτητα από τα αποτελέσματά τους, όλες οι δραστηριότητες που αφορούν την υγεία ενός ατόμου θεωρούνται πράξεις υγείας. Αν, επιπλέον, απαιτούν διάγνωση, πρόκειται για ιατρικές πράξεις. Βάσει της υφιστάμενης νομοθεσίας, το σύνολο της γνώσης που απαιτείται, προκειμένου να τεθεί η σωστή διάγνωση, είναι σημαντικό και μπορεί να αποκτηθεί μόνο μέσα από την ιατρική εκπαίδευση». «Οι ομοιοπαθητικοί ιατροί εκπαιδεύονται τόσο στη συμβατική ιατρική όσο και στην Ομοιοπαθητική, και είναι οι μόνοι που εξασφαλίζουν ότι οι πολίτες θα λάβουν σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση, αποφεύγοντας, κυρίως, τα λάθη της άγνοιας και της καθυστέρησης στην απαιτούμενη θεραπεία, που ενδέχεται να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή τους».

«Η Ομοιοπαθητική θα πρέπει να υπόκειται στα ίδια ηθικά και επιστημονικά κριτήρια, όπως κάθε άλλη ιατρική πρακτική, ώστε να αποδείξει επιστημονικά την αποτελεσματικότητά της μέσω της ανάπτυξης σχετικών μελετών με την επαρκή ακρίβεια και την κατάλληλη μεθοδολογία».

Πηγή: ECH

Συγχαρητήρια επιστολή του Δ. Σ. της ΕΕΟΙ προς τον καθηγητή Γ. Βυθούλκα, με αφορμή την αναγόρευσή του στο Πανεπιστήμιο Αιγαίου

Αγαπητέ δάσκαλε,

Μετά το σπουδαίο γεγονός της Μυτιλήνης αισθανθήκαμε την ανάγκη να σου απευθύνουμε θερμά συγχαρητήρια ως διοικητικό συμβούλιο της ΕΕΟΙ, εκφράζοντας ταυτόχρονα και όλα τα μέλη της εταιρείας που φυσικά στο σχεδόν απόλυτο σύνολό τους είναι και μαθητές σου.

Θεωρούμε την αναγόρευσή σου σαν μια ελάχιστη δικαίωση και στον ελληνικό χώρο, για την προσφορά σου και τους αγώνες σου για την ομοιοπαθητική που όλοι μας τους γνωρίζουμε.

Θα θέλαμε να προσθέσουμε ότι ανεξάρτητα από τη συγκεκριμένη επιβράβευση, καθώς και πολυάριθμες άλλες και πιο σημαντικές που έχεις δεχθεί, ακόμα περισσότερο, σε τιμούμε και σε ευχαριστούμε για την ουσία της γνώσης που απλόχερα μας έχεις προσφέρει, γι' αυτό και πέρα από οποιοδήποτε άλλο τίτλο για εμάς θα είσαι πρώτα και πάνω από όλα, ο δάσκαλος!

ΔΣ ΕΕΟΙ

Αθήνα 17 Δεκεμβρίου 2010



Η Ομοιοπαθητική επανέρχεται στο σύστημα υγείας της Ελβετίας

Δημοσθένης Παπαμεθοδίου, ιατρός νευρολόγος, ομοιοπαθητικός, γενικός γραμματέας ΕΕΟΙ
homeopathy.com.gr, homeopathy@hotmail.com

Η ιατρική πρακτική της Ομοιοπαθητικής, που προηγουμένως είχε αφαιρεθεί από την κρατική λίστα ασφάλισης (όπως και ο βελονισμός, η φυτοθεραπεία κ.ά.), επανεισάγεται από το 2012, στο πλαίσιο εξαετούς δοκιμαστικής περιόδου. Η ελβετική κυβέρνηση είχε προβεί το 2005 στην αφαίρεση των εναλλακτικών και συμπληρωματικών θεραπειών, επιδοκιμάζοντας τη νομική άποψη απουσίας επιστημονικής απόδειξης ικανοποίησης των τριών κριτηρίων που απαιτούνται από τον ελβετικό νόμο για να περιλαμβάνεται μία θεραπευτική μέθοδος στη λίστα ασφάλισης. Τα κριτήρια είναι η αποτελεσματικότητα, η σχέση κόστους-αποτελέσματος και η καλή ανεκτικότητα.

Η αλλαγή της πολιτικής υγείας ήταν αποτέλεσμα δημοψηφίσματος το 2009, όπου τα δύο τρίτα των Ελβετών υπερψήφισαν την προσθήκη άρθρου στο ομοσπονδιακό σύνταγμα, που αναφέρεται στην υποχρέωση της κεντρικής κυβέρνησης και των καντονιών να λαμβάνουν υπόψη τους και στο πλαίσιο της δικαιοδοσίας τους τη συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική.

Η ανησυχία για τη σχέση κόστους-αποτελέσματος στις συμπληρωματικές θεραπευτικές μεθόδους μειώθηκε σημαντικά μετά από έρευνα που δημοσιεύθηκε στο *Swiss Medical Journal**. Βάσει της ανάλυσης των στοιχείων, προέκυψε ότι οι επισκέψεις σε ιατρούς που έχουν, πέραν της ειδικότητάς τους, τίτλο εξειδίκευσης στην Ομοιοπαθητική ή άλλες μεθόδους είναι σημαντικά μεγαλύτερης χρονικής διάρκειας από τη συμβατική ιατρική, αλλά αυξάνουν τους δείκτες ικανοποίησης

των ασθενών, το κόστος ανά ασθενή και έτος δεν είναι υψηλότερο και, το πιο εντυπωσιακό, το κόστος ανά ιατρό και έτος είναι κατά 29% μικρότερο από τη συμβατική ιατρική.

Το οικονομικό όφελος έχει επαρκώς αποδειχθεί, αλλά οι υγειονομικές αρχές δεν έχουν πειστεί για την αποτελεσματικότητα των συμπληρωματικών θεραπειών. Τον Δεκέμβριο του 2010, ένας ομοσπονδιακός αξιωματούχος είχε προτείνει τον οριστικό εξοστρακισμό τους από την επίσημη λίστα, με τη δικαιολογία της «απουσίας επιστημονικής απόδειξης». Αντιθέτως, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση ζήτησε από τις αντίστοιχες ιατρικές εταιρείες να παρουσιάσουν έως το 2017 πλήρη στοιχεία για την αποτελεσματικότητα κάθε θεραπευτικής μεθόδου. Ο πλήρης φάκελος θα ελεγχθεί από αναγνωρισμένο διεθνές ινστιτούτο (όπως το National Center for Complementary and Alternative Medicine των ΗΠΑ ή το National Institute of Clinical Excellence της Αγγλίας) για την εξαγωγή ανεξάρτητης επιστημονικής αξιολόγησης.*

Η απόφαση της κυβέρνησης προνοεί για την ώθηση της έρευνας και της εκπαίδευσης σε αυτά τα πεδία, εφόσον δεν είναι αντιπαραγωγική, ακόμα και αν υπάρξει αρνητικό αποτέλεσμα κάποιας θεραπευτικής μεθόδου κατά τη δοκιμαστική περίοδο.

* Hans-Peter Studer, André Busato, «Ist ärztliche Komplementärmedizin wirtschaftlich», *Swiss Medical Journal - Schweizerische Ärztezeitung*, 2010;91: 18.



Διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα

Επιμέλεια: Καίτη Αντωνίου, ιατρός Γενικής Ιατρικής, αντιπρόεδρος Διεθνούς Ακαδημίας Κλασικής Ομοιοπαθητικής, εξωτ. συνεργάτης του Πανεπιστημίου Αιγαίου

Β. Δ.

Γυναίκα: 47 ετών

Βάρος: 68 κιλά

Ύψος: 1,62

23/3/01

Εδώ και έξι μήνες άρχισαν κάποιες καθυστερήσεις στην έμμηνο ρύση. Εδώ και ενάμιση μήνα συνεχιζόταν το αίμα πέραν της κανονικής περιόδου.

Το u/s έδειξε μια κύστη στη δεξιά ωοθήκη. Ξεκίνησε ορμόνες για επτά μέρες, χωρίς να σταματήσει το αίμα. Προ εβδομάδος ήρθε και η κανονική της περίοδος, με **πάρα πολύ αίμα (3) και πήγματα στο μέγεθος καρυδιού**, και έκανε απόξεση λόγω διόγκωσης του ενδομητρίου.

Σιδηροπενική αναιμία.

Τελευταία: HT: 31% Φερρίνη 4% .

Παίρνει 2x3 primolud εδώ και μία εβδομάδα, αλλά ακόμα έχει λίγο αίμα, ενώ έπρεπε να είχε σταματήσει.

Έχει συνέχεια πονάκια χαμηλά στο υπογάστριο.

Από χθες εμφάνισε έντονο πόνο στο στομάχι, ίσως λόγω της αντιβίωσης.

Το καλοκαίρι έμαθε ότι είχε άλλη σχέση ο σύζυγος. Δεν έχει σεξουαλική επαφή από τον Αύγουστο. Δεν ξέρει τι θέλει.

Έχει χάσει το χαμόγελό της.

Συχνά έχει ένα βάρος στο στήθος.

Ανασθενάζει όταν είναι μόνη της.

Νεύρα σχετικά περισσότερα από πριν, φωνάζει.

Της φεύγουν πράγματα από τα χέρια, όταν δεν ξεσπά τα νεύρα της.

Δεν κλαίει.

Δεν της αρέσει το κρέας.

Des: πίτες (2), λαδερά, λεμόνι

Αν: παχύ (3), γλοιώδη, αλλαντικά, χοιρινό. Τη φουσκώνει το γάλα.

Δίψα: λίγη

Ζεσταίνεται (3).

Ιδρώνει (3) ανέκαθεν.

Ανοίγουν τα νύχια της.

Αιμορροΐδες, κενώσεις λίγο δύσκολες

Αυτούς τους μήνες δεν κοιμάται καλά, >δεξιά, μονίμως φορά καλτσάκια.

Φόβοι: **σκοτάδι (3), μόνη, φίδια και ερπετά**

Πνίγεται (2) στον κλειστό χώρο.

Συμπάσχει (2).

> συντροφιά, συζήτηση, παρηγοριά

Κοινωνική, εκδηλωτική

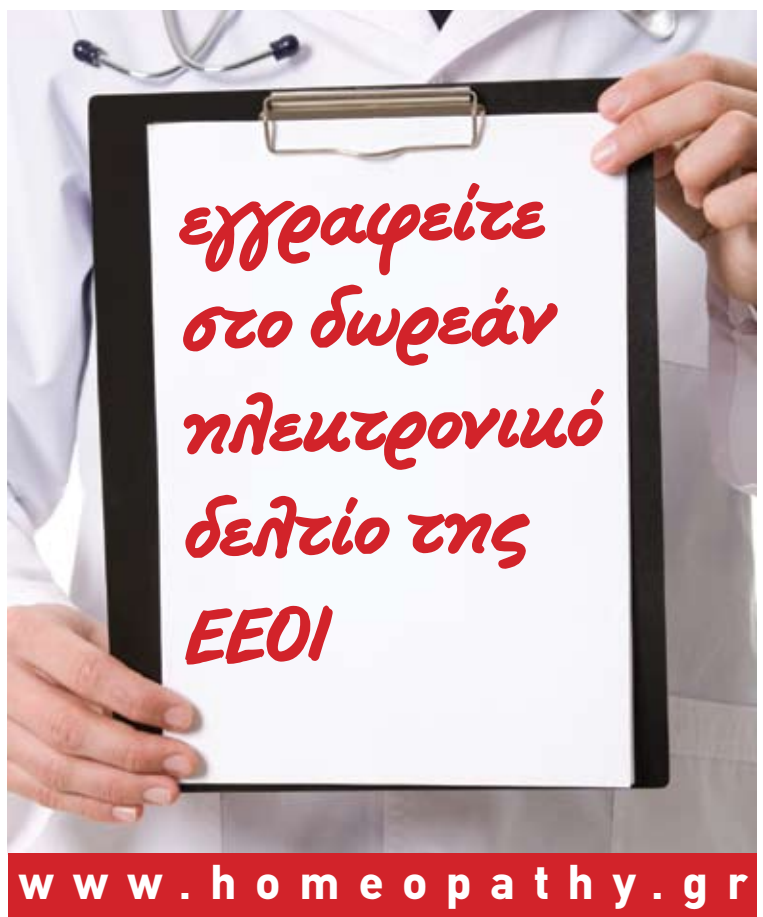
< ήλιο

Απάντηση στο ιστορικό του προηγούμενου τεύχους

Το αρχικό φάρμακο που συνταγογραφήθηκε είναι το Aconitum. Είναι το κατεξοχήν φάρμακο για κρίσεις πανικού. Η ασθενής φοβάται να απομακρυνθεί από τον τόπο διαμονής της, θέλει να είναι κοντά σε δικούς της για να είναι ασφαλής και έχει έντονη κλειστοφοβία. Πήρε 10M/I δόση και βελτιώθηκε άμεσα.

Τον Νοέμβριο του 2002 προσέρχεται όχι με τους παλαιούς πανικούς, αλλά με αιμωδία στο κεφάλι και φόβο ζάλης, με κάποιου βαθμού κλειστοφοβία. Εδώ συνταγογραφήθηκε Argentum nitricum 200 CH, με σημαντική βελτίωση.

Όταν εξετάζεται το 2009, αιτιάται πάλι πανικούς που ξεκινούν από την ερωτική της σχέση. Έχει εκ νέου νεύρα και τρομερή ζήλια. Επομένως, το φάρμακο είναι η Lachesis 200 CH, το οποίο και τη συνέφερε γρήγορα.





KOPPEΣ/Νέα Αντιηλιακή σειρά Fishing for beach compliments

Αντιηλιακή προστασία βασισμένη σε τρεις [3] βασικές οικογένειες δημοφιλών ευεργετικών φυσικών συστατικών/ βρώσιμο γιασούρτι, καρυδιά & καρύδα, βούτυρο Karité. Η νέα αντιηλιακή σειρά KOPPEΣ προσφέρει σταθερά αποτελεσματική προστασία από το υπεριώδες φάσμα της ηλιακής ακτινοβολίας [UVA-UVB], μέσα από εννέα [9] αντιηλιακά προϊόντα προσώπου και σώματος, καλύπτοντας όλες τις βαθμίδες προστασίας.

Η σειρά με **βρώσιμο γιασούρτι** –συστατικό με παράδοση στο πορτοφόλιο KOPPEΣ και διεθνής καινοτομία της μάρκας– είναι ιδανική για ευαίσθητες επιδερμίδες, οι συνθέσεις με **καρυδιά & καρύδα** ενδείκνυνται για βαθύ μαύρισμα, αλλά και για όσους επιδιίδονται σε αθλητικές θαλάσσιες δραστηριότητες, ενώ το **βούτυρο Karité** πρωτοστατεί στα παιδικά αντιηλιακά. Με δείκτες SPF από 10 έως 50 και με φόρμουλες φυσικής κατεύθυνσης χωρίς αμφιλεγόμενες συνθετικές ουσίες, η αντιηλιακή σειρά KOPPEΣ ακολουθεί αυστηρές προδιαγραφές ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας σε όλες τις βαθμίδες προστασίας [υψηλή/μεσαία/χαμηλή].

Ανάμεσα στα νέα προϊόντα είναι το Παιδικό Αντιηλιακό Γαλάκτωμα Βούτυρο Karité/SPF30, βιολογικά πιστοποιημένο κατά τον ECOCERT. Με 100% φυσικό περιεχόμενο, χωρίς συντηρητικά, χωρίς άρωμα και



ικανοποιώντας τα ιδιαίτερα αυστηρά κριτήρια βιολογικής πιστοποίησης του ECOCERT, το συγκεκριμένο προϊόν αποτελεί την απόλυτα φυσική λύση για την προστασία ακόμα και της ευαίσθητης βρεφικής επιδερμίδας [άνω των 6 μηνών].

Τα δύο γνωστά προϊόντα **after sun** –το best selling Yoghurt Cooling Gel και το Aloe Vera/Γαλάκτωμα Σώματος– ολοκληρώνουν τη θερινή περιποίηση, ενώ το Κόκκινο Αμπέλι/Αντιηλιακό Μαλλιών θα διατηρήσει και φέτος το καλοκαίρι άψογο το χρώμα των μαλλιών.

Nail Colour/ 10 Νέες αποχρώσεις Με προβιταμίνη B5 & Ιχνοστοιχεία

Εμπνευσμένη από την παλέτα της φύσης, η συλλογή των πρώτων 16 Nail Colour της KOPPEΣ ήταν η «εισαγωγή» σε ένα χρωματικό σύμπαν που τώρα γίνεται πιο έντονο και ζωντανό με την προσθήκη 10 νέων, περισσότερο «loud» αποχρώσεων. Από το μυστηριώδες Midnight Blue, το glam Ultra Violet έως το εξωτικό Mango Sorbet και το φωτεινό Peach Cream, τα νέα Nail Colour αποκαλύπτουν την «εναλλακτική» όψη της σειράς. Τέσσερις [4] από τις 10 νέες προτάσεις για τα άκρα είναι limited edition για τη σεζόν S/S II - το hip Vert Amande, τα ρομαντικά Lilac και Sky Blue, αλλά και το ιδιαίτερο Light Grey. Συνδυασμοί κρίκοι των 26 αποχρώσεων παραμένουν το πλούσιο χρώμα, η λάμψη, η διάρκεια και η φιλική προς το δέρμα και τα νύχια φόρμουλα με ήπιους διαλύτες – συνδυασμός τεχνολογίας και φυσικών συστατικών που προσφέρει πιο φυσική προσέγγιση και σε αυτήν την κατηγορία καλλυντικών.

ΣΥΝΘΕΣΗ

Η σύνθεση των Nail Colour KOPPEΣ βασίζεται σε εκχύλισμα μύρου, ιχνοστοιχεία και προβιταμίνη B5, ενώ έχει αποφευχθεί η πλειοψηφία



των συνθετικών πρώτων υλών που απαντώνται συνήθως σε αντίστοιχα προϊόντα και οι οποίες έχουν κατηγορηθεί ως ερεθιστικές, επιβλαβείς για τον οργανισμό ή ακόμα και το περιβάλλον.

Το μύρο «δυναμώνει» τα νύχια, δρώντας σε βάθος. Συμβάλλει στην ενυδάτωση της κερατίνης, αλλά και της δερμίδας κάτω από την επιφάνεια του νυχιού, ενισχύοντας την ελαστικότητά τους. Τα πέντε ιχνοστοιχεία πυριτίου, ασβεστίου, ψευδαργύρου, σιδήρου και θείου, απαραίτητα θρεπτικά συστατικά του οργανισμού, βοηθούν την ανάπτυξη και την υγεία των νυχιών. Η προβιταμίνη B5 διαθέτει ενυδατική δράση, κάνοντας τα νύχια πιο ανθεκτικά.

Στείλτε τα άρθρα σας για δημοσίευση

Μπορείτε να συμβάλλετε ενεργά στην ενημέρωση, στέλνοντας τα άρθρα σας και τις απόψεις σας για δημοσίευση στα «Ομοιοπαθητικά Νέα» και το www.homeopathy.gr.

Στόχος είναι η ΕΕΟΙ να γίνει μια μεγάλη δεξαμενή σκέψης με ενεργά μέλη, ώστε με διαδραστική σχέση να βγούμε έξω από συμβάσεις, αυτονόητα και αγκυλώσεις.

Παρακαλούμε στείλτε τα άρθρα σας στον υπεύθυνο έκδοσης του περιοδικού, κ. Παπαμεθοδίου, dpapamethodiou@hotmail.com





Για εμάς στην ARIVITA εταιρική κοινωνική ευθύνη είναι το προϊόν μας.

Έτσι κάθε φορά που παίρνετε στα χέρια σας ένα προϊόν της ARIVITA πρέπει να γνωρίζετε ότι περικλείει...

ΤΗ ΦΥΣΙΚΟΤΗΤΑ

Στην ARIVITA πρώτες μας ύλες, είναι ο «πλούτος» της ελληνικής φύσης, 5.500 ελληνικά φυτά, αγνά μελισσοκομικά προϊόντα και αιθέρια έλαια. Αποφεύγουμε τη χρήση επιβλαβών συστατικών όπως προπυλενογλυκόλη, παραφινέλαιο, συνθετικά χρώματα και συντηρητικών όπως parabens, μεθυλισσοθιαζολινόνη (MIT) για υψηλότερη ασφάλεια και φυσικότητα που φτάνει έως 100%.

ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η χρήση δραστικών φυτικών συστατικών των οποίων η δράση αποδεικνύεται με κλινικές μελέτες σε συνδυασμό με αιθέρια έλαια και παραδοσιακά μελισσοκομικά προϊόντα, όπως η πρόπολη, κάνει τα προϊόντα μας ιδιαίτερα αποτελεσματικά και μας έχει δώσει ηγετική θέση μέσα στο ελληνικό φαρμακείο.

ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Αποφεύγουμε τη χρήση ουσιών που δεν βιοαποικοδομούνται όπως η σιλικόνη. Οι συσκευασίες και τα έντυπά μας είναι από ανακυκλώσιμα υλικά. Πρωτοπορήσαμε με τη χρήση ανακυκλωμένου πλαστικού PET που για το 2011 θα αντιστοιχεί σε περίπου 1.500.000 ανακυκλωμένα μπουκάλια νερού.

ΤΗΝ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ

Χρησιμοποιούμε βασιλικό πολτό και πρόπολη στα καλλυντικά, ενώ μετά από πολύχρονες έρευνες προχωρήσαμε σε αντικατάσταση του νερού στη βάση των προϊόντων μας, από εγχύματα βοτάνων αυξάνοντας τη δραστηριότητα τους. Το 2008 βραβευτήκαμε ως μια από τις 3 πιο καινοτόμες εταιρίες στην Ελλάδα, από το Σύλλογο Ελλήνων Βιομηχάνων.

ΤΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΕΛΛΗΝΩΝ ΜΕΛΙΣΣΟΚΟΜΩΝ ΚΑΙ ΒΙΟΚΑΛΛΙΕΡΓΗΤΩΝ

Η ARIVITA Farm έχει αναπτύξει πρότυπη μελισσοκομική μονάδα 150 μελισσιών με σκοπό τη διάχυση τεχνογνωσίας στους Έλληνες μελισσοκόμους. Συνεργαζόμαστε με βιοκαλλιεργητές και συλλέκτες αρωματικών και φαρμακευτικών φυτών από την Αρκαδία, τη Φθιώτιδα, τον Όλυμπο και όλη την Ελλάδα.

ένα μεγάλο ευχαριστώ

Σε όλους εσάς που εμπιστεύεστε χρόνια το όραμά μας για μία Πράσινη Επιχείρηση με ελληνικά φυσικά καλλυντικά!