

LIBRIS

We know
books

CĂLIN I. ANDRON

PERSPECTIVA HOMEOPATICĂ



EDITURA MEDICALĂ
București, 2021

CUPRINS

<i>Prefață</i>	13
<i>Abrevieri</i>	21
<i>Introducere</i>	23
De ce am scris această carte?	23
Contextul contemporan	26
Ce este homeopatia?	29
I. STAREA DE SĂNĂTATE, SISTEMUL DE SĂNĂTATE, HOMEOPATIA	35
Starea de sănătate	35
Influența sistemului de sănătate	36
Homeopatia: apariție, acceptare, cadru legal	43
II. HOMEOPATIA: ANTECEDENTE, CONCEPTE, DEFINIȚII	49
<i>Antecedente</i>	49
Apariția lui Hahnemann	54
Impactul asupra lumii medicale	59
<i>Forța vitală</i>	65
<i>Boala, bolnavul, cauzele îmbolnăvirii</i>	71
Boala	71
Bolnavul	78
Cauzele îmbolnăvirii	81
<i>Acut și cronic din perspectiva homeopatică</i>	92
Stările acute	93
Stările subacute	99
Stările cronice	100
<i>Miasma, modelul trimiasmatic, alte miasme</i>	102
Psora	106
Sicoza	108
Lueza (sifilisul)	111
Alte miasme	116
Miasma dobândită (intercurrentă)	125
Utilitatea conceptului miasmatic	128
III. REMEDIUL HOMEOPATIC	135
Definiție	138
<i>Prepararea remediilor homeopatice</i>	139
O problemă – numărul lui Avogadro	140

<i>Originea sușelor</i>	141
Sușe cu origine umană.....	142
Sușe cu origine animală	146
Sușe din plante.....	149
Sușe din fungi	153
Sușe din procariote	157
Sușe din virusuri	158
Sușe cu origine chimică (mineralele).....	159
Sușe din imponderabile	163
<i>Apa: structură, proprietăți stranii</i>	164
Apa structurată.....	169
Epitaxia	173
Starea coloidală	174
Câmpurile electrice și magnetice.....	175
Rolul dinamizării.....	175
Energiiile subtile – tentative de măsurare	176
Remedii preparate din apă	185
<i>Diluarea și sucusiunea – mărul discordiei</i>	187
Scurt istortic.....	187
Mașinile de potențare	199
<i>Scalele de potențe</i>	206
Tinctura mamă, T.M. sau Ø.....	206
Scala decimă (1:10), X, D, DH	208
Scala centezimală (1:100), C sau CH.....	209
Scala milezimală (1: 1.000), M și potențele ultraînalte.....	209
Scala quintdecimilezimală (1:50.000), LM sau Q.....	212
Impregnarea medicamentului homeopatic.....	217
Cadrul legal.....	219
<i>Materia Medica</i>	223
Construcția MM	226
Verificarea clinică.....	234
Familiile de remedii.....	237
<i>Repertoriul</i>	243
IV. CONSULTAȚIA	255
<i>Simptomul</i>	256
Identificarea simptomelor	257
Dinamica simptomului: intensitate, durată, sensul manifestării, direcție....	259
Simptomele subiective, simptomele obiective	264
Simptomele generale.....	276
Simptomele mentale.....	286

Simptomele izbitoare, excepționale, neobișnuite, stranii.....	289
Simptomele cheie, concomitențele, simptomele caracteristice.....	293
Modalitățile	298
Totalitatea, coerența, consistența	300
<i>Simțul clinic, intuiția, tactul, bunul-simț</i>	<i>303</i>
Empirismul	306
Intuiția	308
Bunul-simț	310
Tactul	312
<i>Observația în homeopatie</i>	<i>313</i>
Inspecția	313
Constituția, temperamentul, idiosincrazia – tipologia.....	315
Constituțiile în homeopatie ≠ tipologiile	322
<i>Interogatoriul în homeopatie.....</i>	<i>328</i>
Durată, etape, tehnici	329
Anamneza.....	336
Diagnosticul patologic (convențional).....	340
Paraclinica.....	342
 V. IDENTIFICAREA REMEDIULUI – DIAGNOSTICUL HOMEOPATIC,	
NOTE DE STRATEGIE.....	347
Valorizarea simptomelor, ierarhizarea	347
Ce condiționează ierarhizarea?.....	364
Avem nevoie de ierarhizare?.....	368
<i>Stabilirea obiectivelor tratamentului</i>	<i>371</i>
Ce este vindecabil?	372
Trebuie să știi ce vrei!	374
<i>Obiectivele terapiei homeopatice</i>	<i>379</i>
Profilaxia.....	380
Etiologia	381
Drenajul.....	382
Patologia (boala)	387
Idiosincrazia (modul reactiv)	395
Constituționalul	397
Tipologia.....	398
Terenul.....	401
Intercurențele cronice	403
Miasma cronică.....	405
Geniul epidemic.....	409
Dinamica obiectivelor terapeutice – opțiunea simillimum.....	411

VI. ORGANIZAREA TRATAMENTULUI HOMEOPATIC	419
Despre farmacognozia medicamentului homeopatic	419
<i>Posologia homeopatică</i>	<i>427</i>
Alegerea potenței, Considerații generale.....	427
Particularități ale scalelor de potențe.....	433
Forma, calea, cantitatea.....	440
Momentul administrării.....	443
Frecvența de administrare, repetiția dozelor	449
Durata tratamentului	456
Un remediu sau mai multe?.....	457
<i>A doua consultație</i>	<i>461</i>
Alegerea momentului.....	462
Ce influențează evaluarea?	464
Acțiunea favorabilă	473
Acțiunea nefavorabilă	480
Schimbarea potenței.....	483
Antidotarea.....	485
Se poate obiectiva evaluarea?.....	492
<i>Metode de aplicare a terapiei homeopatice</i>	<i>494</i>
Metoda de lucru hahnemanniană	494
„Subspecii“ ale practicii homeopatice.....	501
VII. FACTORI DE INFLUENȚĂ AI ACTULUI MEDICAL.....	521
<i>Prejudecățile.....</i>	<i>521</i>
<i>Fenomenul Placebo-nocebo</i>	<i>523</i>
Placebo	524
Nocebo.....	531
Mediul.....	542
<i>Supresia</i>	<i>549</i>
Există supresie homeopatică?	558
<i>Tratamentele medicamentoase (altele decât cele homeopatice).....</i>	<i>562</i>
<i>Modul de viață</i>	<i>567</i>
Dieta.....	567
Obiceiurile creatoare de dependență, adicția.....	578
Clima.....	582
Mișcarea, sportul de agrement.....	584
VIII. SITUAȚII SPECIALE.....	587
<i>Epidemiile – o provocare globală</i>	<i>587</i>
Scurt istoric al gripei	588
Gripa și homeopatia.....	593
SARS, MERS-CoV, COVID-19	603
<i>Stările psihosomatice</i>	<i>613</i>

IX. DE CE HOMEOPATIE?	633
Perspectiva pacientului	633
Perspectiva medicului homeopat	635
Perspectiva autorităților	639
„Mai este nevoie de homeopatie în zilele noastre?” (Varney, 1948)	641
Formarea în homeopatie	648
ADDENDA: MODULUL UTILIZAREA POTENȚELOR (UP)	655
cu colaborarea ing. <i>Mihaela Magdău</i>	
Pacientul	656
Boala	662
Homeopaticitatea	671
Remediul	675
Forma	679
Calea	680
Frecvența de administrare	680
Durata tratamentului	686
Concluzii ale analizei cazurilor prin modulul „UP”	689
<i>Surse bibliografice</i>	693
Referințe	693
Bibliografie generală, enciclopedii, dicționare	730

I. STAREA DE SĂNĂTATE, SISTEMUL DE SĂNĂTATE, HOMEOPATIA

STAREA DE SĂNĂTATE

Fără a face o detaliere a multitudinii definițiilor stării de sănătate și nici a istoricului acestora, accentuez importanța aspectului care se referă la sănătate ca expresie a toleranței individului la influențele interne sau externe, negative sau pozitive. Consider că starea de sănătate poate fi deplină doar necondiționat, adică fără vreo dependență față de orice fel de tratament, indiferent de natura acestuia. Putem vorbi despre o stare de sănătate deplină atât timp cât ea este condiționată de vreo terapie? Obținerea reală a stării de sănătate, cea independentă de medicamente sau de vreo terapie, pare să nu mai fie un obiectiv sau o preocupare în zilele noastre. Atenția generală pare a se concentra pe identificarea căilor de a modifica performanțele, pe de o parte, și de a defini noi și noi sindroame sau boli, pe de altă parte. Rezultatul acestor tendințe se materializează prin inventarea într-un ritm accelerat de terapii moderne cu randament îndoielnic, de diverse „profilaxii” sau de „amelioratoare ale diverselor funcții”, toate acestea depășind chiar numărul stărilor presupuse a avea nevoie de vreun tratament (Larocca, 2017).

Daniel Sennert (1572-1637) definea sănătatea ca o stare lipsită de simptome: „...sănătatea reprezintă capacitatea individului de a se comporta în mod natural sau absența oricărei tulburări...” (apud Hudson, 1993:49). René Dubos (1901-1981) considera că: „Stările de sănătate sau de boală constituie expresia succesului sau eșecului organismului în procesul de adaptare la mediu”; și „Sănătatea este în primul rând o măsură a capacității și abilității fiecărei persoane de a face și de a deveni ceea ce dorește” (Mosby’s, 2009). Același autor, dar și alții au introdus în definiție și termenii de *bine moral* sau *spiritual*, ca parte a stării de sănătate. Starea de bine moral constituie o materializare a unei gândiri etice bazate pe principii ale moralității comune: pe bunul-simț, pe tradiție, și rezultă din moralitatea comună membrilor unui grup social, moralitate care include percepțe religioase (Miller-Keane, 2003).

Mulți autori definesc starea de sănătate sau de boală, una prin termenii celeilalte. Caplan susține, pentru ca apoi să retracteze, ideea că: *„sănătatea poate fi cuantificată fixând un reper pe o scală și permițând ca starea de sănătate să fie o deviație standard cu sens dublu”* (apud Hudson, 1993:50).

Definiția generică a stării de sănătate concepută și adoptată de OMS sună așa: *„Sănătatea este o stare de bunăstare fizică, mentală și socială completă, nu numai absența bolii sau a infirmității”* (WHO, 1946). În timp, definiția a fost adaptată, ultima revizie fiind din 2006 (WHO, 2006). În zilele noastre, conceptul de sănătate a devenit deosebit de complex și exprimat în grade de risc. În 2018, OMS publică *„Lista de referință cu 100 de indicatori de sănătate de bază. Este un set standard de indicatori de bază prioritizați de comunitatea globală pentru a oferi informații concise despre situația și tendințele de sănătate, inclusiv răspunsuri la nivel național și global”* (WHO, 2018). Indicatorii sunt cuprinși în 4 secțiuni: starea de sănătate propriu-zisă, factorii de risc asupra sănătății, indicatorii gradului de acoperire a serviciilor și indicatorii sistemelor de sănătate. Conform acestor criterii, orice individ se găsește într-o postură mai mult sau mai puțin apropiată de ceea ce se numește boală, dar și de ceea ce se numește sănătate, în funcție de criteriile considerate.

INFLUENȚA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE

Între individul suferind și soluția medicală, în perioada actuală se inter-pune mediatorul sau ceea ce numim sistem de sănătate, iar influența sistemului asupra actului medical propriu-zis este semnificativă. Conform OMS: *„Un sistem de sănătate care funcționează bine, armonios, este construit cu personal bine instruit și motivat, cu o infrastructură bine întreținută, cu un aport fiabil de medicamente și tehnologii, toate susținute de o finanțare corespunzătoare, planuri solide de sănătate și politici bazate pe dovezi”* (WHO 2019). Astfel de organizare a sistemelor medicale scoate în evidență nevoia uriașă de finanțare. Felul în care reușesc să obțină finanțarea și modul în care banii își exercită influența asupra actului medical este deseori greu de acceptat. Aspectele administrative, vrând-nevrând, sunt parte a preocupărilor oricărui medic practicant, indiferent de specialitate, influențând anumite decizii chiar legate strict de relația bolnav-medic. Sistemele medicale reprezintă modelul socio-economico-cultural, sunt un produs al acestui model, iar valorile pe care le susțin, criteriile după care se ghidează reprezintă întocmai viziunea generală a epocii. Ca orice sistem impus, și acesta generează neajunsuri și nemulțumiri, în principal din perspectiva bolnavului.

Principalele neajunsuri ar fi:

Mercantilismul. Este suficientă o simplă privire asupra cadrului de lucru utilizat de OMS (și de administratorii sistemelor de sănătate în general) pentru evaluarea eficienței sistemelor medicale și putem observa că întregul demers

se bazează pe criterii aproape exclusiv de natură economică, individul suferind rămânând un simplu pretext al întrebuintării mijloacelor financiare (Murray & Frank, 2012). Oricare ar fi raportul dintre serviciile de sănătate publice și cele private, sub pretextul îmbunătățirii rezultatelor, cheltuielile pentru asistența medicală cresc considerabil în mod constant, „...atingând astăzi un nivel de circa 10% din produsul intern brut (PIB), ba chiar în unele cazuri, cum ar fi de pildă cel al Statelor Unite, ele au atins 15% din PIB, adică aproape dublu față de cât era alocat la începutul anilor '70". Or, aceste investiții demonstrează că „medicina s-a transformat într-o componentă majoră a economiei" (Cartwright, Bidiss, 2006:283). Ceea ce poate trezi interesul este balanța cost-eficiență, dar mai ales expansiunea consumerismului, întrucât atenția asupra studiilor de satisfacție a populației se focusează tocmai pe acest consumerism. În prezent, în evaluarea eficienței unei instituții medicale (cabinet de familie, spital, sanatoriu etc.) sunt luați în calcul exclusiv parametrii economici, iar părerea beneficiarilor, a bolnavilor nu are niciun fel de pondere. Rezultatul se vede peste tot: o nemulțumire a populației, uneori proporțională cu creșterea investițiilor (Bleich et al, 2009). În general, sistemele de sănătate sunt depozitarele unor sume imense de bani, dar, în același timp, sunt direct dependente de deciziile politice. Cheltuielile în sistemele de sănătate cresc continuu și în mod rapid, fără a genera o evidență clară a creșterii similare a calității serviciilor percepute de pacienți. Se pare că persistă o incapacitate obiectivă sau chiar deliberată de a evalua numeroasele criterii care influențează acest domeniu (McGlynn et al, 2008).

Acest tip de evoluție a devenit posibil la sfârșitul secolului XX, când medicina din țările cu economie dezvoltată s-a dovedit a fi profitabilă. Rezultatul este materializat în realitatea pe care o vedem în jur: un consum halucinant de medicamente, analize, asigurări medicale, consumabile și alte servicii medicale conexe (adevărate industrii pe orizontală), alături de o relativă nemulțumire mai mult sau mai puțin constantă a populației. Partea medicală a sistemului medical, corpul medical, este componentă activă a acestei atitudini, îndemnând în permanență spre un medicament sau altul, spre o dietă sau alta etc. și în niciun caz spre obținerea unui grad decent de autonomie sau independență. De ce s-ar dori un consum decent al acestor oferte medicale?! R. Hudson consideră firesc sau necesar ca medicii să fie direct implicați în funcționarea sistemelor de sănătate, dar nici într-un caz lăsând în plan secund preocuparea față de ființa umană în întregul ei sau neavând ca obiectiv suprem obținerea stării de sănătate și nu a iluziei acestei stării, cel mai adesea condiționată medicamentos (Hudson, 1993:50).

În zilele noastre nu mai există vreo întâlnire pe teme medicale, în orice specialitate și la orice nivel, unde să nu fie prezent câte un producător de ceva, de la medicamente, la diverse noi aparate de investigare sau produse adiacente. Fenomen îmbucurător, dacă ar fi doar atât, dar, datorită ispitei financiare, medicii devin complici ai metodei și astfel își face apariția o latură inacceptabilă,

coruptă a demersului medical, compromițând idealul obținerii corecte a stării de sănătate. Este o cale deplin încetățenită, dar imorală. Pe de altă parte, argumentarea acestei atitudini ne face să asistăm la ritualul atât de comun de ascundere a unor practici sau a unor cheltuieli incredibile în umbra studiilor științifice instituționalizate, devenite mai influente astăzi decât era religia în Evul Mediu (Hudson, 1993:51). Pe scurt, un sistem medical este acceptat ca eficient atunci când produce profit. În consecință, potrivit lui Adolph Voegeli (1898-1993): „*Medicina modernă nu dorește să vindece oamenii, ci să le prelungească viața*” (apud Yasgur, 1990).

Dezumanizarea. Potrivit lui C.G Jung: „...*existența ființelor umane nu va putea fi niciodată explicată satisfăcător în termenii instinctelor izolate sau ai mecanismelor cu finalitate, cum ar fi foamea, puterea, sexul, supraviețuirea, perpetuarea speciilor... scopul principal al omului nu este să mănânce, să bea etc., ci să fie uman*” (Jung, 2017:262). Considerând aserțiunea lui Jung, latura umană a existenței păstrează o importanță majoră în viața de zi cu zi și marchează practic orice gest, orice relație, acțiune sau intenție. Revenind la relația pacientului cu sistemul medical, se poate constata că aspectul uman al acestei relații este precar. Latura umană include experiența irațională, or acest aspect a devenit secundar chiar în preocuparea psihologiei sau psihiatriei, ale căror nenumărate metode de lucru non-medicamentoase sunt trecute în plan secund¹⁸, înclinația în favoarea terapiilor medicamentoase devenind dominantă (Conner, 2004). Conform lui Michel Foucault (1926-1984), însăși experiența irațională a creat premisele existenței psihologiei și a contribuit la crearea ei (Foucault, 1973:197), iar, ulterior, tentativa de a amoniza raționalul cu iraționalul, adică psihoterapia. Chiar dacă nevoia de psihoterapeuți este poate mai mare ca oricând, felul ultraspecializat în care este practică psihoterapia îi limitează performanțele, reumanizarea ei simțindu-se ca tot mai necesară (Hoffman, 2006). Întorcând privirea spre practica medicală, constatăm că, în mod real, importanța examenului clinic a devenit infimă, chiar descurajată în anumite circumstanțe. Industrializarea, automatizarea sau mecanicizarea actului medical au devenit realitate (Koran, 1975). Părerea pacientului despre ce probleme are și despre cum este abordat rămâne ignorată de regulă, chiar dacă nu odată s-a demonstrat că acesta poate ști mai multe despre propria persoană decât poate afla vreun medic după cea mai atentă consultație, dublată de cele mai complexe investigații (Ventegodt, 2003:1108-1116).

Unul din motivele diminuării importanței interfeței umane a actului medical și chiar a limitării comunicării este deresponsabilizarea directă a medicului. Fenomenul s-a produs treptat printr-un transfer al responsabilității din dreptul medicului curant în zona instituțională, a protocoalelor, a birocrăției

¹⁸ Chiar dacă există numeroase solicitări, psihologia dă realmente randament în slujba eventualului angajator care dorește un profil psihologic specific, bine conturat pentru postul disponibil, adică apt în vederea unei exploatare eficiente.

și ușilor greu de deschis, astfel încât responsabilitatea a devenit impersonală, plasată în spatele diverselor probe paraclinice, devenite criterii eliminatorii sau chiar unice în stabilirea diagnosticului și tratamentului. Practic nu contează dacă bolnavul se simte bine sau nu, atât timp cât s-a acționat conform protocolului și paraclinica nu semnaleză nimic patologic (Geldof, 2002). Prin urmare, asistăm la o dezumanizare fără precedent a medicinei umane, datorată și înclinării exagerate a atenției medicilor către abstracțiunile numite boli, ca și cum nu oamenii ar fi proprietarii bolilor: *„Poate că neîncrederea crescândă a publicului, ineficacitatea și uneori ridicolul terapiei sunt datorate tocmai acestei confuzii între simbolurile indispensabile edificării științelor medicale, pe de o parte, și bolnavul concret, pe de altă parte”* (Carrel, 1964:317).

Suntem martorii apariției individului ca produs al marketingului modern: perfect sănătos, poate activa cu randament maxim, dar numai dacă este integrat și consumă în mod constant și „liber” o serie întreagă de vaccinuri, analize, medicamente, stimulente, calmante etc., toate acestea condiționându-i acceptarea socială ca individ sănătos. În consecință, starea de sănătate devine un alt produs al marketingului, la a cărui dezvoltare individul este invitat să contribuie prin numeroase mijloace, printre care omniprezenta cerere de acceptare a utilizării datelor personale cu promisiunea unui potențial beneficiu în administrarea stării de sănătate. Aspectul aparentei contribuții proprii prin punerea la dispoziție a datelor personale este foarte sofisticat și ca atare trezește o serie de suspiciuni justificate, dificil de administrat (Banner, 2020).

O formă aparent optimă de funcționare a acestor sisteme este cea propusă de unele state avansate economic, printre care Suedia¹⁹. Acestea au realizat un sistem de îngrijire medicală bazat pe centre de sănătate în care sunt implicați atât medici de diverse specialități, cât și psihoterapeuți, asistenți sociali etc., care conlucrează. Un rezultat important este o reală triere a problemelor, ceea ce implicit duce la reducerea drastică a dezorientării pacientului, care, îmbolnăvit fiind de faptul că nu are locuință sau a rămas fără loc de muncă, va fi direcționat spre centrul de asistență socială sau cel de administrare a resurselor umane etc., nu spre medicul psihiatru sau spre psihoterapeut.

Nevoile false. Capacitatea proprie a individului de a-și dobândi starea de sănătate este ignorată sau minimizată în mod exagerat. Clișee de tipul: „medicamentul X trebuie administrat toată viața”, „analiza Y trebuie repetată zilnic”, „vaccinul Z trebuie repetat o dată pe an”, adică un fel de „fără noi nu te poți descurca”, reprezintă o normalitate a realității contemporane, care uneori sfârșește prin crearea de descurajări sau dezvoltarea unor stări nevrotice. În același timp, poate determina scăderea încrederii într-un sistem care, în loc să asigure un grad decent de libertate din perspectiva stării de sănătate, te face tot mai dependent, sugerând constant o falsă vulnerabilitate a individului.

¹⁹ Vezi situl oficial al guvernului suedez: <https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/>

Niciodată occidentalii nu au trăit mai bine, nu au avut o speranță de viață mai ridicată. Dar, în același timp, ei au devenit mai anxioși, mai obsedați de sănătate decât toate generațiile precedente la un loc. Printre cele mai justificate temeri ale lor se numără posibilitatea „raționalizării” serviciilor medicale, care a devenit deja subiect de dezbateri publice în multe state și care se va dovedi o problemă stringentă (Cartwright, Bidiss, 2006:284).

Controlul. Pentru a-și putea materializa intențiile, sistemele medicale, ca intermediare active între furnizorii de produse și servicii medicale și beneficiarii acestora, au dobândit o capacitate de control exagerată și în continuă expansiune, influențând chiar legislațiile locale²⁰. Nu rareori, în numele normelor de igienă sau cu pretexte epidemiologice, sistemele de sănătate adoptă măsuri abuzive²¹, condiționează integrarea individului într-un anumit mediu social de aplicarea unor proceduri medicale, dovedind intoleranță la opțiunile individuale, de exemplu prin condiționarea apartenenței sau excluderea din comunități (școlare, instituționale etc.) ori prin interzicerea pătrunderii pe un anumit teritoriu²². În zilele noastre, în societățile occidentalizate, acceptarea în numeroase comunități, grupuri sociale, chiar locuri de muncă este condiționată și controlată; exemple comune: contul bancar, telefonul mobil sau asigurarea de sănătate nu mai sunt opționale.

Alternativa. În pofida numeroaselor promisiuni oferite de sistemele de sănătate, există multe persoane care au probleme reale de sănătate și care nu și-au găsit rezolvarea în soluțiile oferite de sistem. Dacă nu abandonează, pot încerca să-și asume individual rezolvarea problemei. De regulă încep prin a se îndrepta spre zona paraclinică sau spre investigații imagistice performante, folosindu-le ca surse de informare, apoi caută să-și găsească singuri un eventual tratament, care poate fi din zona convențională, dar și alternativă. Căutarea alternativei este generată de o serie de factori:

Eșecul abordării convenționale: formele eșecurilor sunt numeroase, de la imposibilitatea abordării cazului pentru că nu poate fi încadrat într-un

²⁰ Vezi vaccinarea în Italia: nerespectarea programului impus prin lege se soldează cu amenzi anuale care pot merge până la 500 € (<https://www.efvv.eu/italy/>). Între timp, legea a fost suspendată datorită protestelor asociațiilor victimelor vaccinării, ca urmare a unei hotărâri judecătorești.

²¹ În perioada gripei aviare din România (2005-2006) au fost omorâte sute de mii de păsări din gospodăriile și din ferme specializate, s-a importat carne de pasăre de o calitate îndoielnică, s-au achiziționat cantități impresionante de substanțe antiseptice inutile etc. (Hotnews, 2017) sau „Cum s-au făcut bani peste noapte în vremea epidemiei de gripă aviară” (Frâncu, 2018).

²² În perioada epidemiei gripale porcine 2009, în Muntenegru este interzisă intrarea fără dovada vaccinerii antigripale, vaccinare pe care de altfel se ofereau să o administreze pe loc.

diagnostic convențional, la cele cu diagnostice multiple și numeroase sau la diversele manifestări ale efectelor secundare ale preparatelor medicamentoase, uneori bizare sau greu de încadrat.

Una dintre dilemele și temerile existente la sfârșitul secolului XX era legată de ambivalența, lesne de înțeles, a științei, care poate acționa ca un cuțit cu două tăișuri, în funcție de cel care-l deține. În domeniul medical, acest aspect este evident, mai ales în ceea ce privește grija față de acele „condiții iatrogene” – boli sau afecțiuni – de a căror apariție se fac vinovați medicii înșiși. Astfel de probleme demonstrează complexitatea tratamentelor moderne. Un medicament poate fi extrem de valoros, dar în egală măsură el poate crea alte disfuncționalități în organism (vezi Thalidomida²³ anilor '50 din Germania Federală) (Cartwright, Bidiss, 2006:284,285).

Pe lângă eșecul terapiei convenționale care domină motivația pentru alternativă, mai există câteva repere comune, toate încărcate cu un grad mare de subiectivism:

- *Numele (notorietatea) terapeutului*, care nu este neapărat o caracteristică a apelului la alternativă, pentru că în general există o tendință de a apela la terapeuți cu renume.

- *Notorietatea metodei alternative* este dată de rezultate, dar și de felul în care se știe promova metoda respectivă sau, dimpotrivă, este blamată de ceea ce putem numi concurență.

- *Completarea terapiei convenționale* în vederea diminuării efectelor secundare este de actualitate, deseori sub influența marketingului.

- *Influențele culturale*, convingeri culturale, religioase etc. sau pur și simplu informații culese din surse diverse care au o capacitate de convingere sporită.

Printre alternativele existente, homeopatia își păstrează o nișă relativ stabilă și treptat se apropie de o acceptare mai extinsă, inclusiv în lumea celor

²³ În 1953, Thalidomida a fost produsă în Germania de către Grünenthal Group, ca preparat indicat în „greața matinală din sarcină”. În 1958 Thalidomida a fost introdusă în uz în Marea Britanie, iar în 1961 un medic australian, William McBride, a publicat în *Lancet Medical Journal* un articol în care menționează un număr crescut de nou-născuți cu malformații ale membrelor (focomelie) sau lipsa totală a acestora, apărute în urma consumului de către viitoarele mame a Thalidomidei. Medicamentul a fost retras în același an. Astăzi, în ciuda dezastrului produs, se pare că preparatul a fost reabilitat și este utilizat destul de restrictiv, având efecte favorabile în unele forme de cancer de măduvă osoasă, mielom multiplu etc. Cauza malformațiilor se pare că a fost în sfârșit elucidată: preparatul inhibă dezvoltarea vaselor sanguine la nivelul membrelor (The Guardian, 2012).

care cer cu insistență așa-numite dovezi științifice pe care le doresc cu ardoare, iar când acestea apar, schimbă termenii sau solicită altele. Homeopatia s-a remarcat în timp ca o metodă terapeutică eficientă, profundă, stabilă și lipsită de mari riscuri. Acceptarea homeopatiei a fost mereu pe muchie, cu fluctuații în ambele sensuri; în primul deceniu al secolului XXI a cunoscut o răspândire remarcabilă, situându-se pe o pantă ascendentă, însă aversiunea sistemelor de sănătate publică și a mentalității generate de acestea au determinat mai apoi o scădere (Frass et al, 2012).

Christian Boiron refuza catalogarea homeopatiei drept alternativă, accentuând complementaritatea reciprocă între terapiile medicale: *„Homeopatia nu este o medicină alternativă, căci nu constituie o alternativă la medicină. Medicamentul homeopatic nu are «vocația» de a fi o alternativă la toate celelalte tipuri de medicamente. El își are locul lui în cadrul ansamblului de mijloace terapeutice, un loc care îi aparține numai lui”* (Boiron, 2011:92).

Există un conflict între medicina convențională sau dominantă și cea alternativă. Numim abordarea ca alternativă doar pentru că nu este convențională, chiar dacă unele metode au o vechime mult mai mare decât practica convențională actuală²⁴. Aparent, conflictul este generat de sistemele de referință diferite, iar înverșunarea convenționaliștilor, uneori cu aspecte hilare (un personaj vocal este James Randi²⁵), este contrabalansată în egală măsură de atitudinea taberei opuse. Dacă metodele convenționale ar acoperi cu succes cererea, metodele neconvenționale ar deveni inutile, dar realitatea arată altceva. Neconvențional există o serie întreagă de metode și tehnici terapeutice²⁶, în Statele Unite fiind înregistrate oficial 126 (National Academies Press, 2005).

Atitudinea ostilă din partea convenționaliștilor, motivată diferit de-a lungul istoriei, a însoțit în mod constant orice inițiativă neconcordanță cu interesele structurilor sociale și medicale dominante ale perioadei în cauză. Una

²⁴ Timpul în sine nu este un criteriu științific, dar ignorarea experienței acumulate nu poate să ducă decât la repetarea unor greșeli sau ignorarea unor soluții.

²⁵ James Randi (Randall James Hamilton Zwingi) este autor și om de spectacol canadian, sceptic și luptător dedicat împotriva științelor pe care le numește oculte. Prin intermediul fundației sale, James Randi Educational Foundation (JREF) a pus un premiu inițial de o mie de dolari pentru cine reușește să demonstreze științific, printr-un test controlat, evidența oricărui fenomen paranormal, supranatural sau ocult. Evenimentul a avut loc în 1964, iar de atunci suma oferită a ajuns la un milion de dolari. Împotriva tentației la care au aplicat mii de doritori, se pare că milionul a rămas încă neatins (www.randi.org).

²⁶ Spre exemplu, în Statele Unite ale Americii zona medicală alternativă cuprinde cinci grupe de practici: 1) medicina minte-corp, 2) practicile biologice, 3) medicina energetică, 4) practicile manipulatorii ale corpului și 5) sistemele medicale integrative, acestea incluzând homeopatia (Srinivasan, 2010). În total sunt luate în evidență 126 de metode diferite (National Academies Press, 2005). O altă abordare alternativă, dar nemedicală, este filozofia aplicată (Vezi cap. Bolnavul).