



STUDIA UNIVERSITATIS
BABEȘ-BOLYAI



BIOETHICA

1-2/2014

**STUDIA
UNIVERSITATIS BABEȘ-BOLYAI
BIOETHICA**

1-2/2014

EDITORIAL BOARD OF
STUDIA UNIVERSITATIS BABEŞ-BOLYAI BIOETHICA

EDITORIAL OFFICE: 68th Avram Iancu Street, Cluj-Napoca, Romania, Phone: +40 264 405300

EDITOR-IN-CHIEF:

Prof. Dr. Ştefan ILOAIE, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

ASSISTENT EDITOR-IN-CHIEF:

Lect. Dr. Maria ALUAŞ, Iuliu Haţieganu University of Medicine and Pharmacy & Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

EDITORIAL BOARD:

Prof. Dr. John BRECK, St. Sergius Orthodox Theological Institute in Paris, France and
Director of the Saint Silouan Retreat Center on Wadmalaw Island, South Carolina, USA

Prof. Dr. Hans SCHWARZ, Faculty of Protestant Theology, Regensburg, Germany

IPS Prof. Dr. Andrei ANDREICUŢ, Metropolitan of Cluj, Maramureş and Sălaj, Romania

PS Vasile SOMEŞANUL, Vicar Bishop, Archdiocese of Vad, Feleac and Cluj, Romania

Prof. Dr. Ioan CHIRILĂ, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

Prof. Dr. Nicolae COMAN, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

Prof. Dr. Octavian POPESCU, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

Conf. Dr. Adrian PĂTRUŢ, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

Conf. Dr. Mircea-Gelu BUTA, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

Şef Lucr. Dr. Cezar LOGIN, Iuliu Haţieganu University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

Lect. Dr. Visky BÉLA, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

Lect. Dr. Liviu JITIANU, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

Lect. Dr. Călin SĂPLĂCAN, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

Lect. Dr. Liviu Marius HAROSA, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

<http://bioetica.orth.ro/>

www.studia.ubbcluj.ro

YEAR
MONTH
ISSUE

Volume 59 (LIX) 2014
DECEMBER
1-2

S T U D I A
UNIVERSITATIS BABEȘ-BOLYAI
BIOETHICA
1-2

STUDIA UBB EDITORIAL OFFICE: B.P. Hasdeu no. 51, 400371 Cluj-Napoca, Romania,
Phone + 40 264 405352, office@studia.ubbcluj.ro

CUPRINS - CONTENT - SOMMAIRE - INHALT

Editorial: ȘTEFAN ILOAIE, *Viața și responsabilitatea față de ea / The Life and Its Own Responsibilities* 5

STUDII

MARIA ALUAȘ, Aspecte etice privind evoluția relației medic-pacient / *Ethical Issues on Doctor-Patient Relationship* 11

GABRIEL ROMAN, Bilanțul legalizării eutanasiei în Belgia / *Legalizing of the Euthanasia Process in Belgium* 23

ALEXANDRU NICOLAE STERMIN, ELENA RAKOSY-TICAN, Etica reconstrucției ecologice / *The Ethics of Ecological Restoration* 39

DAN PERJU-DUMBRAVĂ, ADINA DANCIU, DANIEL MURESAN, RADU MOLDOVAN, PAUL VOLSITZ, CARMEN CORINA RADU, Etica abordării mamei pruncucigașe în expertiza medico-legală psihiatrică / *The Ethical Approach of the Infanticide – Accused Mothers in the Medico-Legal Psychiatric Expertise*..... 45

IULIU-MARIUS MORARIU, Corect și incorect în practica curentă a transplantului de organe. Perspective teologice cu privire la un fenomen medical cu implicații bioetice / *Right and Wrong in the Current Practice of Transplantation. Some Theological Perspectives on a Phenomenon with Bioethical Implications*49

CRISTIAN CEZAR LOGIN, ADRIANA MUREȘAN, MARIA ALUAȘ, SIMONA CLICHICI, Modele experimentale utilizate în studiul fibrozei hepatice / <i>Experimental Models for the Study of Liver Fibrosis</i>	61
VALERIA LAZA, DANIELA ȘOITUZU, Valori etice și religioase în sexualitatea adolescentină / <i>Ethics and Religious Values in Adolescents Sexuality</i>	71
CARMEN CORINA RADU, DAN PERJU DUMBRAVĂ, DANIEL MUREȘAN, CHIRIAC SERGHEI, DIANA BULGARU ILIESCU, A Practical Approach to Ethical Decisions in Anatomy Classes of Romanian Medical Faculties / <i>Etica predării anatomiei în Facultățile de Medicină din România</i>	83
RAMONA JURCĂU, IOANA JURCĂU, Aspecte definitorii ale relației dintre stres și sport / <i>Defining Aspects of the Stress and Sport Relationship</i>	89
VALERIA LAZA, DANIELA ȘOITUZU, Sexualitatea la adolescenți – între etică – religie și educație / <i>Adolescents Sexuality – between Ethics – Religion and Education</i>	97

INTERVIURI

MARIA ALUAȘ, Despre frumusețea și dificultățile profesiei de medic (Interviu realizat de Maria Aluaș cu Prof. dr. Nicolae Miu, medic primar pediatru, fost decan al Facultății de Medicină a Universității Iuliu Hațieganu din Cluj)	109
MARIA ALUAȘ, Bioetica în România, o privire retrospectivă ... (Interviu realizat de Maria Aluaș cu Prof. Dr. Vasile Astărăstoae, rectorul Universității de Medicină și Farmacie Gr. T. Popa din Iași).....	117

RECENZII – BOOK REVIEWS – COMPTES RENDUS

Jean-Batiste Fressoz, <i>L'apocalypse joyeuse – Une histoire du risque technologique</i> , Éditions du Seuil (L'univers historique), 2012 (ANDREEA-IULIA SOMEȘAN)	123
Mihaela Frunză, <i>Expertiza etică și bioetica – studii de caz</i> , Editura Limes, Cluj-Napoca, 2010, 250 p. (ANDREEA-IULIA SOMEȘAN)	127

ACTIVITĂȚILE CENTRULUI DE BIOETICĂ	131
INDICAȚII PENTRU AUTORI	133
INSTRUCTIONS TO AUTHORS	135

ȘTEFAN ILOAIE

Editorial:

VIAȚA ȘI RESPONSABILITATEA FAȚĂ DE EA

Astăzi, „a-ți trăi viața” reprezintă, pentru mulți, singurul sens al existenței. Așa se face că accentul a căzut și cade, din ce în ce mai des, pe ideea de drept pe care omul o are asupra vieții. Omul actual se referă, adesea egoist și exclusivist, la „viața mea”, exprimându-se categoric ceea ce își dorește de la „viața lui”, sau, într-un alt registru, că „s-a terminat cu viața sa”. Omul postmodern pare să fie „bolnav de viață”, putând fi diagnosticat – zic unii – cu sindromul înveșnicirii pământești. Cu toate acestea, toți suntem conștienți de faptul că viața este efemeră. Acum, parcă mai mult decât altădată!

Și totuși, omul pare să spere tot mai mult la o înveșnicire terestră...Căci ce altceva este idealul pielii fără riduri și al zâmbetului veșnic fericit, ce anume reprezintă visul îndepărtării definitive a suferințelor și a cât mai multor boli prin cercetările făcute inclusiv pe genomul uman, ce sens putem acorda ideii de clonare umană, ce sunt toate acestea dacă nu posibila, dar de ce nu și realizabila înveșnicire a vieții pământești, evitarea morții, eludarea și negarea ei, afirmarea inexistenței ei? În ciuda faptului că omul moare în continuare, prinde noi puteri ideea că s-ar putea să vină o zi în care viața aceasta – chiar dacă o definim noi înșine: limitată, suferindă, incompletă, supusă modificării – să poată fi prelungită tot mai mult, chiar nelimitat. Așadar: „tinerețe fără bătrânețe și viață fără de moarte”?! Bineînțeles că nu...

Omul este nu numai primitiv al vieții, ci și creator și conservator al ei, el o transmite generațiilor viitoare prin copiii săi, o face să curgă spre eshaton. Crearea vieții nu asigură numai perpetuarea neamului omenesc, ci este chiar una dintre soluțiile pentru „înveșnicirea” persoanei și pentru eludarea morții.

Ne confruntăm tot mai mult, în epoca modernă, cu situațiile în care, cu privire la viața noastră și la viața de lângă noi, ne sunt puse înaintea mai multe căi de soluționare, care din punct de vedere etic pot să fie chiar opuse. Această realitate face ca decizia să fie, o dată în plus, mult mai dificilă în bioetică,

deoarece există și aici ierarhizări, „interese” personale, de grup, financiare, ale clinicilor, ale statului etc. Pentru o persoană responsabilă, presiunea morală este de grad maxim în cazul aplicării deciziilor bioetice, de la discernământul în promovarea științei în spirit etic și responsabil până la actul de evaluare a unei situații minore. Totul apasă pe umerii omului, pus astăzi, cu mult mai mult decât înainte, să hotărască asupra vieții și a morții, chiar în locul lui Dumnezeu. Important este însă să decidă și împreună cu El. Dar, faptul că avem discernământ este o condiție a autonomiei, libertății și responsabilității noastre.

Din perspectivă creștină, viața este, în primul rând, derularea unei realități ființiale în timp, dar ea reprezintă și o tensiune de afirmare a acestei existențe până dincolo de limitele timpului, prin faptul că: ea Îl revelează pe Dumnezeu în granițele temporale și spațiale ale propriei Lui creații, și exprimă valoarea existenței de acum care pregătește prelungirea ei până dincolo de limitele timpului și ale spațiului. Din punct de vedere creștin, viața umană posedă o demnitate deosebită, rezultând din calitatea omului de a avea o dimensiune spirituală, prin care se aseamănă cu divinitatea, ceea ce în terminologia biblică și teologică se traduce prin „chip al lui Dumnezeu”. Termenul „demnitate” primește în creștinism un plus de valoare față de noțiunea care se folosește în mod obișnuit, făcând trimitere nu atât la valorile umane comune, al căror numitor este conferit de „binele comunitar”, ci de cele așezate în transcendent.

Toate deciziile din domeniul bioeticii interesează viața din punct de vedere biologic, chiar dacă perspectivele religioase o așează pe aceasta în legătură cu sufletul și cu mântuirea. Decizia bioetică se ia în funcție de valorile pe care persoana le-a dezvoltat până la momentul în care este nevoie de hotărâre, de cultura pe care o are, de experiența deciziilor anterioare, de context, de starea sufletească imediată și de cea generală, de credință și de relația cu semenii în numele cărora sau pentru care decide.

Mai ales în bioetică, e necesar ca echilibrul duhovnicesc, discernământul să fie așezate – cronologic și ierarhic – înaintea deciziei, iar aceasta să fie luată în stare de rugăciune, de cerere a binecuvântării lui Dumnezeu, de solicitare a înțelepciunii. Pentru creștin, marea provocare a timpurilor tehnificate la extrem va fi, și este deja, să discearnă, să știe când să spună „da” și când „nu”; e și unul dintre sensurile în care interpretăm cuvântul lui Hristos: „Cuvântul vostru să fie: Da, *da*; Nu, *nu*” (Matei 5, 37). Față de veșnicie, viața omului este o clipă; nu atât în aspectul cantitativ, de durată, cât în cel calitativ. Clipa de după clipă însumează, cu toate cele pe care le urmează, viața. Însă fiecare clipă ne este dăruită de Dumnezeu cu scopul de a o face rodnică, de a îi da viață în viața noastră și prin existența noastră, de a o face vie prin fapte bune. Și, pentru că asemenea vieții, și noi venim tot de la Dumnezeu, prin lucrarea noastră se face prezent în lume Însuși Hristos.

Decizia depinde întotdeauna de motivele pe care le avem pentru ca să o luăm într-o direcție sau în alta. Încrederea în harul și în lucrarea lui Dumnezeu este soluția deplină pentru om, limitat în cunoaștere și în putere, căci prin atitudinea aceasta renunță la autonomia sa – recunoscând-o pe cea a Creatorului – și acceptă valoarea limitată, temporară, a vieții și perisabilitatea trupului. În mod direct, aceasta indică și capacitatea persoanei în a recunoaște și afirma că scopul vieții sale este mântuirea, valoare supremă, față de care va supune orice altă finalitate și la care se va raporta în luarea deciziilor.

Viața este, în cel mai înalt grad, o problemă de relație duhovnicească a omului cu creația, de raportare personală la cealaltă persoană și la Dumnezeu. Esențializat, suntem nu doar ceea ce trăim, ci mai ales felul în care ne trăim viața.

STUDII

ASPECTE ETICE PRIVIND EVOLUȚIA RELAȚIEI MEDIC-PACIENT

MARIA ALUAȘ¹

A doctor is no longer at his intellectual peak just because he knows the best new methods ... he must also have a talent for conversation that must adapt to every individual.

(F. Nietzsche, *Omenesc prea omenesc*, 1878)

ABSTRACT. *Ethical Issues on Doctor-Patient Relationship.* From the medical ethics of 1950s to the latest developments after 2000, medical decision, under the exclusive competence of physicians, gradually came to involve patients, or at least, they are becoming more involved in their therapeutic solutions. This transformation is, in fact, the passage from the paternalistic model, focused on therapeutic benefit to the autonomy model, centered on the respect for the individual and their freedom of decision. Doctors of our time are seen as professionals or technicians working for „consumers of treatments” and patients gradually become ordinary „customers” who claim „services”. They have the task to inform patients about all potential risks and then they will decide freely. This is supposed to be the way of the respect for the individual and his autonomy. In this paper we will describe the development stages of the doctor-patient relationship, we analyze the models by which is classifying this relationship and we see the complexity of dynamics of this relationship and its specificity, showing also the limits of proposed models for the Romanian context.

Keywords: *Doctor-patient relationship, Medical decision, Patients competence, Autonomy, Informed consent issues*

REZUMAT. De la etica medicală a anilor 1950 la ultimele evoluții de după anii 2000, decizia medicală, aflată în competența exclusivă a medicilor, a ajuns să treacă treptat în sarcina pacienților, sau cel puțin aceștia să fie din ce în ce mai implicați în soluțiile terapeutice ce urmează a li se aplica. Această transformare este, în fapt, pasajul de la un model de tip paternalist, centrat pe beneficiul terapeutic, la un model autonom, centrat pe respectul persoanei și a libertății sale de decizie. Medicii timpurilor noastre sunt văzuți ca fiind profesioniști sau tehnicieni, care lucrează pentru „consumatorii de tratamente”, iar pacienții devin, treptat, simpli „clienți” care solicită „servicii”. Aceștia au sarcina de a-i informa cu privire la toate riscurile potențiale, apoi îi lasă să decidă liber. Aceasta se presupune a fi calea

¹ Lect. Dr., Universitatea de Medicină și Farmacie Iuliu Hațieganu, Cluj-Napoca, Disciplina de Istoria Medicinii și Științe Socio-Umaniste (Bioetică); Universitatea Babeș-Bolyai Cluj-Napoca, Centrul de Bioetică.

care duce la respectarea individului și a autonomiei sale². În acest material vom descrie etapele evoluției relației medic-pacient, vom analiza modelele după care se poate clasifica această relație și vom observa complexitatea dinamicii acestui tip de relație și specificul ei, arătând și limitele modelelor propuse pentru contextul românesc.

Cuvinte cheie: *relația medic-pacient, decizie medicală, competența pacienților, autonomie, consimțământ informat*

În zilele noastre, pacientul nu mai este un spectator pasiv al actului medical, care să urmărească consecințele deciziilor luate de medici pentru el. Pacientul se informează și devine parte activă a sistemului de îngrijire, fiind într-o *relație* cu medicul său și cu personalul medical, care se ocupă de îngrijire și de tratament. Din punct de vedere etimologic, cuvântul *relație* vine de la latinescul *relatio*, *-onis*, însemnând a crea o legătură, o conexiune, un raport între lucruri, fapte, idei, procese sau între însușirile acestora³. În cazul nostru, avem o legătură, o conexiune între două persoane, medicul și pacientul său, legătura fiind creată de intervenția medicului, de tratamentul propus de acesta sau de îngrijirea medicală acordată pacientului. Această legătură este una complexă, afectată de istoria personală a fiecăruia, a raportului cu lumea exterioară, a modului nostru de a funcționa și de a ne imagina propriul proiect de viață.

Relația terapeutică medic-pacient este determinată și afectată de numeroși factori, individuali și socio-culturali. Așa cum bolnavul reacționează în fața bolii sale în funcție de propria-i personalitate, medicul reacționează în fața bolnavului printr-un anume fel de atitudini conștiente și inconștiente care depind de personalitatea și de istoria sa și care sunt susceptibile de a interfera cu relația terapeutică. Un bolnav care prezintă simptomele unei boli cere cu certitudine medicului-tehnician să-l vindece de boală, dar îi cere și alte lucruri. Omul bolnav cere sprijin, siguranță, securitate și afecțiune, o adevărată relație afectivă și disponibilitate, dar și exigența neutralității. Medicul, însă, reacționează în fața bolnavului nu numai ca un tehnician, ci ca o persoană cu o istorie proprie, mai mult sau mai puțin sensibil la suferința altuia.

1. Relația medic-pacient în istoria medicinei. De la Hippocrate (cca 460-cca 370 î. Hr.) până la medicina secolului al XXI-lea, raporturile medicului cu pacientul său au evoluat sau s-au schimbat, în mod considerabil, fapt datorat,

² P. Verspieren s.j., *Malade et medecin, partenaires*, în „Etudes”, 2005/1, tome 402, pp. 27-38, p. 28

³ *Dicționarul Explicativ al Limbii Române*, ediția a II-a revăzută și adăugită, Academia Română, Institutul de Lingvistică „Jorgu Iordan”, Editura Univers Enciclopedic Gold, 1996 (*relație*), p. 912.

în primul rând progresului științei și a evoluției cunoștințelor în domeniul medical. Opera lui Hippocrate fundamentează, în mod tradițional nașterea medicinei occidentale. Exercițarea profesiei de medic se fundamentează pe un concept de competență medicală, concept transmis de Socrate și enunțat de Platon în *Dialogurile* sale. Hippocrate se distingea, prin voința sa de a teoretiza practica medicală, stabilind proceduri bazate pe observarea bolilor, pe contextul și pe evoluția lor, precum și a regulilor de respectat în relația cu pacienții⁴. După moartea lui Hippocrate, medicina s-a dotat cu propriile sale repere și baze de cunoștințe, fundamentându-se pe probe, pe cunoștințe științifice dovedite, după care pacientul are dreptul de a fi tratat.

Până la apariția medicinei clinice, în secolul al XVIII-lea, practica medicală s-a bazat mai mult pe metode pe care le putem numi „magice”: o cunoaștere limitată, fondată pe teoriile lui Galien, medic grec care a trăit între anii 131-201 d. H. Apariția medicinei calificată ca fiind *modernă*, la finele secolului al XVIII-lea⁵, pune problema libertății alegerilor făcute de bolnavi. Noțiunea de clientelă apare astfel, paralel cu principiul liberei alegeri a medicului. Acest lucru atestă evoluția societății în care cetățeanul devine actor în domeniul sănătății. Astfel, relația medic-pacient se modifică profund, devenind un loc de schimburi, de dezbateri și de educație cu privire la sănătate, de natură de a promova ideile de progres⁶. Această evoluție va aduce treptat, pe parcursul secolului al XIX-lea și al XX-lea medicina să reconsidere, din ce în ce mai mult, pacientul, acesta devenind un partener și un actor prezent în evoluția tratamentelor.

Medicina începutului de secol 19 a aprofundat diagnosticul clinic: cunoștințele medicale au fost desprinse de considerațiile metafizice. Paralel, ia naștere mișcarea igienistă. Igiena se prezintă ca fiind o soluție pentru starea de bine, materială și fizică a populației. Medicii convinși că igiena publică și privată este eficientă și superioară tehnicilor lor curative, incluzând și cele chirurgicale, vor convinge elitele și vor schimba mentalitățile epocii. Medicina experimentală se dezvoltă în a doua parte a secolului al XIX-lea, cu Claude Bernard (1813-1878) care căuta să „dea explicație fenomenelor morbide arătând raportul pe care-l au cu starea normală”, urmat de Louis Pasteur (1822-1895) care descoperea bacteriile și primul vaccin antirabic⁷.

Medicul secolului al XIX-lea se bucura de un statut de om de știință. Scrierile de deontologie medicală fac elogiul devoțiunii sale față de bolnav, a discreției și a cunoștințelor sale. Actul medical în această epocă consta, mai

⁴ B. Hoerni, *La relation médecin-malade. L'évolution des échanges patient-soignant*, Editions Imothep, Paris, 2008, p. 56.

⁵ Marie-Hélène Parizeau, « Vérité au malade », in vol. G. Hottos, M-H. Parizeau (coord.), *Les Mots de Bioéthique. Un vocabulaire encyclopédique*, De Boeck Université, Bruxelles, 2003, p. 349.

⁶ *Ibidem*, p. 349.

⁷ *Ibidem*, p. 349.

întâi, într-un diagnostic serios, urmat de recomandări cu privire la prudență și o ascultare a pacientului care se destăinuia medicului său. Relația medic-pacient se prezenta sub semnul științei și al compasiunii, medicul acționând mai mult pe latura morală a pacientului său. Principalul medicament era medicul însuși, pentru că el încuraja bolnavul să se vindece de la sine. În acest tip de relație pacient-medic, bazată pe încredere și pe prestigiul științei, medicul oferea puține informații pacientului cu privire la boala sa, punând diagnosticul și lăsând în umbră prognosticul, pentru a da bolnavului forța vindecării. Medicul nu avea putere curativă, el nu avea de luat nicio decizie medicală. Excepție făcea chirurgia, unde medicul era ținut să obțină acordul bolnavului după ce l-a informat cu privire la consecințele actului chirurgical. Pacientul suferind avea, acum, încredere în buna judecată a medicului⁸.

Au urmat alte descoperiri într-un ritm accelerat, conferind medicinei puterea sa curativă (Koch și bacilul tuberculozei în anul 1882, Banting și insulina, în anul 1922, descoperirea sulfamidelor în anul 1935, Fleming și penicilina în anul 1940, psihofarmacologia începând cu anii 1950 etc). Medicina dobândește, din ce în ce mai mult, mijloace terapeutice, eficiente, cu consecințe importante pentru bolnav. Medicina devine din ce în ce mai complexă, se specializează; mai multe moduri de tratament devin disponibile, chiar concurente. Medicii tratează și vindecă un număr crescut de boli. Medicul el-însuși apare ca un făcător de miracole, simbol al unei societăți aflate în plină evoluție socio-economică. Dar paralel și rapid apar probleme și interogații noi. Societatea și pacienții își dau seama că noile mize ale medicinei îi privesc direct: necesitatea de a înțelege avantajele și inconvenientele alegerilor, dreptul de a accede la progres în termeni de prevenție, depistare și tratament.

Relația medic-pacient evoluează acum spre o informare medicală vastă și o decizie medicală împărtășită, de medic și de pacient, făcând loc mult discutatului principiu de *autonomie* a pacientului. Decizia medicală încorporează și o dimensiune etică, în măsura în care trebuie ales cel mai bun tratament și acesta se stabilește după mai multe criterii – medicale și științifice, dar și etice (valori personale, stil de viață, credințe religioase). Pentru că tratamentul și intervenția au consecințe asupra existenței sale viitoare, pacientul este cel care va defini propriul său bine și va determina dacă tratamentul propus de către medic este și pentru el cel mai bun tratament.

Dar percepția cu privire la informarea și implicarea pacientului în actul medical sunt evoluții ale ultimelor decenii și nu putem afirma că toți medicii au înțeles să trateze pacientul ca pe un actor activ al deciziei medicale. Vom vedea în continuare care au fost etapele evoluției relației terapeutice și modurile în care pacienții au fost implicați în actul medical referitor la viața proprie.

⁸ *Ibidem*, p. 349.

2. Etapele evoluției relației medic-pacient. Prin apariția și adoptarea primelor carte ale drepturilor pacientului, în deceniul opt al secolului al XX-lea, societatea contemporană a schimbat dinamica relației medic-pacient de la un model așa-numit « *paternalist* » spre un model al « *autonomiei* ».

Relația medic-pacient s-a schimbat în cursul ultimelor cinci decenii. Aceasta este acum în centrul preocupărilor politice și sociale, fiind adusă în prim plan de revoluția tehnicilor de comunicare care au facilitat accesul la informația medicală. Pasajul de la „pacientul pasiv” la „consumatorul de îngrijiri”⁹ a bulversat relația medic-pacient, care funcționa, în special, după modelul *paternalist*, apoi apărând premisele unui model de tip *consumerist*, nord-american, axat exclusiv pe ideea de autonomie a pacientului.

Prin apariția și adoptarea primelor carte ale drepturilor pacientului, în deceniul opt al secolului al XX-lea, societatea contemporană a schimbat dinamica relației medic-pacient de la un model așa-numit « *paternalist* » spre un model al « *autonomiei* ».

Astfel, în urmă cu cinci decenii, în anii 1960, aveam un pacient, numit, *paternalizat*: nicio informație cu privire la boala sa, fiind epoca patriarhatului medical. Era total neobișnuit ca în clinici să se spună deschis pacienților ce fel de boală aveau, considerându-se că pacientul nu era capabil să înțeleagă ce i se spune. Medicii își amintesc că le era interzis „să comunice pacientului un diagnostic de cancer. Li se spunea că anunțul acestui diagnostic însemna să anunți moartea”¹⁰. Prin urmare, pacienții erau tratați ca și minorii, decizia o lua întotdeauna și exclusiv medicul.

La începutul anilor 1970 începe să se vorbească și în Europa de conceptul de *Informed Consent*, care s-a născut în context nord-american. Aveam, astfel, un pacient *informat*¹¹. O dată cu apariția unui curent medical în favoarea eticii cercetării și a eticii clinice, pacientul este asociat cu luarea deciziilor și se insistă pe necesitatea unei informări de calitate, urmată de obținerea unui consimțământ informat, noua bază fundamentală a relației medic-bolnav. Pacienții începeau să primească informații, la început, la modul general, apoi din ce în ce mai detaliat, cu privire la natura, amploarea și consecințele unei intervenții medicale. Apoi ei trebuiau să consimtă la măsurile propuse, prin semnarea unui document. Scopul acestui document nu era atât informarea pacienților cu privire la drepturile lor sau cu privire la ce fel de tratamente urmează să fie supuși, ci era acela de a proteja medicul de posibilele cauze în justiție. Această perioadă mai este numită și *Regulatory Protectionism*¹².

⁹ J. Palazzolo, *L'évolution de la relation medecin-malade*, „Cerveau & Psycho”, no. 18, Novembre-December 2006, p. 72.

¹⁰ A. Bopp, D. Nagel, G. Nagel, *La compétence du patient dans la médecine moderne. Que puis-je faire moi-même pour moi-même?*, Ed. APMA, Collection „Conscience et sante”, Paris, 2009, p. 35.

¹¹ *Ibidem*, p. 35.

¹² E. J. Emanuel, C. Grady, *Four Paradigms of Clinical Research and Research Oversight*, in E. J. Emanuel, C. Grady, R. Crouch, R. K. Lie, F. G. Miller, D. Wendler (Ed.), „The Oxford Textbook of Clinical Research Ethics”, Oxford University Press, 2008, p. 223.

Acesta este scopul semnării formularului de consimțământ informat și în prezent. Înaintea fiecărei intervenții, pacientul trebuie să semneze un formular de consimțământ pentru a atesta că a fost informat, în detaliu, de către medic și că nu au rămas întrebări neelucidate în legătură cu intervenția și cu consecințele acesteia.

Un deceniu mai târziu, în anii 1980, vorbim despre un pacient *emancipat*, cu drepturi. Pacienții încep să devină conștienți de drepturile lor, iar avocații încep să cunoască acest domeniu, inexistent până atunci în practica lor¹³.

În anii 1990 avem în față un pacient *autonom*. Datorită apariției asociațiilor profesionale juridice, a asociațiilor pacienților, precum și a nevoii de participare a pacienților la studiile de cercetare, pacientul a mai făcut un pas important și s-a îndepărtat și mai mult de poziția sa de membru pasiv în sistemul de sănătate. Plecând de la modelul de *shared decision-making*, pacientul devine un fel de partener al medicului. Nevoia sa de informare crește, dorește să se implice în decizie, asumându-și astfel consecințele deciziilor sale.

În anii 2000, se vorbea deja despre un pacient *competent*, co-producător și co-responsabil la actul medical. Încă de la finele anilor 90 începe să se contureze un aspect fundamental nou. Dacă conceptele precedente de *informat*, *emancipat* și *autonom*, nu făceau decât să evidențieze figura și prezența pacientului în această relație terapeutică, prin conceptul de „competență a pacientului”, trecem la o altă dimensiune. Competența pacientului este raportul acestuia cu el-însuși, el fiind în centrul preocupărilor proprii. La întrebările adresate altora se adaugă și întrebările adresate de pacient lui-însuși: „Ce rol doresc să joc în relația cu boala mea? Care va fi contribuția personală pentru a o depăși? În ce domenii este competent medicul, în ce domenii sunt competent eu-însumi?”¹⁴. Acum nu mai este vorba doar despre drepturile pacientului, ci, înainte de toate de o *responsabilitate împărtășită*.

Competența pacientului va juca un rol important pe viitor. Omul contemporan cere libertate și autodeterminare pe toate planurile și în toate domeniile vieții, inclusiv când se află în condiția de boală sau de dependență. Medicul trece, din ce în ce mai mult, de la rolul de actor la cel de consilier, în multitudinea de informații oferite de media electronice. Competența pacientului este mai mult decât niciodată solicitată, pentru alegerea căii individuale juste în *jungla* posibilităților de terapii.

¹³ În anul 1981 a fost adoptată *Declarația de la Lisabona* a Asociației Medicale Mondiale cu privire la Drepturile Pacientului, revizuită în 1995 și în 2005. A se vedea <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/l4/>, accesat la data de 22.01.2014. În anul 2002 s-a adoptat *Carta Europeană a Drepturilor Pacienților*, elaborată fiind de Asociația *Active Citizenship Network* în colaborare cu 12 asociații de pacienți din 12 țări europene, <http://www.ehlth.info/joomla/index.php/fr/ehltf/droits-du-patient>, accesat la data de 21.01.2014.

¹⁴ A. Bopp, D. Nagel, G. Nagel, *op. cit.*, p. 36-37.

3. Modele ale relației medic-pacient. Modul de relaționare dintre medic și pacient s-a schimbat, datorită progreselor medicinei, a procedurilor noi și a contextului cultural, social și juridic al ultimilor 50 de ani. Apariția noilor tehnici de comunicare a facilitat enorm accesul la informația medicală. Am văzut cum s-a produs trecerea de la «pacientul pasiv» la «consumatorul de îngrijiri» sau la pacientul competent al timpurilor noastre. Relația medic-pacient funcționează, în practică, după mai multe modele: modelul paternalist, modelul consumerist nord-american, și un model numit *intermediar*. Vom examina în continuare câteva modele de raportare a medicului la pacientul său și evoluțiile acestora în decursul ultimelor decenii.

3.1. Modelul paternalist. Modelul paternalist, mai întâi, este ancorat în practica medicală de secole și întâlnit încă în unele practici în țările europene. *Paternalismul* se definește ca fiind atitudinea medicului care pretinde că știe ce este mai bine pentru pacientul său. Datorită competenței sale profesionale, medicul ia decizia medicală și tratează, în consecință, pacientul. Acest tip de relație este caracterizat printr-o comunicare esențial unilaterală și asimetrică, mergând dinspre medic spre pacient. Informarea este „descendentă”, autoritară, transmisă de o persoană presupusă a cunoaște totul spre o persoană care nu știe aproape nimic¹⁵. Medicul trebuie să furnizeze bolnavului informația legal precizată cu privire la opțiunile de tratament pentru a obține un consimțământ informat. Acest model presupune ca medicul să ia cea mai bună decizie pentru pacient. Nu există deliberări între cele două părți, și practicianul este singurul care ia decizia¹⁶.

Decizia vine apoi comunicată pacientului, într-un mod mai mult sau mai puțin autoritar, presărată fiind cu informații pe care medicul le consideră a fi utile. Medicul alege tratamentul pentru binele pacientului său, în interesul pacientului și cu bună credință. Libertatea bolnavului se manifestă, în afara cadrului relației terapeutice, în urmarea sau nu a indicațiilor terapeutice, depinzând direct de încrederea pe care o are în medicul său. Pe scurt, medicul *paternalist* acționează ca un tată față de bolnavul-copil, ca și cum acesta nu ar fi apt să ia decizii cu privire la sănătatea sa¹⁷.

Acest tip de relație este din ce în ce mai criticată, considerată a fi depășită: „Aveți încredere, știu ce este mai bine pentru Dvs.” este o frază pe care pacienții au auzit-o de generații¹⁸. Pacientul zilelor noastre nu mai dorește să fie tratat în același fel ca în urmă cu o jumătate de secol. Legitimitatea protejării subiectului slab face loc libertății de a alege a pacientului, în conformitate cu dorințele sale

¹⁵ C. Charles, A. Gafni, T. Whelan. *What do we mean by partnership in making decisions about treatment?* în “British Medical Journal”, 1999;7212: 780-2, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1116606/>, accesat la data de 15.05.2014.

¹⁶ J. Palazzolo, *L'evolution de la relation medecin-malade*, „Cerveau & Psycho”, no. 18, Novembre-December 2006, p. 72.

¹⁷ Marie-Hélène Parizeau, *op. cit.*, p. 350.

¹⁸ J. Palazzolo, *op. cit.*, p. 72.

și cu proiectul său de viață, conform principiului de autonomie a persoanelor și a libertății individuale. Evoluția unei astfel de dinamici conduce spre modelul predominant în spațiul anglo-saxon, modelul *autonomiei*.

Relația paternalistă specifică spațiului european continental a început să se schimbe în ultimii douăzeci de ani, sub impulsul evoluțiilor sociale și deontologice, precum și a obligațiilor juridice și legislative de informare. Este vorba despre o dinamică influențată de țările Europei de Nord unde predomină libertatea individului și liberul arbitru, iar incapacitatea de a fi informat și a-și da consimțământul este o excepție.

3.2. Modelul autonomiei pacientului sau modelul consumerist. Specific contextului anglo-saxon, conform acestui model, medicul și pacientul interacționează pe picior de egalitate, realizarea consimțământului și respectul absolut a libertăților individuale constituie fundamentul relației lor. Bolnavul nu mai este considerat un pacient, ci un client. Astfel, spre exemplu, spitalizarea fără consimțământ nu poate fi impusă decât dacă pacientul este periculos pentru el însuși și pentru alții.

Valoarea libertății individuale a pacientului domină în fața celorlalte: un pacient nu poate fi constrâns să fie tratat. Medicul devine, în acest caz, un tehnician, un prestator de servicii. El oferă pacientului un maximum de informații cu privire la diagnostic, tratamentul propus, alternativele, procentele de reușită, beneficiile așteptate, riscurile și efectele secundare. Prezumat a fi autonom și rațional, pacientul alege strategia de tratament pe care o consideră cea mai bună pentru el, dintre cele propuse. Medicul nu participă la luarea deciziei, care se ia, în afara cadrului relației terapeutice. Pacientul poate alege o soluție pe care medicul nu o consideră a fi nici cea mai eficientă, nici cea mai adecvată, chiar irațională. Așa cum subliniază Engelhardt, medicul poate încerca să convingă pacientul său, dar el nu are niciun drept asupra lui. Regula este cea a respectării libertății celuilalt¹⁹.

În țările în care plângerile judiciare și cauzele contra medicilor sunt banalizate și frecvente, relația terapeutică este înainte de toate o relație bazată pe modelul drepturilor consumatorului. Medicul acționează precum un prestator de servicii, care adoptă mai degrabă o poziție defensivă în fața pacientului care se poate transforma în acuzator. Medicii informează, dar se protejează la maximum și întotdeauna cu teama de un eventual proces în instanță. Când un medic prescrie un tratament, trebuie să enunțe toate efectele secundare posibile, pe termen scurt și mediu. Astfel, adesea, medicul limitează informarea la enunțarea riscului terapeutic, tot ce ar putea spune ar putea fi folosit împotriva lui. Pacienții americani conservă un drept de proprietate cu privire la informația conținută în dosar; ei pot avea acces și să obțină o fotocopie a acestuia²⁰.

¹⁹ Marie-Hélène Parizeau, *op. cit.*, p. 351.

²⁰ R. Weil, *Le droit du malade a l'information medicale*, Synapse, 1993; 27: 426-44 cit de J. Palazzolo, *APAP et la relation medecin-malade: quelques elements de reflexion*, în „Annales Medico-Psychologiques”, 165 (2007) 536-54.

3.3. Modelul participativ. Un model intermediar între relația paternalistă și cea consumeristă corespunde modelului *deciziei împărtășite*. Nu mai este vorba despre o relație asimetrică de dominare sau de putere. Acest model este caracterizat printr-un schimb de informații, un proces de deliberare și o decizie împărtășită a tratamentului. Astfel, modelul este bilateral: medicul aduce cunoștințele sale în fața pacientului, iar acesta informează medicul cu privire la preferințele sale. Apoi în cursul unei deliberări, cele două părți discută cu privire la diferite opțiuni de tratament, discuție caracterizată prin interacțiune; cele două părți se străduiesc să ajungă la un acord. Decizia de tratament implică cel puțin doi decidenți, medicul și pacientul. Bolnavul nu mai este un pacient pasiv: este un actor al sistemului de îngrijiri medicale²¹.

Modelul participativ sau de parteneriat constă într-un dialog deschis între medic și pacient, având ca obiectiv comun starea de bine a acestuia din urmă. Modelul participativ este o formă de negociere care se fundamentează pe schimbul mutual de informații și de luarea unei decizii de fiecare dintre parteneri. Principiul director al acestei relații este egalitatea partenerilor în diferența competențelor. Competența medicului privește decizia medicală. Scopul său este alegerea unui tratament adecvat. Decizia medicală este fondată pe cunoștințe aprofundate, o experiență practică la „căpătâiul bolnavului”, evaluarea obiectivă și rațională a situației clinice a pacientului, precum și capacitatea de a gestiona incertitudinea medicală legată de diagnostic și de tratament. Rezultatul unei astfel de decizii este o opinie medicală justificată, și nu o decizie autoritară, cu privire la tratamentul considerat a fi cel mai bun dintre cele posibile. Nu este vorba despre prezentarea unui catalog de tratamente posibile, căci medicul face o alegere explicită pe care o prezintă pacientului²².

Cu privire la efectele participării pacientului la decizia medicală, mai multe studii au evidențiat faptul că există beneficii pentru bolnavi: anxietatea lor este diminuată și sunt mulțumiți atunci când pot comunica cu medicul. Un parteneriat eficient între medic și bolnav îmbunătățește eficacitatea terapeutică, aceste model al deciziei împărtășite răspunde așteptărilor pacienților: pacienții doresc să fie informați, să participe la decizia medicală și să fie respectați²³. Modelul participativ permite astfel o modulare a conținutului deciziei medicale în sânul relației pacient-medic.

Există autori care vorbesc despre patru modele ale relației medic pacient. Aceste modele sunt: informativ, interpretativ, deliberativ și paternalist. În schema de mai jos vom observa diferențele și asemănările dintre aceste modele de relație.

²¹ J. Palazzolo, *op. cit.*, p. 73.

²² M.-H. Parizeau, *op. cit.*, p. 352.

²³ J. Palazzolo, *op. cit.*, p. 73.

**Modele ale relației medic-pacient propuse în studiul
semnat de Emmanuel și Emmanuel (1992)²⁴**

	<i>Informativ</i>	<i>Interpretativ</i>	<i>Deliberativ</i>	<i>Paternalist</i>
Valorile pacientului	Definite, fixate și comunicate pacientului	În construcție, conflictuale, necesitând clarificări	Deschise unei dezvoltări și unei revizii prin dezbateri morale	Obiective și împărtășite de medic și de pacient
Datoriile medicului	-Furnizarea unei informații factuale pertinente -Punerea în aplicare a intervenției alese de pacient	-Elucidarea și interpretarea valorilor utile ale pacientului -Informarea pacientului -Punerea în aplicare a intervenției alese de pacient	-Articularea și convingerea pacientului cu privire la valorile de urmat -Informarea pacientului -Punerea în aplicare a intervenției alese de pacient	Promovarea stării de bine a pacientului independent de preferințele pe care și le exprimă
Autonomia pacientului	Alegerea și controlul tratamentului medical	Înțelegerea de sine utilă tratamentului medical	Auto-dezvoltarea morală utilă tratamentului medical	Asentiment cu valorile obiective
Rolul medicului	Expert tehnic competent	Consilier	Prieten sau dascăl	Tutore

4. Probleme etice. Informarea și comunicarea adevărului cu privire la boala sa, a prognosticului și a intervențiilor propuse pune, mai întâi problema morală a impactului pe care l-ar putea avea asupra pacientului revelarea diagnosticului, dar, mai ales, a prognosticului unei boli grave sau mortale. A spune pacientului că el are diabet, cancer sau că este seropozitiv, este ca și cum l-am lua dintr-o existență „normală” și l-am duce într-o alta „bolnavă”, cu o etichetă socială greu de purtat. Cunoașterea faptului că ai hipercolesterolemie este foarte diferit de a ști că ești afectat de scleroză în plăci. Impactul psihologic al diagnosticului variază de la un pacient la altul. Pentru anumiți pacienți, apariția unei boli poate fi un șoc insurmontabil care antrenează o stare de siderare, o negare a bolii sau o regresie de tip infantil. Reacțiile pot fi mai puțin violente, dar să ducă la tulburări fiziologice sau psihologice care afectează capacitatea de decizie a persoanei în cauză. O bună cunoaștere a bolnavului permite medicului să măsoare mai bine consecințele și riscurile comunicării unui diagnostic. Codurile de deontologie au rezervat medicului posibilitatea, „dacă există justă cauză”, să nu comunice

²⁴ E. J. Emanuel, L. L. Emanuel, *Four models of the physician-patient relationship*, JAMA 1992; 267(16): 2221-6.

pacientului prognosticul grav sau fatal. Interpretarea acestei clauze poate să fie mai mult sau mai puțin extinsă și depinde de contextul cultural și social. Interpretată foarte restrictiv în America de Nord și aplicându-se doar în cazurile de risc de suicid, în Europa se întâlnește mai des, unde se întâmplă să se ascundă diagnosticul de cancer unei persoane²⁵.

Informarea și comunicarea adevărului cu privire la boala pacientului este în strânsă legătură cu decizia medicală. Cine decide în cazul unui pacient căruia nu i s-a comunicat adevărul despre condiția în care se află? Până la ce punct bolnavul poate să cunoască starea sa și în consecință, în ce măsură, trebuie să intervină în decizia medicală referitoare la tratamentul său? Prin urmare, cine decide? Medicul singur? Pacientul singur? Este vorba despre o decizie luată împreună? Care este așadar natura relației medic-pacient? Literatura de etică medicală abundă în descrieri: întâlnirea a doi străini, „o încredere care întâlnește o conștiință”, o relație amicală, un parteneriat etc. Medicul este descris, pe rând, ca un tehnician, un străin, un „bun tată”, un prieten, un partener etc²⁶.

Asistență medicală personalizată permite pacienților să vorbească despre experiențele lor, să-și exprime valorile proprii, să-și stabilească prioritățile, să fie conștienți de opțiunile lor, să-și poată exercita preferințele și să fie educați în gestionarea condiției lor de sănătate. Acest lucru înseamnă sfârșitul epocii numite *paternalism* medical.

Comunicarea adevărului bolnavului este în practica medicală, însă, un proces delicat. În cadrul unei relații paternaliste, diagnosticul și prognosticul sunt ținute secrete de către medic, pentru a proteja bolnavul de frica morții și a suferinței, dar și pentru a se proteja pe el-însuși. Într-o relație de tip libertar autonom, adevărul cu privire la diagnostic și prognostic poate fi spus de către medicul-tehnician, direct, fără nicio precauție, fără a pregăti bolnavul să primească aceste noutăți care, pot avea efect negativ asupra evoluției condiției lui de sănătate. Relația de tip participativ oferă posibilitatea de a respecta pacientul în acceptarea progresivă a bolii pentru că medicul este preocupat de percepția și de opinia pacientului său. Relația pacient-medic construită pe schimbul de informații poate respecta temporalitatea și individualitatea fiecărui bolnav. Scopul este acela de a construi o alianță terapeutică bazată pe încredere, schimb de cunoștințe și ascultarea celuilalt. În practică, anunțarea diagnosticului poate fi ajustată în funcție de fiecare pacient, în mod progresiv, pentru ca acesta să poată, după un anumit timp, să asimileze și să înțeleagă condiția în care se află, să urmeze tratamentele propuse și să participe la luarea deciziei. Această alianță are scopul de a ajuta în lupta împotriva bolii, apoi de a accepta moartea modificând perspectivele terapeutice și de tratament.

²⁵ M.-H. Parizeau, *op. cit.*, p. 350.

²⁶ *Ibidem*, p. 350.

5. Concluzii. Reținem că relația medic-pacient are o relevanță fundamentală în începerea, urmarea și rezultatul tratamentului unui pacient. Pentru a obține consimțământul pacientului informat, medicul, fără a uita de rolul său, va trebui să explice pacientului boala de care acesta suferă, adaptându-și limbajul pe înțelesul pacientului. Cunoștințele medicului trebuie să fie folosite în mod rațional pentru a găsi soluția adecvată bolii și condiției în care se află pacientul. Modelele de relație în care pacienții sunt implicați în decizie au scopul de a duce la rezultate clinice mai bune. Formarea viitorilor medici trebuie să țină seama de aceste aspecte pentru a fi pregătiți în fața provocărilor și a situațiilor delicate în care s-ar putea găsi pe viitor.

Prezentând evoluția relației medic-pacient de la paternalism la autonomie și apoi la un fel de parteneriat, remarcăm că toate aceste schimbări sunt pozitive. Ceea ce trebuie înțeles și îmbunătățit sunt metodele de informare a pacienților și timpul pe care medicii trebuie să-l găsească pentru a face eficient acest lucru, care în contextul țărilor europene a devenit o rutină. Cum pacientul nu mai este un subiect *pasiv*, ci un interlocutor care trebuie să aibă la dispoziție ansamblul de date necesare, aceste informații vin din partea medicului său, singura figură profesională abilitată să facă acest lucru. Din punct de vedere legal și deontologic, informarea pacientului este un drept al bolnavului și o obligație profesională a medicului. În unele țări calitatea informației date pacienților este unul dintre criteriile de acreditare a instituțiilor spitalicești.

Evoluția juridică a acestor drepturi reflectă o evoluție socială. Principiile juridice care reglementează activitatea medicală actuală impun noi evoluții: trecerea de la contractualizare la obligația de rezultat în termeni de calitate, de securitate și de gestiune a riscurilor; pasajul de la domnia paternalistă – marcată de o logică a asistenței pacienților și un consimțământ implicit – la o relație medic-pacient definită de un parteneriat și un consimțământ explicit; pasajul de la culpabilitate la responsabilitate, iar această să fie împărtășită și împărțită între toți actorii implicați în decizia medicală. Nu este necesar să existe o culpă profesională pentru ca pacientul să fi suferit un prejudiciu și să ceară repararea acestuia. Normele în vigoare întăresc poziția individului majorând importanța informației și a consimțământului: de la un statut de pacient obiect al îngrijirilor, se trece la un statut al individului titular de drepturi și libertăți afirmate. În cadrul acestui nou parteneriat, există voința unui nou echilibru al puterilor și al cunoștințelor între medici și pacienți.

În definitiv, putem spune că informarea pacientului și comunicarea cu acesta este fundamentul indispensabil al consimțământului, care definește și caracterizează, în vremurile noastre, relația medic-pacient.

BILANȚUL LEGALIZĂRII EUTANASIEI ÎN BELGIA

GABRIEL ROMAN¹

ABSTRACT. Medical decision-making for patients with life-threatening diseases increasingly entails a balanced consideration of medical, ethical, and psychosocial aspects. These considerations and the legal background in each country could modify end-of-life decision-making practices and attitudes of doctors, patients and other people involved. The decade of the 2000s reveals several major shifts in medical decision-making for patients, with a strong focus on their autonomy. The refusal of any unreasonable obstinacy is often the basis of the position in favor of legalizing euthanasia.

The intent of this article is to analyze the results of the Belgian euthanasia law, which entered in force in 2002, decriminalising this practice. Our analysis is based on the data reported by the most recent published articles on the topic. As a general result of our analysis, anyone may conclude an increased use of euthanasia. Moreover, this practice may generate a division of health care teams. In spite of *the existence of* the Belgian Federal Commission of Monitoring and Assessment of Euthanasia, after euthanasia has been legalized in Belgium, it seems that this country slides down the slippery slope. Although the major objective of the law was to eliminate the clandestine euthanasia, it was not met in full. Acceptance of one form of euthanasia will lead to acceptance of other, less acceptable, forms of assisted dying.

Keywords: *Euthanasia, Belgium, Legalization, Ethics*

REZUMAT. Luarea deciziilor medicale pentru pacienții cu boli care le pun viața în pericol sunt legate și de unele aspecte medicale, etice, culturale și psihosociale. Aceste aspecte, precum și cadrul legal din fiecare țară, pot modifica practicile și atitudinile medicilor, pacienților și ale alte persoane implicate în luarea deciziilor cu privire la finalul vieții. Ultimul deceniu a adus în prim plan schimbări majore în procesul de luare a deciziei medicale de către pacienți, cu un puternic accent asupra autonomiei lor. Refuzul oricărei înverșunări terapeutice a stat adeseori la baza poziției favorabile depenalizării eutanasiei. Intenția acestui articol este de a analiza efectele legii belgiene asupra eutanasiei, care a intrat în vigoare în 2002, dezincriminând această practică. Analiza noastră se bazează pe datele raportate de cele mai recente articole publicate asupra acestui subiect. Ca rezultat general al analizei noastre, oricine ar putea constata o creștere constantă a cazurilor de eutanasiu. Mai mult decât atât, această practică

¹ Facultatea de Teologie Ortodoxă Dumitru Stăniloae, Universitatea Alexandru Ioan Cuza, Iași

poate genera o diviziune a echipelor de îngrijire a sănătății. În ciuda existenței unei Comisii federale belgiene de Monitorizare și Evaluare a Eutanasiei, se pare că această țară se situează pe o pantă alunecoasă. Deși obiectivul major al legii a fost de a elimina eutanasia clandestină, ea nu și-a atins scopul în totalitate. Acceptarea unei forme a eutanasiei ar duce la acceptarea altor forme de moarte asistată.

Cuvinte cheie: eutanasiе, Belgia, legalizare, etică

Introducere

Luarea deciziilor medicale de către / pentru pacienții cu boli incurabile implică o analiză echilibrată a aspectelor culturale, medicale, etice și psihosociale. Aceste aspecte, alături de cadrul legal din fiecare țară, ar putea modifica practicile și atitudinile medicilor, pacienților și alte altor persoane implicate în procesul decizional. Aceasta explică de ce natura deciziilor cu privire la finalul vieții variază mult de la o țară la alta².

Eutanasia și suicidul asistat medical sunt probleme deseori dezbătute în practica medicală din țările europene³. Potrivit *Comitetului consultativ de Bioetică al Belgiei* (1997), eutanasia reprezintă "un act practicat de către un terț, care încheie în mod intenționat viața unei persoane, la cererea persoanei respective"⁴. Belgia este adesea prezentată ca model pe această temă, în ciuda faptului că date din literatura de specialitate arată că sistemul său legislativ cunoaște destule derivate⁵.

² van der Heide A., Deliens L., Faisst K., Nilstun T., Norup M., Paci E., van der Wal G., van der Maas P.J., EURELD consortium, End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet* 2003, 362 (9381), pp. 345-50.

³ Forde R., Aasland O.G., Falkum E., The ethics of euthanasia: attitudes and practice among Norwegian physicians. *Soc Sci Med* (1997), 45, pp. 887-92.

Wehkamp K.H., *Sterben und Töten: euthanasie aus der Sicht deutscher Ärztinnen und Ärzte. Berliner Medizinethische Schriften*. Berlin: Humanitas Verlag, 1998.

Di Mola G., Borsellino P., Brunelli C., et al., Attitudes toward euthanasia of physician members of the Italian Society for Palliative care. *Ann Oncol*. 1996, 7, pp. 907-911.

van der Wal G., van der Maas P.J., Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life: practice and notification procedure. The Hague, Sdu Publishers, 1996.

Shah N., Warner J., Blizard B., King M., National survey of UK psychiatrists' attitudes to euthanasia. *Lancet*, 1998, 352, p. 1360.

Bittel N., Neuenschwander H., Stiefel F., "Euthanasia": a survey by the Swiss Association for Palliative Care. *Support Care Cancer*, 2002, 10, pp. 265-271.

Nilstun T., Melltorp G., Löfmark R., Sjökvist P., Disagreement among physicians about active euthanasia: 245 answers from a Swedish questionnaire reflect uncertainty. *Lakartidningen*, 1996, 93, pp. 1350-1351.

⁴ Comité Consultatif de Bioéthique, Avis no 1 du 12 mai 1997 concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie, disponibil online la <http://www.uclouvain.be/376376.html>.

⁵ Pereira J., Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. *Current Oncology*, 2011, 18(2), pp. 38-45.

Material și metodă

Analiza noastră s-a bazat pe un studiu al literaturii de specialitate cu privire la rezultatele depenalizării eutanasiei în Belgia, din 2002 până în prezent. Obiectivul studiului a fost de a înțelege mai bine practica eutanasiei în Belgia și de a identifica deficiențele sale legale și practice.

Strategia de căutare și selecție a literaturii de specialitate

În iulie 2012, a fost efectuată o căutare în două baze de date (MEDLINE de la PubMed și ScienceDirect). Cuvintele cheie utilizate au fost: *Belgia, eutanasiie, legalizare și depenalizare*. Prin această căutare s-au găsit 64 de lucrări de cercetare. Titlurile articolelor au fost apoi examinate, iar dintre acestea am selectat 39 de articole relevante. După citirea rezumatelor acestor articole, am renunțat la 16 dintre ele, rămânând 23. Aceste 23 de articole au fost citite cu atenție, după care alte trei articole au fost eliminate. Prin urmare, căutarea a dat 20 de articole relevante.

Alte referințe s-au găsit printr-o căutare pe Google, precum și prin accesarea bazei de date a Centrului de etică biomedicală HELESI din Bruxelles, care au furnizat încă 13 cărți și articole. Un total de 33 de articole au fost analizate, care sunt prezentate în lista cu referințe bibliografice, după corpul principal al textului, ca și bibliografie aranjată în ordine alfabetică.

Tehnici de gestionare a datelor

Fiecare articol a fost citit cel puțin o dată pentru a i se determina relevanța, apoi recitit pentru a culege informații pertinente pentru review. Informațiile au fost culese și fiecare componentă analizată tematic. Rezultatele analizei tematice sunt mai întâi prezentate, iar apoi discutate.

Calitatea metodologică a studiului

Deficitul major al studiului este aceea că un singur autor a efectuat analiza tuturor articolelor. Acest lucru a fost posibil ca urmare a unei lecturi aprofundate și a înțelegerii subiectului, însă persistă probabilitatea neînțelegerii unor aspecte ale literaturii.

Rezultate

Dezbaterea privind eutanasia în Belgia

Înainte de dezincriminarea eutanasiei, în Belgia au existat dezbateri puternice între două tabere aparent ireconciliabile, cu scopul de a-și justifica poziția. Mediatizarea cazurilor dramatice a crescut vizibilitatea acestor dezbateri

privind eutanasia în societate belgiană. Oponenții eutanasierei au arătat că viața umană nu aparține individului, ci lui Dumnezeu, și, prin urmare, ființa umană nu are dreptul de a dispune de ea după bunul plac. Aceștia au pledat pentru o lectură spiritualistă a principiului demnității și au accentuat impactul pozitiv al îngrijirii paliative. Fiecare viață umană ar trebui să fie respectată pentru că viața este o realitate transcendentă, care nu poate fi lăsată la liberul arbitru al oamenilor. Învățătura creștină poate ajuta la înțelegerea suferinței ca o participare la mântuire⁶. Însă chiar dacă aceasta poate fi o cale spre sfințenie, ea nu este un scop, nu trebuie să fie căutată, nimeni nu are dreptul de a o impune vreunui pacient, care are dreptul la un control adecvat și corespunzător al durerii. Opozanții eutanasierei au susținut adeseori că legalizarea acestei proceduri va duce la o creștere a utilizării medicamentelor letale, fără solicitarea explicită a pacientului, în special în cazul grupurilor vulnerabile de pacienți⁷. Totodată, ei au denunțat deriva periculoasă spre toate tipurile de eutanasiere⁸ și au arătat că legalizarea eutanasierei ar atrage după sine o schimbare completă a culturii îngrijirii și a rolului social al medicinei și, prin urmare, au propus să se mențină în acest sens interdicția legală.

Susținătorii legalizării eutanasierei au pledat pentru faptul că fiecare individ are o autonomie supremă, că este "propriul său stăpân" și, prin urmare, dispune de viața lui, a cărei semnificație și valoare el o evaluează în funcție de propriile sale criterii. De asemenea, ei au arătat că într-o democrație pluralistă, este intolerabil pentru un legiuitor să favorizeze opiniile filosofice sau religioase doar ale unei părți a populației. În acest sens, ei au arătat că legalizarea eutanasierei este singura soluție care respectă opiniile și valorile tuturor indivizilor din societate, nefiind nimeni obligat să solicite eutanasia. În virtutea autonomiei, fiecare individ are dreptul de a dispune de viața sa după cum el însuși alege. "Dreptul de a muri cu demnitate" implică recunoașterea unui astfel de drept al celor care fac o cerere în acest sens, având în vedere faptul că uneori, eutanasia este singura modalitate de a garanta unui individ o moarte demnă. Cei favorabili eutanasierei cred că viața nu se limitează la dimensiunile sale biologice și cantitative, iar depenalizarea suicidului asistat și a eutanasierei ar permite fiecăruia să-și protejeze libertatea. În același timp, depenalizarea ar înlătura practicarea ilegală a eutanasierei, care face din ea o crimă comisă de către un medic. Eutanasia se practică deja, prin

⁶ Larchet J.-Cl., *Une fin de vie paisible et sans douleur, sans honte*, Paris, Cerf, 2010.

⁷ Lewis P., *The empirical slippery slope. From voluntary to non-voluntary euthanasia*. *J Law Med Ethics*, 2007, 35, pp. 197-210.

George R.J.D., Finlay I.G., Jeffrey D., *Legalised euthanasia will violate the rights of vulnerable patients*. *BMJ*, 2005, 331, pp. 684-685.

⁸ Michel L., *Euthanasia as an example of conflict between ethical precepts and entitlements rights. A surgeon's viewpoint*, *Acta Chirurgica Belgica*, 2000, 100, pp. 139-146, disponibil online la <http://www.surgery-michel.com/system/files/LM000334.pdf>

urmare legalizarea ar fi pur și simplu o adaptare a legii la ceea ce se întâmplă în practică. În concluzie, legalizarea eutanasiei ar fi singura soluție care să respecte opiniile și valorile tuturor indivizilor din societate, nefiind nimeni obligat să ceară eutanasia.

În mijlocul acestei dezbateri, evoluția mentalităților sociale în sensul promovării autonomiei individului (un studiu din 2001 a arătat că 77% dintre respondenți au fost favorabili eutanasiei)⁹, a condus la răspândirea în societatea belgiană a recunoașterii unui drept individual de control asupra morții, văzut ca o ultimă expresie a libertății¹⁰. În acest context, în anul 2002, procesul legislativ al legii eutanasiei a fost finalizat.

Rezumatul cadrului juridic al actului de la 28 mai 2002

La 28 mai 2002, la scurt timp după ce eutanasia a fost legalizată în Olanda, Belgia a depenalizat eutanasia, cu condiția respectării unor anumite reguli¹¹. Scopul declarat al noii legislații belgiene a fost încetarea eutansiilor ilegale, efectuate în clandestinitate. Și înainte de 2002, mai cu seamă în jumătatea nordică (Flandra), medicii acceptau pe scară largă administrarea de droguri letale pacienților cu o suferință severă, fără o cerere explicită din partea acestora, ceea ce constituie o cultură diferită de a altor țări, unde medicii sunt mult mai reticenți în a folosi astfel de medicamente¹². Mai marea deschidere a medicilor flamanzi față de această practică, comparativ cu medicii din alte părți, sugerează un grad mai mare al atitudinilor paternaliste¹³. Chiar înainte de introducerea legii eutanasiei, medicii primeau cereri de eutanasi de la unii pacienți¹⁴ și recurgeau la această practică,

⁹ Martinez E., *Manuel du comité consultatif national d'éthique. Section 3. Le comité et la fin de la vie*, Les Études Hospitalières Editions, Bordeaux, p. 427, nota 740.

¹⁰ Mak Y.Y.W., Elwyn G. & Finlay, I.G. 'Patients' voices are needed in debates on euthanasia', *BMJ*, 2003, 327, pp. 213-215.

¹¹ Gastmans C., Van Neste F., Schotsmans P., Facing requests for euthanasia: a clinical practice guideline, *J Med Ethics*, 2004, 30, pp. 212-217.

¹² Cohen-Almagor R., Belgian euthanasia law: a critical analysis, *J. Med. Ethics*, 2009, 35, pp. 436-439, <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/35/7/436>

¹³ Chambaere K., Bilsen J., Cohen J., Onwuteaka-Philipsen B.D., Mortier F., Deliens L., Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey, *CMAJ*, 2010, 182 (9), pp. 895-901.

Cohen J., van Delden J.J., Mortier F. et al., The influence of physicians' life stance on attitudes towards end-of-life decisions and actual end-of-life decision-making in six countries. *J Med Ethics*, 2008, 34, pp. 247-253.

¹⁴ Deliens L., Mortier F., Bilsen J. et al., End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey. *Lancet*, 2000, 356, pp. 1806-1811.

Cohen J., Marcoux I., Bilsen J., et al. Trends in acceptance of euthanasia among the general public in 12 European countries (1981-1999). *Eur J Public Health*, 2006, 16, pp. 663- 669.

Cohen J. et al. / *Social Science & Medicine* 2012, 75, pp. 845-853.

dar în spatele ușilor închise. După 2002, legea s-a dorit a fi un important instrument legal, încât acest tabu să fie ridicat, iar medicii să vorbească deschis despre încheierea vieții muribunzilor competenți.

Referindu-ne la legea belgiană, s-a dorit a se păstra prudența, pentru a nu da prilej apariției anumitor derapaje¹⁵. Eutanasia nu constituie o infracțiune penală în cazul în care sunt îndeplinite niște condiții stricte. Precondiția este de a fi efectuată de către un medic. Pentru a face o cerere legitimă de eutanasiere, alte condiții trebuie îndeplinite: pacientul trebuie să fie adult, conștient și competent din punct de vedere legal, iar cererea să fie voluntară, bine chibzuită și repetată, pentru a nu fi rezultatul vreunei presiuni externe. Pacientul trebuie să fie într-o "situație medicală disperată" care-i cauzează "suferință constantă, intolerabilă psihic sau fizic" și care nu poate fi ameliorată, rezultat al unui accident sau al unei condiții grave, incurabile și patologice (nu în faza terminală!). Legea face o distincție între condițiile terminale și condițiile non-terminale sau cele cronice lent evolutive.

Medicul trebuie să aibă mai multe convorbiri cu pacientul, pe care trebuie să-l informeze despre starea de sănătate, perspective și posibilele tratamente alternative, inclusiv îngrijirea paliativă.

Legea are scopul "de a garanta respectarea cererii de eutanasiere făcută de către un pacient incurabil, din respect pentru autonomia personală a acestuia". Înainte de a efectua eutanasia, medicul trebuie să consulte un al doilea medic, care garantează faptul că cererea este "voluntară, bine gândită și repetată" și "că s-a așteptat cel puțin o lună între cererea scrisă a pacientului și actul de eutanasiere".

Nici un medic nu poate fi obligat să efectueze eutanasia. Nici o altă persoană nu poate fi obligată să asiste la efectuarea eutanasierei. Legea nu poate obliga conștiința liberă a medicului să practice eutanasia. Ce presupune un refuz? Câtă vreme criteriile legale necesare practicării eutanasierei sunt evaluate de către medicul însuși, orice decizie care atestă că nu au fost îndeplinite condițiile legale este incontrolabilă și, prin urmare, nu poate fi sancționată¹⁶.

¹⁵ Smets T, Bilsen J, Cohen J, Rurup M.L., De Keyser E., Deliens L., The medical practice of euthanasia in Belgium and The Netherlands: legal notification, control and evaluation procedures. *Health Policy*, 2009, 90(2-3), pp. 181-187.

Deliens L., Bernheim J.L., van der Wal G., A comparative study of the euthanasia laws of Belgium and the Netherlands. *Rev Med Liège*, 2003, 58 (7-8), pp. 485-492.

Deliens L., van der Wal G., The euthanasia law in Belgium and The Netherlands. *Lancet* 2003, 362, pp. 1239-1240.

¹⁶ Dayez B., The regulation of euthanasia under Belgian law. in: B. Ars & E. Montero, *Suffering and Dignity in the Twilight of Life* (pp. 113-142). Hague, Kugler Publication, 2004.

Controlul pașilor pe care trebuie să îi facă medicul care practică eutanasia este organizat pe două niveluri: dosarul medical și Comisia Federală pentru Control și Evaluare a Eutanasiiei. După efectuarea eutanasiiei, în termen de patru zile lucrătoare, medicul are obligația de a raporta cazul Comisiei, care este compusă din 16 membri (paritate lingvistică și reprezentare pluralistă). Aceștia determină dacă medicul care raportează actul eutanasic a respectat toate cerințele legale. În cazul unor nereguli, Comisia poate solicita medicului informații suplimentare și trimite cazul autorităților judiciare¹⁷.

Eutanasia în Belgia. Rezultatele legalizării

O dată ce "tabu"-ul care învăluia eutanasia a început să se estompeze odată cu legalizarea acestei practici, numărul de cazuri raportate a crescut în fiecare an. Conform raportului 2010-2011 al Comisiei Federale de Monitorizare și Evaluare a Eutanasia¹⁸, proporția deceselor prin eutanasia, declarate în 2011, a fost în medie de aproximativ 1% din totalul deceselor din Belgia. Cazurile de eutanasia raportate indică o creștere constantă a acestei practici. După cum indică Miccinesi et al.¹⁹, gradul de acceptare a crescut după legalizare și oricine poate constata tendința spre utilizarea sporită a eutanasiiei. Legea din 2002 a condus la o acceptare mai mare a practicii în rândul medicilor, fie ca rezultat al creșterii atenției societății și a discuțiilor deschise despre eutanasia, după legalizarea acesteia, dar probabil și pentru că medicii își adapteze părerile cu privire la ceea ce este permis din punct de vedere etic în funcție de ceea ce este permis din punct de vedere legal. Acest din urmă aspect ar putea fi privit ca o manifestare a efectelor așa-numitei pante alunecoase a legalizării eutanasiiei²⁰. A fost evidențiată o discrepanță mare și în raportările cazurilor de eutanasia între partea de nord a Belgiei, locuită de vorbitorii de limbă flamandă (Flandra) și

¹⁷ Smets T., Bilsen J., Cohen J., Rurup M.L. & Deliens L. Legal Euthanasia in Belgium. Characteristics of All Reported Euthanasia Cases, *Medical Care*, 2009, 47 (12), pp. 187-192. Retrieved July 11, 2012 from www.lww-medicalcare.com

¹⁸ *** Rapport de La Commission fédérale de Contrôle et d'Evaluation de l'Euthanasie (published on June 28, 2012), retrieved July 10, 2012 from <http://www.health.belgium.be/portal/Healthcare/Consultativebodies/Commissions/Euthanasia/Publications/index.htm>

¹⁹ Miccinesi G., Fischer S., Paci E., Onwuteaka-Philipsen B. D., Cartwright C., van der Heide A., Physicians' attitudes towards end-of-life decisions: a comparison between seven countries. *Social Science & Medicine*, 2005, 60 (9), pp. 1961-1974.

²⁰ Norwood F., Kimsma G., Battin M.P., Vulnerability and the 'slippery slope' at the end-of-life: a qualitative study of euthanasia, general practice and home death in The Netherlands. *Fam Pract*, 2009, 26 (6), pp. 472-480.

van der Burg W., The slippery slope argument. *Ethics* 1991, 102 (1), pp. 42-65.

Pereira J., Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. *Current Oncology*, 2011, 18(2), pp. 38-45.

partea de sud, francofonă (Walonia), cunoscut fiind faptul că aceste două grupuri au rădăcini culturale diferite²¹, diferențele fiind evidente și măsurabile. În cele din urmă, faptul că diferențele în prevalența deciziilor legate de sfârșitul vieții între cele două grupuri lingvistice se găsesc în aceeași țară cu aceleași legi și regulamente, este un indiciu al faptului că diferențele culturale nu trebuie neglijate²².

Frecvența cazurilor de eutanasiere raportate în Belgia, 2002–2011

An	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total	24	235	349	393	429	495	705	822	953	1133
	7-17	36-199	45-304	61-332	39-340	83-412	26-679	66-656	144-809	215-918
	Wa-Fl	Wa-Fl	Wa-Fl	Wa-Fl	Wa-Fl	Wa-Fl	Wa-Fl	Wa-Fl	Wa-Fl	Wa-Fl
	Wa – Walonia; Fl – Flandra									

Un studiu din 2012 subliniază diferențe semnificative între medicii din Flandra și Walonia, în privința practicii, a cunoștințelor și a atitudinilor cu privire la eutanasiere și a cerințelor legale în legătură cu săvârșirea ei, care ar putea explica diferența dintre cele două regiuni în ce privește numărul de cazuri de eutanasiere raportate²³. Comparativ cu omologii lor flamanzi, medicii waloni sunt mai reticenti față de efectuarea eutanasiei și față de obligativitatea raportării acesteia. O proporție mai mare de medici flamanzi au primit o cerere de eutanasiere, după introducerea legii. În cazurile cererilor de eutanasiere, medicii waloni s-au consultat mai rar cu un medic independent.

În rândul populației generale, acceptarea eutanasiei este puțin mai mare în Flandra decât în Walonia. Și cererile de eutanasiere au fost mai des raportate în Flandra decât în Walonia (51% vs 38%), unde și eutanasiile efectuate au fost raportate mai des (73% vs 58%).

Sexul pacienților (2011)

Bărbați	52%	(N=573)
Femei	48%	(N=560)

²¹ Cohen J., Van Wesemael Y., Smets T., Bilsen J., Deliëns L., Cultural differences affecting euthanasia practice in Belgium: One law but different attitudes and practices in Flanders and Wallonia. *Social Science & Medicine* 2012, 75, pp. 845-853.

²² Van den Block L., Deschepper R., Bilsen J., Bossuyt N., Van Casteren V. & Deliëns L., Euthanasia and other end-of-life decisions: a mortality follow-back study in Belgium. *BMC Public Health*, 2009, 9, p. 79. Retrieved July 11, 2012 from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/79>

²³ Cohen J., Van Wesemael Y., Smets T., Bilsen J., Deliëns L., Cultural differences affecting euthanasia practice in Belgium: One law but different attitudes and practices in Flanders and Wallonia. *Social Science & Medicine* 2012, 75, pp. 845-853.

Vârsta (2011)

< 20	0%	
20-39	2%	(N=26)
40-59	17%	(N=359)
60-79	52%	(N=1086)
≥ 80	27%	(N=594)

Eutanasiile pe baza de cerere conștientă sau directivă în avans (2011)

Cerere conștientă	98%	(N=1108)
Directivă în avans	2%	(N=25)

Diagnosticul pacienților eutanasiați (2010)

cancer	75%	(N=820)
boli neuromusculare progresive	7%	(N=77)
boli neuromusculare non-progresive	1%	(N=6)
boli de plămâni non-canceroase	3%	(N=44)
boli cardiovasculare	5%	(N=63)
boli de rinichi	1%	(N=7)
sida	0%	
boli neuropsihice	3%	(N=33)
patologii multiple	2%	(N=23)
altele	4%	(N=54)

Locul decesului (2011)

spital	45%	(N=507)
acasă	44%	(N=503)
azil sau hospice	8%	(N=101)
altele	3%	(N=22)

Comparativ cu majoritatea deceselor înregistrate în rândul populației, pacienții care au murit prin eutanasiile au fost mai ales tineri, bărbați, au avut cancer și au decedat la domiciliu. 69% dintre eutanasiile au implicat pacienți de vârstă mijlocie (de la 40 la 79 de ani). Eutanasiile au fost rare în grupa de vârstă > 80 de ani (27% dintre eutanasiile, în timp ce aproape 50% dintre decese se înregistrează printre persoanele de această vârstă).

Eutanasiile au fost cel mai adesea efectuate cu barbiturice și rareori numai cu morfină. La aproape toți pacienții, s-a raportat suferința fizică insuportabilă (95,6%) și/sau cea psihică (68%). Un procent limitat de pacienți (6,6%) au fost pacienți nonterminali, în special cu boli neuromusculare.

În spatele statisticilor oficiale

Pentru ca practicarea eutanasiei să fie ținută sub control, medicii din Belgia sunt obligați prin lege să raporteze fiecare caz Comisiei Federale de Control și Evaluare. Nu se cunoaște în ce măsură medicii belgieni raportează aceste cazuri, dar un studiu publicat în *British Medical Journal* în octombrie 2010²⁴ a constatat că în 2007 rata de raportare a cazurilor de eutanasiu în Flandra a fost estimată la 52,8%. Deci, aproape jumătate din decesele provocate prin eutanasiu în această regiune din Belgia pur și simplu nu au fost raportate. În general, cele mai multe cazuri nu au fost declarate deoarece medicii nu au perceput actul lor ca fiind o eutanasiu.

Un studiu publicat în mai 2010 în *Journal of Canadian Medical Association* a constatat că 32% (66 din 208 pacienți - aproape unul din trei) dintre decesele prin eutanasiu din Flandra au avut loc fără cererea sau acordul pacientului²⁵, deși legea prevede că eutanasiu ar trebui să nu fie comisă fără solicitarea explicită a acestuia. Rezultatele similare raportează Cohen et al.²⁶ și ele indică o acceptare destul de mare în rândul medicilor flamanzi și waloni cu privire la curmarea vieții, fără o cerere explicită a pacientului (motivul invocat adeseori este compasiunea). Una dintre cele mai comune practici ilegale - "darul morții" - este administrarea unei substanțe în scopul de a accelera producerea morții, fără dorința explicită a pacientului²⁷. În alte situații, deși injecția letală nu ar trebui să fie făcută de către asistentele medicale, legea a fost încălcată, cu bună știință, în mod repetat²⁸.

În literatura de specialitate din Occident, unii autori afirmă că depenalizarea eutanasiei împinge societatea pe o pantă alunecoasă. Acceptarea unei forme de eutanasiu va duce la acceptarea altor forme de moarte asistată. Constatările lui Miccinesi et al.²⁹ arată că nivelul de acceptare pare să fi crescut după legalizare și

²⁴ Smets T., Bilsen J., Cohen J., Rurup M. L., Mortier F., Deliens L., Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: cross sectional analysis of reported and unreported cases. *BMJ*, 2010, 341, p. 5174, <http://www.bmj.com/content/341/bmj.c5174.full>

²⁵ Chambaere K., Bilsen J., Cohen J., Onwuteaka-Philipsen B.D., Mortier F., Deliens L., Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey. *CMAJ* 2010, 182 (9), pp. 895-901, online at <http://www.cmaj.ca/content/early/2010/05/17/cmaj.091876.full.pdf+html>

²⁶ Cohen J., Van Wesemael Y., Smets T., Bilsen J., Deliens L., Cultural differences affecting euthanasia practice in Belgium: One law but different attitudes and practices in Flanders and Wallonia. *Social Science & Medicine* 2012, 75, pp. 845-853.

²⁷ Groupe de travail «Ethique, droit et santé» / Plus Digne la vie (coord. Dr. B. Devalois), *Légalisation de l'euthanasie en Belgique: un bilan. Résultats d'une enquête qualitative auprès de professionnels de santé belges travaillant en soins palliatifs*, 2012, online on <http://plusdignelavie.com/wp-content/uploads/2012/03/Bilan-euthanasie-belgique-Analyse-des-reponses.pdf>

²⁸ Inghelbrecht E., Bilsen J., Mortier F., Deliens L., The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium, *CMAJ* 2010, 182 (9), pp. 905-910.

²⁹ Miccinesi G., Fischer S., Paci E., Onwuteaka-Philipsen B.D., Cartwright C., van der Heide A., Physicians' attitudes towards end-of-life decisions: a comparison between seven countries. *Social Science & Medicine*, 2005, 60 (9), pp. 1961-1974.

sugerează o tendință spre o utilizare sporită a eutanasiei. Pereira³⁰ argumentează că garanțiile juridice ale eutanasiei sunt ineficiente și că mulți oameni care nu ar trebuit să fie eutanasiați, în conformitate cu legea belgiană, au murit prin acest mijloc. Mai mult decât atât, evaluarea eutanasiei este complet retrospectivă. Studiul lui Cohen et al.³¹ confirmă faptul că garanțiile juridice (e.g. consultarea unui al doilea medic independent, raportarea către Comisia federală de control și evaluare) nu sunt respectate în toate cazurile de eutanasiu și că nu toți medicii au o atitudine pozitivă față de necesitatea acestor garanții juridice. Mai mult decât atât, medicii waloni au mai puține cunoștințe despre cazurile care ar trebui etichetate ca eutanasiu, cât și despre cele ce ar trebui raportate Comisiei.

Chiar monitorizarea aplicării legii stârnește îndoieli. Oficial, cele 5538 eutanasiu efectuate între 2002 și 2011 au fost într-un total conforme cu legea. Cu toate acestea, mulți pun sub semnul întrebării funcționarea unei instituții în care permanența consensului unanim a 16 persoane generează suspiciune și neîncredere. Acest fapt ridică întrebări cu privire la eficiența controlului, care nu a constatat vreodată nicio încălcare a legii în acest domeniu sensibil, în timp ce rezultatele studiilor sugerează contrariul.

O altă dilemă etică se întrevide în contextul procurării de organe, caracterizat de explorarea de noi surse pentru a mări numărul de donatori, cu scopul de a scurta timpul de așteptare pentru procurarea unui organ. Organe pot fi recuperate de la un donator eutanasiat, care și-a exprimat în mod voluntar și explicit dorința de a dona organe³². Este important să înțelegem faptul că majoritatea pacienților care solicită eutanasiu nu îndeplinesc criteriile pentru donarea de organe, deoarece aceștia suferă de cancer în fază terminală. Numai pacienții care suferă de o boală benignă debilitantă, cum ar fi o tulburare neurologică sau musculară, sunt considerați potriviți pentru donarea de organe. Potrivit unui studiu publicat în *Applied Cardiopulmonary Pathophysiology*³³, medicii au recoltat plămâni de la pacienți din Belgia, care au fost eutanasiați, deoarece

³⁰ Pereira J., Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. *Current Oncology*, 2011, 18(2), pp. 38-45.

³¹ Cohen J., Van Wesemael Y., Smets T., Bilsen J., Deliens L., Cultural differences affecting euthanasia practice in Belgium: One law but different attitudes and practices in Flanders and Wallonia. *Social Science & Medicine* 2012, 75, pp. 845-853.

³² Detry O., Laureys S., Faymonville M.E. et al., Organ donation after physician-assisted death. *Transplant Int*, 2008, 21 (9), p. 915.

Ysebaert D., Van Beeumen G., De Greef K. et al., Organ procurement after euthanasia: Belgian experience. *Transplant Proc*, 2009, 41, p. 585.

³³ Van Raemdonck D., Verleden G. M., Dupont L., Ysebaert D., Monbaliu D., Neyrinck A., Coosemans W., Decaluwe H., De Leyn P., Naftoux P., Lerut T., Initial experience with transplantation of lungs recovered from donors after euthanasia. *Applied Cardiopulmonary Pathophysiology* 2011, 15, pp. 38-48, http://www.applied-cardiopulmonary-pathophysiology.com/fileadmin/downloads/acp-2011-1_20110329/05_vanraemdonck.pdf

organele erau în stare mult mai bună comparativ cu cele recoltate de la o persoană care a murit într-un accident, Autorii studiului au raportat experiența a patru beneficiari care au primit plămâni de la donatori eutanasiați, între 2007 și 2009: "Grefele pulmonare au funcționat bine încă de transplant" (2011, 43).

Legarea donării de organe de eutanasiere poate ridica probleme etice, deoarece îi poate face pe pacienții de pe lista de așteptare să mizeze pe moartea celor cu afecțiuni incurabile. Mai mult, din cauza utilității organelor recuperate de la un donator care a murit prin eutanasiere, există temeri că "dreptul de a muri" poate deveni "datoria de a muri". În situația în care există presiuni pentru a găsi noi donatori pentru pacienții de pe lista de așteptare, acest lucru poate deveni o problemă, existând teama că medicii ar putea răspunde nevoii de noi organe prin eutanasierea cu mai multă ușurință a pacienților. În acest context, ar putea fi doar o chestiune de timp înainte ca organele să fie prelevate de la pacienții care sunt eutanasiați, fără consimțământul lor. Odată ce organele devin mult mai valoroasă decât corpul bolnav care le adăpostește, nu e mult până la a consimți ca eutanasia să devină o modalitate acceptată de a mări rezervele de organe disponibile pentru donare³⁴.

Mai mult decât atât, căderea unui tabu generează întotdeauna noi pretenții. În prezent, dezbateră se poartă în jurul eutanasiei minorilor, precum și a adulților afectați de deteriorarea creierului (e.g. metastaze cerebrale, demență, etc.)³⁵.

Discuții

În zilele noastre, problemele care privesc sfârșitul vieții sunt strâns legate de condițiile culturale (instituționale, medicale, religioase, economice, sociale sau familiale). Moartea voluntară este considerată o caracteristică a societății de consum, un fel de "fast food" funebru³⁶ caracterizat de accesibilitatea imediată la o moarte bună. În drum spre a deveni un *gadget* postmodern, alegerea propriei morți face în Europa din ce în ce mai multă vâlvă.

Reconsiderând acest fenomen, nu putem ignora diferențele culturale dintre țări, ca de altfel și dintre regiunile aceleiași țări. Situația din Belgia ilustrează această afirmație, întrucât există importante diferențe culturale în ceea ce privește atitudinile și practica eutanasiei între cele două regiuni ale

³⁴ Miedema D., Euthanasia and organ donation in Belgium. *eReview of the Institute of Marriage and Family Canada* 2011, 11 (14), http://www.imfcanada.org/sites/default/files/eReview_July_14_11.pdf

³⁵ Cohen-Almagor R., Belgian euthanasia law: a critical analysis. *J. Med. Ethics* 2009, 35, pp. 436-439, <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/35/7/436>

³⁶ Editor's choice, Death in a consumer society. *BMJ* 2003, 236, p. 40.

Belgiei³⁷. Ancheta europeană asupra valorilor din 2008 a arătat că acceptarea eutanasiei este, statistic, mai mare în Flandra (6,96, 95% CI: 6.78-7.13) decât în Walonia (6.61, 95% CI: 6.40-6.83) (one-way ANOVA test, $p = 0,015$)³⁸, dar această diferență în acceptarea eutanasiei de către populația din cele două regiuni este mică. În schimb, s-a constatat o acceptare semnificativ mai mare în rândul medicilor flamanzi de a îndeplini o cerere de eutanasiere. Reticența semnificativă a colegilor lor waloni este legată de faptul că aceștia mai degrabă ar realiza sedarea pacientului decât să-i administreze medicamente letale. De asemenea, ei sunt de acord că o bună îngrijire paliativă ar preveni majoritatea cererilor de eutanasiere, iar un medic ar trebui să încerce mereu să păstreze viața. Doar 17% din cazurile raportate Comisiei federale de control și evaluare a eutanasiei au venit din partea medicilor vorbitori de franceză³⁹. Unii au ajuns la concluzia că eutanasia este de fapt o practică mult mai frecventă în Flandra⁴⁰, dar alții au legat acest procent, mai degrabă de reticența medicilor waloni de a raporta cazurile de eutanasiere⁴¹.

Belgia, alături de Olanda și Luxemburg, țări în care eutanasia a fost depenalizată, nu reprezintă o excepție în atitudinea populației generale din Europa de Vest față de eutanasiere. În Franța, sondajele care încearcă să capteze opinia publică cu privire la legalizarea practicii eutanasiei indică o creștere constantă a acceptării ei. La întrebarea: 'Dacă ați fi vreodată atins de vreo boală incurabilă care v-ar cauza suferință, ați ruga personalul medical să practice asupra dvs. eutanasia activă?', procentul respondenților favorabili a fost de 57% în 1988, 79% în 1998 și în 2011 la 83%⁴². Într-un studiu privind percepția

³⁷ Smets T., Van Wesemael Y., Cohen J., Bilsen J., Process and outcomes of euthanasia requests under the Belgian act on euthanasia: a nationwide survey. *J Pain Symptom Manage*, 2011, 42(5), pp. 721-733.

Van den Block L., Deschepper R., Bilsen J., Bossuyt N., Van Casteren V., Deliens L., Euthanasia and other end of life decisions and care provided in final three months of life: nationwide retrospective study in Belgium. *BMJ* 2009, 30, 339.

³⁸ J. Cohen et al. / *Social Science & Medicine*, 75 (2012), 845-853, p. 847.

³⁹ Smets T., Bilsen J., Cohen J., Rurup M.L., Deliens L., Legal euthanasia in Belgium. Characteristics of all reported euthanasia cases. *Medical Care*, 2010, 48(2), pp. 187-92; Smets T., Bilsen J., Cohen J., Rurup M.L., Deliens L., Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders. Cross sectional analysis of reported and unreported cases. *British Medical Journal*, 2010, 341, p. 5174.

⁴⁰ Chambaere K., Bilsen J., Cohen J., Onwuteaka-Philipsen B.D., Mortier F., Deliens L., Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey. *CMAJ* 2010, 182 (9), pp. 895-901; Van den Block L., Deschepper R., Bilsen J., Bossuyt N., Van Casteren V., Deliens L., Euthanasia and other end-of-life decisions: a mortality follow-back study in Belgium. *BMC Public Health*, 2009, 9, p. 79.

⁴¹ Cohen J., Van Wesemael Y., Smets T., Bilsen J., Deliens L., Cultural differences affecting euthanasia practice in Belgium: One law but different attitudes and practices in Flanders and Wallonia. *Social Science & Medicine* 2012, 75, pp. 845-853.

⁴² Observatoire National de la Fin de Vie. Rapport 2011, p. 58,

populației din 33 de țări europene privind eutanasia, țări precum Olanda, Danemarca, Franța, Suedia și Belgia sunt lideri în acceptarea eutanasierei, în schimb România, Turcia și Malta sunt pe ultimele poziții⁴³. Autorii cred că credințele religioase, factorii socio-demografici, valorile morale (i.e. credința în dreptul la autodeterminare, chiar tradiția și istoria națională ca în cazul Germaniei, unde se păstrează o amintire vie a planurilor naziste de eutanasiere) pot explica aceste diferențe între țări. Chiar și în Belgia, studiul lui Van Wesemael et al.⁴⁴ arată că medicii mai religioși au primit mai rar cereri de eutanasiere de la pacienți religioși decât cei care nu sunt astfel. Deși credințele religioase pot face o diferență în atitudinea față de eutanasiere, acești factori nu coincid. Punctele de vedere sunt mai degrabă individuale și diferite, chiar în cadrul aceluiași grup.

Vocea religiei nu este la fel de puternică în toate țările. Credințelor religioase le-a fost alterată influența sau au fost redefinite, ajungându-se la o liberalizare a gândirii predominante cu privire la viață și la moarte. Acest declin al influenței autorității religioase a dus la dezbateri controversate despre posibilitatea eutanasierei, independent de învățătura oficială a denominațiilor religioase⁴⁵. În cadrul denominațiilor creștine, chiar între romano-catolici, există o acceptare destul de mare a eutanasierei, atitudine influențată de mediul cultural secularizat. A fi romano-catolic într-o țară secularizată are mai puține consecințe decât a fi catolic într-o țară conservatoare, cu un mediu mai religios⁴⁶. Acest fapt e demonstrat de acceptarea ridicată a eutanasierei printre catolicii din Olanda, Franța și Belgia. În țările scandinave, persoanele care se consideră religioase arată aceeași acceptabilitate față de eutanasiere ca și cele nereligioase. Pe de altă parte, în țări precum Italia și Polonia, există o mare diferență între respondenții care se consideră sau nu romano-catolici. Cu alte cuvinte, a fi catolic, mai cu seamă în aceste țări, nu implică și adeziunea totală la respingerea categorică a eutanasierei de către Vatican⁴⁷.

⁴³ Cohen J., Marcoux I., Bilsen J., Deboosere P., van der Wal G., Deliens L., European public acceptance of euthanasia: Socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries. *Social Science & Medicine* 2006, 63, pp. 743–756.

⁴⁴ Van Wesemael Y., Cohen J., Bilsen J., Smets T., Onwuteaka-Philipsen B., & Deliens L., Process and outcomes of euthanasia requests under the Belgian act on euthanasia: a nationwide survey. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2011, 42(5), pp. 721–733.

⁴⁵ O'Neill C., Feenan D., Hughes C. & McAlister D. A., Physician and family assisted suicide: Results from a study of public attitudes in Britain. *Social Science & Medicine*, 2003. 57 (4), pp. 721–731.

⁴⁶ De Moor R., Religion and moral values: The case of euthanasia. In R. De Moor (Ed.), *Values in western societies* (pp. 31–50). Tilburg, Tilburg University Press, 1995.

⁴⁷ Hamil-Luker J., & Smith C., Religious authority and public opinion on the right to die. *Sociology of Religion*, 1998, 59(4), pp. 373–391.

Și în țări majoritar ortodoxe s-au făcut studii cu privire la deciziile legate de finalul vieții. Autorii unui studiu realizat în Grecia în 2010⁴⁸ și-au propus să investigheze opiniile cu privire la eutanasiu și suicidul asistat ale medicilor greci, ale asistentelor medicale, ale populației generale și ale rudelor pacienților aflați într-un stadiu avansat de cancer. Majoritatea respondenților și-au mărturisit crezul în învățătura Bisericii: 60,5% dintre medici, 72,4% dintre asistentele medicale, 67,9% dintre rude și 67,9% din populația generală. Credința creștină este deci unul din motivele de opoziție a lor față de eutanasiu și suicidul asistat, în condițiile în care aproximativ 98% din grecii aparțin Bisericii Ortodoxe⁴⁹. Învățătura creștină tradițională se opune eutanasiei, căci viața este văzută ca un dar de la Dumnezeu, momentul morții este cunoscut numai de El, de aceea eutanasiu este considerată ca fiind o crimă⁵⁰.

Și în România, există aceeași opoziție față de eutanasiu⁵¹. Mai mult, art. 121 din Codul de Deontologie Medicală precizează: "Se interzice cu desăvârșire eutanasiu, adică utilizarea unor substanțe sau mijloace în scopul de a provoca decesul unui bolnav, indiferent de gravitatea și prognosticul bolii, chiar dacă a fost cerut insistent de un bolnav perfect conștient", iar articolul următor adaugă: "Medicul nu va asista sau îndemna la sinucidere sau autovătămăre prin sfaturi, recomandări, împrumutarea de instrumente, oferirea de mijloace"⁵². Belgia ar putea servi drept un caz pentru țările europene. Odată cu depenalizarea eutanasiei, sentimentul de transgresiune riscă să dispară și ceea ce odată era interzis ar putea deveni, încetul cu încetul, o normalitate⁵³. După anul 2002, doar Luxemburg a urmat calea Olandei și a Belgiei. La 25 ianuarie 2012, la Strasbourg, Consiliul Europei a votat împotriva eutanasiei și a cerut generalizarea "directivelor în avans" în toate țările europene și interzicerea eutanasiei, în conformitate cu

⁴⁸ Parpa E., Mystakidou K., Tsilika E., Sakkas P., Patiraki E., Pistevou-Gombaki K., Govina O., Panagiotou I., Galanos A., Gouliamos A., Attitudes of health care professionals, relatives of advanced cancer patients and public towards euthanasia and physician assisted suicide, *Health Policy*, 2010, 97, pp. 160–165.

⁴⁹ Davis A., Davidson B., Hirschfield M., Lauri Z., Ju Ying L., Norberg A. et al., An international perspective of active euthanasia: attitudes of nurses in seven countries. *International Journal of Nursing Studies*, 1993, 30, pp. 301–310.

⁵⁰ Iloaie S., Ethics and Life. The Documents of the Romanian Orthodox Church on Issues of Bioethics. *Revista Română de Bioetică*, 2009, 7, nr. 2.

⁵¹ Ioan B., Astărăstoae V., Atitudinea față de moarte, eutanasiu și suicid asistat medical - o perspectivă românească, *Revista Română de Bioetică*, 2005, vol. 3, nr. 3.

⁵² Codul de deontologie medicală, 2012. Retrieved August 28, 2012 from www.cmb.ro/legislatie/codulDeontologic/cod.pdf

⁵³ Pereira J., Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. *Current Oncology*, 2011, 18(2), pp. 38–45.

Convenția europeană privind bioetica⁵⁴. Presiunii tot mai mari din partea societății civile din alte țări, guvernele lor se opun. În Franța, guvernul a reafirmat recent că legea Leonetti 2005 (care diferențiază oprirea sau retragerea tratamentului de eutanasia activă), precum și îngrijirile paliative sunt singurele răspunsuri posibile la cererile pacienților de legalizare a eutanasiiei.

Potrivit afirmației unui etician belgian, "societatea ne conduce spre idealul de a deține controlul, în timp ce sfârșitul vieții, și în special procesul morții, ne fac să pierdem acest control"⁵⁵. O societate care respinge moartea este o societate care va considera din ce în ce mai "necesar" să ia viața.

Concluzii

Deși eutanasia efectuată de către medici a fost depenalizată în Belgia încă din 2002, iar legea prevede reguli clare pentru efectuarea ei, totuși existența acestor reglementări legale nu înseamnă că practica a pierdut din caracterul său controversat și contencios. Legea a avut ca scop eliminarea eutanasiiei clandestine, pentru a limita practicarea ei doar de către medic și pentru a asigura punerea în aplicare a dorințelor pacientului. La 10 ani de la data intrării în vigoare a prezentei legi, putem concluziona că obiectivele nu au fost îndeplinite în totalitate.

Potrivit literaturii de specialitate, criteriile (e.g. suferință greu de suportat, fără perspectivă de ameliorare, cerere explicită și repetată) care trebuie îndeplinite pentru ca eutanasia să aibă loc, precum și cele două cerințe procedurale (consultarea unui al doilea medic independent care să evalueze dacă cererea de eutanasia a pacientului poate fi îndeplinită și, odată realizată, eutanasia să fie raportate la Comisia Federală) nu sunt întotdeauna îndeplinite.

Cererea pacientului nu este scutită de ambivalență. Aceasta poate fi influențată de medic, de resurse economice, de considerente familiale sau ideologice, care pot să nu aibă legătură cu starea fizică sau psihică. Contrar credinței larg răspândite, eutanasia nu este o idee progresivă. Ea nu întărește dreptul pacienților, ci, în mod paradoxal, sporește puterea medicilor. O mare parte din numărul de eutanasii se datorează medicilor. Ei trebuie să rămână conștienți de autoritatea pe care le-o dă calitatea de medic și de faptul că recomandările lor sunt decisive în alegerile pe care le fac pacienții lor.

⁵⁴ Le Conseil de l'Europe interdit l'euthanasie, 2012, <http://info.catho.be/2012/01/31/le-conseil-de-leurope-interdit-leuthanasie/>

⁵⁵ Jacquemin D., Tabou de la mort, l'interdit du deuil. In: *Les cahiers francophones de soins palliatifs*, 2006, Vol. 7, no. 1, pp. 5-29.

ETICA RECONSTRUCȚIEI ECOLOGICE

ALEXANDRU NICOLAE STERMIN¹, ELENA RAKOSY-TICAN²

ABSTRACT. *The Ethics of Ecological Restoration.* The ethics of ecological restoration. Ecological restoration is one of the most sensitive topics of ecology. Such ethical problem arises when man try to conserve an ecosystem taking into account the ecological value. Is it ethical to act against the natural course of things ? Is it natural to see Nature as a scale of „values”? Environmental changes affect some species more than others, in this context the species does not acquire a „value” beyond all it acquires a priority and the priority is given the scale of ecological value. In conclusion ecological restoration is a fact that must be assumed by the society that develops with accelerated pace, occupying more and more space and using more resources in detriment of other species which are forced to restrict their territories, their areas, and finally the access to vital resources.

Keywords: *ecological value, species, habitat, priority, conservation*

REZUMAT. Reconstrucția ecologică este unul dintre subiectele cele mai sensibile ale ecologiei. Astfel, problema eticii se pune atunci când omul prin acțiunea sa încearcă să conserve starea unui ecosistem luând, la prima vedere, în calcul valoarea lor ecologică. Este oare etic să acționăm împotriva unui curs firesc al lucrurilor? Este oare firesc să privim speciile după scara unor „valori”? În contextul în care modificările mediului le afectează pe unele specii mai mult decât pe celelalte, speciile nu capătă o valoare ci dincolo de toate capătă o prioritate iar scara dată de prioritatea conservării lor naște scara valorii lor ecologice. În concluzie, reconstrucția ecologică este un fapt ce trebuie asumat de o societate care se dezvoltă accelerat, ocupând tot mai mult spațiu și utilizând tot mai multe resurse, în defavoare speciilor care sunt obligate să își restrângă teritoriile și arealele și odată cu acestea și accesul la resursele vitale pentru supraviețuire.

Cuvinte cheie: *valoare ecologică, specie, habitat, prioritate, conservare.*

¹ Dr., Universitatea Babeș-Bolyai, Facultatea de Biologie și Geologie, Dep. de Ecologie și Taxonomie, Cluj-Napoca, România, e-mail: sandu.stermin@yahoo.com

² Prof. univ. dr., Universitatea Babeș-Bolyai, Facultatea de Biologie și Geologie, Dep. de Biologie moleculară și Biotehnologie, Cluj-Napoca, România, e-mail: lrakosy@hasdeu.ubbcluj.ro

Conștientizarea ecologicului

Odată cu conștientizarea prezenței sale în natura și, ulterior a Cosmosului care îl înconjoară, omul, a simțit, a cunoscut și a conștientizat relația sa cu fiecare element al Naturii. O relație de dependență care privită din perspectivă ecologică, în contextul modificărilor climatice din timpul perioadelor glaciare a cauzat și scris istoria evoluției sale.

Dacă în paleolitic (cca. 20.000-8.000 î.e.n) oamenii depindeau cu totul de vânătoare și cules, ei au conștientizat mai apoi că animalele și plantele din jurul lor sunt cele care le asigură hrana și implicit existența.³ În acest context, ca și o cauzalitate a acestor relații, în conștiința speciei umane s-au născut totemurile. Antropomorfizând animalele, oamenii se așteptau ca uciderea unui animal dintr-un grup, să atragă după sine răzbunarea acestora de către restul grupului, după aceeași cutumă, conform căreia uciderea unui om dintr-un trib atrăgea răzbunarea tribului asupra ucigașilor. Una dintre principalele cauze a alegerii totemurilor din spațiul zoologic este evitarea acestor răzbunări, pe care oamenii le așteptau din partea animalelor. În acest fel, oamenii „primitivi” au declarat „animale sfinte”, sacre, cu puteri magice, care să îi protejeze.⁴

Orice totem devenea „tabu”, căpăta cu timpul această valoare în cultura comunității. Termenul de „tabu” este împrumutat din polineziană și desemnează tot ceea ce este interzis profanului. Migrarea simbolului din spațiul teluric în cel cosmic, din spațiul profan spre cel sacru este cauza apariției conștiinței „eco-protecționiste” în istoria speciei umane. Animalul tabu al primelor religii era o specie protejată, asemeni ursului panda, a rânuicii sau a berzei, care putea să trăiască în pace cu omul fără să se teamă de vânători. Totemul era mijlocul cel mai sigur de a proteja un animal într-o societate care trăia din vânătoare și care depindea atât de mult de echilibrul ecologic. Egiptul faraonic a avut o asemenea zvâcnire de conștiință ecologică în momentul în care a atribuit fiecărei provincii (nome) un animal sacru care era ocrotit pe plan local.⁵

Dar, neoliticul a adus odată cu descoperirea și dezvoltarea primelor forme de cultivare și domesticire a plantelor o nouă abordare a sacrului, ducând toată această lumină a simbolismului totemic spre terestru și vegetal. Această sacralitate dată speciilor cultivate se reflectă în ritualurile de culegere a roadelor, când oamenii care făceau acest lucru trebuiau să fie într-o stare de puritate. Însă, aceștia au conștientizat acum că aceste resurse sunt limitate și a apărut teama epuizării lor. Din această perspectivă, sacerdoții comunităților umane au imaginat

³ Armstrong, K., *O scurtă istorie a mitului*, Ed. Leda, București, 2008, p. 17.

⁴ Lewinsohn, R., *O istorie a animalelor - Rolul lor în dezvoltarea civilizației umane*. Ed. Meridiane, București, 1988, p 67.

⁵ Vallet, O., *Primele religii*, Ed. Univers, București, 2003, p. 24.

ritualuri care să liniștească angoasa pierderii resurselor naturale. În cadrul acestor ritualuri primele semințe erau “aruncate” ca o ofrandă, iar primele fructe coapte erau lăsate neculese, tocmai pentru a recicla aceste energii sacre.⁶

Timpul a trecut, istoria culturii capătă rădăcini și perspective iar oamenii au început să cunoască tot mai mult natura, să înțeleagă legăturile dintre componentele ei și să se integreze cât mai noninvaziv sau nondistructiv în mediul lor de viață. Această legătură dintre om și cosmos este reprezentată de unele mituri ale creației din America de Nord și Europa, în care se imaginau oamenii ca ieșind din pământ ca niște plante. Cerul, dătător de ploaie a fost personificat și a fost venerat ca Zeul Cerului iar glia maternă, dătătoare de viață, a devenit Zeița Mamă.⁷

Din spațiul dintre Tigru și Eufrat, locul de inspirație al Mitului biblic al căderii din Rai, vine ideea conform căreia echilibrul din Universul edenic a fost distrus de păcatul omului, episod ce marchează conștiința popoarelor creștine. Odată cu căderea lui, femeia naște pruncii în durere, iar bărbatul își obține cu sudoarea frunții sale rodul pământului. Iată cum, încă de pe atunci oamenii “știau” și au conștientizat faptul că omul este cel ce cauzează dezechilibrul naturii.

Aceste mituri ale creației i-au învățat pe oameni că ei aparțin pământului la fel ca stâncile, apele, copacii și animalele. Prin urmare ei trebuiau să respecte ciclurile naturii dar în același timp să își asume și responsabilitatea păstrării echilibrului pe care îl puteau distruge.

Toate acestea argumentează ideea conform căreia omul a conștientizat dependența sa față de natură și responsabilitatea pe care o are față de aceasta, încercând prin tot ceea ce înseamnă simbol, mit, tabu sau sacru, păstrarea și asumarea echilibrului natural, încă din cele mai vechi timpuri.

Ecologie, management ecologic și reconstrucție ecologică

Demonstrarea și abordarea științifică a interacțiunilor din natură s-au făcut de la începutul secolului al XVIII-lea, însă precursorii acestor idei ce leagă viața de mediul înconjurător au fost Aristotel și Teofrast. Bazele circuitului materiei în natură sunt puse de Lavoisier în 1792, iar, în 1861, Pasteur elucidează mecanismele descompunerii materiei organice moarte, în acest fel, conturându-se ideile științifice despre legătura viului cu neviul. Aceste idei sunt puternic argumentate și de lucrările lui Darwin dar și de lucrările lui Linné care constată existența unei *economii a naturii*, pe care o definește ca fiind „foarte înțeleapta dispunere a viețuitoarelor, instituită de către suveranul creator, după care acestea tind către scopuri comune și funcții reciproce.”

⁶ Armstrong *op. cit.*, p. 46

⁷ Armstrong, *op. cit.*, p. 34.

Toate aceste descoperiri, idei și concepte au fost completate de cunoștințe de botanică și zoologie iar Ernst Haeckel în 1866 a definit ecologia ca știință care ne dă o „*imagine unitară a naturii vii cu diversele aspecte ale luptei pentru existență, pe baza unei tratări integratoare și interdisciplinare, fiind, în cele din urmă „știința economiei naturii”*”.

Cu timpul, această știință și-a găsit reprezentanți în rândur celor cu putere de decizie din comunități, au apărut organizații și s-au desemnat astfel organisme de stat, care aveau ca principală activitatea conceperea și implementarea diferitelor proiecte ale căror obiective sunt conservarea mediului

Astăzi, activitățile principale ale acestor proiecte de natură ecologică sunt acțiunile de conștientizare a populației, inventariere și monitorizare a diferitelor specii de plante și animale pentru identificare și cuantificarea dezechilibrelor naturale în vederea aplicării unui management ecologic, spre conservarea zonelor declarate arii protejate și refacerea ecologică a unor ecosisteme ce au fost puternic afectate.

Reconstrucția ecologică este unul dintre subiectele cele mai sensibile ale ecologiei. Este modalitatea prin care se acționează direct asupra unui habitat/ecosistem pentru transformarea lui într-un alt habitat/ecosistem. În cadrul proiectelor de reconstrucție ecologică unele ecosisteme sunt transformate în ecosisteme care să îndeplinească anumite condiții ce țin de trecutul lor, ceea ce se definește ca remodelare a ecosistemului către o stare inițială.⁸

De cele mai multe ori acțiunile de reconstrucție ecologică au loc asupra unor habitate modificate din cauza directă a omului (defrișări de pădure, asanări de mlaștină etc.). Problemele de gen etic, dar și ecologic apar acolo unde habitatele care urmează să fie modificate sunt cele care au ajuns în stadiul “defavorabil” datorită acțiunii antropice indirecte sau datorită unor fenomene naturale petrecute în timp (colmatarea unor lacuri în mod natural, colmatarea unor eleștee, incendii de pădure, puternice alunecări de teren, etc.).

Astfel, problemele etice apar atunci când omul prin acțiunea sa încearcă să conserve starea unui ecosistem, eliminând din contextul său factorii sau cauzele, de cele mai multe ori naturale, care îl modifică în timp (decolmatarea lacurilor, tăierea vegetației). Acest tip de abordare etică a devenit modern odată cu epoca lui Darwin, când s-a stabilit că morala nu are nimic de a face cu natura.⁹

Etica „valorii ecologice” și a reconstrucției ecologice

Privind din perspectivele eticii s-au formulat două argumente care sprijină proiectele de restaurare ecologică:

⁸ Attfield R. & Belsey A. (Ed.), *Philosophy and the Natural Environment*, Cambridge University Press, Londra, 1994, p. 31.

⁹ Cooper D.E. & Palmer J.A. (Eds.), 1992. *The Environment in Question, Ethics and global issues*, Routledge London and New York, p. 30-41.

- Acțiunea umană asupra mediului nu este întodeauna negativă;
- Prin activitatea sa, omul încearcă conservarea și protejarea unor valori naturale.

Analizând primul argument ce susține ideea că omul nu afectează mereu natura în sens negativ, realizăm că uneori, reconstrucția ecologică vrea să elimine niște cauze naturale dintr-un anumit context. De exemplu, o mlaștină naturală aflată între două dealuri se va colmata cu timpul datorită aluviunilor care ajung de pe deal treptat în vale. Ochiurile de apă din interiorul stufului se vor închide cu timpul datorită vegetației; asociațiile vegetale care formează habitatele se vor succede în mod natural datorită scăderii nivelului apei. Astfel, păpurișurile vor fi înlocuite de trestiișuri iar trestiișurile de sălcete, toate aceste petrecându-se într-un mod natural.

Schimbarea habitatelor va aduce după sine și schimbarea faunei. Dacă această mlaștină este o zonă protejată atunci conform planului de management și al celui de reconstrucție ecologică trestia sau sălciile vor fi tăiate și se vor forma, „reconstrui” ochiuri de apă, care să refacă peisajul din trecut. Toate acestea pentru a readuce speciile “valoroase” care, dependente fiind de un anumit tip de habitat, au dispărut odată cu transformarea acestuia.

Este oare etic să acționăm împotriva unui curs firesc al lucrurilor? Dacă încercăm să privim spre trecut atunci am putea spune că primul tip de habitat, cel pe care încercăm să îl remodelăm s-a format în felul în care s-a format și cel pe care acum îl distrugem, adică în mod natural.

Ca răspuns la această întrebare vine cel de-al doilea argument prin care, noi, oamenii prin acțiunea noastră încercăm să conservăm și să protejăm niște specii “valoroase”, care din punct de vedere ecologic și biologic au un statut special.

Însă, un obiect, dezbrăcat de conceptele fenomenologiei sale nu are o valoare în sine. Fiecare lucru ia o valoare în relație cu un aplicant al acelei valori [un aplicant care are capacitatea de a da valoare]¹⁰. Natura este pur și simplu fără valoare obiectivă, fără morală. Subiecții umani, fiind etici, sunt cei care atribuie valori elementelor din natură.¹¹

Așadar, privită dintr-o altă perspectivă decât cea umană, dezgolită de conceptele lui *Homo sapiens*, orice specie are aceeași valoare în natură. Speciile sunt diferite prin manifestarea lor dar egale în ceea ce privește valoarea. Speciile care vin în habitatul nou format și le înlocuiesc pe cele vechi ar trebui să aibă aceeași valoare. Dar lucrurile stau altfel tocmai datorită nouă, celor care punem valori. Datorită acțiunii umane unele specii dispar mai repede decât ar fi fost natural și din această cauză cele mai periclitate au o importanță mai mare decât celelalte.

¹⁰ Windelband, W., *An Introduction to Philosophy*. T. Fisher Unwin, Londra, 1921, p. 365.

¹¹ Cooper D.E. & Palmer J.A., *op. cit.*, p. 30-41.

Într-un timp al urbanizării excesive și al schimbărilor bruște este greu să aplicăm îndemnul lui Norton (1991): *"Cei care se ocupă de reconstrucție ecologică ar trebui să privească viețuitoarele dintr-o perspectivă lipsită de tot ceea ce înseamnă valoare venită din partea omului"*.¹² Dar analizând problema din perspective obiectiv-ecologice și scoțând din calcul conceptul de „valoare al elementelor naturii”, în contextul în care modificările mediului le afectează pe unele specii mai mult decât pe celelalte, speciile nu capătă o valoare, ci dincolo de toate capătă o prioritate iar scara dată de prioritatea conservării lor naște scara valorii lor ecologice.

Privind întregul concept al conservării speciilor din perspectiva priorității, conștientizăm că nu este vorba de o diferență de valori, căci toate speciile au aceeași valoare, în contextul în care obiectivul umanității este păstrarea tuturor speciilor prezente, dar în urma dezechilibrelor apărute, unele specii sunt afectate și atunci au o prioritate mai mare în ceea ce privește programele de conservare. Chiar dacă printr-o reconstrucție ecologică se avantajează o anumită specie sau un anumit grup de specii, în defavoarea altora, la scară globală, speciile defavorizate de reconstrucția ecologică nu sunt afectate semnificativ. În concluzie, reconstrucția ecologică este un fapt ce trebuie asumat de o societate care se dezvoltă accelerat ocupând tot mai mult spațiu și utilizând tot mai multe resurse, în defavoare speciilor care sunt obligate să își restrângă teritoriile și arealele și odată cu acestea și accesul la resursele vitale pentru supraviețuire.

¹² Norton, B. G., *Toward Unity Among Environmentalists*. New York: Oxford University Press, 1991, p. 304.

ETICA ABORDĂRII MAMEI PRUNCUCIGAȘE ÎN EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ

DAN PERJU-DUMBRAVĂ¹, ADINA DANCIU², DANIEL MURESAN³,
RADU MOLDOVAN⁴, PAUL VOLSITZ⁵, CARMEN CORINA RADU⁶

ABSTRACT. *The Ethical Approach of the Infanticide – Accused Mothers in the Medico-Legal Psychiatric Expertise.* The issues which are raised in forensic psychiatric expertises of mothers accused of infanticide are the presence or the absence of discernment in the moment of committing the infanticide. The expert must keep a balanced attitude between empathy to the mother and objectivity in front of the infanticide. The absence of discernment of these women is caused in most of cases by psychiatric disorders related to pregnancy, and these diseases should be diagnosed correctly and eliminate all doubts. Another issue during the forensic psychiatric is the simulant behaviour of the patient.

Key words: *empathy, objectivity, psychiatric disorders, simulant, infanticid.*

REZUMAT. Problemele care apar în expertizele medico-legale ale mamei acuzate de pruncucidere (art 174 Cod penal sau sunt prezența sau absența capacității psihice (a discernământului) în momentul comiterii faptei. Expertul medic legist trebuie să păstreze o atitudine echilibrată între empatia față de mamă și obiectivitate în fața grozăviei faptei. Absența discernământului la aceste femei este cauzat, în majoritatea cazurilor, de afecțiuni psihiatrice în legătură cu sarcina, și aceste afecțiuni trebuie diagnosticate corect și complet, pentru a elimina orice dubii. De asemenea, trebuie luată în considerare posibilitatea simulării unor afecțiuni psihiatrice, de către mame, pentru a înșela ancheta și expertiza medico-legală.

Cuvinte cheie: *empatie obiectivitate, boli psihice, simulare, infanticid.*

¹ Prof. Dr., Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca

² Dr., Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca

³ Dr., Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca

⁴ Dr., Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca

⁵ Dr., Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea din Oradea. Corresponding author:
Conf.dr. Muresan Daniel (muresandaniel01@yahoo.com)

⁶ Dr., Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea din Oradea

Expertiza medico-legală psihiatrică este o cercetare complexă interdisciplinară care are ca și scop depistarea tulburărilor psiho-patologice și a influențelor acestora asupra:

1. Capacității individului de a putea aprecia conținutul și consecințele actelor efectuate și considerate antisociale.
2. Și a posibilității individului de a-și exprima liber voința în fața unui act pe care l-a deliberat și comis⁷.

Definiția pruncuciderii, subliniază atitudinea care trebuie abordată de specialiști în fața mamei pruncucișoare.

Pruncuciderea este definită în legislație ca fiind „Uciderea copilului nou-născut imediat după naștere, dar nu mai târziu de 24 de ore, săvârșită de către mama aflată în stare de tulburare psihică și se pedepsește cu închisoarea de la unu la 5 ani”, conform articolului 200 din Noul Cod Penal și respectiv art. 184 Codul de Procedură Penală „Expertiza medico-legală psihiatrică” parcurge următoarea metodologie; Expertiza se efectuează în cadrul instituției medico-legale de către o comisie, constituită potrivit legii. Expertiza medico-legală psihiatrică se efectuează după obținerea consimțământului scris al persoanei ce urmează a fi supusă expertizei, exprimat, în prezența unui avocat ales sau din oficiu, în fața organului judiciar, iar în cazul minorului și în prezența ocrotitorului legal. În cazul în care suspectul sau inculpatul refuză în cursul urmăririi penale efectuarea expertizei ori nu se prezintă în vederea examinării la comisia medico-legală psihiatrică, organul de cercetare penală sesizează procurorul sau judecătorul de drepturi și libertăți în vederea emiterii unui mandat de aducere în scopul prezentării la comisia medico-legală psihiatrică. În cazul în care consideră că este necesară o examinare complexă, ce necesită internarea medicală a suspectului sau a inculpatului într-o instituție sanitară de specialitate, iar acesta refuză internarea, comisia medico-legală sesizează organul de urmărire penală sau instanța cu privire la necesitatea luării măsurii internării nevoluntare. În cursul judecății, dacă inculpatul refuză efectuarea expertizei ori nu se prezintă în vederea examinării la comisia medico-legală psihiatrică, instanța, din oficiu sau la cererea procurorului, dispune emiterii unui mandat de aducere în condițiile art. 265⁸.

În cadrul expertizei medico-legale a mamei pruncucișoare ce cuprinde examenul obiectiv în scopul stabilirii semnelor de naștere și pentru aprecierea tulburărilor pricinuite de naștere este inclusă și expertiza medico-legală psihiatrică pentru stabilirea tulburărilor psihice ale mamei ce se stabilesc prin examen psihic și psihologic. Tulburările care survin imediat după naștere pot avea diferite cauze, intensitatea acestora fiind de asemenea variată: tulburări psihoemoționale, hemoragii în timpul nașterii, șoc obstetrical. Starea de tulburare pricinuită de naștere se poate stabili cu atât mai exact cu cât această examinare se face mai aproape de momentul nașterii. Comportamentul femeii va

⁷ Astărăstoae, V., Scripcaru, C., Scripcaru, Gh., *Medicină Legală pentru juriști*, în „Expertiza medico-legală psihiatrică”, Editura Polirom, Iași, 2003, p 189.

⁸ *Noul Cod Penal și Noul Cod de Procedură Penală*, 2014.

putea fi apreciat prin cercetarea cu atenție a antecedentelor patologice, evoluției sarcinii, constituției somato-psihice, condițiilor în care a avut loc nașterea⁹.

Există câteva elemente de deontologie în expertiza medico-legală psihiatrică a mamei pruncuigașe. Unul dintre elemente este că expertul medico-legal nu are dreptul să facă nici un rabat de la adevăratul obiectiv demonstrabil științific, în favoarea unor versiuni de anchetă în care adevărul poate fi doar aparent. În același timp trebuie respectate principiile juridice privind „prezumția de nevinovăție” sau „in dubio pro reo”, toate datele obținute în urma expertizei trebuie interpretate astfel încât să lase loc completării ulterioare a concluziilor, pe baza unor date noi. Un alt element de deontologie medico-legală este faptul că în exercitarea activității sale din cadrul expertizei acesta nu va fi stăpânit de compasiune, idei preconcepute, resentimente sau inflexibilitate nejustificată; singură judecata rece, obiectivă și nepărtinitoare trebuie să guverneze activitatea expertului medico-legal, orice ingerință în această activitate fiind interzisă. Deși ne aflăm în fața unei femei care a dat naștere unei vieți, iar remușcărilor acesteia care apar de obicei pe parcursul expertizei după comiterea faptei, tind să sensibilizeze expertul, prin competență, cinste și cult pentru adevăr, medicul legist trebuie să contribuie la respectarea drepturilor omului și la creșterea rolului pe care trebuie să-l joace Justiția într-un stat de drept¹⁰.

Expertul medico-legal trebuie să păstreze echilibrul între empatia față de mama pruncuigașă și obiectivitate. De asemenea, trebuie să investigheze atent comportamentul pacientei. În astfel de cazuri, simularea unei boli psihice pentru a scăpa de consecințele faptelor sale este frecventă.

În medicina legală prin simulare se înțelege încercarea conștientă și premeditată de a imita, provoca, ascunde sau exagera unele tulburări morbide subiective sau obiective, în scopul obținerii anumitor avantaje sau al sustragerii de la unele obligații sociale. Simularea este o infracțiune pedepsită de lege¹¹.

În cadrul simulării, aceste paciente, manifestă un comportament cu elemente exagerate de părere de rău, depresie, remușcări, trec de la o stare la alta, dar expertul are un rol bine stabilit de a îndrepta expertiza în scopul obținerii de date precise cu privire la starea psihică a acesteia. În cele mai multe cazuri pacienta are falsa impresie că a reușit să impresioneze comisia și să o inducă în eroare. Scopul comisiei este de a lăsa mama pruncuigașă să își continue comportamentul teatral până la capăt. În aceeași măsură, comisia nu trebuie să cadă în cealaltă extremă de a trata pacienta mult prea dur, rigid și cu prejudecata că simulează. Există paciente care sunt decompensate, dar necunoscând starea familială a acesteia, comportamentul său din perioada de plină stare de sănătate, pot trece ușor drept persoane sănătoase. De aceea, o expertiză de două ore nu este suficientă pentru a putea depista eventualele devieri ale pacientei, aceasta fiind internată într-o unitate spitalicească de psihiatrie și monitorizată de către medicii psihiatri și legiști. Concomitent este necesară efectuarea unei anchete sociale.

⁹ Beliș, V., Dragomirescu, V., Naneș, C., *Medicină legală*, Editura Teora, București, 1992.

¹⁰ Beliș, V., *Ghid de urgențe medico-judiciare*, Editura Scripta, București, 1998.

¹¹ Beliș, V., *Îndreptar de practică medico-legală*, Editura Medicală, București, 1990.

Totalitatea tulburărilor psihice ce survin în timpul sarcinii, nașterii sau lactației sunt desemnate prin termenul de psihoză puerperală. Determinate de factori ereditari, constituționali, psiho-sociali, endocrini sau infecțioși, aceste afecțiuni psihice apar mai frecvent la primipare, la lăuzele necăsătorite și la cele cu antecedente psihice majore. În ceea ce privește tulburările psihice care apar imediat după naștere, acestea se pot prezenta sub mai multe forme¹²:

- Stări confuzionale, cu debut brusc, de intensitate diferită, care se întrepătrund cu visul (stări confuzo-onirice), generând anxietate (stare afectivă caracterizată printr-o frică neexplicată fără obiect), pe fondul unor tablouri/scene polimorfe, cu conținut trist, funebru.
- Stări delirante, cu conținut sumbru, funest și terifiant, axat pe relația mamă-copil, cu negarea maternității sau considerarea copilului ca malformat; în consecință mama ajunge la concluzia că trebuie să scape de acest monstru pe care nu l-a dorit („delirul trist”) și să se pedepsească pentru aceasta - de cele mai multe ori mama încearcă să se sinucidă după ce și-a omorât sau abandonat copilul¹³.

Aceste stări fac parte din tabloul tulburărilor psihice ale postpartumului precoce împreună cu stările psiho-afective, stările schizofreniforme și psihoza de lactație. Important de precizat este că din categoria tulburărilor psihice ce îngustează câmpul conștienței și pot avea ca finalitate uciderea nou-născutului sunt excluse stările emoțional-afective induse mamei de diferite situații conflictuale ce au drept numitor comun nașterea și existența copilului¹⁴. Datorită frecvenței crescute a tulburărilor psihice în cadrul acestei fapte penale, pacienta trebuie privită ca un bolnav, dar nu trebuie omis comportamentul simulant.

Modalitatea de ucidere a nou-născutului este sugestivă pentru stabilirea discernământului, unele fapte trădează premeditarea faptei. Uciderea nou-născutului cunoscută și răspândită este cea prin comisiune-acțiune, denumită și pruncucidere activă.

Cele mai frecvente modalități de suprimare a vieții copilului după naștere sunt reprezentate de asfixie mecanică (sufocare, sugrumare, înecare), traumatisme cranio-cerebrale prin lovirea capului cu sau de corpuri dure, plăgi înțepate (prin gură) sau tăiate (secțiunea carotidelor). Uciderea nou-născutului prin omisiune sau inacțiune, numită și pruncucidere pasivă; presupune neacordarea îngrijirilor strict necesare după naștere (lipsa alimentației, expunerea la frig¹⁵. Uciderea nou-născutului prin omisiune poate trăda o stare de premeditare a faptei, dar în același timp și o tulburare psihică ce are ca și consecințe neglijarea nou-născutului.

Din punct de vedere clinic în psihoza puerperală pacientele prezintă torpoare, confuzie, delir halucinator, involuție uterină, stare febrilă, mastită etc¹⁶.

¹² Perju-Dumbrava, D, *Medicină Legală*, Editura Argonaut, Cluj-Napoca, 2006.

¹³ *Ibidem*.

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ Belis, V., *Ghid de urgențe medico-judiciare*, Editura Scripta, București, 1998.

CORECT ȘI INCORECT IN PRACTICA CURENTĂ A TRANSPLANTULUI DE ORGANE. PERSPECTIVE TEOLOGICE CU PRIVIRE LA UN FENOMEN MEDICAL CU IMPLICAȚII BIOETICE

IULIU-MARIUS MORARIU¹

ABSTRACT. *Right and Wrong in the Current Practice of Transplantation. Some Theological Perspectives on a Phenomenon with Bioethical Implications.* In this article, the author analyzes, based on the Romanian and foreign literature consulted the theological implications of transplantations in organs. There are presented, aspects concerning the sanctity of life, death, human dignity and human organs and its utility, often encountered in the debate. Also, given that there is not a unanimous report of the Orthodox Churches in relation to organ transplantation, the author presents the most important views on this topics, opinions of some of most important foreign and Romanian theologians (like John Breck, Georgios Mantzaridis, Jean-Claude Larchet, Herman Tristram Engehardt, Ioan Marian Croitoru, Archbishop Irineu Pop, Sebastian Moldovan, Ioan Ică jr. or Ștefan Iloaie). The conclusion reached in this research is that the Orthodox Church accepts organ transplantation, if the medical practice respects moral principles.

Key words: *sanctity of life, human dignity, organ trafficking, orthodox Church.*

REZUMAT. În acest articol, autorul analizează, pe baza literaturii românești și străine consultate, implicațiile teologice ale transplantului de organe. Sunt prezentate aici, aspecte privitoare la sfințenia vieții, la moarte, demnitatea umană și organele umane și utilitate lor, des întâlnite în discuții de acest fel. De asemenea, dat fiind faptul că nu există o opinie unanimă a Bisericilor Ortodoxe în raport cu transplantul de organe, autorul prezintă cele mai importante puncte de vedere cu privire la acest subiect, analizând cu precădere opiniile unora dintre cei mai importanți teologi români și străini, care au tratat acest subiect (precum John Breck, Georgios Mantzaridis, Jean-Claude Larchet, Herman Tristram Engehardt, Ioan Marian Croitoru, Arhiepiscopul Irineu Pop, Sebastian Moldovan, Ioan Ică jr. sau Ștefan Iloaie). Concluzia la care se ajunge în urma acestei cercetări este că, Biserica Ortodoxă acceptă transplantul de organe, în condițiile în care practica medicală respectă principiile morale.

Cuvinte cheie: *sfințenia vieții, demnitate umană, trafic de organe, Biserica Ortodoxă.*

¹ Masterand al Facultății de Teologie Ortodoxă din cadrul Universității „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca. Absolvent al Facultății de Teologie Ortodoxă și al Facultății de Istorie și Filozofie din cadrul aceleiași universități.

1. Introducere

Între descoperirile recente care suscită interesul teologilor și a pozițiilor ortodoxe, se numără și temele aflate în strânsă legătură cu bioetica. Între acestea se găsește și transplantul de organe, asupra căruia ne vom opri în paginile următoare, o descoperire relativ recentă a tehnicii medicale, ale cărei prefigurări pot însă fi regăsite încă din timpuri precreștine².

Evoluția galopantă a acestei practici medicale, de la simplul transplant de țesuturi dintr-o parte a corpului în alta, la prelevarea și transplantarea unor organe întregi³ de la o persoană la cealaltă (la care a contribuit, evident, descoperirea, în anul 1970, a ciclosporinei)⁴, formele pe care le-a luat uneori această procedură medicală (de exemplu acel *turism al transplantului*, condamnat în anul 2008 la Istanbul)⁵, consecințele acestor practici în plan legal, au generat o

² Exemple în acest sens putând fi considerați Dedal și Icar, care își „implantează” aripi de ceară, Himera lui Homer, sau personajele din textul clasic indian „*Suuschouta Shamita* (cca. 700 î. Hr). Pentru mai multe informații, a se vedea: Ioan Marian Croitoru, „Transplanturile de organe în lumina teologiei ortodoxe. Câteva considerații în gândirea unor teologi greci”, în rev. *Studia Universitatis Babeș-Bolyai*, seria „Bioethica”, anul LIII, nr. 2, Cuj-Napoca, 2008, p. 60, sau Marian Niță, coord., *Dicționar de bioetică*, Editura Aius Printed, Craiova, 2009, p. 346.

³ Cf. Mircea Gelu Buta, „Bioetica transplantului de organ”, în vol. *Medicii și Biserica*, vol. VII - „Perspectiva creștin-ortodoxă asupra prelevării și transplantului de organ”, coord. Mircea Gelu Buta, Editura Renașterea, Cluj-Napoca, 2009, p. 296. De exemplu, în anul 1972, definiția transplantului, sinonim termenului de *greffon* era una destul de scurtă și de lacunară. Cf. ***, *Dictionnaire francais de medicine et de biologie*, Tome III, Masson & CIE, Paris, 1972, p. 999; ***, *Dictionnaire francais de medicine et de biologie*, Tome II, Masson & CIE, Paris, 1971, p. 345 (ea este păstrată în dicționarele românești de medicină până în sfârșitul anilor 90; a se vedea, de exemplu: L. Mănuilă, A. Mănuilă, M. Nicoulin, *Dicționar medical*, Ediția a 7-a, Editura Ceres, București, 1997, p. 476). Ulterior însă, datorită evoluției tehnicii, și spațiul alocat definirii ei în dicționarele de specialitate va fi mai amplu, autorii vorbind de *autotransplant* sau *transplantul propriu-zis*, oferind informații asupra ratei de supraviețuire, asupra acelor *carduri ale donatorilor*, sau asupra celor mai des întâlnite forme de transplant. Cf. ***, *Back's medical dictionary*, ed. Gordon Machpenson, *Thirty-seventh edition*, Ab & C Blac, London, 1990, p. 594; Heinz David, coord., *Wortebuch der medizin*, vol. 2, Veb Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1987, p. 2132; Valeriu Rusu, coord., *Dicționar medical*, Editura Medicală, București, 2001, p. 990; Sorin Cosma, *O abordare creștină a bioeticii*, Editura Marineasa, Timișoara, 2007, p. 211.

⁴ Medicament ce împiedică reacția imună ce conduce la respingerea organului transplantat. Beatrice Ioan, Vasile Astărăstoae, Cristina Gavrilovici, Mihaela Vicol, „Consimțământ informat versus consimțământ prezumat în donarea de organe pentru transplant”, în vol. *Medicii și Biserica*, vol. VII - „Perspectiva creștin-ortodoxă asupra prelevării și transplantului de organ”, coord. Mircea Gelu Buta, Editura Renașterea, Cluj-Napoca, 2009, p. 42.

⁵ Pentru mai multe informații a se vedea și: Dominique Martin, „Professional and Public Ethics United in Condemnation of Transplant Tourism”, în rev. *American Journal of Bioethics*, vol. 10, Issue 2, February, New York, 2010, p. 18; Maria Aluș, „Trafficking in organs and transplant tourism. Ethical and legal issues in the Romanian context”, în vol. *Crimes, Criminals and the New Criminal Codes. Assessing the Effectives of the Legal Response. In Honorem Professor George Antoniu*, ed. Ioana Vasiiu, Florin Sireteanu, Editura Accent, Cluj-Napoca, 2014, pp. 170-178.

serie de atitudini din partea forurilor legislative⁶, a instituțiilor medicale și a unora dintre practicieni sau a diferitelor biserici creștine. De asemenea, ele au dus la apariția unei vaste literaturi de specialitate, ce analizează consecințele acestor practici. Din perspectivă medicală se propun tehnici și modalități care să contribuie la îmbunătățirea acestora sau care să crească rata supraviețuirii pacienților, să îmbunătățească calitatea vieții primitorilor⁷, iar din perspectivă sociale se analizează implicațiile juridice⁸, morale, economice etc.

Biserica Ortodoxă, alături de celelalte comunități eclesiale creștine, și-a exprimat și ea, adesea, părerea cu privire la acest subiect, prin reprezentanții ei. Și în cadrul ei, nu există o opinie unanimă, ci mai degrabă cu o serie de păreri, adesea divergente.

Diversitatea părerilor teologilor cu privire la transplantul de organe se datorează cu precădere multiplelor întrebări de natură morală pe care le ridică el, abuzurilor constatate și potențialelor pericole pe care le poate isca evoluția lui ulterioară.

În rândurile următoare vom analiza câteva dintre discursurile dominante în teologia contemporană cu privire la acest subiect, corelându-le cu cele existente în medicină sau în etica laică. În demersul nostru vom porni de la câteva chestiuni privitoare la demnitatea umană, sentimentul de jertfă, eshatologie sau etică pe care el le ridică, iar în analiza lor vom avea în vedere atât opere aparținând unor voci ortodoxe avizate din Occident precum cea a părintelui John Breck⁹, Georgios Mantzaridis¹⁰, Jean-Claude Larchet¹¹ sau Tristram

⁶ Astfel, de exemplu, începând cu anul 1980, încep să apară elemente legate de legislația transplantului. D. Labunschagne, P. A. Carstens, „The constitutional influence on organ transplants with specific reference to organ procurement”, în rev. *Potchefstroom Electronic Law Journal*, vol. 17, Issue 1, Potchefstroom, 2014, p. 208.

⁷ În literatura medicală românească, exemple în acest sens pot fi considerate, între altele, și lucrările: Kiss Bela, *Studiu analitic și de stabilitate al unor imunopresoare utilizate în transplantul de rapamicină*, Editura Argonaut, Cluj-Napoca, 2008; Ileana Constantinescu, *Imunologia transplantului*, Editura Universitară „Carol Davila”, București, 2009.

⁸ Cf. Iancu Tănăsescu, *Transplantul și prelevarea*, Editura. C. H. Beck, București, 2008; Gheorghe Scripcaru, Simona Damian, „Câte o nouă ramură juridică, biodreptul (dreptul comparat și aculturația juridică)”, în vol. *Medicii și Biserica*, vol. VII- „Perspectiva creștin-ortodoxă asupra prelevării și transplantului de organ”, coord. Mircea Gelu Buta, Editura Renașterea, Cluj-Napoca, 2009, pp. 33-35; Silviu Morar, „Poate fi rezumat altruismul? O dezbatere moral-etică și juridică pe tema consimțământului implicit în domeniul transplantului”, în vol. *Medicii și Biserica*, vol. VII - „Perspectiva creștin-ortodoxă asupra prelevării și transplantului de organ”, coord. Mircea Gelu Buta, Editura Renașterea, Cluj-Napoca, 2009, pp. 212-217; Dan Perju-Dumbravă, Bogdan Betianu, Paul Dan Mucichescu, Vladimir Matusan, „Consimțământul exprimat – actualități legislative”, în vol. *Medicii și Biserica*, vol. VII - „Perspectiva creștin-ortodoxă asupra prelevării și transplantului de organ”, coord. Mircea Gelu Buta, Editura Renașterea, Cluj-Napoca, 2009, pp. 237-242.

⁹ John Breck, *Darul sacru al vieții*, trad. Irineu Pop-Bistrișeanul, Editura Patmos, Cluj-Napoca, 2003.

¹⁰ Georgios Mantzaridis, *Morala creștină*, trad. Constantin Coman, Editura Bizantină, București, 2006.

¹¹ Jean-Claude Larchet, *Dumnezeu nu vrea suferința omului*, trad. Manuela Bojin, Editura Deisis, București, 2008.

Engelhardt¹², dar și opinii aparținând unor autori români precum Ioan Marian Croitoru¹³, medicii Mircea Gelu Buta¹⁴, Pavel Chirilă¹⁵, Înaltpreasfințitul Irineu Pop¹⁶, Sebastian Moldovan¹⁷, Ioan Ică jr.¹⁸ sau părintele profesor Ștefan Iloaie¹⁹, dar și ale altor teologi și specialiști mai mult sau mai puțin cunoscuți, pe care le vom analiza, încercând să descoperim care sunt punctele comune care circumscriu perspectiva ortodoxă asupra problemei analizate și care sunt particularitățile cu care aceștia amprentează caracteristicile generale ale acestui fenomen și contribuie la aprofundarea problematicei cercetate.

2. Incursiune în istoria practicii transplantului de organe

Înainte de a vorbi despre implicațiile morale ale transplantului de organe și despre întrebările, îngrijorările și preocupările pe care le generează el în cadrul teologiei, trebuie menționat faptul că, deși reprezintă un fenomen nou în cercetarea contemporană, ce se găsește încă în plin stadiu evolutiv, conceptul în sine este unul destul de vechi, *prefigurări* ale lui existând încă dinaintea erei noastre, căci, dacă ar fi să dăm crezare mărturiilor păstrate de-a lungul vremii, ar trebui să

¹² H. Tristram Engelhardt jr., *Fundamentele bioeticii creștine – perspectiva ortodoxă*, trad. Mihai Neamțu, Cezar Login, Ioan Ică jr., Editura Deisis, Sibiu, 2005.

¹³ Ioan Marian Croitoru, *op. cit.*, pp. 57-80.

¹⁴ Cf. Mircea Gelu Buta, Liliana Buta, „Este nevoie de o bioetică creștin ortodoxă?”, în rev. *Studia Universitatis Babeș-Bolyai*, seria „Theologia Orthodoxa”, anul XLVIII, nr. 1-2, Cluj-Napoca, 2003, pp. 80-84. Vom avea de asemenea și lucrările seminarului *Medicii și Biserica* din anul 2009, organizat de către dânsul: Mircea Gelu Buta, coord., *Medicii și Biserica*, vol. VII - „Perspectiva creștin-ortodoxă asupra prelevării și transplantului de organ”, Editura Renașterea, Cluj-Napoca, 2009.

¹⁵ Pavel Chirilă, *Conceptul de medicină creștină*, Editura Christiana, București, 2001; Idem, „Vindecarea este un act divino-uman”, în vol. *Medicii și Biserica*, vol. VII - „Perspectiva creștin-ortodoxă asupra prelevării și transplantului de organ”, coord. Mircea Gelu Buta, Editura Renașterea, Cluj-Napoca, 2009, pp. 70-76.

¹⁶ Irineu Pop-Bistrițeanul, „Un gând creștin asupra transplantului de organe”, în rev. *Studia Universitatis Babeș-Bolyai*, seria „Bioethica”, anul LIV, nr. 1, Cluj-Napoca, 2009, pp. 21-24; Idem, *Curs de bioetică*, Editura Renașterea, Cluj-Napoca, 2005, pp. 56-70.

¹⁷ Sebastian Moldovan, „Transplantul – o înrudire?”, în vol. *Medicii și Biserica*, vol. VII - „Perspectiva creștin-ortodoxă asupra prelevării și transplantului de organ”, coord. Mircea Gelu Buta, Editura Renașterea, Cluj-Napoca, 2009, pp. 108-128.

¹⁸ Ioan Ică jr., Germano Marani, *Gândirea socială a Bisericii*, Editura Deisis, Sibiu, 2002.

¹⁹ Ștefan Iloaie, „Persoană și comunitate. Responsabilitatea morală comunitară”, în rev. *Studia Universitatis Babeș-Bolyai*, seria „Theologia Orthodoxa”, anul XLVIII, nr. 1-2, Cluj-Napoca, 2003, pp. 70-79; Idem, „Împlinirea responsabilității comunitare de către generație”, în rev. *Studia Universitatis Babeș-Bolyai*, seria „Theologia Orthodoxa”, anul L, nr. 2, Cluj-Napoca, 2005, pp. 29-38; Idem, „Transplantul sau suferința ca șansă pentru mântuire”, în vol. *Medicii și Biserica*, vol. VII - „Perspectiva creștin-ortodoxă asupra prelevării și transplantului de organ”, coord. Mircea Gelu Buta, Editura Renașterea, Cluj-Napoca, 2009, pp. 165-183.

acceptăm faptul că în Egiptul antic se practica o formă rudimentară a transplantului epitelial²⁰.

De asemenea, o formă prefiguratoare a transplantului regăsim și în paginile Scripturii, atunci când Mântuitorul pune la loc în chip minunat urechea soldatului Malhus, tăiată de către Sfântul Apostol Petru în grădina Ghetimani (Luca 22, 50-51), sau în viețile Sfinților doctori fără de arginți Cosma și Damian (prăznuiți la 1 iulie), care pun la loc în chip miraculos o gambă ce fusese tăiată²¹, fapt ce arată că Biserica a avut încă de la începuturile ei de-a face cu astfel de practici.

3. Perspective teologice asupra unui fenomen medical cu implicații bioetice

Evoluția acestei practici și generalizarea ei, dar și evoluția unor practici derivate din aceasta (de exemplu, transplantul unei urechi umane pe un șoarece²², transplantul de uter²³ etc.), precum și problemele generate de această evoluție au determinat Biserica Ortodoxă să se manifeste cu prudență și cu o oarecare rețineră în raport cu acest fenomen, spre deosebire de alte instituții eclesiale, precum Biserica Romano-Catolică, care și-a exprimat public acordul pentru transplant, pe care îl consideră o modalitate de manifestare a solidarității umane²⁴.

Așa se explică faptul că, nu există o opinie oficială, exprimată la nivel panortodox²⁵, iar dintre bisericile locale, doar sinoadele celor din Grecia, România și Rusia și-au făcut publică opinia în cadrul unor documente oficiale²⁶, evaluând moralitatea fenomenului din perspectiva criteriilor doctrinare și pastorale. Dacă primele două păstrează anumite rezerve, privind-o prin prisma demnității

²⁰ Mircea Gelu Buta, „Bioetica transplantului de organ”, p. 295.

²¹ *Ibidem*, p. 295; Kiss Bela, *op. cit.*, p. 9; Cf. Ioanichie Bălan, ed., *Viețile sfinților pe luna Iulie*, Ediția a III-a, Editura Mănăstirea Sihăstria, Vânători, 2006, p. 10; Benedict Ghiuș, ed. *Proloagele*, vol. II, Editura Bunavestire, Bacău, 1995, pp. 872-873.

²² Realizat de către cercetătorul american Joseph Vacanti. Cf. Viorica Bindea, „Se întâmplă în 2008”, în vol. *Medicii și Biserica*, vol. VII - „Perspectiva creștin-ortodoxă asupra prelevării și transplantului de organ”, coord. Mircea Gelu Buta, Editura Renașterea, Cluj-Napoca, 2009, p. 222.

²³ Cf. Mihaela-Cătălina Vicol, Oana Stângă, Beatrice Ioan, Vasile Astărăstoiaie, „Transplantul de uter: între iluzia maternității și orgoliul profesional”, în vol. *Medicii și Biserica*, vol. VII - „Perspectiva creștin-ortodoxă asupra prelevării și transplantului de organ”, coord. Mircea Gelu Buta, Editura Renașterea, Cluj-Napoca, 2009, pp. 129-133.

²⁴ Cristina Gavrilovici, Beatrice Ioan, Mihaela Vicol, Vasile Astărăstoiaie, „Aspecte etice în procurarea de organe”, în vol. *Medicii și Biserica*, vol. VII - „Perspectiva creștin-ortodoxă asupra prelevării și transplantului de organ”, coord. Mircea Gelu Buta, Editura Renașterea, Cluj-Napoca, 2009, p. 79.

²⁵ Valer Bel, „Transplantul de organ între necesitate și abuz”, în vol. *Medicii și Biserica*, vol. VII - „Perspectiva creștin-ortodoxă asupra prelevării și transplantului de organ”, coord. Mircea Gelu Buta, Editura Renașterea, Cluj-Napoca, 2009, p. 97. Cf. Gheorghios Mantzaridis, *op. cit.*, p. 472.

²⁶ Sebastian Moldovan, *op. cit.*, p. 112.

persoanei umane, cea din urmă acordă îi conferă o valoare terapeutică, considerând că ea contribuie la întărirea relațiilor interpersonale, fiind o formă de manifestare a compasiunii²⁷.

Dacă la nivel instituțional, există totuși o tendință de cristalizare a opiniilor și de tindere spre un discurs comun, în ceea ce privește discursul specialiștilor ortodocși, bioeticieni, specialiști în teologia morală și uneori chiar medici, acesta diferă de la acceptarea totală și fără rezerve și până la refuzul total. Majoritatea celor care se pronunță însă cu privire la problematica în cauză preferă să ofere o viziune nuanțată și să opteze pentru acceptarea, cu anumite condiții, a transplantului.

Rezervele lor sunt generate de o serie de întrebări, preconcepții și considerații pornite din însăși felul în care înțeleg acest fenomen.

3.1. Integralitatea trupului și Judecata de Apoi

O astfel de întrebare, des întâlnită în rândurile celor care își manifestă îndoiala cu privire la *ispita faustiană*²⁸, se referă la necesitatea integralității trupului la ce-a de-a doua venire. Corelând-o cu demnitatea umană, părintele Irineu, azi Arhiepiscopul Alba-Iuliei, se întreba într-un material dedicat acestei probleme: „Unde este însă demnitatea aceasta și ce rămâne din el când îi lipsesc ochii, inima, plămânii, ficatul, rinichii, pancreasul, câteva oase ș.a.? Cum se va prezenta el în fața scaunului de judecată?”²⁹

Deși aparent interesantă, la o privire mai atentă, ipoteza dânsului se vedește ca fiind în fapt o pseudo-problemă. De altfel, Biserica cunoaște cazul mai multor martiri care au pierdut în timpul prigoanelor mai multe organe ale corpului lor, păstrând-și însă, în ciuda acestui fapt, demnitatea în mod plener și făcând adesea din pierderea lor un prilej de mărturie a credinței (un exemplu în acest sens îl constituie Sfântul Maxim Mărturisorul)³⁰.

3.2. Transplantul și transmiterea identității donatorului

S-ar putea pune însă întrebarea dacă nu cumva transplantul unui organ de la un om mort transmite, prin memoria celulelor, o parte a personalității lui și îi prelungește acestuia existența și după plecarea lui din rândul celor vii. Ipoteza

²⁷ Ioan Ică jr., Germano Marani, *op. cit.*, p. 247.

²⁸ După sintagma părintelui Juvenalie Ionașcu. A se vedea: Juvenalie Ionașcu, *Ispita faustiană. Aspecte ale bioeticii contemporane în lumina Ortodoxiei*, Editura Christiana, București, 2005.

²⁹ Irineu Pop-Bistrițeanul, „Un gând creștin asupra transplantului de organe”, p. 22.

³⁰ Dumitru Stăniloae, „Introducere”, în vol. *Sfântul Maxim Mărturisorul – scrieri și epistole hristologice și duhovnicești*, col. „Părinți și scriitori Bisericești”, vol. 81, Editura Institutului Biblic și de Misiune al Bisericii Ortodoxe Române, București, 1990, pp. 5-6.

pare a fi întărită de efectele apărute în urma primirii unui organ, beneficiarul a început să descopere pasiuni pentru lucruri pe care înainte le ura, sau să constate o schimbare a personalității. Iată un astfel de exemplu:

„Sylvia a primit un transplant de inimă și de plămân la Yale-New Haven Hospital în 1988. Ea a observat că diferite atitudini, obiceiuri și gusturi i s-au schimbat în urma intervenției chirurgicale prin care a trecut. Avea poftă inexplicabile pentru mâncăruri care anterior nu-i plăceau. De exemplu, cu toate că era o dansatoare și coregrafă atentă la sănătatea ei, după ieșirea din spital a avut o dorință incontrollabilă de a merge la un bufet Kentucky Fried Chicken și de a comanda pui pane, o mâncare pe care nu o consuma niciodată. S-a simțit atrasă de culorile reci și nu s-a mai îmbrăcat în portocaliul și roșul intens pe care le prefera înainte. A început să se poarte într-o manieră agresivă și impetuoasă, care nu-i era caracteristică, dar care s-a dovedit a fi similară personalității donatorului ei”³¹.

Întrucât, însă, acestea sunt cazuri izolate, și nu justifică transmiterea sufletului sau prelungirea, printr-un anumit organ, a vieții donatorului deja decedat, Biserica consideră că din acest punct de vedere transplantul nu reprezintă o problemă. Astfel, după cum arată Thristam Enghelhardt: „Odată cu dezvoltarea informației neurofiziologice și a experienței legate de transplanturi a devenit limpede că substituirea organelor unei persoane, altele decât creierul, cu altele transplantate sau cu proteze, nu modifică identitatea unei persoane... Transplantul inimii, plămânilor sau a ficatului nu înseamnă transplantul unei persoanei”³².

3.3. Raportul transplantului cu moartea și suferința

Ca modalitate de prelungire a vieții și de îmbunătățire a stării anterioare lui, transplantul se poziționează prin însăși definiția lui în antiteză față de moarte și suferință, două elemente în raport cu care teologia ortodoxă are o doctrină clar conturată.

Lupta lui cu cea dintâi, văzută de către exponenții teologiei patristice ca *naștere în Hristos*³³ se înscrie între tendințele generale ale societății contemporane, care, prinsă în hedonismul ei, o vede ca pe un mare pericol. Astfel, deplasând accentul dinspre suflet înspre trup, transplantul propune prelungirea duratei de viață și de activitate a acestuia. Reliefând acest lucru și constatând potențiala consecință a acestui fapt, părintele Ștefan Iloaie afirmă că: „Relativizarea valorilor propune - pentru însuși conceptul de viață - o mare iluzie, facilitată de invazia

³¹ Viorica Bindea, *op. cit.*, p. 225.

³² H. Tristam Enghelhardt jr., *op. cit.*, p. 430.

³³ Sfântul Ignatie Teoforul, „Epistola către Romani”, trad. D. Fecioru, vol. *Scrierile Părinților Apostolici*, col. „Părinți și Scriitori Bisericești”, vol. 1, Editura Institutului Biblic și de Misiune al Bisericii Ortodoxe Române, București, 1979, p. 176.

tehnic modernă: viața biologică prevalează înaintea vieții spirituale, dar ar dori să împrumute de la cea din urmă nu doar starea de sănătate, ci nici mai mult, nici mai puțin decât: veșnicia!”³⁴

Conform concepției creștine, însă, viața este una dihotomică, asemenea persoanei. În acest context, atât trupului, cât și sufletului trebuie să i se acorde cinstea cuvenită, însă, celui din urmă îi revine o pondere mai mare din grijă³⁵. Astfel, din perspectivă creștină, donatorul ar trebui să conștientizeze imanența morții și să o asume, conștient fiind, însă, că o eventuală prelungire a vieții ar avea drept scop sporirea lui duhovnicească.

În ceea ce privește raportarea donatorului la moarte, aici lucrurile sunt altfel nuanțate. Dacă donatorul are certitudinea morții și dorește să doneze organele sale, spre a-i ajuta pe cei care au nevoie, gestul său reprezintă ultimul act de compasiune ce poate fi realizat pentru un semen³⁶ (din acest punct de vedere, concepția ortodoxă și cea romano-catolică coincid).

La fel de importantă și de certă precum moartea este și suferința. Cu privire la aceasta, Biserica afirmă de asemenea o concepție diferită de cea propovăduită în general de societate³⁷ recunoscând greutatea pricinuită de ea și consecințele

³⁴ Ștefan Iloaie, „Transplantul sau suferința ca șansă pentru mântuire”, p. 169. La rândul lui, Înaltpreasfințitul Irineu afirmă cu privire la acest subiect: *Convinși că moartea este inevitabilă, unii oameni ar face tot ce le stă în putință pentru a ajunge la ea cât mai târziu, apelând printre altele la transplantul de organe, numai ca să-i prelungească zilele, oricât de puține ar fi*; Irineu Pop Bistrițeanul, *Curs de bioetică*, p. 57, iar domnul Sebastian Moldovan arată că: *Prelungim viața lor scurtând-o puțin pe a noastră; sau scurtăm moartea lor, prelungind-o puțin pe a noastră*. Sebastian Moldovan, *op. cit.*, p. 108.

³⁵ „Viața specifică persoanei umane, unică și irepetabilă, este un dar al lui Dumnezeu, dar înțeles ca viețuire a sufletului în trup; creștinul va purta grijă de amândouă dar îi va acorda maximă importanța sufletului, luptând pentru mântuirea sa”. Costel Ciulinaru, „Transplantul de organe și valoarea persoanei umane”, în rev. *Studia Universitatis Babeș-Bolyai*, seria „Bioethica”, anul LV, nr. 2, Cluj-Napoca, 2010, p. 38 Cf. Aurel Radu, „Temeiuri morale creștine pentru apărarea vieții”, în rev. *Studii Teologice*, anul XXXVI, nr. 9-10, București, 1984, p. 650. În acest context se exprimă și părintele Ioan Chirilă, atunci când afirmă că: „Omul, potrivit transumanismului, este privit ca o sumă de componente pe care prin tehnicile medicale actuale le putem remedia atunci când intervine vreo disfuncție....Atunci când vorbim despre transplant, despre prelevarea de organe, nu o facem din perspectiva integralității făpturii umane, o facem doar din perspectiva trupului”. Ioan Chirilă, „Omul - o unitate care moare pe părți?”, în vol. *Medicii și Biserica*, vol. VII - „Perspectiva creștin-ortodoxă asupra prelevării și transplantului de organ”, coord. Mircea Gelu Buta, Editura Renașterea, Cluj-Napoca, 2009, pp. 25-26.

³⁶ Nicolae Miu, „Perspectiva creștin-ortodoxă asupra prelevării și transplantului de organ”, în vol. *Medicii și Biserica*, vol. VII - „Perspectiva creștin-ortodoxă asupra prelevării și transplantului de organ”, coord. Mircea Gelu Buta, Editura Renașterea, Cluj-Napoca, 2009, p. 53.

³⁷ „În contemporaneitatea noastră, suferința este tot mai puțin valorizată. Sensul ei duhovnicesc se pierde undeva între individualizarea umană excesivă și supertehnologizarea medicală”. Ștefan Iloaie, „Transplantul sau suferința ca șansă pentru mântuire”, p. 166.

dezastruoase pe care le are asupra ființei umane³⁸, dar cerând credincioșilor săi să o asume și să o trateze ca pe un element cu rol mântuitor. În acest context, scopul transplantului, acela de a înlătura suferința provocată de disfuncționalitatea unui organ prin înlocuirea lui cu un organ sănătos, nu coincide cu opinia sa. Conform doctrinei ortodoxe, durerea și suferința sunt urmări ale căderii și apoi a păcatului și au o valoare pedagogică³⁹. De aceea, Biserica susține că omul are puterea de a se ridica deasupra ei cu Duhul⁴⁰, și recomandă ca ea să fie asumată și trăită cu maximă seriozitate și responsabilitate.

Nu toată lumea este capabilă, însă, să și-o asume, iar, uneori, prelungirea vieții și îmbunătățirea stării de sănătate aduc uneori schimbări în bine în viața oamenilor, fapt ce arată că, din acest punct de vedere, transplantul nu intră întru totul în contradicție cu valorile perene ale Bisericii.

Pe de altă parte, transplantul nu aduce eradicarea suferinței, ci doar o diminuare a ei, și nu poate garanta existența unei stări de sănătate de lungă durată în urma procesului terapeutic, căci, după cum arată specialiștii: „bolnavul transplantat, dacă depășește perioada operatorie poate avea o mulțime de complicații: rejetul (respingerea organului, infecții, tulburări psihice)”⁴¹. În această situație, apare întrebarea dacă se poate vorbi cu adevărat de o biruință asupra suferinței, sau doar de o amăgire ce are la bază această ipoteză.

3.4. *Transplantul și Pronia Divină*

Utilizarea greșită a metodelor medicale, folosirea lor în scopul negării existenței lui Dumnezeu și a Proniei divine sau într-un mod inutil, constituie de asemenea motive din cauza cărora Biserica manifestă o reținere cu privire la folosirea lor. Exemple în acest sens pot fi considerate diferite procese ce sunt rezultatul unui exces de zel, cum a fost, de exemplu, transplantarea unui urechi umane la un șoarece⁴², despre care am vorbit (e discutabil care ar fi scopul acestui

³⁸ Vasile Someșanul, „Virtutea credinței - factor de vindecare trupească și sufletească”, în vol. *Medicii și Biserica*, vol. VII - „Perspectiva creștin-ortodoxă asupra prelevării și transplantului de organ”, coord. Mircea Gelu Buta, Editura Renașterea, Cluj-Napoca, 2009, p. 36.

³⁹ „Suferința este importantă, capătă sens mântuitor numai în măsura în care îl apropie pe om de Dumnezeu”. Pavel Chirilă, „Vindecarea este un act divino-uman”, p. 71; cf. Emanuil Rus, „Transplantul de organe în concepția Sfinților Părinți ai Bisericii”, în vol. *Medicii și Biserica*, vol. VII - „Perspectiva creștin-ortodoxă asupra prelevării și transplantului de organ”, coord. Mircea Gelu Buta, Editura Renașterea, Cluj-Napoca, 2009, p. 277.

⁴⁰ Jean-Claude Larchet, *op. cit.*, p. 122.

⁴¹ Mircea Bârsan, „Viața după transplant”, în vol. *Medicii și Biserica*, vol. VII - „Perspectiva creștin-ortodoxă asupra prelevării și transplantului de organ”, coord. Mircea Gelu Buta, Editura Renașterea, Cluj-Napoca, 2009, p. 184.

⁴² Viorica Bindea, p. 222.

proces), sau transplantul de uter, aflat foarte aproape de realizare⁴³, care ridică probleme morale asemănătoare cu cele privitoare la mamele surrogat. Cu privire la procesele de acest fel, Biserica și-a exprimat și își va exprima întotdeauna dezacordul, considerând că ingeniozitatea și creativitatea umană nu trebuie să depășească anumite limite. Astfel, crearea unor hibridi care întrunesc caracteristicile umanoide sau realizarea unor proceduri care au ca scop hrănirea orgoliilor unor specialiști care doresc să-și revendice atribuții divine, este considerată un lucru greșit, după cum arată și profesorul Tristram Engelhardt, care spune că: „În principiu n-ar trebui să fie nici o interdicție, cât timp ceea ce face nu schimbă identitatea sexuală a bărbaților și a femeilor, cât timp nu face unele persoane să devină părinți prin folosirea gonadelor altora (de exemplu, prin transplantul de testicule, ducând astfel la un fel de adulter), sau cât timp nu alterează abilitatea lor de a fi agenți morali într-o natură întrupată care poate fi recunoscută ca asemănătoare celei a lui Hristos”⁴⁴.

Evoluția tehnicii de transplantare și generalizarea practicii de acest fel au generat o adevărată inflație a donatorilor. Acest fapt a dus la apariția unei adevărate *piețe negre a organelor*, și la abuzuri, fapt pentru care, comunitatea internațională s-a simțit obligată să ia anumite măsuri legislative sau anumite măsuri de stimulare. Așa s-a ajuns la interzicerea vânzării de organe (cu excepția Iranului, aceasta este considerată ilegală pe întreg teritoriul mapamondului⁴⁵), la stimularea donatorilor printr-o serie de avantaje financiare⁴⁶, la distribuirea cardurilor de donator⁴⁷, sau la apariția acordului prezumat⁴⁸, fără a se putea însă satisface însă într-o măsură satisfăcătoare, necesarul de cereri⁴⁹.

⁴³ Mihaela-Cătălina Vicol, Oana Stângă, Beatrice Ioan, Vasile Astărăstoae, *op. cit.*, pp. 129-133. De altfel, Înaltpreasfințitul Irineu Pop afirma, îngrijorat de evoluția pe care ar putea-o lua în viitor acest proces că: „Actualmente se vorbește despre posibilitatea transplantului de părți ale creierului și chiar de transplant de cap”. Irineu Pop Bistrițeanul, *Curs de bioetică*, p. 58.

⁴⁴ H. Tristram Engelhardt jr., *op. cit.*, p. 433.

⁴⁵ I. Glenn Cohen, „Transplant Tourism: The Ethics and Regulation of International Markets for Organs”, în rev. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, Issue 1, Spring, New York, 2013, p. 269.

⁴⁶ „Recent, în Pennsylvania (SUA) s-a lansat ideea necesității elaborării unui program de recompense, asemănător celui care funcționează în cazul donărilor de sânge, spermă, ovule sau a mamelor surogat, sub forma achitării unor taxe, asigurări de sănătate, viitoare costuri medicale, taxe pentru educația copiilor sau ajutoare e înmormântare...Ele ar exclude posibilitatea achitării unei sume direct din partea primitorului, ar exclude brokerii și intervenția membrilor echipelor de transplant”. Mirela Gherman Căprioară, „Altruism versus recompensă în donarea de organe”, în vol. *Medicii și Biserica*, vol. VII - „Perspectiva creștin-ortodoxă asupra prelevării și transplantului de organ”, coord. Mircea Gelu Buta, Editura Renașterea, Cluj-Napoca, 2009, p. 202.

⁴⁷ Beatrice Ioan, Vasile Astărăstoae, Cristina Gavrilovici, Mihaela Vicol, *op. cit.*, p. 44.

⁴⁸ Acesta pornește de la premisa că oamenii doresc în mod normal să-și doneze organele pentru transplant, fapt pentru care, în cazul unui accident mortal, în care nu mai există nici o șansă ca cel accidentat să supraviețuiască, dacă acesta nu și-a exprimat vreodată în scris dezacordul, organele lui sunt prelevate și transplantate. Cf. *Ibidem*, p. 44.

⁴⁹ Astfel, de exemplu, în 2005, la nivel mondial s-au efectuat 66000 de transplanturi de rinichi, cifră ce reprezintă abia 10% din cât ar fi necesar. Viorică Bindea, *op. cit.*, p. 220.

Acordul prezumat, deși aparent este o procedură care simplifică foarte mult lucrurile, a fost și este încă privit cu o anumită rețineră atât de către Biserică, cât și de către specialiști, datorită existenței unor practici ce nu denotă întru totul transparență, asupra cărora nu vom insista însă aici, datorită faptului că nu fac obiectul cercetării noastre⁵⁰.

Având în vedere cele prezentate până acum, nu putem decât să constatăm că Biserica a privit dintotdeauna cu rețineră transplantul de organe, fără a-l condamna însă. Ea a afirmat că, asemenea ispitei sau îndoielii, fenomenul în sine are o conotație neutră, și, dacă este folosit corespunzător, poate fi într-adevăr folositor atât pentru trup, cât și pentru suflet. Îngrijorările privitoare la problematica transplantului au avut, au și vor avea întotdeauna la bază probleme de natură morală, aceasta fiind de altfel și cea care circumscrie limitele care ar trebui să existe cu privire la acest fenomen: „Principala axă a moralei transplanturilor este adâncirea caracteristicilor iubirii pe care transplanturile le-ar presupune, având două coordonate: respectul față de persoana umană în clipa morții și, implicit, față de faptul morții, pe de o parte, iar pe de alta, dăruirea de viață. Acestea impun și limitele practicilor medicale ale transplanturilor, precum și conștientizarea pericolelor și abuzurilor ce se pot naște din fantezia științifică privind această practică (transplantul de cap etc.)”⁵¹.

Observăm așadar complexitatea acestui fenomen medical, importanța lui și necesitatea unei cunoașteri corecte a tuturor implicațiilor sale.

4. Concluzii

După cum reiese din cadrul cercetării noastre, problema transplantului de organe este una complexă, ea necesitând o înțelegere corectă și corespunzătoare. Datorită multiplelor ei implicații, ea se intersectează cu mai multe sectoare ale teologiei și științei, circumscriind o serie de preocupări și întrebări din partea specialiștilor. Prezentând în chip sintetic sectoarele de interferență cu cea dintâi, Ion Marin Croitoru arată că: „Problema moral-spirituală și dogmatică a transplanturilor gravitează în jurul a trei laturi, fiecare dintre ele cuprinzând multe întrebări: 1) ce este omul, 2) dacă trebuie și 3) cum trebuie să se facă transplanturile”⁵².

Pornind de la aceste principii, Biserica a arătat întotdeauna că pentru a nu contraveni principiilor morale, transplantul ar trebui să îndeplinească o serie de condiții. De exemplu, el trebuie: să respecte demnitatea persoanei

⁵⁰ Pentru mai multe informații, a se vedea: Beatrice Ioan, Vasile Astărăstoae, Cristina Gavrilovici, Mihaela Vicol, *op. cit.*, pp. 42-52.

⁵¹ Ioan Marian Croitoru, *op. cit.*, p. 66.

⁵² *Ibidem*, p. 66.

(donator, receptor, medic); să aibă doar un scop terapeutic; să fie în folosul aproapelui; să respecte viața, dar și moartea persoanei umane; să respecte drepturile omului și dimensiunea duhovnicească a existenței umane, chiar din momentul conceperii acesteia⁵³; să nu fie determinat de oportunități politice sau economice, de „curiozități medicale, la modă în lumea noastră secularizată”⁵⁴.

În condițiile respectării acestor condiții, Biserica susține transplantul, arătând importanța lui⁵⁵ și insistând asupra faptului că el trebuie înțeles ca un mod de a acționa în consens cu planurile Creatorului⁵⁶. Totodată, ea apreciază atât efortul depus de către medicii care se ocupă cu buna desfășurare a procesului medical, cât și jertfa donatorilor⁵⁷.

Concluzionând, nu putem decât să observăm că principalele probleme de natură morală pe care le ridică aceste practici medicale aflate în plin proces de evoluție sunt legate de teme importante, precum demnitatea persoanei, asumarea suferinței, providența divină sau eshatologie, și că deși nu există un consens unanim al Bisericilor autocefale Ortodoxe, ele îl acceptă, propunând însă câteva principii care să limiteze eventuale abuzuri sau blasfemii⁵⁸ să reglementeze buna funcționare și utilitatea lui.

⁵³ Cf. Marie-Helene Congourdeau, „L’animation de l’embrion humaine chez Maxime le Confesseur”, în *Nouvelle revue théologique*, an CXI, nr. 5, Bruxelles, 1989, p. 701.

⁵⁴ Costel Ciulinaru, *op. cit.*, p. 39; cf. Pavel Chirilă, *Conceptul de medicină creștină*, p. 48.

⁵⁵ „Biserica Ortodoxă, prin componenta socială a activității ei, subliniază importanța transplantului de organe și militează pentru instituirea acestuia ca practică medicală curentă. În acest proces, Biserica vede un ajutor oferit bolnavului în încercarea de întoarcere a acestuia la viață, iar viața din punct de vedere creștin este neprețuită”. Emanuil Rus, *op. cit.*, pp. 280-281.

⁵⁶ *Ibidem*, p. 281.

⁵⁷ „Biserica binecuvântează efortul pe care medicii îl fac pentru reducerea suferinței în lume prin transplantul de organe, dar și jertfa celor dispuși să le ofere, respectând libertatea de decizie a fiecărui om”. Mircea Gelu Buta, „Bioetica transplantului de organ”, p. 300.

⁵⁸ H. Tristram Enghelhardt jr., *op. cit.*, p. 433.

MODELE EXPERIMENTALE UTILIZATE ÎN STUDIUL FIBROZEI HEPATICE

CRISTIAN CEZAR LOGIN^{1*}, ADRIANA MUREȘAN¹, MARIA ALUAȘ²,
SIMONA CLICHICI¹

ABSTRACT. Liver fibrosis represents a possible reversible lesion observed in a large number of chronic hepatic injuries. Frequently, liver fibrosis quantification is performed using invasive maneuvers. Identification of non-invasive fibrosis markers, which might allow a quick and specific diagnosis for the fibrosis onset and, equally, which might allow monitoring fibrosis progression is very important. Research can be performed on experimental models, using rats or mice. In order to induce fibrosis, invasive techniques can be used (e.g. biliary ducts ligation), as well as, frequently, toxic experimental models. The experimental model to be used should be chose by taking into account how invasive the method is, how many animal will be used, the toxicology of the used substance, how reproducible the model is, and the extent to which the results of the experiment can be used in clinical research. The article will present the most frequently chronic experimental hepatitis models used, the ethical challenges and the legal issues concerning the use of animals for research in Romania.

Keywords: *toxic hepatitis, experimental model, carbon tetrachloride, thioacetamide*

REZUMAT. Fibroza reprezintă o modificare patologică potențial reversibilă întâlnită în numeroase leziuni hepatice cronice. Adesea, evaluarea fibrozei hepatice necesită manopere medicale invazive. Identificarea unor indicatori neinvazivi de fibroză hepatică, care să permită identificarea rapidă și specifică a fibrozei, precum și progresia acesteia este de actualitate. Cercetarea se poate realiza pe modele experimentale, utilizând șobolani sau șoareci. Se pot folosi metode invazive (ligatură de căi biliare), metode metabolice și, foarte frecvent, modele experimentale toxice. Alegerea modelului experimental ar trebui să țină seama de gradul de invazivitate al inducerii patologiei hepatice, de numărul de animale folosite, de potențialul toxic al substanței folosite, de reproductibilitatea studiului și de măsura în care rezultatele pot fi transpuse în cercetarea clinică. Vom prezenta câteva modele

¹ Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca, Disciplina Fiziologie

* Corespondența: cezar.login@umfluj.ro.

² Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca, Disciplina de Științe Socio-Umaniste și Istoria Medicinii

experimentale de hepatopatie cronică toxică mai frecvent folosite, problemele etice și reglementările legale privind cercetarea pe modele experimentale animale în România.

Cuvinte cheie: fibroză hepatică, model experimental, CCl₄, tioacetamidă

1. Introducere

Ficatul este un organ indispensabil vieții. Este implicat în numeroase procese fiziologice și participă la metabolizarea a numeroase xenobiotice cu poartă de intrare digestivă (1). Fibroza hepatică reprezintă o condiție patologică reversibilă întâlnită în marea majoritate a leziunilor hepatice cronice (2, 3). Există o strânsă legătură între gravitatea leziunilor, apoptoza și necroza hepatocitară și inflamația și fibroza întâlnite în bolile hepatice cronice (4-10). Pentru evaluarea fibrozei hepatice sunt necesare, frecvent, metode invazive (spre exemplu, puncția biopsie hepatică). Din acest motiv, se caută în permanență metode neinvazive care să permită aprecierea rapidă și acurată a progresiei fibrozei (2, 11). Deși în literatură există studii care vizează acest aspect, nu a fost găsită încă constelația optimă de parametri care să o permită (12). Identificarea *markerilor* neinvazivi ai fibrozei hepatice este un domeniu de actualitate.

Studiul indicatorilor neinvazivi se poate realiza pe modele experimentale diverse, cele mai multe dintre ele utilizând hepatopatii cronice experimentale induse prin administrarea de toxice cu metabolizare hepatică. Vom prezenta principalele modele experimentale de fibroză hepatică, urmărind substanțele administrate, calea și durata administrării, parametrii dozați și aspectele etice și legale de care se ține seama în studiile pe model animal. Modelul ideal ar trebui să utilizeze cât mai puține animale, să poată fi realizat în cât mai scurt timp, să fie reproductibil și să poată fi transpus în practica clinică (13).

2. Modele experimentale de fibroză hepatică indusă prin administrarea de solvenți organici: tetraclorura de carbon

Numeroase substanțe folosite în industrie, dar și un mare număr de medicamente, au un potențial hepatotoxic considerabil, datorită pasajului hepatic al substanțelor cu poartă de intrare digestivă și al metabolizării acestora la acest nivel. Cele mai incriminate în patologia hepatică, atât cronică cât și acută, sunt substanțele halogenate (solvenți organici, gaze anestezice, dar și săruri ale unor metale grele).

Administrarea de cloruri de cadmiu (14, 15), de mercur (16, 17) sau nichel (18) produce leziuni hepatice traduse prin creșterea nivelului seric al enzimelor hepatice (ASAT, ALAT, γ GT), peroxidare lipidică (creșterea nivelului tisular al MDA) și scăderea glutationului redus și a activității enzimelor antioxidante (SOD, CAT, GPx) în omogenatul hepatic. Toate aceste modificări sugerează implicarea stresului oxidativ.

Derivații halogenați organici au un mare potențial oxidant. Administrarea experimentală de 1-brom-pentan, brom-benzen sau hexaclorociclohexan conduce la instalarea de hepatite toxice, în al căror mecanism patogenetic stresul oxidativ joacă un rol central. Implicarea speciilor reactive ale oxigenului (SRO) este susținută, pe de o parte, de intensificarea peroxidării lipidice și de scăderea nivelului antioxidantilor (GSH) și a enzimelor antioxidante (SOD, CAT, GPx, GST) și, pe de altă parte, de efectele benefice ale terapiei antioxidante, îndeosebi cu compuși naturali (19-21).

Cel mai frecvent model experimental cu derivați halogenați folosit utilizează tetraclorură de carbon (CCl_4) ca agent de producere a hepatitei toxice. Tetraclorura de carbon, un solvent organic cu o largă utilizare industrială, este și un cunoscut toxic hepatic. A fost folosit și în medicină ca narcotic (22). Este liposolubil și poate traversa membrana hepatocitară, fiind metabolizat la nivel microsomal hepatic. La nivel hepatocitar se găsesc citocromi p450 cu specificitate de substrat care intervin în metabolizarea CCl_4 (23); consecutiv apar disfuncții mitocondriale și apoptoză (24). Prin metabolizarea sa, CCl_4 generează radicali triclorometil $\text{CCl}_3\cdot$ și peroxitriclorometil ($\text{OOCcl}_3\cdot$) (23, 25), care atacă structurile lipidice ale membranelor celulare, inducând peroxidare lipidică (26). Unele studii surprind nivele crescute ale malondialdehidei și peroxidizilor lipidici ca urmare a administrării acute (27, 28) sau cronice de CCl_4 (29). Peroxidizii lipidici astfel formați stimulează producția de colagen, expunerea pe termen lung la doze moderate de CCl_4 producând fibroză hepatică (30). Nu doar structurile lipidice sunt afectate, ci și proteinele, având loc carbonilarea lor (31, 32).

Consecutiv instalării leziunilor oxidative, sistemele antioxidante endogene încearcă să contracareze stresul oxidativ. Antioxidanții hepatici cei mai eficienți sunt reprezentați de sistemul glutationului. În agresiunile acute se citează o scădere marcată a glutationului redus și a activității glutation peroxidazei (28) și glutation-S-transferazei (33, 34). În agresiunile cronice se observă aceeași dinamică a sistemului GSH-GPx (29, 35). Există însă diferențe între dinamica hepatică și serică a parametrilor stresului oxidativ, modificările fiind identificate inițial în țesutul hepatic și doar ulterior în ser. Examenul histopatologic, prin modificările de tip necro-inflamator observate, susține observațiile privind parametrii biochimici (28, 30, 36, 37). Ca urmare a leziunii hepatice toxice, se constată apariția sindroamelor hepatice: sindromul inflamator (evidențiat prin

creșterea proteinelor serice și disproteinemii identificate prin electroforeza proteinelor serice), sindromul de hepatocitoliză (caracterizat prin creșterea transaminazelor) și sindromul colestatic (creșteri ale bilirubinei totale și a celei conjugate) (38). Fibroza hepatică indusă prin administrarea de CCl_4 este și potențial reversibilă (13).

Există mai multe modalități de administrare a tetraclorurii de carbon pentru a induce fibroză hepatică. Una dintre cele mai utilizate căi este administrarea intraperitoneală, în doze variabile (13, 39, 40), dizolvat în ulei de măsline, de porumb sau de floarea soarelui. În general se obține fibroză după 6-8 săptămâni de administrare (13, 41). Administrarea prin gavaj, deși asigură metabolizarea integrală a tetraclorurii de carbon și obținerea fibrozei hepatice în aproximativ același interval de timp (37, 41), este grevată de o mai mare rată a mortalității (13).

3. Tioacetamida și fibroza hepatică experimentală

Tioacetamida este un toxic care permite obținerea mai rapidă a fibrozei hepatice decât CCl_4 . Fibroza indusă trece prin toate stadiile fibrozei incipiente și avansate și se ajunge în termen scurt (aproximativ 2-4 luni) în stadiul de ciroză micro și macronodulară (42). Fibrogeneza pe modelul *in vivo* prin expunere la tioacetamidă este mai apropiată de patologia umană (13, 42-45). Administrarea tioacetamidei se poate realiza intraperitoneal, în doze cuprinse între 150-200 mg/kg de trei ori/săptămână, timp de 2-3 luni conform datelor din literatură (13, 43, 46), sau în doza de aproximativ 300 mg/l, timp de 2-4 luni, în apa de băut a șoarecilor (46), model mai puțin agresiv, dar mai dificil de realizat, necesitând izolarea animalelor în cuști individuale.

4. Alte modele experimentale

Alcoolul, singur sau în combinație cu alte substanțe, crește nivelul enzimelor hepatice, produce steatoză și necroză hepatică, induce peroxidare lipidică și o scădere a glutationului și enzimelor antioxidante (SOD, CAT, GPx). Terapia antioxidantă epurează radicalii liberi generați și normalizează parametrii hepatici și ai stresului oxidativ (47, 48). Modele experimentale care utilizează alcool conduc lent la apariția fibrozei, în comparație cu administrarea de CCl_4 sau tioacetamidă (13).

O serie de medicamente folosite frecvent au potențial hepatotoxic. Spre exemplu, administrarea experimentală de doze mari de acetaminofen determină o creștere semnificativă a enzimelor hepatice (ALAT, ASAT) (49), în

aparitia leziunilor hepatice fiind implicat stresul oxidativ. Administrarea de antioxidanți naturali (extract de tomate) duce la reducerea peroxidării lipidice prin epurarea radicalilor liberi (50). Un alt antiinflamator, diclofenacul, poate produce leziuni hepatice mediate de producția crescută de SRO (51).

5. Considerații etice și juridice privind folosirea animalelor în cercetarea biomedicală

Chiar dacă la prima vedere pare contradictoriu, un animal poate fi, în același timp, obiect de studiu, animal de companie, un dăunător sau hrană pentru alte animale (52).

De ce folosim animalele în studii și în cercetări? În primul rând, pentru a obține noi informații științifice, apoi pentru a dezvolta soluții la probleme medicale și pentru a proteja siguranța oamenilor, a animalelor și a mediului. Din punct de vedere al reglementărilor legale, legislația europeană cu privire la experimentarea pe animale are la bază un prim document elaborat de Consiliul Europei în anul 1986 (Convention STE 123). Directiva 86/609/CEE reia această convenție și are ca scop apropierea dispozițiilor legislative ale statelor membre. *Convenția europeană pentru protecția animalelor vertebrate utilizate în experimente și alte scopuri științifice* (1986), a fost ratificată de România în anul 2006, prin *Legea nr. 305*, dar procesul de armonizare a legislației interne cu reglementările europene, mai ales cu Directiva 86/609/EEC, a început încă din anul 2002, prin Ordonanța Guvernului nr. 37, aprobată prin *Legea nr. 471/2002*. Această lege face referire doar la experimentarea pe animale „de laborator”, câini și pisici. În anul 2010, la nivel european a fost adoptată *Directiva 2010/63/UE*, care a intrat în vigoare la 8 februarie 2013 (53).

Conform acestor cadre legislative, condițiile privind experimentarea pe animale sunt următoarele: (1) *Procedurile experimentale trebuie să îmbrace un caracter de necesitate*. Caracterul de necesitate al studiului este reprezentat de importanța scopurilor propuse, de frecvența fibrozei hepatice și necesitatea identificării de markeri neinvazivi care să permită diagnosticul rapid și evaluarea progresiei acestui tip de patologie. (2) *Experimentarea nu poate fi înlocuită prin alte metode experimentale (metode substitutive)*. Nicio altă metodă experimentală nu poate înlocui cele propuse, întrucât modelele experimentale pe șobolan sau șoareci sunt reproductibile și comparabile cu patologia umană. (3) *Procedurile experimentale să fie realizate de către persoane competente și în unități speciale*. Procedurile sunt realizate de persoane competente, în biobază special amenajată. (4) *Să se folosească numai animale care provin din crescătorii și locuri sau de la furnizori autorizați*. Animale folosite în studiul nostru provin de la biobaza

universității. (5) *Cercetătorul trebuie să aleagă cu grijă specia folosită și să justifice această alegere.* Folosim șobolani albi, rasa Wistar, deoarece rezultatele obținute pe acest tip de modelul experimental poate fi transpus la patologia umană. (6) *Experimentarea trebuie să fie condusă în așa fel încât să fie evitată orice durere inutilă și cu respectarea principiilor 3 R.* Elaborată în 1959, această regulă constituie fundamentul demersului etic aplicat experimentării pe animale în Europa și în America de Nord, în teste comportamentale pe șoareci în studii referitoare la depresie sau în teste pentru coordonarea motorie cu măsurarea timpului de menținere a animalului pe bara în rotație. După ce s-a gradat durerea animalelor folosite în experimentare în laboratoarele britanice, Russell și Burch au dezvoltat un program de punere în aplicare a dezvoltării unui ghid etic de reguli, numite „umane”, sau „regula 3R” care cuprind următoarele puncte: *reduce* (reducerea) numărului de animale în experimentare, *refine* (rafinarea) metodologiei folosite, prin determinarea punctelor limită și *replace* (înlocuirea) modelelor animale. Acest concept a fost progresiv adoptat de diverse instituții pentru a fixa liniile directoare în materie de experimentare animală (54). În cazul studiului fibrozei hepatice, durerea inutilă a animalelor este redusă prin metoda de sacrificare și de recoltare a produselor biologice.

6. Concluzii

Cele mai multe studii din literatură folosesc modele experimentale de inducere a fibrozei hepatice cu tetraclorură de carbon, ca urmare a rapidității obținerii rezultatelor, a reproductibilității modelului experimental și a similitudinilor cu patologia umană (13). Totuși, trebuie ținut seama de marea toxicitate a CCl_4 și de faptul că poate avea consecințe nocive și asupra mediului înconjurător.

Administrarea de tioacetamidă reprezintă o alternativă viabilă, cu rezultate similare atât în ceea ce privește viteza de instalare a fibrozei cât și reproductibilitatea datelor (43, 46). Administrarea orală, deși mai puțin invazivă, conduce la rezultate lente, pe când cea injectabilă oferă rezultate mai prompte, comparabile celor obținute prin administrarea de CCl_4 (13).

Mulțumiri

Acest articol a fost publicat prin Fondul Social European, Programul Operațional Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013, contract nr. POSDRU/159/1.5/S/138776.

BIBLIOGRAFIE

1. Mureșan A, Tache, S, Acalovschi M. Fiziologia ficatului. In: Grigorescu M, editor. *Tratat de hepatologie*. București: Editura Medicală Națională; 2004; p. 35-102.
2. Clichici S, Catoi C, Mocan T, Filip A, Login C, Nagy A, et al. Non-invasive oxidative stress markers for liver fibrosis development in the evolution of toxic hepatitis. *Acta physiologica Hungarica*. 2011; 98(2):195-204.
3. Hernandez-Gea V, Friedman SL. Pathogenesis of liver fibrosis. *Annual review of pathology*. 2011; 6:425-56.
4. Comporti M, Arezzini B, Signorini C, Vecchio D, Gardi C. Oxidative stress, isoprostanes and hepatic fibrosis. *Histology and histopathology*. 2009; 24(7):893-900.
5. Comporti M, Signorini C, Arezzini B, Vecchio D, Monaco B, Gardi C. Isoprostanes and hepatic fibrosis. *Molecular aspects of medicine*. 2008; 29(1-2):43-9.
6. Hernandez-Gea V, Ghiassi-Nejad Z, Rozenfeld R, Gordon R, Fiel MI, Yue Z, et al. Autophagy releases lipid that promotes fibrogenesis by activated hepatic stellate cells in mice and in human tissues. *Gastroenterology*. 2012; 142(4):938-46.
7. Li Y, Wang J, Asahina K. Mesothelial cells give rise to hepatic stellate cells and myofibroblasts via mesothelial-mesenchymal transition in liver injury. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2013; 110(6): 2324-9.
8. Nevzorova YA, Bangen JM, Hu W, Haas U, Weiskirchen R, Gassler N, et al. Cyclin E1 controls proliferation of hepatic stellate cells and is essential for liver fibrogenesis in mice. *Hepatology (Baltimore, Md)*. 2012; 56(3):1140-9.
9. Pinzani M, Rosselli M, Zuckermann M. Liver cirrhosis. *Best practice & research Clinical gastroenterology*. 2011; 25(2):281-90.
10. Singh R, Czaja MJ. Regulation of hepatocyte apoptosis by oxidative stress. *Journal of gastroenterology and hepatology*. 2007; 22 Suppl 1:S45-8.
11. Tacke F, Weiskirchen R. Update on hepatic stellate cells: pathogenic role in liver fibrosis and novel isolation techniques. *Expert review of gastroenterology & hepatology*. 2012; 6(1):67-80.
12. Xu S, Wang Y, Tai DC, Wang S, Cheng CL, Peng Q, et al. qFibrosis: a fully-quantitative innovative method incorporating histological features to facilitate accurate fibrosis scoring in animal model and chronic hepatitis B patients. *Journal of hepatology*. 2014; 61(2):260-9.
13. Liedtke C, Luedde T, Sauerbruch T, Scholten D, Streetz K, Tacke F, et al. Experimental liver fibrosis research: update on animal models, legal issues and translational aspects. *Fibrogenesis & tissue repair*. 2013; 6(1):19.
14. Erdem O, Yazihan N, Kocak MK, Sayal A, Akcil E. Influence of chronic cadmium exposure on the tissue distribution of copper and zinc and oxidative stress parameters in rats. *Toxicology and industrial health*. 2015.
15. Liu L, Tao R, Huang J, He X, Qu L, Jin Y, et al. Hepatic oxidative stress and inflammatory responses with cadmium exposure in male mice. *Environmental toxicology and pharmacology*. 2015; 39(1):229-36.

16. Deng Y, Xu Z, Xu B, Liu W, Feng S, Yang T. Antioxidative effects of schidandrin B and green tea polyphenols against mercuric chloride-induced hepatotoxicity in rats. *Journal of environmental pathology, toxicology and oncology : official organ of the International Society for Environmental Toxicology and Cancer*. 2014; 33(4):349-61.
17. Uzunhisarcikli M, Aslanturk A, Kalender S, Apaydin FG, Bas H. Mercuric chloride induced hepatotoxic and hematologic changes in rats: The protective effects of sodium selenite and vitamin E. *Toxicology and industrial health*. 2015.
18. Cempel M, Janicka K. Distribution of nickel, zinc, and copper in rat organs after oral administration of nickel(II) chloride. *Biological trace element research*. 2002; 90(1-3):215-26.
19. Lee SK, Lee DJ, Yoo HH, Kim JH, Seo YM, Shin S, et al. Identification of glutathione conjugates of 1-bromopentane and its hepatotoxicity in female BALB/c mice. *Archives of pharmacal research*. 2008; 31(10):1317-23.
20. El-Sharaky AS, Newairy AA, Kamel MA, Eweda SM. Protective effect of ginger extract against bromobenzene-induced hepatotoxicity in male rats. *Food and chemical toxicology : an international journal published for the British Industrial Biological Research Association*. 2009; 47(7):1584-90.
21. Anilakumar KR, Saritha V, Khanum F, Bawa AS. Ameliorative effect of ajwain extract on hexachlorocyclohexane-induced lipid peroxidation in rat liver. *Food and chemical toxicology: an international journal published for the British Industrial Biological Research Association*. 2009; 47(2):279-82.
22. Avram M. *Chimie organică*. București: Edit. Zecasin; 1994.
23. Farrell G. *Drug-Induced Liver Disease*. Londra: Churchill Livingstone; 1994.
24. Tarantino G, Di Minno MN, Capone D. Drug-induced liver injury: is it somehow foreseeable? *World journal of gastroenterology : WJG*. 2009; 15(23):2817-33.
25. Soni B, Visavadiya NP, Madamwar D. Ameliorative action of cyanobacterial phycoerythrin on CCl₄-induced toxicity in rats. *Toxicology*. 2008; 248(1):59-65.
26. Sundari PN, Wilfred G, Ramakrishna B. Does oxidative protein damage play a role in the pathogenesis of carbon tetrachloride-induced liver injury in the rat? *Biochimica et biophysica acta*. 1997; 1362(2-3):169-76.
27. Poyrazoglu OK, Bahcecioglu IH, Ataseven H, Metin K, Dagli AF, Yalniz M, et al. Effect of unfiltered coffee on carbon tetrachloride-induced liver injury in rats. *Inflammation*. 2008; 31(6):408-13.
28. Shen X, Tang Y, Yang R, Yu L, Fang T, Duan JA. The protective effect of Zizyphus jujube fruit on carbon tetrachloride-induced hepatic injury in mice by anti-oxidative activities. *Journal of ethnopharmacology*. 2009; 122(3):555-60.
29. Kang KS, Kim ID, Kwon RH, Lee JY, Kang JS, Ha BJ. The effects of fucoidan extracts on CCl₄-induced liver injury. *Archives of pharmacal research*. 2008; 31(5):622-7.
30. Nagy AL CC, Clichici S, Gal AF, Tăbăran AF, Taulescu AM, Bolfă FP. Evaluation of Histological CHanges in Early Liver Fibrosis Insuced bz Chronic Admini-stration of Carbon Tetrachlorid in Wistar Rats. *Bulletin UASMN Vet Med*. 2009(1):165-9.
31. Dani C, Pasquali MA, Oliveira MR, Umezu FM, Salvador M, Henriques JA, et al. Protective effects of purple grape juice on carbon tetrachloride-induced oxidative stress in brains of adult Wistar rats. *Journal of medicinal food*. 2008; 11(1):55-61.

32. Maksimchik YZ, Lapshina EA, Sudnikovich EY, Zabrodskaya SV, Zavodnik IB. Protective effects of N-acetyl-L-cysteine against acute carbon tetrachloride hepatotoxicity in rats. *Cell biochemistry and function*. 2008; 26(1):11-8.
33. Dwivedi S, Sharma R, Sharma A, Zimniak P, Ceci JD, Awasthi YC, et al. The course of CCl₄ induced hepatotoxicity is altered in mGSTA4-4 null (-/-) mice. *Toxicology*. 2006; 218(1):58-66.
34. Hwang YP, Choi JH, Jeong HG. Protective effect of the *Aralia continentalis* root extract against carbon tetrachloride-induced hepatotoxicity in mice. *Food and chemical toxicology: an international journal published for the British Industrial Biological Research Association*. 2009; 47(1):75-81.
35. Gowri Shankar NL, Manavalan R, Venkappayya D, David Raj C. Hepatoprotective and antioxidant effects of *Commiphora berryi* (Arn) Engl bark extract against CCl₄-induced oxidative damage in rats. *Food and chemical toxicology : an international journal published for the British Industrial Biological Research Association*. 2008; 46(9):3182-5.
36. Avasarala S, Yang L, Sun Y, Leung AW, Chan WY, Cheung WT, et al. A temporal study on the histopathological, biochemical and molecular responses of CCl₄-induced hepatotoxicity in Cyp2e1-null mice. *Toxicology*. 2006; 228(2-3):310-22.
37. Login C, Muresan A, Catoi C, Clichici S, Oarga M, Filip A, et al. The Protective Effect of Chitosan against Acute Oxidative Liver Injuries Induced by Carbon Tetrachloride. *Bulletin of University of Agricultural Sciences and Veterinary Medicine Cluj-Napoca Veterinary Medicine*. 2009; 66(1).
38. Oarga M. Patologia hepatică în legătură cu ocupația. In: Cocârță A, editor. *Medicina ocupațională*. 1. Cluj-Napoca: Edit. Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”; 2009. p. 274-86.
39. Chen MS, Zhang JH, Wang JL, Gao L, Chen XX, Xiao JH. Anti-fibrotic effects of neferine on carbon tetrachloride-induced hepatic fibrosis in mice. *The American journal of Chinese medicine*. 2015; 43(2):231-40.
40. Choi HS, Kang JW, Lee SM. Melatonin attenuates carbon tetrachloride-induced liver fibrosis via inhibition of necroptosis. *Translational research: the journal of laboratory and clinical medicine*. 2015.
41. Clichici S, Catoi C, Mocan T, Filip A, Login C, Nagy A, et al. Non-invasive oxidative stress markers for liver fibrosis development in the evolution of toxic hepatitis. *Acta physiologica Hungarica*. 2011; 98(2):195-204.
42. Jang JH, Kang KJ, Kim YH, Kang YN, Lee IS. Reevaluation of experimental model of hepatic fibrosis induced by hepatotoxic drugs: an easy, applicable, and reproducible model. *Transplantation proceedings*. 2008; 40(8):2700-3.
43. Ding Z, Zhuo L. Attenuation of hepatic fibrosis by an imidazolium salt in thioacetamide-induced mouse model. *Journal of gastroenterology and hepatology*. 2013; 28(1): 188-201.
44. Hajovsky H, Hu G, Koen Y, Sarma D, Cui W, Moore DS, et al. Metabolism and toxicity of thioacetamide and thioacetamide S-oxide in rat hepatocytes. *Chemical research in toxicology*. 2012; 25(9):1955-63.

45. Kawai H, Ishibashi T, Kudo N, Kawashima Y, Mitsumoto A. Behavioral and biochemical characterization of rats treated chronically with thioacetamide: proposal of an animal model for hepatic encephalopathy associated with cirrhosis. *The Journal of toxicological sciences*. 2012; 37(6):1165-75.
46. Wallace MC, Hamesch K, Lunova M, Kim Y, Weiskirchen R, Strnad P, et al. Standard Operating Procedures in Experimental Liver Research: Thioacetamide model in mice and rats. *Laboratory animals*. 2015; 49(1 Suppl):21-9.
47. Pontes H, Duarte JA, de Pinho PG, Soares ME, Fernandes E, Dinis-Oliveira RJ, et al. Chronic exposure to ethanol exacerbates MDMA-induced hyperthermia and exposes liver to severe MDMA-induced toxicity in CD1 mice. *Toxicology*. 2008; 252(1-3):64-71.
48. Zeng T, Zhang CL, Zhu ZP, Yu LH, Zhao XL, Xie KQ. Diallyl trisulfide (DATS) effectively attenuated oxidative stress-mediated liver injury and hepatic mitochondrial dysfunction in acute ethanol-exposed mice. *Toxicology*. 2008; 252(1-3):86-91.
49. Yoshikawa Y, Morita M, Hosomi H, Tsuneyama K, Fukami T, Nakajima M, et al. Knockdown of superoxide dismutase 2 enhances acetaminophen-induced hepatotoxicity in rat. *Toxicology*. 2009; 264(1-2):89-95.
50. Jamshidzadeh A, Baghban M, Azarpira N, Mohammadi Bardbori A, Niknahad H. Effects of tomato extract on oxidative stress induced toxicity in different organs of rats. *Food and chemical toxicology: an international journal published for the British Industrial Biological Research Association*. 2008; 46(12):3612-5.
51. Deng X, Liguori MJ, Sparkenbaugh EM, Waring JF, Blomme EA, Ganey PE, et al. Gene expression profiles in livers from diclofenac-treated rats reveal intestinal bacteria-dependent and -independent pathways associated with liver injury. *The Journal of pharmacology and experimental therapeutics*. 2008; 327(3):634-44.
52. Herzog HA. The Moral Status of Mice. *American Psychologist*. 1988:473-34.
53. Directive 2010/63/UE: Legislation for the protection of animals used for scientific purposes, (2010).
54. Richmond J. The 3Rs-Past, present and future. *Scand J Lab Anim Sci* 2000(27):84-92.

VALORI ETICE ȘI RELIGIOASE ÎN SEXUALITATEA ADOLESCENTINĂ

VALERIA LAZA¹, DANIELA SOITUZU²

ABSTRACT. *Ethics and Religious Values in Adolescents Sexuality.* Sexuality is a vital aspect in adolescents' life. Youth are sometimes negatively viewed as sex-crazed, hormone-driven individuals who want the perceived independence of adulthood without the responsibility of adulthood. The last few decades have been marked by increased rates of adolescent high-risk sexual behavior and this often results in drastic life-changing consequences. The main goal of the present study was to assess whether a sexual and reproductive education program in schools can be efficient. In our study almost half of the investigated teenagers have started their sexual activity between 15 and 17 years of age and some even earlier. This age group is characterized by irresponsibility and risk taking. The assumed responsibility for an unexpected pregnancy is very low. The ethical, moral and religious values have changed as a consequence of the educational program. The adolescents became more aware of the importance of love over sex, fidelity being very well appreciated. Sexual relationships without love are detracted and moral values are reinforced. We have tried to increase awareness among teenagers that sexual involvement brings along assumed responsibility they must be prepared for the outcomes, wanted or not.

Key-words: *ethics, adolescents, sexuality*

REZUMAT. Sexualitatea adolescentină este un aspect vital în viața adolescenților. Tinerii sunt văzuți adesea ca fiind înnebuniți după sex, indivizi conduși de hormoni, care doresc să simtă independența adultului, dar fără responsabilitățile acestuia. Ultimele câteva decade au fost marcate de o rată crescută a comportamentelor sexuale cu risc la adolescenți, ceea ce duce la consecințe care, adesea le schimbă viața. Scopul principal al studiului nostru este de a evalua eficiența unor programe educaționale pe teme de sexualitate. În studiul efectuat, aproape jumătate dintre adolescenți și-au început activitatea sexuală între 15 și 17 ani, iar unii chiar mai devreme. Acest grup de vârstă este caracterizat de iresponsabilitate și neglijare a riscului. Responsabilitatea asumată în cazul unei sarcini nedorite este foarte redusă. Valorile morale, etice și religioase s-au modificat în urma programului educațional desfășurat în școlile investigate. Adolescenții au devenit mai conștienți

¹ Conf. Dr., Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca, Disciplina de Igienă, vlaza@umfcluj.ro

² Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca

de faptul că dragostea este mai importantă decât sexul, fidelitatea fiind foarte bine apreciată; relațiile sexuale fără dragoste sunt condamnate și valorile morale sunt apreciate mai mult. Prin acest studiu, am încercat să conștientizăm tinerii că implicarea sexuală la vârste tinere aduce cu sine o responsabilitate sumată și că ei trebuie să fie pregătiți pentru consecințe, dorite sau nu. Întorcerea spre valorile creștine și întărirea principiilor pe care biserica le propovăduiește, par a fi soluții de „însănătoșire” a unei societăți aflate într-o reală criză morală, în vremuri în care principii și valori ancestrale sunt inversate sau pervertite.

Cuvinte-cheie: etică, adolescenți, sexualitate

Introducere

Sexualitatea adolescentină este un stadiu al sexualității umane și se referă la dezvoltarea, comportamentul și simțămintele sexuale din perioada adolescenței. În viața adolescentului, sexualitatea este un aspect vital. Comportamentul sexual al adolescenților este, în cele mai multe cazuri, influențat de normele lor culturale, de orientarea sexuală și de controlul social, cum ar fi vârsta consimțământului legal. Adesea, sexualitatea adolescentină este văzută dintr-o perspectivă negativă, care se concentrează pe comportamentul sexual și este asociată altor comportamente cu risc înalt. Tinerii sunt uneori percepuți ca fiind înnebuniți după sex, persoane conduse de hormoni, care doresc să simtă independența adultului, fără a resimți însă, responsabilitatea acestuia (17). Dintre toate etapele vieții unui individ, adolescența este caracterizată de cel mai mare grad de vulnerabilitate. Adolescentul este influențabil în mai toate aspectele vieții sale, deci și în sexualitatea lui. De aceea, și comportamentul lui sexual va depinde într-o mare măsură de factorii de mediu, de informațiile pe care le deține și, nu în ultimul rând, de experiențele care îi vor marca viața.

Totodată e cunoscut faptul că în ultimele decenii comportamentul sexual cu risc al adolescenților este în plină ascensiune (28). Acest fapt se datorează pe de o parte influenței mass-media care prezintă în cea mai mare măsură doar o parte de adevăr - partea romantică, frumoasă și împlinitoare - și pe de altă parte lipsei de informare corectă a adolescenților prin intermediul familiei sau a programelor școlare (15,18). Astfel, fiind dezinformați, însă totuși bombardați cu mesaje pline de substrat sexual, nu este de mirare că adolescenții aleg în mare măsură să-și trăiască sexualitatea “ca la televizor”. Însă această alegere îi costă. Apariția bolilor cu transmitere sexuală, a sarcinilor nedorite, a traumelor emoționale și a consecințelor de ordin etico-spiritual pot bulversa viața unui adolescent. Iată de ce, regula “e mai bine să previi decât să tratezi” se aplică și aici. Iar acest lucru se face și prin creșterea informării corecte a adolescentului prin programe de educație a reproducerii.

Adolescenții care se angajează în relații sexuale au un risc crescut de boli cu transmitere sexuală, inclusiv SIDA/HIV și sarcină (2,3,4,25,27). Mai mult, riscul relațiilor sexuale timpurii, este asociat cu alte comportamente cu risc la adolescenți, inclusiv consumul de alcool și droguri sau abuzul sexual (10).

Totodată, comportamentul sexual cu risc interconectează discipline medicale ca și dermatologia, ginecologia, sănătatea mediului, psihiatria, neonatologia și nu în ultimul rând ridică multe întrebări de ordin etic și religios. Principiile de viață ale unui adolescent îi vor determina comportamentul, deci și pe cel sexual. Iată de ce etica și medicina în sexualitatea la adolescent se îmbină atât de bine (6,7,8,9,11,16,17).

Material și metodă de lucru

Lucrarea de față prezintă rezultatele unui studiu efectuat pe liceeni din Cluj, de la trei școli: Colegiul Tehnic de Construcții "Anghel Salygni", Colegiul Tehnic de Transporturi "Transilvania" și Liceul de artă și muzică. Cercetarea încearcă să scoată în evidență nivelul de cunoștințe pe teme sexuale la adolescenți, să evalueze în ce măsură sunt eficiente programele de educație sexuală, evaluând părerea liceenilor cu privire la diferitele aspecte ale sexualității, la început și la sfârșit de program (25). Chestionarele au evaluat gradul lor de informare asupra bolilor cu transmitere sexuală și asupra mijloacelor de prevenire a acestora, părerea lor despre sarcina nedorită și mijloacele de contracepție folosite, influența traumelor emoționale și valorile etico-religioase care le guvernează viața sexuală. Toate aceste întrebări au avut ca scop obținerea informațiilor care să conducă la o mai mare eficientizare a programelor pe teme sexuale în școli.

Lotul chestionat este reprezentat de 407 persoane între 15-20 de ani. Înainte de aplicarea chestionarelor s-au purtat discuții libere cu elevii prin care s-a urmărit motivarea utilității chestionarelor. Având în vedere că întrebările din chestionar sunt legate de intimitatea individului, am specificat la debutul studiului că răspunsurile adolescenților vor fi secrete și anonime.

Chestionarul inițial cuprinde o serie de întrebări legate de vârstă, sex, influența mass-media, boli cu transmitere sexuală și prevenirea lor, mijloace contraceptive, părerea lor legate de sarcina nedorită și opinia lor despre propria sexualitate. În chestionarul final unele întrebări din chestionarul inițial sunt reluate pentru a vedea modul în care programul le-a influențat părerea, însă sunt și întrebări noi, care vizează valorile și principiile lor vis-a-vis de sexualitate. În alcătuirea chestionarelor alternează întrebări deschise cu întrebări precodificate.

Programul educațional a constat într-o serie de 4 întâlniri, în cursul orelor de dirigiență, în care au fost abordate consecințele comportamentului sexual cu risc crescut și modalitățile de prevenire ale acestora.

Prima întâlnire a atins problema bolilor cu transmitere sexuală, semnele și simptomele care apar, complicațiile acestora, prevenirea lor prin folosirea prezervativului, precum și eficiența acestuia din urmă.

În a doua întâlnire cu adolescenții s-a vorbit despre criza de sarcină, despre opțiunile pe care le are o adolescentă când rămâne însărcinată și tot aici am atins și problema avortului. În cadrul acestei întâlniri elevilor le-a fost un film care arată imaginea ecografică a unui avort.

Cea de-a treia întâlnire s-a axat pe traumele emoționale care apar în cadrul comportamentului sexual cu risc crescut și posibilele consecințe ale acestora asupra adolescentului.

În ultima întâlnire au fost abordate aspecte etico-religioase ale sexualității și totodată, probleme psihologice cum ar fi stima de sine și presiunea anturajului.

La sfârșitul celui de-al doilea chestionar am rugat liceenii să aleagă câteva dintre principiile care le coordonează viața referitor la propria sexualitate, cunoscut fiind faptul că valorile și principiile pe care aceștia le au vor determina comportamentul sexual pe care ei îl adoptă.

Rezultate

Au fost luați în studiu 407 elevi, cu vârste cuprinse între 15 și 20 de ani, 65,6% fiind băiați și 34,4% fete.

Ponderea elevilor care declară că și-au început viața sexuală este de 45%. Dintre elevii de până la 15 ani, 11,2% sunt activi sexual, iar până la vârsta de 19 ani, 86,3% dintre elevi și-au început viața sexuală.

Într-o analiză efectuată asupra vârstei de debut a activității sexuale, observăm că procentele celor care și-au început viața sexuală la 12 ani și la 19 ani sunt egale, reprezentând cca.1% dintre elevii chestionați și activi sexual. La 13 ani, 3% din cei 351 activi sexual au devenit activi, la 14 ani 7%, la 15 ani 26 %, cel mai mare procentaj al debutului vieții sexuale o are vârsta de 16 ani, cu 35% (124 elevi). De la 17 la 19 ani procentajul celor care își încep viața sexuală scade (fig. nr. 1).

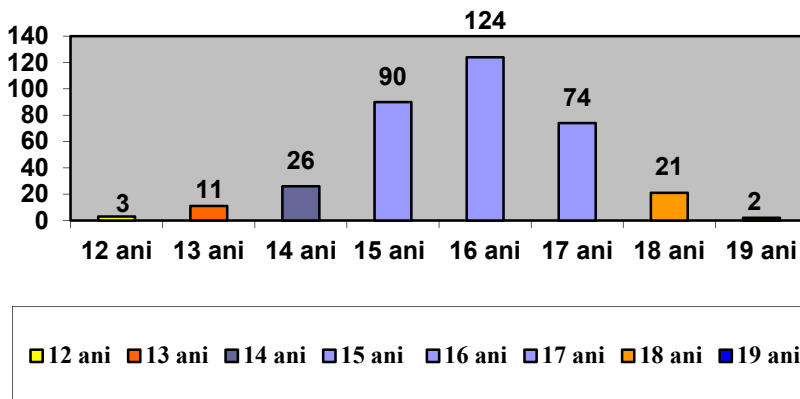


Figura 1. Ponderea adolescenților în funcție de debutul vieții sexuale

Dintre factorii care pot influența deciziile referitoare la propria sexualitate, mass-media are un rol mare sau foarte mare (fig. nr. 2).

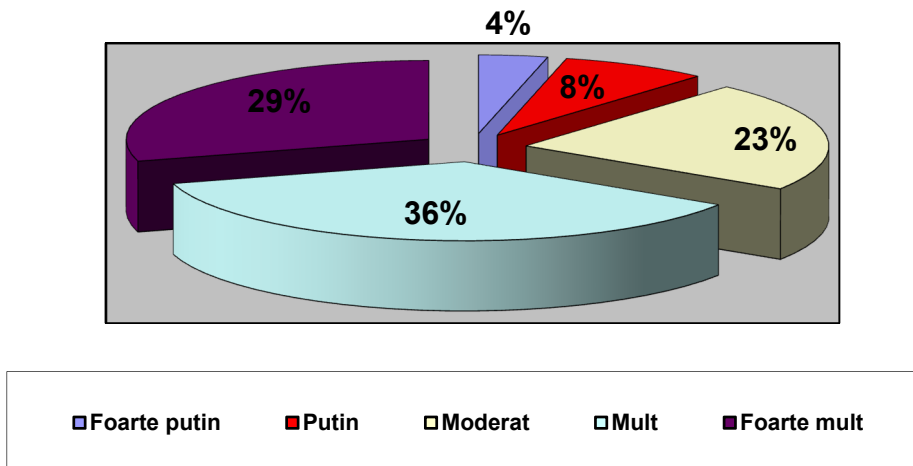


Figura 2. Influența mass-media asupra promovării relațiilor sexuale

Nivelul de informare al elevilor privind bolile cu transmitere sexuală (BTS) nu este deloc încurajator, ținând cont de procentul mare de elevi activi sexual. Astfel că din totalul celor chestionați, 74% cunosc doar una sau două astfel de boli (fig. nr. 3).

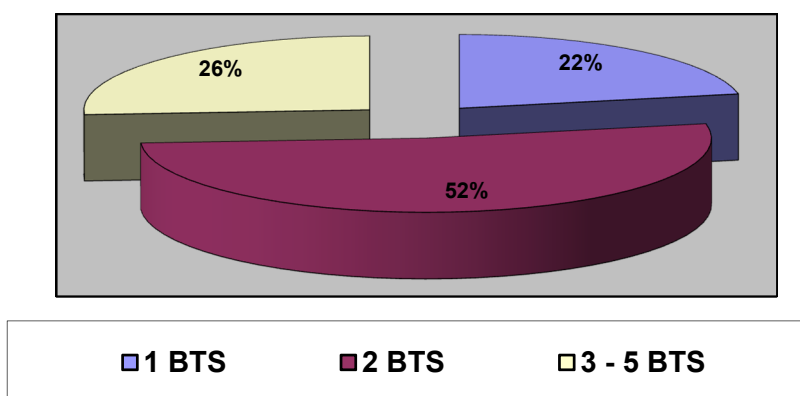


Figura 3. Nivelul de informare referitor la BTS

Răspunsurile referitoare la eficiența prezervativului sunt foarte variate, însă de observat rămâne faptul că încă mai sunt elevi (7% dintre elevii chestionați), care cred că acesta oferă protecție absolută împotriva BTS.

Responsabilitatea pentru consecințele nedorite ale unei relații sexuale (avort, sarcină) este percepută de adolescenți ca fiind egal împărtășită de ambii membri ai cuplului (43%). Douăzeci și șase % dintre ei cred că responsabilitatea este doar a fetei, 22% - a părinților (astăzi cele mai multe fete nu au nevoie de consimțământ parental pentru a efectua un avort) și un procent mic (4-5%) cred că responsabilitatea aparține băiatului sau chiar doctorului (fig. nr. 4).

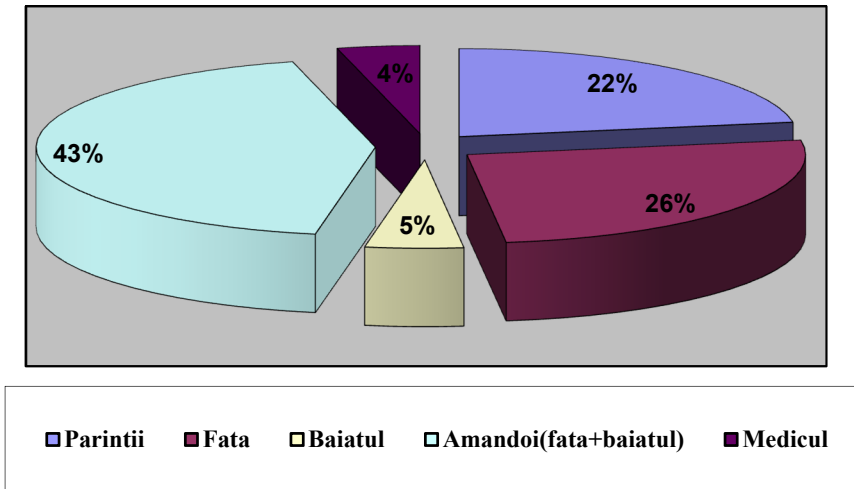


Figura 4. Responsabilitatea pentru consecințele nedorite ale unei relații sexuale

Atitudinea cu privire la avort a fost influențată în urma programului educațional. Astfel, numărul de elevi care sunt de acord cu avortul a scăzut la jumătate, iar numărul celor care sunt total împotriva s-a dublat de la 26% la 59% ($p < 0,0001$). Mai mult de jumătate dintre elevii chestionați (52,79%) folosesc metode contraceptive. Prezervativul e folosit de 70,8% dintre elevi, pilula de 22%, iar celelalte mijloace sumează un procent de 4,2%. Însă folosirea anticoncepționalelor de la această vârstă, chiar dacă ajută la prevenirea sarcinilor nedorite, are riscurile ei (fig. nr. 5).

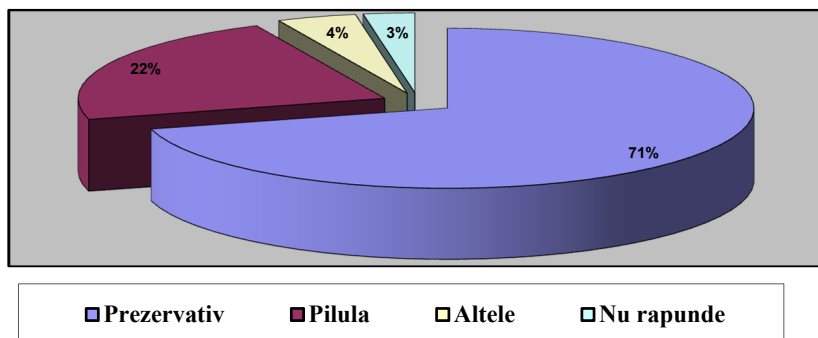


Figura 5. Mijloacele contraceptive folosite

La sfârșitul programului educațional am chestionat liceenii cu privire la valorile etice-religioase pe care le-au avut în raport cu viața lor sexuală. Cei mai mulți adolescenți (36%) consideră că fidelitatea în cuplu și căsătoria sunt foarte importante, iar 29% cred că relațiile între două persoane nu ar trebui să fie condiționate de implicarea sexuală (tabel nr.1).

Tabel 1. Valori etice care influențează comportamentul sexual

Intrebare	c.a.	%
Un cuplu de adolescenți poate avea o relație satisfăcătoare fără implicare sexuală	225	29%
Metodele de contracepție sunt responsabilitatea fetei	48	6%
Ceea ce contează pentru mine este să fiu eu satisfăcut	31	4%
Este inacceptabil pentru un bărbat să fie virgin	39	5%
Bărbații trebuie să aibă relații cu cât mai multe femei pentru a dobândi experiență	42	5%
Pentru a-mi păstra prietenul sunt dispusă să fac dragoste cu el	24	3%
O femeie modernă trebuie să aibă relații sexuale premaritale	29	4%
Căsătoria și fidelitatea în cuplu sunt foarte importante pentru mine	282	36%
Relațiile sexuale în afara căsătoriei sunt un păcat	60	8%

Au fost evaluate și păreri cu privire la valorile etice care condiționează debutul unei activități sexuale. Astfel, la primul chestionar 13% dintre adolescenți au declarat că ei ar întreține relații sexuale cu oricine, oricând ar avea ocazia. La cel de-al doilea chestionar, doar 1,7 % aleg această variantă ($p=0,0045$). În schimb, procentul celor care vor să se implice în relații sexuale doar atunci când își iubesc partenerul crește de la 33 la 69% ($p=0,00004$). Abținerea până la căsătorie crește puțin de la 12% inițial, la 15% la chestionarul final (tabel nr.2).

Tabel 2. Când preferi să ai prima experiență sexuală?

Când preferi să ai prima experiență sexuală?	Chestionar inițial	Chestionar final	Valoare p
Oricând, cu oricine	13%	1.7%	0.0045
Când iubesc	33%	69%	0.000004
Când mă căsătoresc	12%	15%	0.58

Concluzii și discuții

Activitatea sexuală precoce este o problemă importantă în dezvoltarea adolescenților. Aceștia primesc cele mai multe din informațiile legate de sexualitate de la colegi, ceea ce poate duce adesea la interpretări greșite. Adolescenții au nevoie de un mediu de învățare formal și informal structurat, cu colegi de aceeași vârstă, pentru a aborda probleme pe tema sexualității (17,18). Circa jumătate dintre adolescenții chestionați și-au început activitatea sexuală între 15 și 17 ani, iar unii chiar mai devreme. Acest procent este unul îngrijorător, ținând cont de procentul mare de elevi activi sexual la sfârșitul liceului, de nivelul de informare referitor la bolile cu transmitere sexuală și la prevenirea lor și de procentul scăzut de elevi care folosesc mijloace contraceptive. Vârsta tânără a debutului vieții sexuale se corelează cu un grad ridicat de iresponsabilitate și un grad crescut de risc.

Doar 26% dintre elevii activi sexual cunosc 3 sau mai multe boli cu transmitere sexuală, dintre cele peste 30 de astfel de boli omologate în literatura medicală, multe cu consecințe foarte grave, chiar fatale. Gradul de protejare împotriva acestor boli este și el scăzut, iar cunoștințele cu privire la eficiența prezervativului sunt inexacte. Mai mult, 10% dintre elevii chestionați cred că prezervativul oferă protecție absolută împotriva BTS. Responsabilitatea asumată în cazul apariției unei sarcini nedorite este foarte redusă. Cei mai mulți dintre elevi cred că responsabilitatea aparține fetei.

Atitudinile și credințele elevilor în legătură cu avortul s-au modificat sub influența programului educațional pe teme de sexualitate: ei au devenit mai conștienți despre importanța alegerii vieții în locul avortului, despre

importanța asumării responsabilității pentru consecințele propriilor acțiuni. Acest lucru contrastează cu numărul mare de avorturi din România (11.000.000 avorturi între 1990 și 2000) și cu ceea ce afirmă elevii că ar face într-o situație dată (31,32). Răspunsurile reflectă o situație ideală, deoarece în cazul unor sarcini nedorite, puțini liceeni ar alege să păstreze copilul.

Pentru fete, sarcina apărută în adolescență, le poate complica serios dezvoltarea și poate contribui la o tranziție cu probleme la viața de adult, cu perspectiva nedorită a unui copil crescut de un singur părinte, cu oportunități educaționale și economice limitate. Dintre toate țările industrializate, SUA are cea mai ridicată rată a sarcinilor adolescente (1). Începând din 1990, rata sarcinilor la adolescenți a scăzut, deși 4 din 10 adolescente ajung să fie însărcinate înaintea vârstei de 20 de ani (1,25,26,27,28,30).

În același timp, studiul nostru a demonstrat că mijloacele contraceptive sunt folosite doar de jumătate din adolescenții chestionați, cel mai folosit mijloc contraceptiv fiind prezervativul. Acest lucru este din nou îngrijorător, deoarece peste 85% dintre adolescentele care nu folosesc mijloace contraceptive au șanse să rămână însărcinate în primul an de la momentul începerii vieții sexuale.

În plus, aproximativ 22% din elevii chestionați folosesc anticoncepționalele orale, dintr-un lot în care procentul reprezentantelor de sex feminin este de 35%. Se știe că riscul cancerului de sân și de cervix este asociat atât cu perioada folosirii contraceptivelor orale, cu creșterea numărului de parteneri sexuali, cât și cu debutul precoce al vieții sexuale (în studiul nostru, toți acești factori sunt prezenți). Mamele adolescente prezintă risc de sărăcie și abandon școlar, în timp ce producții lor de concepție riscă o greutate mică la naștere, acces redus la îngrijiri de sănătate, sărăcie și probleme de dezvoltare în prima copilărie (20,22,23,24). Tinerele mame au fost adesea condamnate pentru situația în care se află și prezentate negativ în media și-n viața publică (11,12,13,14).

Valorile etice, morale și religioase au fost influențate de programul educațional desfășurat. Adolescenții au devenit mai conștienți despre predominanța dragostei asupra sexului, fidelitatea în cuplu fiind foarte apreciată.

Scopul principal al studiului nostru a fost să evaluăm dacă un program pe tema reproducerii poate fi eficient. Am încercat să-i conștientizăm pe adolescenți că implicarea sexuală aduce cu sine o responsabilitate asumată și că ei trebuie să fie pregătiți pentru consecințe, dorite sau nu. Mass media nu prezintă decât o parte a sexualității, cea ușor vandabilă, însă nu încearcă să le dea o educație corectă și sănătoasă adolescenților. Informarea corectă este de mare ajutor când adolescentul stă în fața unei situații critice. Fiecare are dreptul să decidă când și cu cine se implică sexual, dar ignoranța nu numai că nu îi ferește de urmările nefaste ale comportamentului sexual la risc, ci îi și predispune la acestea

(16,19,21). Presiunea anturajului de a se angaja în activități „de-ale adulților” poate încuraja adolescentul să se angajeze în diferite experiențe sexuale. Multe dintre comportamentele sexuale cu risc par să fie influențate de atitudinile sexuale ale colegilor și prietenilor, iar tinerii își aleg prieteni dintre aceia ale căror atitudini despre sex corespund cu ale lor (28).

Cadrelle medicale împreună cu dascălii, psihologii și cu părinții joacă un rol esențial în educația tinerilor. Ei au abilitatea de a modela valorile care guvernează sexualitatea adolescentină și au responsabilitatea de a crește o tânără generație sănătoasă și puternică, prin accentuarea valorilor morale și religioase (5,6,10). Părinții sunt cei care trebuie să asigure un mediu educațional propice, în care copiii pot să dezvolte o înțelegere sănătoasă a propriei sexualități, mai ales în timpul pubertății. Adolescența reprezintă o perioadă de schimbări fundamentale, în care adolescentul este expus unor noi valori, care trebuie să fie înțelese atât la nivel cognitiv, social cât și emoțional.

BIBLIOGRAFIE

- Adams A., & D'Souza R. Teenage contraception. *General Practice Update*, 2(6), 2009: 36-39.
- Allen E., Bonell C., Strange V., *et al.* Does the UK government's teenage pregnancy strategy deal with the correct risk factors? Findings from a secondary analysis of data from a randomised trial of sex education and their implications for policy. *J Epidemiol Community Health* 61(1), 2007: 20-7
- Armstrong B. Adolescent Pregnancy. in Alex Gitterman. *Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations* (2nd ed.). New York, NY: Columbia University Press. ISBN 023111396X, 2001.
- Banerjee B., Pandey G., Dutt D., Sengupta B., Mondal M., & Deb S. Teenage Pregnancy: A Socially Inflicted Health Hazard. *Indian Journal of Community Medicine*, 34(3), 2009:227-231.
- Brückner H., Bearman P.S. After the promise: the STI consequences of adolescent virginity pledges. *Journal of Adolescent Health* 2005; 36:271-278.
- Crockett Lisa, and Chopak Joanne S. Pregnancy Prevention in Early Adolescence: A Developmental Perspective. In *Early Adolescence: Perspectives on Research, Policy, and Intervention*, ed. Richard Lerner. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1993.
- Dhoundiyal M. & Venkatesh R. Knowledge regarding human sexuality among adolescent girls. *The Indian Journal of Pediatrics* 73 (8): 743, 2006.
- Dryfoss J. *Adolescents at Risk: Prevalence and Prevention*. New York: Oxford University Press, 1990.
- East P.L., Jacobson L.J. The younger siblings of teenage mothers: a follow-up of their pregnancy risk. *Dev Psychol* 37 (2), 2001: 254-64.

- Elizabeth M. Saewyc, Lara Leanne Magee and Sandra E. Pettingell Teenage Pregnancy and Associated Risk Behaviors Among Sexually Abused Adolescents. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Volume 36, Number 3, May/June 2004: 28-35.
- Furstenberg F.F., Levine J.A., Brooks-Gunn J. The children of teenage mothers: patterns of early childbearing in two generations. *Fam Plann Perspect* 22 (2), 1990: 54-61.
- Hofferth S.L., Early Childbearing and Children's Achievement And Behavior over Time. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 34 (1), 2002: 41.
- Hofferth Sandra L., Reid Lori, Mott, & Frank L. The Effects of Early Childbearing On Schooling over Time. *Family Planning Perspectives*, 33 (6), 2001: 38-34.
- Hoffman S. D. Teenage Childbearing Is Not So Bad After All... Or Is It? A Review of New Literature. *Family Planning Perspectives* 30 (5), 1998:236 - 239, 243.
- John Chapman R. (2000). "Adolescent sex and mass media: a developmental approach." *Adolescence* Winter: 799-811.
- Kirby D. Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2001.
- Koch P.B. Promoting Healthy Sexual Development During Early Adolescence In *Early Adolescence: Perspectives on Research, Policy, and Intervention*, ed. Richard Lerner. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1993.
- L'Engle, Kelly Ladin, Jane D.Brown, and Kristin Kenneavy. The mass media are an important context for adolescents' sexual behavior. *Journal of Adolescent Health*, 38, 2006:186-192.
- Macleod C. The 'causes' of teenage pregnancy. Review of South African research—Part 2. *South African Journal of Psychology*, 29(1), 1999: 8.
- Mayor S. Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries. *BMJ* 328 (7449), 2004: 1152.
- Raatikainen K, Heiskanen N, Verkasalo PK, Heinonen S. Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care. *Eur J Public Health* 16 (2), 2006: 157-61.
- Rhode Deborah L. Politics and Pregnancy: Adolescent Mothers and Public Policy. in Nancy Ehrenreich. *The Reproductive Rights Reader*. New York, NY: New York University Press. ISBN 9780814722305, 2007.
- Rosen D. I Just Let Him Have His Way. Partner Violence in the Lives of Low-Income, Teenage Mothers. *Violence Against Women* 10 (1), 2004: 6-28.
- Silverstein Helena. Girls on the Stand: How Courts Fail Pregnant Minors. New York, NY: New York University Press. ISBN 9780814740316, 2007.
- Soltuzu Daniela, 2007, Promovarea stării de sănătate prin influențarea unor comportamente cu risc la adolescenți, Lucrare de diplomă
- Tamkins T. Teenage pregnancy risk rises with childhood exposure to family strife. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, March-April, 2004
- Treffers P.E..Teenage pregnancy, a worldwide problem (in Dutch; Flemish). *Ned Tijdschr Geneesk* 147 (47), 2003: 2320-5.
- U.S. Department of Health and Human Services. Healthy people 2010. 2nd ed. With understanding and improving health and objectives for improving health (2 vols). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2000.

United Nations International Children's Emergency Fund. A league table of teenage births in rich nations. Innocenti report card no. 3. Florence, Italy: UNICEF Innocenti Research Centre, 2001.

Site-uri internet:

www.emotioncenter.ro – accesat 5 noiembrie 2014

www.provitabucuresti.ro – accesat 20 iunie 2014

www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-romania.html - accesat 5 noiembrie 2014

A PRACTICAL APPROACH TO ETHICAL DECISIONS IN ANATOMY CLASSES OF ROMANIAN MEDICAL FACULTIES

CARMEN CORINA RADU¹, DAN PERJU DUMBRAVĂ², DANIEL MURESAN³,
CHIRIAC SERGHEI⁴, DIANA BULGARU ILIESCU⁵

ABSTRACT. Teaching involves a variety of ethical issues, which the authors of this paper try to highlight. In respect to the fact that each area of teaching has some specific ethical problems to consider, the authors go one step further to give an overview of characteristic ethical aspects regarding teaching activity. It is shown that the academic community acts on ethical codes that are based on law and different regulations, but often ethical questions raised from the teaching activity cannot find their answer in laws and regulations. For this reason authors consider it necessary to provide a platform through which the compliance to the law and the ethical or moral aspirations can integrate.

Key words: *teaching, academic community, ethical issues, ethical codes, law*

REZUMAT. *Etica predării anatomiei în Facultățile de Medicină din România.* Activitatea de predare implică o varietate de probleme etice, pe care autorii acestei lucrări încearcă să le evidențieze. În ceea ce privește faptul că fiecare domeniu de predare are de luat în considerare, unele probleme de ordin etic specifice, autorii merg un pas mai departe pentru a obține o imagine de ansamblu a aspectelor etice caracteristice activității de predare. Se arată faptul că, comunitatea academică acționează după coduri etice bazate pe legi și regulamente diferite dar, de multe ori, problemele etice ridicate de activitatea didactică nu-și pot găsi răspunsul în legi și regulamente. Din acest motiv, autorii consideră că este necesar să alcătuim o platformă comună în care să integrăm legile și reglementările legislative cu valorile etice și morale.

Cuvinte cheie: *învățământ, comunitate academică, probleme etice, coduri etice, lege*

¹ Faculty of Medicine and Pharmacy Oradea, Romania

² University of Medicine and Pharmacy Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca, Romania; corresponding author: danperjud@yahoo.com

³ Faculty of Medicine and Pharmacy Oradea, Romania

⁴ University of Medicine and Pharmacy Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca, Romania

⁵ University of Medicine and Pharmacy Gr. T. Popa Iași, Romania

According to Davidson's statement "throughout history and in cultures around the world, education rightly conceived has had two great goals: helping students become smart and helping them become good. They need character for both"⁶.

The Faculty of Medicine and Pharmacy of Oradea, is an international academic community, which provides the freedom for each individual, i.e. students, teachers and administrative staff to express their political, religious and economic beliefs. The faculty as such is obliged to provide academic services to students without any discrimination. The students' duty is to show a position of responsibility and seek adequate performance. Such interrelations between the members of the academic community shall be based on confidence, mutual respect, and responsibility. These values should guide the students throughout their entire careers as professionals. From Merriam-Webster's point of view, ethics represent "the discipline dealing with what is good and bad and with moral duty and obligation"⁷.

The fundamental ethical principles of the university

The fundamental ethical principles under which the universities shall follow are the following: academic freedom, personal autonomy, justice, fairness, professionalism, excellence, transparency, quality and professional collaboration.

1. Academic freedom. It refers to the right of each member of the academic community to express freely and openly their academic and professional beliefs. The students' opinion regarding the quality of teaching activity is of great value for the improvement of existing standards. Academic freedom is directly expressed in courses, seminars, conferences, debates, as well as in published materials or notes and books. Teachers should avoid violating or disrespecting the freedom of others within the community. They are obliged to show mutual respect, fairness, collaboration, integrity, honesty and responsibility in all their actions.

2. Personal autonomy refers to the right of each member of the academic community to make, modify, expand or improve programs of study and research, considering the scientific, legal and ethical constraints. Each member of the university community should be guaranteed the right to make and implement decisions about their academic and professional career.

⁶ Davidson, M., Lickona, T., Khmelkov, V. (2007). Smart and good schools: A paradigm shift for character education. *Education Week*, 27 no12 30-31

⁷ *Ethics*. In Merriam-Webster Online Dictionary. Retrieved September 21, 2008, from <http://www.merriam-webster.com/dictionary/ethic> Dworkin, Ronald, *Taking Rights Seriously*, Duckworth, London, 1978.

3. Justice, fairness and intellectual honesty. The fundamental aim of education is the integrity of the relationship between teacher and student. Teachers should demonstrate respect for students as individuals and be an intellectual source of inspiration and motivation. They should also evaluate the students according to their true performance. Teachers should avoid any exploitation, harassment or discrimination of students and must protect their academic freedom by promoting equal opportunities to access education and study programs. Favoritisms and nepotism should not be allowed; any form of persecution must be avoided.

Examples of violations of academic ethics are:

- Evaluation of the student knowledge by any other means than professional and academic criteria;
- Inappropriate behavior or harassment because of politics, race, religion, gender, sexual orientation, origins, marital status, disability, age, nationality or other reasons;
- Abuse by power of authority adopted by teachers in order to influence the judgments or the conscience of a student for various reasons;
- The existence of extra-professional relationship of any kind, which jeopardizes the integrity of the educational process;
- Actions that would prevent the fair and rigorous assessment of performance (defraud or attempt to defraud) or impede the proper conduct of the educational process through damage or destruction and to deliberately replace or delete teaching materials, books, magazines or information from the computer.

The following points are considered as violations: circulation of exams by sale or purchase; plagiarism of written work and projects; money or property requests by members of the academic staff, bribery or attempt to bribery and incentives of any other form; personal services and benefits of any kind, from people who are or will be in the process of employment or promotion.

4. Professionalism and excellence. Teachers' professionalism and excellence shall be determined after accurate and objective evaluation of their teaching performance and scientific work. The evaluation should be based on courses, lectures, labs and seminars, supervision, scientific publications, research grants, involvement in faculty and university development, assessment of students, curriculum and involvement in solving problems related to students.

For students, professionalism and excellence shall be assessed according to evaluation criteria in the context of performance; courses, clinical practice, seminars and practical work in theses and dissertations.

5. Transparency refers to access to all categories of information for members of the academic community, potential candidates, graduates, collaborating institutions and general public. Competition shall be held on equal terms for those involved. Students and others who benefit from the educational process are entitled to clear information on the evaluation criteria, marking rules for the exams and the colloquia. This has to be done right from the beginning of the academic year.

6. Quality. In educational work, teachers must provide education services specific to their area of activity at a high level of quality, in accordance with the law, along with faculty and university regulations.

7. Professional collaboration. Members of the academic community must work together to create solid basis of trust and to prepare the students for their future employment. It is important for both - students and the Faculty or University. Collaboration is based on the principle of collegiality in professional relationships that are established in the University. Regarding the definition of "profession" that Davis had developed over almost two decades: A profession is a number of individuals in the same occupation voluntarily organized to earn a living by openly serving a certain moral ideal in a morally permissible way beyond what law, market, and morality would otherwise require⁸.

In situations where ethical rules are not established by the law or the regulations, the academic community must make a decision consistent with the academic ethics and accept further responsibility.

The information mentioned above is a summary from the Code of Ethics of the University of Medicine and Pharmacy Iuliu Hațieganu of Cluj-Napoca⁹ and Code of Ethics of the Faculty of Medicine and Pharmacy of Oradea¹⁰.

Ethical issues in anatomy classes

We will show above some ethical issues which have appeared in anatomy classes of the English section in the Faculty of Medicine and Pharmacy of Oradea.

Muslim students, representing the majority of foreign students in our faculty want to pray regularly on Fridays at 13.30. What shall we do in these situations? This is not specified in the code of ethics of the faculty. We have a

⁸ Davis, Michael, "Is Higher Education a Prerequisite of Profession?", in *International Journal of Applied Philosophy*, vol 13: 2, 1999.

⁹ *Codul deontologic al farmacistului*, http://www.colegfarmcluj.ro/index_files/legislatie/codetica.pdf

¹⁰ *Codul de etică și deontologie universitară al Universității din Oradea, Anexa 1 la Cartea Universității din Oradea, 2013.*

duty to allow them to leave the room in order to pray? If we do this, maybe other students, of other religions want to benefit from this right. In this situation the lecture would be disturbed or even impossible to complete. Do we have to reschedule the lectures or even the exams? Is it fair for the others? Will the majority's opinion prevail or should we leave the religions outside the academic activity? We have to respect the academic spirit of independence. How far can we go in willingness to accept religious rights of others? If a member of the academic community from Oradea visits an Islamic country has they the same rights? Can we let the religion interfere in education? These are not theoretical questions, but practical ones taken from daily academic work.

Teaching anatomy on cadavers often raises questions of ethical nature among the foreign students. First we have to see what the Romanian law says about cadavers. According to Law no. 104/2003 the Department of Anatomy is a functional unit in the high education institutes of human health and includes services who deal with the operational activities of the cadavers; use of cadavers for diagnosis or educational and scientific research purposes. The staff of the anatomy departments and their related services have the following duties: to receive and keep the bodies based on an official protocol; to prepare and preserve cadavers for dissection, provide educational and teaching material in anatomy; to prepare skeletons and preserve tissues and organs. The departments of anatomy can retrieve bodies for educational and scientific purposes in the following situations: when there is a written consent by the person himself before his/her death; unclaimed bodies in a period longer than 10 days after the death.

Let's have a look at the questions students may ask. Is it ethical to use the dead body for teaching and learning purposes? It is ethical if there is a written consent by the person prior to his/her death or by the family after de person death or unclaimed bodies (law no. 104/2003). Anatomists have the duty to check that there is a written consent by the individual prior to his/her death, stating that his/her body can be used for teaching purposes, to control the provenance of the cadaver, to check the health condition of the body in order to avoid disease spreading, to train the students to use the dissection kit and teach them how to wear the protective equipment. On the other hand, students have the duty to approach the cadaver with respect and act according to the dissection rules. He/she has to follow necessary steps in order to preserve the body for the use by all students in the study group.

Another ethical problem of extreme dimension is exam obstruction by cheating. Cheating by definition is an immoral action and should be approach as such. Clear regulations of the faculty should dictate the consequences when these regulations are violated. We can see that many schools and universities are facing this problem, but is not easily solved. It is well known that the

amount of money pumped into the university is many times depended on the results of the students. That's why the teachers sometimes pretend they don't see the cheating. It can also be a question of reputation of the teacher if the results of his/her students are bad. There is a Swedish teacher Lars Fonseca who recently presented his dissertation with the title „Approved cheating”, where he discusses the ethical aspect of this problem, from a teacher's point of view.

So, how shall a teacher at a medical school approach this situation? If he/she overlooks the situation than he/she will contribute in undermining the quality of the medical education and at the same time letting a not qualified student get a degree in medicine and ironically one day may be treated by him/her!

What we have to do in teachers' quality in such situation where some students bully their colleagues? Are we obliged to personally “punish” the guilty ones or should we first inform the university board? In the past years we had a student who was repeatedly threatening teachers and students. There was a fear among the administrative staff and teachers. The student threatened to put a bomb in the faculty as this person failed the license exam. He could be a danger to other students or teachers and jeopardize the academic activity. Is it ethical to keep such a student in the faculty? Do we have the right to ask an expert in forensic psychiatry to examine these students or is it a discrimination to do it? What do the school regulations say about this type of situations? Unfortunately we do not have regulations for these situations. How responsible is the faculty for the actions of this student as a doctor?

Conclusions

These were some examples of ethical and moral nature. The list can be longer, but it is not the purpose of this paper. It is an attempt to alert the academic community by emphasizing the necessity of ethics in teaching. It is not enough to have laws and regulations, we must formulate ethical codes based on common and accepted values and apply them in daily academic work. The academic environment is responsible for everything that happens within the four walls of its house.

Therefore we advise participation of all the members of the academic society in forming and joining workshops, discussions in order to identify problems and to find ways to solve them. In such team, a students' mentors would be of great value. Many universities all over the world use mentors' quality as channels for solving ethical and moral dilemmas among students.

We appreciate that the academic community will stay free and independent from any religious, political or financial doctrine or orientation.

ASPECTE DEFINITORII ALE RELAȚIEI DINTRE STRES ȘI SPORT

RAMONA JURCĂU¹, IOANA JURCĂU^{2*}

ABSTRACT. *Defining Aspects of the Stress and Sport Relationship.* Evaluation of physical effort stress was conducted for various types of sport. Factors associated with sports stress are also multiple. In competitive sport case, athletes experience different stress levels. There are differences between genders in terms of the stress impact given by sport. Effects of stress caused by physical effort can be both negative and beneficial. There are, however, multiple strategies for adapting to the physical effort sport stress.

Key words: *stress, sport, sport types, physical exertion, sports stress, stress conditions*

REZUMAT. Evaluarea stresului de efort fizic a fost realizată pentru variate tipuri de sport. Factorii asociați stresului sportiv sunt și ei multipli. În cazul sporturilor competitive, sportivii experimentează diferite niveluri de stres. Există diferențe între genuri în privința impactului stresului dat de sport. Efectele stresului determinat de efortul fizic pot fi atât negative cât și benefice. Există, în schimb, multiple strategii de adaptare la stresul determinat de efort fizic sportiv.

Cuvinte cheie: *stres, sport, tipuri de sport, efort fizic, stres sportiv, condiții de stres*

Introducere

Relația dintre stres și sport reprezintă un subiect de interes pentru cercetarea de specialitate.^{3,4} Factorii de stres cu care se confruntă sportivii, precum și adaptarea sportivilor la stres, au constituit elemente de interes.⁵

¹ Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca, Disciplina de Fiziopatologie

² Spitalul Clinic de Copii, Cluj-Napoca.

* Corresponding author: ramona_mj@yahoo.com

³ Jurcău R, Jurcău I. A retrospective analysis of PubMed publications regarding the relationship between stress and athletes. *Palestrica Mileniului III.* 2013; 14(4): 271-276.

⁴ Erlacher D, Ehrlenspiel F, Schredl M. Frequency of nightmares and gender significantly predict distressing dreams of German athletes before competitions or games. *J Psychol.* 2011; 145(4): 331-342.

⁵ Tamminen KA, Holt NL. Female adolescent athletes' coping: a season-long investigation. *J Sports Sci.* 2010; 28(1):101-114.

Monitorizarea atleților ar trebui făcută la mai multe niveluri folosind măsurători ale performanței precum și parametri biologici și psihologici.⁶ Sportul moderat poate avea și el consecințe, spre exemplu o vacanță activă la o altitudine moderată poate avea efecte benefice la turiștii alpini care suferă de boli preexistente.⁷

Tipuri de sport

În timp, au fost create profilurile individuale ale modalităților de adaptare la stres, corespunzătoare fiecărui sportiv.⁸ Astfel, o mare varietate de tipuri de sport a fost evaluată. Din aceasta fac parte atleții profesioniști în general^{9,10,11}, dar și categorii distincte de sportivi, cum ar fi: ciclistii, jucătorii de fotbal și de rugby, participanții la triathlon¹², jucătorilor de golf^{13,14,15,16}, cei de handball și judo, înotătorii¹⁷, cățărători de elită¹⁸. Stresul sportivilor amatori a fost și ei investigat pentru: antrenamentului aerobic¹⁹, exercițiile pe bicicletă²⁰, jucătorilor de fotbal

⁶ Garatachea N, García-López D, José Cuevas M, Almar M, Molinero O, Márquez S, González-Gallego J. Biological and psychological monitoring of training status during an entire season in top kayakers. *J Sports Med Phys Fitness*. 2011; 51(2):339-346.

⁷ Schobersberger W, Leichtfried V, Mueck-Weymann M, Humpeler E. Austrian Moderate Altitude Studies (AMAS): benefits of exposure to moderate altitudes (1,500-2,500 m). *Sleep Breath*. 2010; 14(3):201-217.

⁸ Tamminen KA, Holt NL. Female adolescent athletes' coping: a season-long investigation. *J Sports Sci*. 2010; 28(1):101-114.

⁹ Cerin E, Barnett A. Predictors of pre- and post-competition affective states in male martial artists: a multilevel interactional approach. *Scand J Med Sci Sports*. 2011; 21(1):137-150.

¹⁰ Georgopoulos NA, Rottstein L, Tsekouras A, Theodoropoulou A, Koukkou E, Mylonas P, Polykarpou G, Lampropoulou E, Iconomou G, Leglise M, Vagenakis AG, Markou KB. Abolished circadian rhythm of salivary cortisol in elite artistic gymnasts. *Steroids*. 2011; 76(4):353-357.

¹¹ Martarelli D, Cocchioni M, Scuri S, Spataro A, Pompei P. Cold exposure increases exercise-induced oxidative stress. *J Sports Med Phys Fitness*. 2011a; 51(2):299-304.

¹² Main LC, Landers GJ, Grove JR, Dawson B, Goodman C. Training patterns and negative health outcomes in triathlon: longitudinal observations across a full competitive season. *J Sports Med Phys Fitness*. 2010; 50(4):475-485.

¹³ Cooke A, Kavussanu M, McIntyre D, Ring C. Psychological, muscular and kinematic factors mediate performance under pressure. *Psychophysiology*. 2010; 47(6):1109-1111.

¹⁴ Gaudreau P, Nicholls A, Levy AR. The ups and downs of coping and sport achievement: an episodic process analysis of within-person associations. *J Sport Exerc Psychol*. 2010; 32(3):298-311.

¹⁵ Kim KJ, Park S, Kim KH, Jun TW, Park DH, Kim KB. Salivary cortisol and immunoglobulin A responses during golf competition vs. practice in elite male and female junior golfers. *J Strength Cond Res*. 2010; 24(3):852-858.

¹⁶ Nicholls AR, Hemmings B, Clough PJ. Stress appraisals, emotions, and coping among international adolescent golfers. *Scand J Med Sci Sports*. 2010; 20(2):346-355.

¹⁷ Kristiansen E, Roberts GC. Young elite athletes and social support: coping with competitive and organizational stress in "Olympic" competition. *Scand J Med Sci Sports*. 2010; 20(4):686-695.

¹⁸ Sanchez X, Boschker MS, Llewellyn DJ. Pre-performance psychological states and performance in an elite climbing competition. *Scand J Med Sci Sports*. 2010; 20(2):356-363.

¹⁹ Ray CA, Carter JR. Effects of aerobic exercise training on sympathetic and renal responses to mental stress in humans. *Am J Physiol Heart Circ Physiol*. 2010; 298(1):229-234.

de juniori²¹, orientatori turistici²², turisti alpini²³. Dar și sportul de masă, cum ar fi în cazul unor elevi^{24,25}, precum și cel de influență orientală, de tipul qigong²⁶ și taekwondo²⁷, au constituit repere de interes pentru cercetarea stresului corelat cu efortul fizic.

Condiții de stres

Situațiile asociate efortului fizic sportiv sunt numeroase. Menționăm câteva dintre acestea, în funcție de tipurile de factori implicați.

a. Factori de mediu

Expunerea la *apa rece* (20 °C/30 min) după efectuarea de exerciții ar putea conduce la creșterea reacției de stres a fibrei musculare.²⁸ Atletii sunt toți afectați de creșterea speciilor reactive ale oxigenului indusă de *frig*; de aceea ar trebui să ia măsuri de protecție, cum ar fi utilizarea antioxidantilor specifici.

b. Factori fizici

S-a constatat că simptomele de *suprasolicitare* fizică la triathlon au fost semnificativ determinate de antrenament. Se presupune că, în cazul atleților profesioniști de nivel înalt, datorită *antrenamentului dur* și a condițiilor de desfășurare a competiției, ritmul diurn al nivelului de cortizol din salivă a fost abolit.²⁹

²⁰ Balanos GM, Phillips AC, Frenneaux MP, McIntyre D, Lykidis C, Griffin HS, Carroll D. Metabolically exaggerated cardiac reactions to acute psychological stress: the effects of resting blood pressure status and possible underlying mechanisms. *Biol Psychol.* 2010; 85(1):104-111.

²¹ Johnson U, Ivarsson A. Psychological predictors of sport injuries among junior soccer players. *Scand J Med Sci Sports.* 2011; 21(1):129-136.

²² Millet GY, Divert C, Banizette M, Morin JB. Changes in running pattern due to fatigue and cognitive load in orienteering. *J Sports Sci.* 2010; 28(2):153-160.

²³ Schobersberger W, Leichtfried V, Mueck-Weymann M, Humpeler E. Austrian Moderate Altitude Studies (AMAS): benefits of exposure to moderate altitudes (1,500-2,500 m). *Sleep Breath.* 2010; 14(3):201-217.

²⁴ Budde H, Pietrassyk-Kendziorra S, Bohm S, Voelcker-Rehage C. Hormonal responses to physical and cognitive stress in a school setting. *Neurosci Lett.* 2010; 474(3):131-13.

²⁵ Nicholls AR, Hemmings B, Clough PJ. Stress appraisals, emotions, and coping among international adolescent golfers. *Scand J Med Sci Sports.* 2010; 20(2):346-355.

²⁶ Tamminen KA, Holt NL. Female adolescent athletes' coping: a season-long investigation. *J Sports Sci.* 2010; 28(1):101-114.

²⁷ Chiodo S, Tessitore A, Cortis C, Cibelli G, Lupo C, Ammendolia A, De Rosas M, Capranica L. Stress-related hormonal and psychological changes to official youth Taekwondo competitions. *Scand J Med Sci Sports.* 2011; 21(1):111-119.

²⁸ Hassan ES. Thermal therapy and delayed onset muscle soreness. *J Sports Med Phys Fitness.* 2011; 51(2):249-254.

²⁹ Georgopoulos NA, Rottstein L, Tsekouras A, Theodoropoulou A, Koukkou E, Mylonas P, Polykarpou G, Lampropoulou E, Iconomou G, Leglise M, Vagenakis AG, Markou KB. Abolished circadian rhythm of salivary cortisol in elite artistic gymnasts. *Steroids.* 2011; 76(4):353-357.

c. *Factori psihologici*

S-a constatat că *evenimentele cotidiene, anxietate de tip somatic, neîncredere și ineficiența în a face fata efortului*, sunt printre principalii factori ai *stresului sportiv* și a apariției prejudiciilor ulterioare ce ar rezulta de aici. În plus, *presiunea psihică* afectează performanța sportivă pe căi multiple, determinând o percepție crescută a anxietății.³⁰ Relația dintre *adaptarea la stres* și performanțele sportive ale unei persoane este importantă.³¹ Astfel, *stresul competitiv* influențează *performanța*, prin intensificarea efortului fizic, a anxietății, și a frecvenței cardiace și diminuarea forței fizice.³² În cazul performanțelor, se discută și relația dintre *motivație și sindromul de epuizare*, relație care variază în funcție de tipul de motivație stabilit. În acest sens, s-a constatat că nivelurile reduse de *auto-determinare* pot duce la epuizare.³³ *Anxietatea de tip competitiv* este un moderator cheie în relația dintre evaluarea cognitivă și stările afective. *Evaluarea cognitivă și factorii situaționali și de personalitate* exercită efecte principale și interactive în afectivitatea pre- și post- competiție a atleților.³⁴ *Speranța* ar putea fi un factor important, asociat cu suprasolicitarea. Astfel, persoanele cu speranțe reduse sunt predispuse la blocaje psihice, frustrări și efecte negative, toate acestea mărin­d riscul suprasolicitării, epuizarea emoțională sau fizică și sentimentele de nereușită, și favorizând deprecierea calităților sportive.³⁵

În cazul atleților, s-a dovedit existența unor *stresori competitivi*, asociați competiției, și a unor *stresori organizaționali*, datorăți factorilor externi.³⁶ În unele situații, *adăugarea unei funcții cognitive* nu modifica modelul de sport, toate modificările fiind rezultate ale adaptării.³⁷ În alte situații, acționarea asupra unei *sarcini cognitive secundare*, simultan cu efortul fizic, demonstrează efectele atenției distributive asupra performanțelor motorii.³⁸

³⁰ Cooke A, Kavussanu M, McIntyre D, Ring C. Psychological, muscular and kinematic factors mediate performance under pressure. *Psychophysiology*. 2010; 47(6):1109-1111.

³¹ Gaudreau P, Nicholls A, Levy AR. The ups and downs of coping and sport achievement: an episodic process analysis of within-person associations. *J Sport Exerc Psychol*. 2010; 32(3):298-311.

³² Cooke A, Kavussanu M, McIntyre D, Boardley ID, Ring C. Effects of competitive pressure on expert performance: underlying psychological, physiological, and kinematic mechanisms. *Psychophysiology*. 2011; 48(8):1146-1156.

³³ Lonsdale C, Hodge K. Temporal ordering of motivational quality and athlete burnout in elite sport. *Med Sci Sports Exerc*. 2011; 43(5):913-921.

³⁴ Cerin E, Barnett A. Predictors of pre- and post-competition affective states in male martial artists: a multilevel interactional approach. *Scand J Med Sci Sports*. 2011; 21(1):137-150.

³⁵ Gustafsson H, Hassmén P, Podlog L. Exploring the relationship between hope and burnout in competitive sport. *J Sports Sci*. 2010; 28(14):1495-1504.

³⁶ Kristiansen E, Roberts GC. Young elite athletes and social support: coping with competitive and organizational stress in "Olympic" competition. *Scand J Med Sci Sports*. 2010; 20(4):686-695.

³⁷ Millet GY, Divert C, Banizette M, Morin JB. Changes in running pattern due to fatigue and cognitive load in orienteering. *J Sports Sci*. 2010; 28(2):153-160.

³⁸ Bridenbaugh SA, Kressig RW. Laboratory review: the role of gait analysis in seniors' mobility and fall prevention. *Gerontology*. 2011; 57(3):256-264.

Imaginile ar putea manipula evaluarea de către sportivi a situațiilor inducătoare de stres, fapt dovedit fiind creșterea frecvenței cardiace, volumului-bătăie și a debitului cardiac, prezente în cazul imaginilor de provocare și amenințare”.³⁹ Un tip de imagini sunt și visele. Astfel, atleții se pot confrunta cu *vise stresante* în nopțile dinaintea unei competiții importante, conținutul visului fiind raportat mai ales la eșecul athletic.⁴⁰

Particularități date de gen

Prevalența tulburărilor de anxietate e mult mai crescută în rândul femeilor.⁴¹ Totuși, femeile dependente de exerciții fizice au prezentat reacții diminuate la sarcinile de stres precum și nivel mai scăzut al cortizolului la 10, 20 și 30 de minute de la expunerea la stres.⁴² Pe de altă parte, în timpul competițiilor atletice de nivel înalt, femeile au prezentat niveluri crescute de cortizol din salivă în timpul dimineții și stres psihologic, comparativ cu bărbații.⁴³

Efectele negative ale efortului fizic

a. Efecte funcționale

Frecvența cardiacă este un parametru utilizat în evaluarea stresului sportiv.^{44,45} Spre exemplu, în timpul exercițiilor pe bicicletă efectuate gradat, stresul a provocat valori crescute ale *debitului cardiac*, mult mai mari decât cele așteptate.⁴⁶

³⁹ Williams SE, Cumming J, Balanos GM. The use of imagery to manipulate challenge and threat appraisal States in athletes. *J Sport Exerc Psychol.* 2010; 32(3):339-358.

⁴⁰ Erlacher D, Ehrlenspiel F, Schredl M. Frequency of nightmares and gender significantly predict distressing dreams of German athletes before competitions or games. *J Psychol.* 2011; 145(4):331-342.

⁴¹ Patel DR, Omar H, Terry M. Sport-related performance anxiety in young female athletes. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2010; 23(6):325-235.

⁴² Heaney JL, Ginty AT, Carroll D, Phillips AC. Preliminary evidence that exercise dependence is associated with blunted cardiac and cortisol reactions to acute psychological stress. *Int J Psychophysiol.* 2011; 79(2):323-329.

⁴³ Georgopoulos NA, Rottstein L, Tsekouras A, Theodoropoulou A, Koukkou E, Mylonas P, Polykarpou G, Lampropoulou E, Iconomou G, Leglise M, Vagenakis AG, Markou KB. Abolished circadian rhythm of salivary cortisol in elite artistic gymnasts. *Steroids.* 2011; 76(4):353-357.

⁴⁴ Jurcău R, Jurcău I, Bodescu C. Heart rate and salivary cortisol changes in short term and heavy stress sports, to the untrained people. *Palestrica Mileniului III.* 2012b; 13(2):101-105.

⁴⁵ Chiodo S, Tessitore A, Cortis C, Cibelli G, Lupo C, Ammendolia A, De Rosas M, Capranica L. Stress-related hormonal and psychological changes to official youth Taekwondo competitions. *Scand J Med Sci Sports.* 2011; 21(1):111-119.

⁴⁶ Balanos GM, Phillips AC, Frenneaux MP, McIntyre D, Lykidis C, Griffin HS, Carroll D. Metabolically exaggerated cardiac reactions to acute psychological stress: the effects of resting blood pressure status and possible underlying mechanisms. *Biol Psychol.* 2010; 85(1):104-111.

b. Efecte biochimice

Cortizolul salivar, în special, dar și α -amilaza salivară pot fi markeri de stres sportiv Cortizolul salivar și IgA au fost elevate în timpul competițiilor la băieții jucători de golf.⁴⁷ În cazul unui stres de natură fizică, elevii unei școli au prezentat creșterea semnificativă a testosteronului și cortizolului.⁴⁸

c. Efecte psiho-emoționale

O serie de factori pot influența dezvoltarea, severitatea și persistența *anxietății* de performanță determinată de participarea la activitățile sportive.⁴⁹ Astfel, *emoțiile negative* au fost raportate frecvent după evenimente sportive nefavorabile.⁵⁰ În situația epuizării, pot apare reduceri ale *motivației*.⁵¹ *Profilul stării de dispoziție* poate suferi schimbări temporare în competiția de taekwondo.

Efectele benefice ale efortului fizic

Mersul pe jos este benefic pentru *sănătate*.⁵²

a. La nivel fizic

S-a dovedit că exercițiile fizice au un efect pozitiv asupra *migrenelor*, prin reducerea numărului și a intensității durerii acestora.⁵³ Antrenamentul aerobic, la adulții sănătoși, nu alterează *activitatea nervoasă simpatică a mușchilor* și nici răspunsul renal vascular la *stresul mental*.⁵⁴ În cazul turiștilor alpini care suferă de boli preexistente, s-au demonstrat îmbunătățiri semnificative în *obezitate, hipertensiune, dislipidemie și rezistența la insulină*, creșterea celulelor progenitoare endoteliale și îmbunătățiri ale parametrilor biopsihologici.⁵⁵

⁴⁷ Kim KJ, Park S, Kim KH, Jun TW, Park DH, Kim KB. Salivary cortisol and immunoglobulin A responses during golf competition vs. practice in elite male and female junior golfers. *J Strength Cond Res.* 2010; 24(3):852-858.

⁴⁸ Budde H, Pietrassyk-Kendziorra S, Bohm S, Voelcker-Rehage C. Hormonal responses to physical and cognitive stress in a school setting. *Neurosci Lett.* 2010; 474(3):131-133.

⁴⁹ Patel DR, Omar H, Terry M. Sport-related performance anxiety in young female athletes. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2010; 23(6):325-235.

⁵⁰ Nicholls AR, Hemmings B, Clough PJ. Stress appraisals, emotions, and coping among international adolescent golfers. *Scand J Med Sci Sports.* 2010; 20(2):346-355.

⁵¹ Lonsdale C, Hodge K. Temporal ordering of motivational quality and athlete burnout in elite sport. *Med Sci Sports Exerc.* 2011; 43(5):913-921.

⁵² Kitchen P, Williams A, Chowhan J. Walking to work in Canada: health benefits, socio-economic characteristics and urban-regional variations. *BMC Public Health.* 2011; 4(11):212.

⁵³ Darabaneanu S, Overath CH, Rubin D, Luthje S, Sye W, Niederberger U, Gerber WD, Weisser B. Aerobic exercise as a therapy option for migraine: a pilot study. *Int J Sports Med.* 2011; 32(6):455-460.

⁵⁴ Ray CA, Carter JR. Effects of aerobic exercise training on sympathetic and renal responses to mental stress in humans. *Am J Physiol Heart Circ Physiol.* 2010; 298(1):229-234.

⁵⁵ Schobersberger W, Leichtfried V, Mueck-Weymann M, Humpeler E. Austrian Moderate Altitude Studies (AMAS): benefits of exposure to moderate altitudes (1,500-2,500 m). *Sleep Breath.* 2010; 14(3):201-217.

b. La nivel mental și psiho-emoțional

După evenimentele sportive favorabile, au fost citate frecvent *emoțiile pozitive*. Exercițiile regulate, deși nu neapărat viguroase, sunt asociate cu *îmbunătățirea somnului și o funcționare psihologică mai bună*.⁵⁶ Antrenamentul regulat de rezistență a dovedit că are efectele *antidepresive și anxiolitice*.⁵⁷ Exercițiile regulate de qigong ar putea avea un efect asupra *performanțelor școlare*, asupra tulburărilor psihologice, imaginii de sine și stresului general.⁵⁸

Sugestii pentru reducerea stresului de efort

O bună relație atlet-antrenor are rezultate bune și la nivel competitiv.⁵⁹ Înaintea competiției, *stările psihologice* reprezintă un factor important în determinarea succesului, chiar și atunci când există diferențe în abilitățile de bază.⁶⁰ În timpul competițiilor sportive, *comportamentul* sportivilor este important în management eficient al acestora.⁶¹

Terapia prin muzică poate reduce starea de anxietate și concentrația de cortisol salivar, în stresul produs de efortul fizic intens.⁶²

Rhodiola Rosea s-a dovedit a avea efecte benefice în reducerea stării de anxietate și a cortizolului salivar, în stresul indus de efortul fizic intens.⁶³

Polifenolii pot avea multiple efecte benefice în modularea efectelor induse de stresul sportiv.⁶⁴ Astfel, consumul regulat de *ciololata neagră* este

⁵⁶ Brand S, Gerber M, Beck J, Hatzinger M, Pühse U, Holsboer-Trachsler E. Exercising, sleep-EEG patterns, and psychological functioning are related among adolescents. *World J Biol Psychiatry*. 2010; 11(2):129-140.

⁵⁷ Sommer M, Braumann M, Althoff T, Backhaus J, Kordon A, Junghanns K, Ehrenthal D, Bartmann U, Hohagen F, Broocks A. Psychological and neuroendocrine responses to social stress and to the administration of the alpha-2-receptor antagonist, yohimbine, in highly trained endurance athletes in comparison to untrained healthy controls. *Pharmacopsychiatry*. 2011; 44(4):129-134.

⁵⁸ Terjestam Y, Jouper J, Johansson C. Effects of scheduled qigong exercise on pupils' well-being, self-image, distress, and stress. *J Altern Complement Med*. 2010; 16(9):939-944.

⁵⁹ Kristiansen E, Roberts GC. Young elite athletes and social support: coping with competitive and organizational stress in "Olympic" competition. *Scand J Med Sci Sports*. 2010; 20(4):686-695.

⁶⁰ Sanchez X, Boschker MS, Llewellyn DJ. Pre-performance psychological states and performance in an elite climbing competition. *Scand J Med Sci Sports*. 2010; 20(2):356-363.

⁶¹ Nicolas M, Gaudreau P, Franche V. Perception of coaching behaviors, coping, and achievement in a sport competition. *J Sport Exerc Psychol*. 2011; 33(3):460-468.

⁶² Jurcău R, Jurcău I. Influence of music therapy on anxiety and salivary cortisol, in stress induced by short term and heavy sport. *Palestrica Mileniului III*. 2012; 13(3):321-325.

⁶³ Jurcău R, Jurcău I, Bodescu C. Anxiety and salivary cortisol modulation, in stress sports, by the help of a phytotherapeutic produce that contains Rhodiola Rosea. *Palestrica Mileniului III*. 2012a; 13(3): 213-218.

⁶⁴ Jurcău R. The relationship between sports and polyphenols, retrospective analysis of PubMed publications of the last 52 years. *Palestrica Mileniului III*. 2012; 13(4):339-347.

asociat cu diminuarea markerilor stresului oxidativ și creșterea metabolismului acizilor grași liberi după exercițiile fizice.⁶⁵ S-a dovedit și că *polifenolii din mere* au efecte protectoare împotriva efectelor induse de contracția musculară prejudicioasă.⁶⁶ În privința *extractului de ceai verde*, efectele au fost mediate de către capacitatea metabolică crescută și de utilizarea de acizi grași ca o sursă de energie în mușchii scheletici, în timpul exercițiului.⁶⁷ *Extractul de ceai verde* este util și în reducerea efectelor oxidative și a oboselei musculare, în efortul fizic intens și de scurtă durată.⁶⁸

Concluzii

Evaluarea stresului de efort fizic a fost realizată prin studii pentru variate tipuri de sport, printre care se numără și sporturile competitive, în care sportivii experimentează diferite niveluri de stres. Rezultatele acestor cercetări au dovedit că factorii asociați stresului sportiv sunt multipli, iar efectele determinate de efortul fizic pot fi atât negative cât și benefice, existând diferențe între genuri, în privința impactului stresului produs de efortul fizic. Pe de altă parte, literatura de specialitate prezintă multiple strategii de reducere a stresului de efort. Sportul, mai ales cel competitiv, constituie un domeniu în care evaluarea stresului și a posibilităților de modulare și adaptare, necesită continuarea cercetărilor existente în prezent.

⁶⁵ Allgrove J, Farrell E, Gleeson M, Williamson G, Cooper K. Regular dark chocolate consumption's reduction of oxidative stress and increase of free-fatty-acid mobilization in response to prolonged cycling. *Int J Sport Nutr Exerc Metab.* 2011; 21(2):113-123.

⁶⁶ Nakazato K, Ochi E, Waga T. Dietary apple polyphenols have preventive effects against lengthening contraction-induced muscle injuries. *Mol Nutr Food Res.* 2010; 54(3):364-372.

⁶⁷ Murase T, Haramizu S, Shimotoyodome A, Tokimitsu I, Hase T. Green tea extract improves running endurance in mice by stimulating lipid utilization during exercise. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.* 2006; 290(6):1550-1556.

⁶⁸ Jurcău R, Jurcău I. Influence of a green tea extract product on oxidative stress and muscle fatigue sensation in sedentary people subjected to physical exercise. *Palestrica Mileniului III.* 2013; 14(2):90-95.

SEXUALITATEA LA ADOLESCENȚI – ÎNTRE ETICĂ – RELIGIE ȘI EDUCAȚIE

VALERIA LAZA¹, DANIELA ȘOITUZU¹

ABSTRACT. *Adolescents Sexuality – between Ethics – Religion and Education.*

From the beginnings, human history has gravitated, obvious or quiescent, around the mystery of sexuality. The attitude towards sexual problem has been modified in time and space, one of the most important regulator of sexual behaviour being the ethical and religious values. The moral principles and values moderating adolescents' love life could be influenced by educational programs to correct some wrong or truncated perceptions and attitudes.

Keywords: *sexuality, adolescents, ethics, religion, behaviour*

REZUMAT. De la începuturile sale, întreaga istorie umană a gravitat, evident sau tacit, în jurul misterului reprezentat de sexualitate. Atitudinea față de problematica sexuală s-a modificat în timp și-n spațiu, unul dintre cei mai importanți reglatori ai comportamentului sexual fiind valorile etice și religioase. Dar principiile și valorile morale care pot coordona viața amoroasă a adolescenților pot fi influențate de programe educaționale țintite, care să corecteze unele percepții și atitudini eronate sau trunchiate.

Cuvinte cheie: *sexualitate, adolescenți, etică, religie, comportament*

Sexualitatea, în general, este atributul în jurul căruia, tacit sau deschis, a gravitat întreaga istorie umană. Deși iudaismul și mai apoi, creștinismul, au fost întotdeauna împotriva dezvelirii trupului, Adam și Eva au fost reprezentați numai cu binecunoscutele frunze, menite să ascundă obiectul curiozității noastre. De-a lungul istoriei lucrurile s-au mai schimbat; lumea antică a preferat să vadă omul în toată nuditatea sa, înălțând imnuri frumuseții sale fizice; biserica l-a îmbrăcat, renașterea l-a dezgolit, iar lumea modernă face din sexualitate comerț, viciu și mai nou, politică (Macrea, 2001). Sexualitatea este mai mult decât o simplă funcție de reproducere, cu valori religioase și etice, cu implicații psihologice și sociale. Deoarece ea a fost înțeleasă în diferite feluri de-a lungul istoriei, valorile etice și morale referitoare la acest subiect au fost și sunt o continuă sursă de

¹ Universitatea de Medicină și Farmacie Iuliu Hațieganu, Cluj-Napoca

dezbateri. Sexualitatea umană se dezvoltă în etape, teoria de bază a lui Freud fiind că sexualitatea timpurie a copilului este polimorfă, că în copilărie se dezvoltă tendințe incestuoase și copilul trebuie să și le reprime pentru a ajunge, în sfârșit, la sexualitatea adultului (Okami et al., 1997).

Dintre toate vârstele, tinerețea și în speță adolescența reprezintă momentul debutului vieții sexuale, prin urmare, problemele cu care se confruntă adolescenții sunt numeroase. În ultimii 20 de ani, se observă scăderea din ce în ce mai accentuată a vârstei medii la care adolescenții își încep activitatea sexuală. Nu mai este ceva neobișnuit ca băieți și fete de 12-13 ani să fie activi sexual – într-un studiu din Suedia, 7,1% dintre băieții și 1,4% dintre fetițele de sub 13 ani au avut contacte sexuale (Okami, 1997) – în timp ce pe vremuri tinerii amânau acest moment până la vârsta facultății sau chiar până în noaptea nunții. Dincolo de durerile de cap pe care acest lucru le provoacă părinților, există numeroase riscuri pentru sănătate legate de implicarea sexuală la vârste tinere (creștere a numărului de sarcini nedorite, a traumelor emoționale care pot rezulta din terminarea unei relații, riscul contactării unor boli. Unele din aceste boli cu transmitere sexuală sunt curabile, altele nu (Vinți & Pascu, 2001). Dar de ce devin adolescenții activi sexual mai timpuriu decât în trecut și care sunt riscurile pentru sănătate pe care acest fapt le implică? Unele cauze ale debutului vieții sexuale timpurii sunt evidente și au rămas aceleași de-a lungul generațiilor: presiunea de grup, confundarea sexului cu dragostea, curiozitatea, rebeliunea, presiunea din partea prietenului/prietenei, nevoia de a se simți iubit. Alți factori implicați în sexualitatea adolescentină din zilele noastre sunt, însă, ceva mai complecși. În ultimele câteva decenii atât televiziunea cât și formele media tipărite au devenit din ce în ce mai explicite, permițându-le copiilor și adolescenților accesul în lumea sexualității la ore de maximă audiență sau prin simpla răsfoire a unei reviste. Introducerea internetului a deschis o întregă nouă lume, foarte ușor de explorat (Mândru, 1994). Imaginea adolescentului, pe vremuri născută din cărți și filme gen „Liceenii”, a fost înlocuită de idoli aplaudați pentru îndrăzneala cu care-și afirmă propria sexualitate. Aceste influențe pot determina adolescenții să se îmbrace și să acționeze conform acestui rol.

Principiile de viață ale unui adolescent îi vor determina comportamentul, deci și pe cel sexual. Tocmai din această cauză, lecțiile pe tema sexualității au devenit obligatorii în școlile din țara noastră. Însă educația sexuală a tinerei generații nu trebuie lăsată doar în seama dascălilor. Prevenirea comportamentului sexual cu risc presupune și implicarea medicilor, a psihologilor, a sociologilor, și nu în ultimul rând a clericilor.

Sexualitatea umană apare din punct de vedere etic ca o activitate supusă unor interdicții, recomandări și obligații. Semnificațiile biologice ale sexualității se subordonează semnificațiilor sale sociale, socializarea sexualității presupunând

inhibarea unor aspecte de animalitate simplă și dirijarea pulsioniilor și întregii activități sexuale pe căi prestabilite prin “norme” (Aries, 1998). Conceptul de normalitate este puternic influențat de concepțiile teoretice. Cu câteva decade în urmă psihiatrii erau mai siguri decât sunt astăzi în legătură cu ce înseamnă sexualitatea “normală”, cu atât mai mult cu cât ea acoperă un teritoriu mult mai vast decât “sexul” (Goldenson & Anderson, 1994, Peteanu, 1983). Puternicele influențe pe care religia și etica le au asupra comportamentelor umane, mai ales în materie de sexualitate, motivează studiarea aspectelor religioase și etice ale sexualității umane. Religia este o sursă de valori, atitudini și etică. Pentru credincioși ea furnizează și pedepse care îi motivează în respectarea regulilor. Studiul religiei și eticii în legătură cu sexualitatea umană oferă cel mai adesea cadrul de judecare al caracterului pozitiv sau negativ al activității sexuale. Una dintre multiplele perspective de abordare ale sexualității este cea istorică, care apreciază comportamentul sexual în contextul timpului, implicând de asemenea și studiul tradițiilor religioase. Pozițiile principalelor religii în legătură cu sexualitatea au prezentat diferențe mari de-a lungul istoriei, dar cele mai multe considerau sexul ca fiind un dar, o parte integrantă a vieții umane, cu rol de procreare dar și de satisfacție deplină (Korotayev, 2004). În multe religii tradiționale din Orientul Mijlociu există însă un standard dublu (bărbații pot avea mai multe soții, dar femeile doar un soț). În culturile Extremului Orient, sexualitatea a fost privită în strânsă legătură cu spiritualitatea. De exemplu, în China taoiștii considerau că sexul este o datorie sacră, care ducea la imoralitate. În cadrul hinduismului (din subcontinentul Indian) se cultivă plăcerea sexuală ca ideal spiritual. Kama Sutra codifică practicile sexuale hinduse, rămânând până azi cel mai cunoscut manual al sexului, reflectând abordarea pozitivă a sexualității în hinduism, credința că sexul era o datorie religioasă (Macrea, 2001, Nevid et al., 1995). Budismul este în general ascetic, propovăduind cu precădere celibatul instituționalizat (călugăria) în timp ce viziunea Budismului tantric (din Tibet) asupra sexualității constituie o formă de misticism sexual, un mijloc de a transcende limitele vieții umane (Macrea, 2001, Nevid, 1995). În general, toate religiile, în ciuda diferențelor dintre ele, au accentuat idealul vieții de familie, privind sexul înafara căsătoriei ca imoral sau păcătos. “Revoluția sexuală” din anii ‘60-’70 este marcată de o serie de evenimente, cel mai important fiind pilula anticoncepțională. Contracepția a separat total cele trei aspecte ale sexului: cel procreativ, cel “relațional” (ca intimitate totală între două persoane) și cel “recreativ” (ca joc fizic) (Macrea, 2001, Nevid, 1995, Biblia). Revoluția sexuală se referă, înafara sexului marital, la eliberarea sexualității femeii și la dorința de a discuta deschis despre sex. Ceea ce este “normal” în sexualitate (adică societatea judecă a fi normal) s-a schimbat de la sexul reproductiv spre cel relațional, îndreptându-se spre cel recreațional. Limitele comportamentului sexual

s-au extins enorm, perversiunea de ieri (în măsura în care se referă la societăți) este deviația de astăzi și varianta de mâine (Carrera, 1992). Mai mult decât în orice alt domeniu, normalitatea în sexualitate apare ca un proces dinamic, în continuă schimbare. Astăzi, dezvoltarea tehnologiei și noile forme de învățatură biblică au condus la poziții foarte variate în probleme legate de etica sexuală. În zilele noastre asistăm la vii și controversate dezbateri legate de sexul înafara căsătoriei, de contracepție (Macrea, 2001, Nevid, 1995, Biblia, Foucault, 1995), pozițiile față de avort (Biblia, Carrera, 1992, Kaplan & Sadock, 1995), problema homosexualității (Carrera, 1992), sindromul imuno-deficienței câștigate. Progresele în tehnologia reproducerii umane au creat probleme etice complexe, cu puține norme clare, mai ales în legătură cu însămânțarea artificială de la soț sau donator, fertilizarea in vitro, transferul de embrion și surogatul de maternitate și au schimbat atitudinea și valorile despre sexualitatea umană. La sfârșit, se pune întrebarea dacă există un singur standard universal pentru a defini valorile sexuale, sau mai multe? Se pare că există mai multe modele universale ale comportamentului sexual și părerile despre ce este drept și ce este rău sunt foarte diverse. Acest fapt, mai mult ca niciodată creează confuzie, mai ales în rândul tinerilor care sunt la început de viață și care, confuzi fiind, vor porni în viața sexuală fără principii solide, expunându-se mai mult ca niciodată riscurilor. Până în acest secol, singurul scop aprobat al sexului a fost cel procreativ, sexul non-procreativ fiind privit ca ceva nenatural și păcătos. Acest consens a fost demarat în acest secol și etica sexuală este astăzi un subiect de aprinse dezbateri și controverse (Macrea, 2001, Peteanu, 1983, Miu, 1999). Deși sexul este o funcție naturală, modalitățile prin care noi ne exprimăm sexualitatea aparțin alegerii personale: noi alegem cum, unde, când și cu cine ne vom implica sexual. Noi abordăm adesea deciziile sexuale stabilind dacă alegerile pe care le avem de făcut sunt compatibile cu valorile noastre morale (Macrea, 2001, Mândru, 1994, Sălăgean, 1997, Miu, 1999). Mass-media (televiziunea, revistele, ziarele, filmele și internetul) sunt învățători importanți în ceea ce privește sexualitatea, deși nu toate studiile în acest sunt concordante (Werner-Wilson RJ, 2004).

Însă mass-media, de foarte puține ori a fost interesată de urmările lecțiilor sale sexuale, care par a fi ubicvitare. Tipic, cei care dețin și creează mijloace de comunicare media au fost și sunt mai interesați în a-și atrage audiența decât în a face o educație sexuală sănătoasă. Cei mai mulți sunt conduși mai mult de statistici manageriale decât de responsabilitate socială, și nu se află în această afacere cu scopul de a promova o sexualitate sănătoasă. Dacă comportamentul sexual iresponsabil și cu risc crescut atrage audiența, atunci acest lucru va fi promovat, indiferent de consecințe. Poate mass-media să fie mai responsabilă în lecțiile sexuale pe care le oferă? Cu siguranță. O va face? Aceasta rămâne încă discutabil. Tinerii din ziua de astăzi petrec 6-7 ore pe zi, în medie, cu o

oarecare formă de mass-media. Mulți dintre tinerii de la orașe au televizor în casă și majoritatea tinerilor de la țară au acces la muzică și radio. Calculatoarele și internetul câștigă tot mai mult teren pe piața românească. În următorii ani se preconizează că majoritatea tinerilor vor avea acces la internet într-o formă sau alta (Blake, 2003, Bruckner, 2005, Roberts, 2000). Însă această lume saturată de mass-media și informații, în care trăiesc tinerii din ziua de azi, este o lume în care comportamentul sexual este prezentat frecvent și explicit. Filme în care există paturi separate pentru parteneri și pupici pe obraz au trecut de mult. Acum tinerii pot auzi discuții foarte intime și pot vedea imagini sexuale în orice formă de mass-media. La adolescenții de azi, mass-media ia locul familiei în ceea ce privește sursa din care ei își culeg informațiile referitoare la sexualitate. Aceasta s-ar putea datora faptului ca mass-media este mai deschisă în a aborda aspectele pozitive ale relațiilor sexuale comparativ cu problemele care apar și consecințelor acestora. În ciuda creșterii interesului public cu privire la riscurile pe care relațiile sexuale precoce și fără protecție le presupun, mai puțin de unul din 11 programe de la televizor care conțin scene sexuale abordează aceste riscuri sau menționează responsabilitățile care vin odată cu implicarea sexuală. Bolile cu transmitere sexuală, cu excepția infecției cu virusul HIV, sunt rar amintite, iar sarcinile nedorite, ca urmare a relațiilor sexuale fără mijloace de protecție apar destul de rar în programele TV. În România ultimilor ani, se mediatizează, tot mai des din păcate, rezultatul unor relații sexuale nepermise, incestuoase. Avortul este un subiect tabu, mult prea controversat pentru ca să fie dezbătut în mass-media comercială. Prăpastia dintre informația pe care mass-media o furnizează tinerilor și realitatea de zi cu zi cu care aceștia se confruntă, contribuie la dificultatea tinerilor de a alege sănătos în ceea ce privește propria lor sexualitate (Dhoundiyal, 2006, Richardson, 2003). Deși influența mass-mediei și modul în care aceasta operează asupra valorilor noii generații sunt încă subiectul unor cercetări, dovezile care atestă că informația de bază cu privire la sexualitate pe care tinerii o iau din media, împreună cu metodele alternative neadecvate de informare, duc la creșterea comportamentelor și atitudinilor sexuale cu risc crescut (Chapman, 2000, Werner-Wilson, 2004).

Este puțin probabil ca mass-media să-și schimbe modul de a prezenta sexualitatea, să promoveze responsabilizarea și informarea corectă a tinerilor în viitorul apropiat. Legile care s-au dat prin intermediul Consiliului Audiovizualului fac prea puțin în acest sens, și sunt mereu încălcate de către televiziuni și posturi de radio. Cu toate acestea este esențial ca lupta pentru o mass-media care informează mai corect, să continue să se ducă. În acest timp, cea mai eficientă strategie de a ajuta tinerii să se informeze corect este atragerea atenției asupra acestor adevăruri și a-i ajuta pe tineri să navigheze prin acest ocean de informații, imagini și idei.

În unele țări, ca și Canada și Australia (Brenda O'Neill, 2009) se desfășoară în școli, încă din primele clase, programe referitoare la educarea tinerei generații în ceea ce privește media. Copiii învață încă de timpuriu cum se formează imaginile,

cum își construiește mass-media setul de valori pe care le promovează, și cum o informație se poate vinde cel mai eficient. Și în Statele Unite, nevoia de a avea incluse în programele școlare lecții pe tema mass-media este din ce în ce mai acută (Blake, 2003). Astfel că o parte din state au introdus în curricula lor școlară lecții pe această temă. Copiii care știu cum funcționează mass-media, cum sunt construite imaginile, și potențialul efect al expunerii îndelungate la mass-media sunt mai puțin afectați negativ de media și au abilități mai bune în a-și găsi repede informația căutată, fără a fi prinși în capcanele site-urilor care oferă informații nesănătoase și incorecte cu privire la sexualitate. Mass-media este deci, un învățător important în ceea ce privește sexualitatea și va continua să rămână și în viitor. De aceea, atât eforturile în a determina mass-media să ofere informații mai sănătoase referitoare la sexualitate, cât și oferirea de modalități alternative la mass-media de a educa tinerii în acest domeniu, ar trebui să continue. Însă cel mai important ar fi ca tinerii și copiii să fie înarmați cu abilități analitice și de navigare cât mai bune, menite să-i ajute să-și clădească vieți sexuale cât mai sănătoase, în ciuda a ceea ce promovează mass-media.

O mare parte dintre adolescenți sunt activi sexual, chiar dacă contactele sexuale sunt rare. Principalele probleme cu care se pot confrunta aceștia sunt sarcinile nedorite, avortul cu toate riscurile pe care le implică, bolile transmisibile sexual, creșterea frecvenței bolii inflamatorii pelvine și riscul crescut al displaziilor cervicale. Avortul a constituit dintotdeauna problema medico-legală cea mai dezbătută. Prin implicațiile sale multiple de ordin medical, demografic, social, psihologic, avortul nu mai constituie o problemă de ordin individual al femeii sau familiei, ci îi dimensionează importanța la nivelul marilor probleme medico-sociale. Din aceste considerente, toate statele au elaborat reglementări care variază și se nuanțează de la o societate la alta, atât pentru avort cât și pentru mijloacele anticoncepționale. Avortul empiric este interzis în toate statele (Astărăstoaiu, 1994, Loghin, 2001). Simptomele psihice declanșate în urma avortului au fost reunite sub denumirea de sindrom postavort (SPA) (Ioan Paul al II-lea, 1995, Kalamaras, 1996). Persoanele afectate de SPA sunt femeile care au făcut avort, partenerii, cei ce le-au sfătuit și personalul medical implicat. Cauza apariției SPA este încercarea de a uita cele întâmplate, de a le șterge din minte fără a le confrunta. Simptomele care caracterizează SPA sunt foarte numeroase și foarte variate și se manifestă în special asupra femeii care a fost supusă avortului (Michaels, 1997, Wilke, 1994, Stossel, 1998, Peteanu, 1983). Evaluarea efectelor psihice ale avorturilor este grea pentru că consecințele avortului apar în timp, uneori după mulți ani (Dumea, 1993, Michaels, 1997). Cei care sprijină avortul susțin chiar că astfel de efecte nu apar. Pentru multe femei, senzația imediat următoare avortului este de ușurare de sub povara unei sarcini nedorite. Dar cercetările demonstrează că sentimentele de ușurare imediată nu durează prea mult și sunt repede înlocuite de vinovăție, tristețe și regrete. Nu toate femeile care au avut avorturi

suferă de SPA, iar la cele care suferă de SPA crizele variază ca intensitate. Avortul este o mare pierdere nu doar pentru mamă ci și pentru tatăl copilului (Peteanu, 1983). În plus, avortul își pune amprenta și asupra familiei, afectează în sens negativ relația dintre mamă și ceilalți copii, mama va avea dificultăți de a îngriji copilul următor, se schimbă relația dintre bărbat și femeie, mergând chiar până la divorț (Kalamaras, 1996, Wilke, 1994). Femeia este încurajată sau chiar forțată de societate să acționeze într-un mod contradictoriu cu iubirea și grija ei pentru proprii copii dar și pentru ceilalți copii. Femeia nemăritată, femeia retardată mintal, victimele violului și incestului merită protecția și grija societății care se dispensează de această obligație propunând avortul ca soluție. Același lucru este adevărat și pentru femeia săracă, ale cărei drepturi de a crește o familie sunt ignorate, încurajând avortul (Mândru, 1994). Complicațiile unei sarcini nedorite și ale unui avort sunt mult mai exprimate la adolescenți, tocmai pentru că ei se află într-o perioadă critică de dezvoltare și creștere (Wilke, 1994). Nu de puține ori, aceste evenimente îi vor afecta pentru întreaga viață. De aceea, cunoașterea atitudinilor, a nivelului de informare și a comportamentului sexual al adolescenților ar trebui să constituie o problemă de mare actualitate și să facă parte constantă din programa lor școlară (Lamb, 2006).

Un studiu efectuat pe liceenii din Cluj, de la școli cu orientare profesională diferită, a urmărit să scoată în evidență nivelul de cunoștințe pe teme sexuale și să evalueze în ce măsură sunt eficiente programele de educație sexuală (Galchiș, 2005, Șoltuzu, 2007).

Chestionarele utilizate au evaluat gradul lor de informare asupra bolilor cu transmitere sexuală și asupra mijloacelor de prevenire a acestora, părerea lor despre sarcina nedorită și mijloacele de contracepție folosite, influența traumelor emoționale și valorile etico-religioase care le guvernează viața sexuală. Lotul chestionat este reprezentat de persoane care în mod normal se află la debutul vieții sexuale, având între 15 și 20 de ani, vârstă la care ne așteptăm să fie cunoscuți termeni ca boală cu transmitere sexuală, manifestări ale bolii, criza de sarcină, avortul, contracepția.

Au fost folosite două seturi de chestionare: înainte și după derularea unui program educațional în aceste școli, în care au fost abordate teme cum ar fi bolile cu transmitere sexuală, semnele și simptomele care apar, complicațiile acestora, prevenirea lor prin folosirea prezervativului, criza de sarcină, opțiunile pe care le are o adolescentă când rămâne însărcinată, problema avortului, aspecte etico-religioase ale sexualității, stima de sine sau presiunea anturajului. La sfârșitul celui de-al doilea chestionar liceenii au fost rugați să aleagă câteva dintre principiile care le coordonează viața referitor la propria sexualitate, cunoscut fiind faptul că valorile și principiile pe care aceștia le au vor determina comportamentul sexual pe care ei îl adoptă.

Rezultatele sunt prezentate într-o altă lucrare (Valeria Laza, Daniela Soltuzu, 2014, sub tipar) și concordă cu datele din literatură: aproape jumătate dintre toți elevii investigați și-au început viața sexuală, iar dintre cei de 19 ani, majoritatea (86,3%), ceea ce reprezintă o situație îngrijorătoare, ținând cont de nivelul redus de informații cu privire la riscurile contactelor neprotejate și de procentul scăzut de elevi care folosesc mijloace de contracepție. Dintre factorii care îi pot influența în ceea ce privește deciziile referitor la propria sexualitate, rolul mass-media este recunoscut de mulți elevi ca fiind unul important (65% cred că rolul mass-media în promovarea relațiilor sexuale este decisiv). Atitudinea cu privire la avort a fost influențată în urma programului educațional, în sensul că a scăzut numărul de elevi care sunt de acord total sau parțial cu avortul (de la 47% la 21%) și a crescut procentul de elevi care sunt împotriva avortului (de la 26% la 59%), cel puțin afirmativ. Și valorile etice care condiționează debutul vieții sexuale s-au modificat în urma dezbaterilor pe această temă, numărul subiecților care s-ar implica în relații sexuale întâmplătoare scăzând semnificativ, cei mai mulți dintre ei dorind să se implice în astfel de relații doar cu cei pe care îi iubesc. Se poate, deci, spune că comportamentul sexual al adolescenților poate fi influențat de o serie de valori și convingeri, care pot fi modelate în măsură importantă prin educație sexuală țintită. Pentru cei mai mulți dintre ei, căsătoria și fidelitatea în cuplu sunt foarte importante, o treime dintre elevi fiind convingși că un cuplu de adolescenți poate avea o relație satisfăcătoare chiar și fără implicare sexuală. În schimb, abținerea până la căsătorie nu este foarte apreciată în zilele noastre, nici înainte, nici după programul educațional efectuat.

În concluzie, valorile etice, morale și religioase legate de sexualitatea adolescentină, pot fi influențate printr-o educație sexuală adecvată, care să-i conștientizeze pe elevi că implicarea sexuală aduce cu ea responsabilitate, care trebuie asumată, iar consecințele ei trebuie să îi găsească pregătiți. Mass-media prezintă în cea mai mare parte doar o fațetă a sexualității, cea care vinde, însă nu încearcă să le dea o educație corectă și sănătoasă adolescenților. Tocmai de aceea, informarea corectă este de mare ajutor când adolescentul stă în fața unei astfel de alegeri. Fiecare hotărăște când și cu cine se implică sexual, iar ignoranța nu numai ca nu îi ferește de urmările nefaste ale comportamentului sexual la risc, ci îi și predispune la acestea. Cadrele medicale împreună cu dascălii, psihologii și cu părinții joacă un rol esențial în educația tinerilor, știut fiind faptul că valorile care determină modul în care adolescenții își înțeleg și trăiesc sexualitatea, se corelează cu numărul de pacienți aflați la vârsta adolescenței internați în serviciile de ginecologie, dermato-venerologie, psihiatrie sau medicină legală. Întoarcerea spre valorile creștine și întărirea principiilor pe care biserica le propovăduiește, par a fi soluții de „însănătoșire” a unei societăți aflate într-o reală criză morală, în vremuri în care principii și valori ancestrale sunt inversate sau pervertite.

BIBLIOGRAFIE

- Aries, Ph., Bejin, A., *Sexualități occidentale*, Ed. Antet, 1998.
- Astărăstoae V., *Principii de bioetică, deontologie și drept medical*, Ed. Omnia, Iași, 1994.
- Blake, S.M., Ledsky, R., Goodenow, C., Sawyer, R., Lohmann, D., & Windsor, R., Condom availability programs in Massachusetts high schools: relationships with condom use and sexual behaviour, *American Journal of Public Health*, 93, 955-962, 2003.
- Brückner H., Bearman P.S., After the promise: the STI consequences of adolescent virginity pledges, *Journal of Adolescent Health*, 36:271-278, 2005.
- Carrera, M.K., *Dictionary of sexual termes*, Wordworth Reference, 1992.
- Chapman J.R., Adolescent sex and mass media: a developmental approach, *Adolescence Winter*, 799-811, 2000.
- Dhoundiyal M. & Venkatesh R., Knowledge regarding human sexuality among adolescent girls, *The Indian Journal of Pediatrics*, 73 (8): 743, 2006.
- Dumea C., *Avortul, întrebări și răspunsuri*, Asociația Medicilor Catolici Iași, Ed. Presa Bună, Iași, 1993.
- Foucault, M., *Istoria sexualității*, Editura de Vest, Timișoara, 1995.
- Galchiș Daniela, *Elemente de etică și medicină legală în sexualitate la adolescenți*, Lucrare de diplomă, 2005.
- Goldenson R., Anderson K., *Dictionary of sex*, Wordworth Reference, 1994.
- Ioan Paul al II-lea, papă, *Scrisoarea enciclică "Evangelium vitae", despre valoarea și inviolabilitatea vieții umane*, 25 martie 1995.
- Kalamaras M., *Avortul*, Ed. Bizantină, București, 1996.
- Kaplan H.I., Sadock B.J., *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Sixth Edition, Williams and Wilkings, Co, 1995.
- Korotayev Andrey, *World Religions and Social Evolution of the Old World Oikumene Civilizations: A Cross-cultural Perspective* (First ed.), Lewiston, New York: Edwin Mellen Press, ISBN 0-7734-6310-0, 2004.
- Lamb Sharon, *Sex, Therapy, and Kids: Addressing their Concerns through Talk and Play*, W.W. Norton, 2006.
- Laza Valeria, Soituzu Daniela, *Valori etice și religioase în sexualitatea adolescentină*, 2014, trimis la publicat).
- Loghin O., *Drept Penal Român – Partea Specială*, Casa de Editură și Presă "ȘANSA" SRL, București, 2001.
- Macrea Rodica, *Sexualitate umană*, Editura Medicală, București, 2000.
- Mândru Ungureanu Maria, *Sex și sexologie*, Editura Medicală, București, 1994.
- Michaels N., *Recuperarea emoțională a femeilor după avort*, Ed. Operation Mobilization, 1997.
- Miu N., *Tratat de medicină a adolescentului*, Casa Cărții de Știință, Cluj-Napoca, 1999.
- Nevid J.S., Fichner-Rathus L., Rathus S.A., *Human Sexuality in a world of diversity*, IInd Edition, Allyn and Bacon, 1995.

- Okami P., Olmstead R. and Abramson P.R., Sexual experiences in early childhood: 18-year longitudinal data from the UCLA family lifestyles project - University of California, Los Angeles, *Journal of Sex Research*, 34: 339-347, 1997.
- O'Neill Brenda, The Media's Role in Shaping Canadian Civic and Political Engagement, *Canadian Political Science Review*, Vol. 3, No 2, 2009.
- Peteanu Mihai, *Educația relațiilor între sexe*, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1983.
- Richardson J. and Schuster M., *Everything You Never Wanted Your Kids to Know About Sex (But Were Afraid They'd Ask)*, Three Rivers Press, 2003.
- Roberts D., Media and youth: access, exposure, and privatization, *Journal of Adolescent Health*, 3:54-61, 2000.
- Sălăgean V., Titieni D., Vinți I., Costin N., *Adolescentul, familia și reproducerea*, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 1997.
- Stössel P., *Miriam, de ce plângi sau Trauma avortului*, Ed. Ariel, Timișoara, 1998.
- Soltuzu Daniela, *Promovarea stării de sănătate prin influențarea unor comportamente cu risc la adolescenți*, Lucrare de diplomă, 2007.
- Vinți I., Pascu C., *Adolescența și sexualitatea*, Editura Medicală, București, 1983.
- Willke J.C., *Cartea roșie a avortului*, Mișcarea pentru Salvarea Vieții PRO-VITA Brâncoveanu, București, 1994.
- Werner-Wilson R.J., Fitzharris J.L., Morrissey K.M., Adolescent and parent perceptions of media influence on adolescent sexuality, *Adolescence*, 2004 Summer, 39(154): 303-13.
- Wilson E.O., *Sociobiology: The New Synthesis*, Harvard Univ Pr., ISBN 0-674-00235-0, 2000.

INTERVIURI

DESPRE FRUMUSEȚEA ȘI DIFICULTĂȚILE PROFESIEI DE MEDIC

Interviu realizat de Maria Aluaș cu Prof. dr. Nicolae Miu, medic primar pediatru, fost decan al Facultății de Medicină a Universității Iuliu Hațieganu din Cluj

MA: *Domnule profesor, prima întrebare pe care v-am pregătit-o se referă la calitățile unui doctor bun. Este suficient să scriem pe internet în motorul de căutare numele dumneavoastră și ies sute, zeci de articole în care sunteți numit un doctor bun, extraordinar, doctorul Clujului, doctorul copiilor și așa mai departe. Spuneți-ne câteva dintre secretele acestui apelativ de „doctor bun”.*

NM: Eu aș menționa, în primul rând, pregătirea profesională – trebuie să fie foarte bună. În al doilea rând, trebuie să ai o apropiere de oameni și să le înțelegi suferința. Și să nu te arăți extraordinar și îngâmfat după cum unii, din păcate, o fac în teribilismul unui titlu de doctor. Să le arăți dragoste și înțelegere în momentele de dificultate. Bineînțeles că acest al doilea aspect nu este suficient, trebuie să existe, în primul rând, pregătirea profesională adecvată. Asta mi se pare foarte important și sunt doi factori care să se îmbine: pe de-o parte, pregătirea profesională, iar, în al doilea rând, participarea la suferința bolnavului ca și cum ai fi tu în locul lui. Asta, în fond, înseamnă iubire de oameni - pe care trebuie să o arăți. Eu cred că fără aceste lucruri nu poți exercita o profesie pe de-a întregul. De exemplu, sunt, din păcate, cazuri în care mi se spune: „Am fost la doctor cu copilul grav, era în ultima clipă de program și nu m-a primit.” Ei, este o chestiune care denotă ce? Medicul poate fi foarte bine pregătit profesional, dar refuză să vadă pacientul, nedorind să-și răpească din timpul liber nici măcar un sfert de oră pentru că programul s-a terminat. Un medic adevărat nu are program fix. El trebuie să răspundă la toate solicitările care i se fac.

MA: *Atunci când vin ele.*

NM: *Atunci când vin ele și nu știi niciodată (când vin). Sunt zile în care îți pot veni foarte multe cazuri grave. Ei, trebuie să eșalonezi în așa fel timpul, răbdarea, concentrarea încât să le rezolvi pe toate.*

MA: *Una dintre problemele dificile a practicii medicale este cea legată de relația medic – pacient, de informarea pacientului și de realizarea acelui consimțământ despre care se tot vorbește și care este o problemă nu doar în România, ci și în multe țări care sunt avansate.*

NM: Da, aveți dreptate! Este foarte important să fii sincer în fața bolnavului sau a familiei sale. Asta înseamnă că întotdeauna adevărul trebuie spus. Aici depinde de situația în sine: dacă spui adevărul de la bun început sau îl spui treptat, gradual, pentru a nu deprima nici bolnavul și nici părinții, în cazul meu ca și pediatru. Și trebuie să-i lămurești să înțeleagă suferința respectivă și să ți-i faci aliați. Nu ți-ai făcut din bolnavul tău sau din aparținători aliați – treburile sunt pierdute de la bun început. Bineînțeles, totul ar trebui explicat. Eu vă dau un exemplu: când am fost eu internat într-un spital, vecinul meu de pat a întrebat-o pe asistentă (care trebuie să fie mâna dreaptă a doctorului), văzând că-i pune ceva în perfuzie: „Ce mi-ați pus acolo?” - era normal să știe - și ea i-a răspuns sec: „Ce trebuie”. Deci acest bolnav, bineînțeles că și-a arătat și mi-a povestit și mie, neștiind că eu sunt medic, nemulțumirea că nu i se explică ce medicament ia. Nu li se explică uneori gravitatea situației în care sunt și așa mai departe. În pediatrie se mai întâmplă ceva care eu am aplicat de zeci de ani, și anume: din clipa în care copilul poate conversa cu tine și înțelege anumite probleme, vorbesc, în primul rând, cu el. Și asta am învățat-o de la un copil de opt ani, a cărui mamă începuse să-mi spună „Am venit cu copilul la dumneavoastră pentru că îl doare extraordinar de rău burtica aici imediat sub stern.” Și atunci copilul a intervenit și a spus „Mamă, te rog, lasă-mă că-i explic eu, că eu sunt bolnavul și eu știu cum mă doare”. Și, bineînțeles, mama avea tendința de exagerare; copilul mi-a spus, de fapt, lucrurile așa cum erau ele. Și trebuie să ai și cu ei răbdarea necesară, să le explici pe înțelesul lor care este situația, pentru că trebuie să-ți faci din acești copii, mai ales din adolescenți – care este cea mai dificilă vârstă, aliați. Și nu aliați falși: nemintându-i și spunându-le, treptat, adevărul în față. Că, dacă este o urgență, nu poți să-l minți și să-i spui „Știi, mai putem sta două, trei, patru zile, dar el are hemoglobina 5”. Și, având hemoglobina 5, este prin definiție necesară o transfuzie de masă eritocitară, cel puțin. Deci, lucrurile sunt astfel – așa le văd eu și cred că așa ar trebui făcut în practică. Și mai este ceva încă: este adevărat că nu există suficient timp pentru a le explica totul deodată, dar sunt cazuri și cazuri. Sunt cazuri în care un consult îl poți termina în 15-20 de minute pentru că problema nu este așa de complicată și sunt cazuri la care numai consultul clinic – discuția cu părinții, discuția cu copilul dacă se poate face, să dureze o oră, după care-i faci planul de investigație de laborator și tot ceea ce este necesar pentru diagnosticul presupus. Dar trebuie să spui adevărul – asta, pentru mine, a fost și este (important), și poate de aceea țin mult la mine unii dintre pacienți și părinții lor pentru că le spun adevărul. Și mai este ceva, nu avem voie să fim nici

orgolioși – mulți dintre noi, când află că bolnavul adult, să zicem, sau părinții cu copilul vor să meargă în altă parte să mai ceară o părere se supără. Eu, dimpotrivă, întotdeauna le-am spus „Vă rog să mergeți, vă rog să mergeți și în străinătate dacă puteți – asta este părerea mea. Vă dau toate aceste analize și puteți să vă duceți ca să fiți împăcați și vă întoarceți după aceea, dacă vreți, la mine să discutăm și să mergem mai departe.” Cred că asta este una dintre condițiile pe care ar trebui să le respectăm.

MA: Domnule profesor, îndrăznesc să spun că dumneavoastră faceți lucrul acesta pentru că aveți siguranța, certitudinea și împăcarea că ați făcut tot ce ține de competențele dumneavoastră pentru a spune. Poate că celor care le este teamă să-i lase să consulte și o a doua opinie sunt cumva vulnerabili, nu? Sau de ce credeți că unii medici se supără dacă părinții solicită o a doua opinie?

NM: Sunt jenați văzând că acei pacienți nu au încredere în ceea ce li se spune și atunci se simt ofensați. Or este, aș putea spune, fals: „Domnule, eu ți-am spus ce știu, părerea mea este asta”. Chiar trebuie să le propui – „dacă vreți o altă părere, vă rog mergeți mai departe”. Nu pot să spun că nu sunt medici foarte mulți care să își trimită pacienții fără ca să se supere și să spună: „Eu atâta știu, mergeți la profesor dacă vreți să vă spună mai multe”. Eu, la rândul meu, când sunt situații din acestea mai de graniță în sensul insuficienței posibilităților tehnice sau de laborator, atunci eu zic „Cred că ar trebui făcut un drum în străinătate”.

MA: Și dumneavoastră primiți pacienți care au nevoie de o a doua opinie? Ați avut cazuri în care au venit să vă întrebe?

NM: Da, da, am avut! Și am permanent pacienți care vin. Și atunci spun – „a avut dreptate, n-a avut dreptate sau a avut dreptate parțial. Până aici a putut să cunoască, în condițiile în care lucrează, mai trebuie făcute următoarele analize pentru a elucida cazul”. Așa mi se pare colegial. În schimb, există și reversul – o rețetă trimisă de profesor pentru un copil care provine dintr-o familie mai nevoiașă, să zicem, cu un deficit economic important. Și se prezintă la medicul de familie pentru transcrierea rețetei, iar acesta îi spune: „Dacă te-ai dus la profesor, la cabinetul privat, cumpără-ți medicamentele! Cine are bani să plătească un profesor la cabinet să-și cumpere și medicamentele!” Acestea sunt lucruri regretabile, din nefericire, dar există situații!

MA: Aș dori să vă întreb dacă considerați că putem sau nu implica minorul, adolescent, cu vârsta de peste 14 ani, în luarea deciziei medicale. Cum vă raportați la această idee?

NM: Mie mi se pare normal acest lucru, dar, înainte de asta, aș vrea să vă spun că situația este mai gravă la vârstele mai mici. De exemplu, n-am să uit niciodată, imaginea unui copil suferind de leucemie acută, asta în urmă cu peste 13 de ani, în vârstă de 5 sau 6 ani cel mult, care mi-a spus pe un ton foarte grav – atunci nu era acest arsenal terapeutic de punere la punct al bolilor maligne, mai ales a leucemiei – și, în condițiile acestea el mi-a spus: „Scoateți-mi perfuzia că vreau să mor!” Copil care nu auzise niciodată ce este aceea moarte, copil care era protejat de părinții lui și nu s-a discutat niciodată în fața lui despre aceste lucruri. Nici medicii n-au discutat cu el de față despre gravitatea condiției în care se afla și totuși, el a simțit acest lucru. N-am putut să descifrez nici cu ajutorul unor psihologi, nici cu ajutorul unor preoți erudiți ce a putut să simtă acel copil la așa vârstă ce însemna pentru el moartea. Adolescentului, însă e normal să îi spui cum stau lucrurile, pentru că adolescentul este mai dificil, iar dacă nu-i spui adevărul, colaborarea cu el s-a terminat sau se poate termina foarte rapid.

MA: *Și să nu se mai poată colabora cu el, să nu mai fie compliantă la tratament.*

NM: Da. Și atunci eu închei întotdeauna spunându-le: „Uite, eu ți-am pus un diagnostic, ți-am dat aici un tratament, ți-am dat un regim dietetic (uneori). Tu ești de acum încolo medicul tău. Tu răspunzi de viața ta”. Și, în felul acesta, văd că își iau rolul în serios și realizează că ei trebuie să aibă grijă de ei înșiși și să respecte indicațiile terapeutice primite. Deci, complianța de care vorbiți, aceea într-adevăr trebuie respectată. Doar că pentru asta trebuie să câștigi bolnavul de partea ta, explicându-i și axându-te mai mult, nu pe comunicarea cu părinții, ci cu el. El trebuie să priceapă bine care este situația în care se află și ce are de făcut.

MA: *Da. Revenind la exemplul pe care ni l-ați dat cu acest copil de 5 sau 6 ani aflat în fața unei teribile boli. Îmi vine în minte ceea ce ne-a spus un profesor din Belgia, de la Universitatea din Gent, care a vizitat de curând universitatea noastră și care ne-a vorbit despre extinderea – să zicem – a legislației cu privire la eutanasiile la minori, adoptată fiind de parlamentul belgian, la sfârșitul lui februarie anul acesta (i.e. 2014). Și el vorbea tocmai despre acest lucru. Spunea că un copil nu trebuie să fie major sau să depășească douăzeci de ani pentru a fi matur și a înțelege condiția de boală în care se află, din experiențele lor în spital, au văzut cum copiii sub 10 ani au o maturitate și o responsabilitate mai mare pentru că au stat în fața bolii, a suferinței - au o maturitate extraordinară comparabilă cu a unui major.*

NM: Așa este, de altfel, și definiția perioadei de adolescență este altfel văzută astăzi. Ea chiar s-a și întins până la 24-25 de ani. Mulți confundă pubertatea cu adolescența. Deci, el poate să fie numai în pubertate, când se

produc acele schimbări somatice și hormonale, dar nu este încă un adolescent, care trebuie să aibă ceva din maturitatea adultului. Și atunci aceștia se pot maturiza mai rapid, mai ales în fața unei boli grave și își dau seama de bunele intenții ale medicului, ale personalului medical (în general), ale părinților. Sunt preocupați de boala lor și, de cele mai multe ori, te ajută, chiar ei, fapt ce înseamnă că adolescența a s-a instalat deja. Ea poate coborî ca vârstă suprapunându-se cu începutul intrării în pubertate, chiar, și aici sunt avem noțiuni diferite: pubertatea este ceva, adolescența este cu totul altceva. Dar, într-adevăr, acești copii se pot maturiza mai rapid decât ceilalți care nu se găsesc în condiția de boală și suferință.

MA: Domnule profesor, aș vrea să vă întreb acum câteva lucruri despre bioetică. Dumneavoastră sunteți inițiatorul introducerii acestei discipline în curricula Universității de Medicină și Farmacie Iuliu Hațieganu din Cluj.

NM: Mai exact aș vrea să spun că în timpul în care am fost decanul acestei facultăți, din anul 2000 până în 2008, și înainte fiind, pentru o perioadă de patru ani, prorector didactic, preocupările mele au fost axate asupra atitudinii studenților față de omul bolnav. Și, de aici a venit dorința mea de a introduce o nouă disciplină și am introdus-o, la anul întâi. Mă refer la disciplina numită *Științele comportamentului*. Studentul care vine la medicină pentru că vrea să practice medicina sau studentul care nu este convins, venind pentru că a spus mama, tata, pentru că s-au făcut presiuni asupra lui, sau pentru că se consideră o profesie bănoasă, sau pentru alte motive, și nu are motivație, atracție și o pregătire psihologică pentru această profesie trebuie să cunoască din anul I cum să abordeze aceste teme ale relației cu pacientul, să știe ce-l așteaptă. Și, atunci, am introdus *științele comportamentului* în anul întâi, ideea venindu-ne citind jurământul lui Hippocrate, care se făcea la începerea studiilor, nu la sfârșitul lor. Pentru ca acest jurământ al lui Hippocrate să-i urmărească o viață întreagă. Deci, nu numai până termină pregătirea în medicină, ci toată viața lor. Și ei trebuie neapărat să se învețe cum să se comporte, cum să se apropie de omul bolnav și așa mai departe. Și, bine-înțeles, aici aș vrea să spun că sunt abordate și noțiuni de bioetică, dar a existat și există și disciplina de bioetică care vine și completează noțiunile învățate la științele comportamentului.

MA: Da, probabil aducând în plus și aspecte juridice care sunt foarte importante în contextul acesta, și aspecte de etică medicală mai concentrate și cazurile pe care noi le prezentăm studenților și care, într-adevăr, îi fac să înțeleagă complexitatea unei situații și dezbaterile care pe urmă se realizează între ei.

NM: Așa este.

MA: *Oricum, spuneți-ne cum v-a venit ideea aceasta. Nu este foarte ușor să introduceți într-o universitate de medicină astfel de discipline.*

NM: M-am interesat și am văzut că în unele universități de medicină, facultăți de medicină există exact această denumire. A fost mai greu să facem cuprinsul unui astfel de manual, respectiv, a orelor pe care trebuia să le ținem pentru că ele nu erau identice, după informațiile mele, la facultățile la care mă refer. Și atunci a trebuit să fac un fel de adaptare a capitolelor la situația noastră, la cerințele noastre. Și, să știți un lucru, mie mi-a dat o foarte mare satisfacție – cel puțin în primii ani, eu predam pe lângă pediatrie și științele comportamentului și-mi plăcea foarte mult faptul că eram la anul întâi. Erau niște copii mari, adolescenți, de fapt, care erau foarte interesați de aceste teme. Amfiteatrul era plin și țin minte că odată am intrat la o serie și am întrebat: „De ce ați venit la medicină?” Întrebarea a fost, cred eu, binevenită pentru că am primit un răspuns foarte interesant. Un student a ridicat mâna și mi-a răspuns: „Vreau să salvez vieți!” Foarte frumoasă idee! De fapt, medicul trebuie să salveze vieți atunci când viața este pusă în pericol. Altul: „Pentru că vreau să ajung un mare chirurg!” – „Tu știi ce înseamnă chirurgia?” – „Din ce am citit și din ce am văzut în filme, și m-am documentat.” „Dar, zic, tu știi că pentru asta trebuie și verificare? Tu poți să dorești să devii chirurg, dar poți să ai două mâini stângi și atunci s-ar putea să ai înclinație spre altceva. Dar care credeți că este lucrul cel mai important pe care ar trebui să-l facem în medicină?” Și o fetiță de prin ultima bancă mi-a răspuns: „Eu cred că cel mai important ar fi să facem profilaxia îmbolnăvirilor”. În primul rând, mi-a plăcut că a știut termenul de profilaxie și, pe urmă, fără să-și dea seama, și-a însușit un concept foarte sănătos. Este mult mai ușor să previi o boală decât să o tratezi și am spus: „Acesta este un răspuns bun!”

MA: *Revenind la bioetică, doresc să vă întreb care considerați că este rolul sau unde poate să-i ajute bioetica pe viitorii medici, disciplina de bioetică în dezvoltarea cât mai completă a lor?*

NM: Trebuie să înțeleagă noțiunea de etică în fața bolnavului. Aici sunt niște discuții pe care eu le-am văzut și în literatură: etica în fața bolnavului și bioetica care se axează și pe relațiile individului și ale medicului cu anturajul, cu tot ce-l înconjoară și așa mai departe. Noțiunile sunt, totuși, superpozabile, după părerea mea, dar trebuie, întâi și întâi, ca studentul în medicină să înțeleagă ce este etica și el să se comporte ca atare. Și, în al doilea rând, comportându-se ca atare, își va îmbogăți, fără discuție, toată practica medicală pe viitor, respectiv, pentru toată viața.

MA: *Și o ultimă întrebare care, cumva, să sintetizeze tot ce am vorbit până acum: În experiența dumneavoastră extraordinară de atâtea zeci de ani ca profesor, ca medic, ca și cadru didactic, ca decan, cu siguranță v-ați aflat de multe ori în situația de a vă întreba care este rolul bolii, al dependenței, al condiției de boală în viața omului. Cum vedeți acest lucru?*

NM: Este bine că mi-ați pus această întrebare, iar sufletul mă îndeamnă spre conceptele religioase. Un bun medic trebuie să fie și un bun creștin. Și dacă este un bun creștin, știe că tot ce ne este dat ne este dat de la Cel de Sus. Și atunci, rugăciunea – care nu vindecă, dar îți ușurează suferința – este un lucru extraordinar de important. De aceea trebuie să ne învățăm și părinții copiilor bolnavi. Eu îi și întreb: „De câte ori mergeți la liturghie?” – „A... de Crăciun, de Paște...” – „Cum?! Nu mergeți la liturghie în fiecare Duminică?” – „Nu!” – „De câte ori vă duceți copilul la liturghie?” – „De câte ori mergem și noi”. – Zic eu: „Tot de două ori pe an. Este insuficient”. Pentru că ei trebuie să înțeleagă că de acolo ne vine nouă o anumită tărie, o anumită forță de a ști să lupti cu boala. Cred eu că acesta este un lucru foarte important și l-am subliniat de mai multe ori la întâlnirile noastre de la Bistrița „Medicii și Biserica” pentru că, altfel, simt așa o sărăcie sufletească și o insuficientă satisfacție. Și eu, la cabinetul meu, insist cu privire la această chestiune. Părinții trebuie să aibă forță pe care să o transmită copilului sau copilul trebuie să învețe să aibă forță, să înțeleagă că toate vin cu adevărat de la Dumnezeu și în rugăciunile noastre trebuie să spunem: „Îți mulțumesc Doamne pentru toate binefacerile ce mi le-ai dat, dar și pentru încercările la care m-ai supus că toate sunt de la Tine date. Dar asta nu înseamnă că trebuie să fim pasivi și să nu luptăm cu boala atunci când ea vine”.

MA: *Și să nu căutăm soluții.*

NM: Și să nu căutăm cele mai bune soluții medicale, care să fie completate cu o ameliorare sufletească, psihologică a bolnavului respectiv.

MA: *Domnule profesor, vă mulțumim foarte mult pentru timpul acordat și, cu permisiunea dumneavoastră, vom mai continua aceste discuții și cu alte ocazii.*

NM: Cu mult drag.

Transcrierea interviului: Andreea-Iulia Someșan

BIOETICA ÎN ROMÂNIA, O PRIVIRE RETROSPECTIVĂ ...

Interviu realizat de Maria Aluș cu Prof. Dr. Vasile Astărăstoae, rectorul Universității de Medicină și Farmacie Gr. T. Popa din Iași

MA: *Ne aflăm la cea de-a zecea ediție a Conferinței Naționale de Bioetică, organizată, în acest an, la Iași, o ediție jubiliară care a avut ca temă „Vocea pacientului la răscruce de drumuri”. Suntem în fața unei teme actuale și importante, întrucât privește o parte de bază a medicinei, relația dintre medic și pacient. Stăm de vorbă cu domnul profesor Vasile Astărăstoae, rectorul Universității de Medicină din Iași, cel care a implementat programele de bioetică – inițiatorul și tatăl bioeticii din România, aș îndrăzni să spun. Făcând o retrospectivă a ultimilor zece ani și mergând la anul 2004 când s-a organizat prima Conferință de Bioetică, care era contextul în România? Cum v-a venit această idee și cum ați reușit să găsiți prietenii ai bioeticii?*

VA: Am vrut să punem lucrurile la punct – nu sunt tatăl sau părintele bioeticii, pentru că au fost oameni care au avut preocupări înainte de mine în acest domeniu. Și aici aș dori să-l citez pe doctorul Grigore Scripcariu și pe profesorul Maximilian. Au fost astfel de inițiative și chiar au fost unele conferințe de bioetică, numai că ele erau izolate. Nu exista un program național în cadrul căruia să se poată dezvolta această disciplină. Și, în evoluția medicinei, am observat, și ziceam și colegilor mei, că dacă nu ne reîntoarcem la un model de medicină hipocratică, medicina timpurilor noastre nu va supraviețui. Cu alte cuvinte, acest cuvânt *vrăjit* „bioetică” este arta supraviețuirii medicinei și în urmă cu doisprezece ani am făcut primele tentative în direcția aceasta. Existau, să spunem așa, preocupări în acest domeniu în diferite centre universitare. Existau chiar și cursuri facultative în universitățile de medicină, dar oamenii comunicau foarte rar, nici specialiștii între ei nu comunicau. În primul rând, lucrându-se la *curricula* universităților de medicină încet, încet, s-a introdus, la toate universitățile mari, acest curs de bioetică. La unele ca un curs facultativ, la altele obligatoriu, la altele opțional; dar oricum a început să existe în mediul universitar, să spunem așa, o emulație în favoarea disciplinei de bioetică. Dar lucrul cel mai important pe care l-am obținut a fost ca în programa de rezidențiat (de acum 6 ani de zile) să introducem un modul obligatoriu de bioetică, indiferent de specialitatea rezidentului. Și din acel moment, odată ce aceste teme au devenit cunoscute și dezbătute, și

interesul pentru bioetică a crescut și – de ce nu? – chiar aplecarea spre bioetică. Pentru că este interesant că, de la concentrarea strict pe medicină, bioetica s-a conturat, s-a profilat, mai cu seamă în universitățile din Iași și din Cluj. Pentru că, în acest moment, acestea sunt cei doi poli ai bioeticii în România, (se predă bioetica și la Sibiu, și la București), dar așteptăm să fim depășiți. În acest moment se pune problema să se lucreze în echipe multidisciplinare, să existe și o asistență spirituală, psihologică, cercetări sociologice, economie sanitară și toți să lucreze împreună pentru a avea rezultatele dorite, rezultate care deja există.

MA: *Da rezultatele sunt vizibile. Acest concept de bioetică – sau etică – când au început preocupările în acest sens, cu 10-12 ani în urmă era un concept derizoriu și lipsit de conținut pentru contextul social și cultural din România, mă refer. Datorită acestui fapt doresc să vă întreb – cum ați putut să construiți, să-i dați un conținut, ținând seama de contextul de atunci?*

VA: Nici acum nu este chiar atât de apreciat, dar este deja prezent în limbajul curent. Și pentru a fi sincer, a fost o adevărată luptă *politică* – lumea se teme de cuvântul politic și de implicarea socială, dar așa a fost. Numai în mediul academic s-a discutat despre etică, între specialiști, mai ales când era nevoie de rezultate, de publicații. Pentru că aceste teme nu sunt în aer, sunt necesare pentru o activitate medicală performantă, pentru o cercetare științifică în domeniul biologiei și a medicinei de performanță. Și în acest moment, doresc să vă spun că, de fapt, a fost o activitate strict politică – am folosit toate pârghiile care puteau să fie utilizate. A fost un fel de *operă* de apostolat, precum a făcut apostolul Pavel la acea perioadă, și încet, încet, acest concept a fost promovat prin asociațiile de pacienți, după care am început să discutăm despre etică și politici de sănătate și decidenții au început să înțeleagă. Iar acum el este acceptat, nu este și respectat întotdeauna, dar se acceptă existența lui, se știe că este important și că trebuie ținut cont de el.

MA: *Nu vi se pare că acum merge mai mult spre juridic?*

VA: Este, să spunem, această tendință, dar noi trebuie să ne opunem. Trebuie să fie și juriști, de aceea există această profesie. Dar nu trebuie să transferăm totul din domeniul eticii în domeniul juridicului. Trebuie să lăsăm o eticii partea ei. Juridicul are niște norme care sunt necesare și sunt norme de bază, dar, mai departe, trebuie să lăsăm partea deontologiei și a bioeticii. Pentru că, dacă am încorseta activitatea medicală strict numai pe această cazuistică juridică, vom face o medicină defensivă, o medicină *hârțogărească* și vom pierde tocmai nucleul mitic și mistic al acestei profesii.

MA: *Domnul profesor Engelhardt, în urmă cu ceva timp, ne spunea un lucru interesant într-o discuție, dar la care trebuie să ne gândim. Ne spunea că în Statele Unite, în America, bioetica sau bioeticienii s-au transformat în avocații cei mai ieftini ai medicilor. Ce vrea să spună? Că, de fapt, bioetica a rămas în America mai mult doar cu aspectul acesta juridic și că ar fi pierdut dimensiunea despre care dumneavoastră vorbiți?*

VA: Da! Este un pericol, depinde de societatea în care te dezvolți, în care profesezi medicina. Societatea americană este una care promovează competiția, dar deseori această competiție impune niște reguli foarte ferme, precise pentru a facilita un fel de *competiție loială*. Și hiper-reglementarea este cea care golește orice de conținut, dar bineînțeles este și un alt gen de cultură, în timp ce la noi este diferit. A importa sută la sută, tot ce se face într-o țară, într-o altă țară, este un pericol major încât ceea ce funcționează, să spunem, în Germania, nu este obligator să fie valabil și în România, pentru că bioetica nu se oprește strict la reglementări juridice. Ea are raporturi puternice și cu aspectele spirituale, filosofice, culturale ale societății respective și, atunci, nu putem să uniformizăm practicile uitând aceste aspecte. Cu alte cuvinte, aici este, în mod real, o unitate în diversitate – noi trebuie să promovăm diversitatea.

MA: *Revenind la tema simpozionului din acest an, referitoare la dificultățile sau aspectele problematice în relația medic-pacient, în opinia dumneavoastră, care considerați că ar fi principala piedică a realizării unei comunicări eficiente între medic și pacient în zilele noastre, acum, în anul 2014?*

VA: Nu poate fi numai una. Sunt trei obstacole care trebuie să fie îndepărtate pentru a avea o comunicare eficientă. Unul îl constituie, să spunem, lipsa instrucției, a educației în acest domeniu, pentru profesioniști. Profesioniștii care, înainte, învățau comunicarea de la maestrul lor și vedeau cum te așezai pe marginea patului bolnavului – era o comunicare non-verbală și alta verbală. Acum nu mai au timp să învețe aceste lucruri pentru că numărul de medici este mic, iar medicii care ar trebui să fie maștrii trebuie să se ocupe de foarte mulți rezidenți – foarte mulți discipoli – și nu mai au timp. Trebuie să își desfășoare activitatea medicală, să acopere nevoile pacienților, ale personalului. Universitățile de-abia acum, în ultimii 2-3 ani, și-au dat seama de acest lucru și au introdus cursuri de comunicare. Deci, un prim aspect este faptul că nu știu tehnicile de comunicare. Mai departe, al doilea aspect, care ține tot de medic, este lipsa de timp: pentru a comunica trebuie să ai timp, să faci un lucru de calitate. Această lipsă de timp nu se înregistrează numai la nivelul României. De unde această criză de timp? Timpul este impus de către finanțatorii sistemelor de sănătate care, pentru a

le rentabiliza acordă, să spunem așa, un timp standard. Și astfel ne blocăm în această standardizare. Mă uitam pe o statistică din anul 2012, unde se spunea că în Israel un medic discută cu pacientul lui maximum 7 minute. Ce comunicare poate să fie în 7 minute? În SUA un medic îl întrerupe pe pacientul său după fiecare aproximativ 21 de secunde. Nu au răbdare: stau în fața computerului, a acestei hipertehnologizării care recomandă cutare și cutare și nu mai au timp să vorbească cu pacienții. La noi, Casa de Asigurări acordă 15 minute la o consultație. În 15 minute – și acum s-a mai introdus și cardul – să-i vezi cardul, să-l raportezi, să-l consulți, să-i dai și medicamentele și să plece. Rămâne pentru o comunicare autentică între medic și pacient, să spunem, doar 2-3 minute. Iar din partea pacienților, se înregistrează o lipsă de educație. Deci, educația și cultura. Aud de foarte multe ori unii intelectuali care spun: „Ah! Poporul acesta nu este cult, nu are principii, nu evoluează. România nu are *nici o șansă*”. Întrebarea este – ce au făcut acești intelectuali pentru poporul lor, pentru a evita discriminarea? Ce au făcut să crească nivelul cultural al oamenilor de care ei se plâng, pentru că și ei provin tot din acest popor. Aceasta este deosebirea dintre generația de acum și generația pașoptistă, sau chiar generația de dinaintea primului război mondial. Oamenii și-au suflecat mânecile și au spus: „Trebuie să ridicăm nivelul educației, trebuie să facem din această țară una care să fie competitivă”. Iar cei de acum, să mă scuze, au un loc; *au prins* o anumită oportunitate. Nu înseamnă că oamenii ceilalți trebuie să fie disprețuiți.

MA: *Domnule profesor, în cei zece ani în care ați organizat această conferință națională de bioetică, cu siguranță ați cunoscut invitați, din România și din străinătate, care au participat la lucrările conferinței. Între timp, au apărut unii tineri. Referitor la aceștia, la tinerii bioeticieni, cei care predau bioetică sau care lucrează cu studenții și cu rezidenții, care considerați dumneavoastră că este potențialul lor? Îi vedeți mai pregătiți, mai motivați sau dimpotrivă?*

VA: Este o progresie nu geometrică, ci *supergeometrică*. Au fost multe programe de studiu în străinătate și întrucât era vorba despre bioetică s-au dus numai cei care au fost pasionați. Pentru că dacă era chirurgie sau alte discipline ale medicinei, se înțelege că participarea era numeroasă. Dar pentru bioetică s-au dus cei pasionați. Și, fiind pasionați, chiar au făcut treabă serioasă, încât, în acest moment nu am nici un fel de emoții. Bioetica în România a pătruns, și-a creat masa critică și există câteva centre care sunt puternice și în jurul cărora se polarizează tinerii. Există deja în România peste o sută de post-doctoranzi care au studii în bioetică. Or, acești oameni comunică între ei și și-au creat rețele de comunicare, și chiar dacă s-ar da o lege prin care s-ar spune: „Este interzisă Bioetica!”, ea va exista pentru că există deja oamenii care o susțin și care lucrează. Și este un prilej

de mândrie pentru România, pentru că, într-un interval atât de scurt de timp, nu numai că a recuperat, dar are domenii – precum această legătură între religie și bioetică – de prioritate și care îi dau o particularitate anume, specifică contextului nostru cultural și social. Deci România va deveni o voce nu numai puternică, dar și identificabilă în acest *concert* numit bioetică.

MA: *Iată o veste bună! O ultimă întrebare: care ar fi temele prioritare pentru următoarele conferințe de bioetică? Ce vedeți dumneavoastră ca fiind important acum pentru a fi tratat și dezbătut la aceste conferințe?*

VA: În acest moment, pentru România, sunt temele de etică și sănătate publică, celelalte teme nefiind, însă, excluse. Dar, în acest moment trebuie să existe o strategie pe termen lung în domeniul sănătății, care să aibă drept scop creșterea stării de sănătate așa cum este ea definită – nu numai din punct de vedere fizic, ci și spiritual, cultural, economic. Și, atunci, în viitor trebuie să ne concentrăm pe aceste teme, încât să le punem la îndemâna politicianilor, a celor care fac politici sanitare. Și să facem, în același timp, și un *lobby* în acest domeniu care să se construiască plecând de la o analiză etică, pentru că în toată lumea s-a dovedit, deja, că lipsa eticii este, de fapt, marea problemă a sistemului de sănătate. De ce nu există niciun sistem despre care să se poate spună că funcționează perfect? Pentru că întâi a fost construit, după care a fost analizat etic și s-a văzut că, de fapt, problemele de etică sunt cele mai frecvent invocate de sistemele de sănătate.

MA: *Eu vă mulțumesc foarte mult pentru disponibilitate și pentru sinceritate și vă doresc mult succes în continuare!*

VA: Vă mulțumesc!

Transcrierea interviului: Andreea-Iulia Someșan

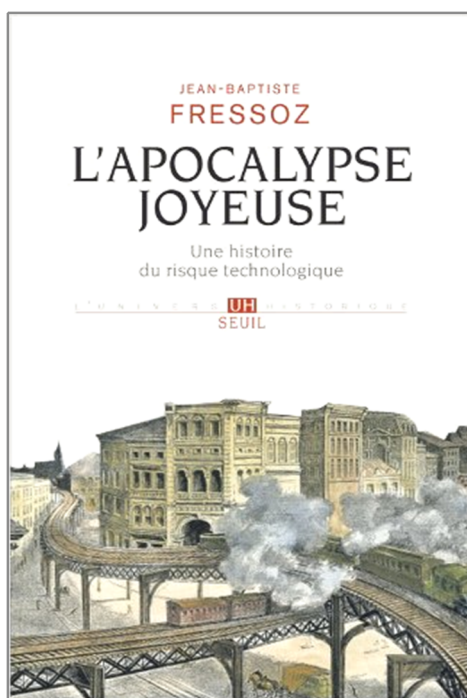
RECENZII – BOOK REVIEWS

Jean-Batiste Fressoz, *L'apocalypse joyeuse – Une histoire du risque technologique*, Éditions du Seuil (L'univers historique), 2012.

Ca o imagine de ansamblu asupra lucrării, se poate preciza faptul că aceasta încearcă să realizeze, după cum surprinde și subtitlul, o monografie a „rădăcinilor istorice ale crizei contemporane a mediului” (p. 9). Prin urmare, în aceste pagini este analizat modul în care revoluția industrială a fost sursa, într-un mediu lipsit de angrenajele necesare asigurării securității, a numeroase abuzuri cu implicații profunde asupra sănătății oamenilor și a siguranței mediului. Perspectiva adusă de revoluția industrială este creionată, astfel, ca fiind o lungă căutare prin care noile tehnologii și inovații să poată fi impuse populației. Iar, în vederea realizării acestui obiectiv, s-a încercat ca introducerea acestora să fie prezentată în termeni cât mai favorabili.

Un aspect major era, astfel, stabilirea unui cadru al utilizării produselor industrializării, a cărui principal principiu să fie precauția. Datorită acestui fapt, „întrebarea crucială ar fi cea a alegerii tehnologiei, a evaluării riscurilor și a evaluării procedurilor (democratice și transparente) care trebuie instaurate pentru a ghida această alegere și aceste evaluări” (p. 19).

Raportarea la problematica riscului tehnologic urmează demersul unei analize graduale în cele șase capitole ale lucrării. Astfel, punctul inițial al discuției îl reprezintă introducerea noțiunii de risc, în anii 1720, în raport cu problematica inoculării, când acesta era privit, în contextul menționat, ca fiind aplicarea probabilisticii



asupra vieții. Iar odată cu introducerea vaccinării, punctul de interes îl reprezintă găsirea unei strategii de minimalizare a riscului, cât și crearea unei perspective asupra acestuia prin care să se mărească acceptarea vaccinărilor în rândul populației. De la acest aspect, discuția alunecă spre raportul instituit între corp și mediu înconjurator, în tratarea unor teme precum cea a apariției industriei chimice, pentru a ajunge ca în încheierea lucrării, să se dis-

cute despre amploarea riscurilor industrializării, deloc neglijabile. Iar aici se aduc în atenție unele aspecte, precum cele constatate în cazul iluminării prin utilizarea gazului. În acest context, conturarea unor norme juridice și procedurale era indispensabilă pentru a se menține „principiul responsabilității individuale într-o societate tehnologică” (p. 22), iar apariția unor accidente să fie imputabilă doar erorii umane.

Însă, relevanța lucrării în contextul bioeticii se datorează și evidențierii modelului de acțiune utilizat pe fondul inexistenței unui cadru juridic și a unor norme procedurale bine reglementate. Aceste acțiuni aveau în vedere ca tehnologiile, aflate în directă corelație cu prezervarea sănătății individului, să-și găsească un laborator de dezvoltare cât mai permisiv și un spațiu de implementare cât mai larg, nefîngrădit de refuzul celor care erau văzuți ca potențialii beneficiari. O bună exemplificare, în acest sens, ar putea fi considerată producerea vaccinului antivariolic. Asta deoarece, în acel context, era adusă în discuție o perspectivă filantropică asupra necesității producerii acestui vaccin, însă, din păcate, modul în care a fost înțeles acest filantropism a dat naștere la numeroase nedreptăți sociale.

Astfel, unul dintre primele obiective ale cercetătorilor a fost acela de a prezenta siguranța noilor tehnici profilactice, în contrast net cu inocularea – o metodă total nesigură și care ridica numeroase semne de întrebare privind posibilitățile de infestare. Consecința acestui aspect a fost faptul că cei care promovau ideea de vaccinare au căzut în capcana prezentării acesteia ca fiind perfect benignă – sursa producerii multora dintre accidentele datorate utilizării ei. Totuși, politica aplicată în acest context nu se mai baza pe constrângere, precum în vechile regimuri, ci pe angrenaje indirecte ce vizau o persuasiune subtilă.

Pe lângă faptul că, într-o primă fază, vaccinurile au fost absolvite de orice risc, o altă problemă era reprezentată, la acel moment, de însuși modul în care era privită practica experimentării. Prin urmare, aici vorbim de un secol în care experimentele erau văzute, în mod aproape similar, disecției – „atâta timp cât corpurile supuse experimentării erau deja moarte din punct de vedere juridic” (p. 81), experimentele puteau fi realizate, în genere, doar pe condamnării la moarte sau pe medicii implicați. Însă, în cazul vaccinării, reușește să se depășească această restricționare, prin extinderea ei la masa defavorizată a societății, datorită beneficiilor scontate pentru această clasă a societății. Iar pentru medicii aflați în continuă căutare de persoane doritoare de a fi vaccinate, copiii găsiți reprezentau rezervoare indispensabile pentru menținerea lanțului vaccinării. Or, prin medierea ministrului de interne, începând cu anul 1801, ospiciile au fost puse la dispoziția vaccinurilor: cercetătorii își puteau desfășura activitatea în acestea chiar și în ciuda unui posibil refuz din partea prefectului. Deși, într-un cadru bine reglementat, un asemenea tip de decizie ar fi putut aduce și beneficii, în paginile lucrării de față sunt descrise numeroase acțiuni și tratamente care nu aveau deloc în vedere sănătatea acestor copii, ci puteau constitui chiar un risc pentru ei, datorită acțiunilor abuzive săvârșite pe fondul lipsei unui context legislativ bine reglementat. Perspectiva avută de mulți cercetători chiar și asupra acestor copii era una eminamente similară celei avute asupra unui corp supus disecției: un teren de studiu și de experimentare adus în fața publicului (prin realizarea unor studii chiar în condiții lipsite de igiena necesară). Iar toate aceste acțiuni erau realizate în numele *filantropiei* – vorbim despre procedurile de obținere a vaccinului, vârsta

adecvată pentru vaccinare și măsurarea (temporar și calitativ) imunității obținute în urma acestor imunizări. Totuși, experiența dobândită de-a lungul timpului, care a produs ulterior o reală indignare medicilor, a impus retragerea acestui consimțământ al accesului facil al cercetătorilor în ospicii. Însă avântul spiritului filantropic nu a fost oprit de introducerea reglementărilor. Astfel, o propunere a doctorului Duchanoy, membru al administrației ospiciilor, a fost aceea de a introduce în aceste instituții medici care să fie realmente convinși de beneficiile indubitabile ale vaccinării. Această soluție era una acceptabilă, din punct de vedere juridic, și ar fi făcut ca orice experiment desfășurat, în acest context, să devină licit, după cum susține autorul volumului.

O altă situație alarmantă, cu implicații și în domeniul nostru de interes (al bioeticii), prezentată în această lucrare este situația muncitorilor din uzinele chimice care lucrau într-un mediu realmente riscant fără a avea un echipament adecvat. Cazul relatat în acest volum, se desfășura pe teritoriul Angliei, însă este o reflectare fidelă a condițiilor generale existente în aceste întreprinderi la începuturile lor. Astfel, nu doar că muncitorii nu aveau un echipament adecvat (cu toate că unii au încercat să-și confecționeze ei înșiși un echipament care să-i protejeze de efectele nocive ale respectivelor substanțe), ci ei nici nu erau realmente conștienți de riscurile pe care le presupunea munca lor, iar incidența reală a accidentelor era mult neglijată. În cadrul unor interviuri realizate cu scopul de a observa raportarea muncitorilor la proiecțiile acide, o persoană intervievată vorbea despre accidentul în care-și pierduse ochiul și despre frecvența acestui tip de proiecții: „Nu, a mea [cu referire la proiecția acidă] a fost un accident care ar trebui să aibă loc o dată la un secol” (p. 196). Cu

toate acestea, aflăm apoi că tocmai în urmă cu două zile a avut loc o altă proiecție acidă în aceeași întreprindere. Iar, în ceea ce privește frecvența acestor accidente, era pusă, chiar de către înșiși muncitorii, pe seama neglijenței și grabei cu care doureau să înainteze în lucrul lor. Prin urmare, aceștia își asumau integral responsabilitatea pentru accidentele produse, poate și datorită lipsei unei cunoașteri obiective, bazate pe statistici, a riscurilor existente. În plus, aceștia se linișteau cu gândul că, deși evidențele arătau cu totul altceva, accidentele ar avea loc cu o frecvență extrem de redusă. În timp a fost, totuși, introdusă o igienă industrială și a fost, în același timp, reglementată rotația muncitorilor și selecția acestora pe baza probelor medicale. Desigur, în această nouă situație riscurile existente pentru muncitori au fost simțitor reduse. Cu toate acestea, nu se poate vorbi de dispariția mortalității datorate îmbolnăvirii la locul de muncă, însă ea devenise acum – după cum se subliniază în această lucrare – cu mult mai greu de urmărit deoarece consultul medical și rotația permiteau menținerea în uzine doar a acelor persoane care erau cu adevărat apte, având o sănătate nedeteriorată, pentru acest tip de muncă. Iar, în multe situații, starea lor de sănătate se agrava, survenind de multe ori chiar decesul, doar la un timp după părăsirea locului de muncă. De aceea evidența acestora, cât și despăgubirea lor sau a aparținătorilor, se găsea într-o situație extrem de lacunară.

O altă problemă apărută pe fondul lipsei unei reale înțelegeri a patologiei bolilor profesionale este cea produsă de introducerea conceptului de „aclimatizare” în care aceste simptome erau considerate a fi doar „niște patologii pasagere datorate procesului de aclimatizare” (p. 199). Din aspectele enumerate anterior se observă

faptul că acești muncitori erau neinformați sau, în unele situații, poate chiar dezinformați cu privire la riscurile asupra sănătății și a mediului în care lucrau, cât și a stării reale a sănătății lor. De subliniat este, de asemenea, faptul că, la acea dată, condițiile (legislative și științifice) erau de o așa natură încât nici nu se conștientiza, pe deplin, necesitatea ameliorării condițiilor de lucru ale acestor muncitori prin introducerea unor echipamente și reglementări specifice.

Aceste două cazuri prezentate pot contura o imagine fugară a perioadei de început a industrializării și a problemelor de etică medicală cărora le-a dat naștere, însă lectura acestui volum va permite o observare mai clară a contextului în care s-au produs multe dintre experimentele de început ale industrializării și a motivelor care au stat la baza multora dintre eșecurile lor și a incidenței ridicate a factorilor negativi. Iar, după cum se evidențiază, în primele două capitole ale lucrării, pașii de început ai dezvoltării medicinei moderne au fost realizați într-un context similar. Aflându-se într-un timp de vacuum legislativ, normativ și al cunoașterii științifice propriu-zise, multe dintre aceste studii, deși unele dintre ele aveau motivații filantropice, nu au reușit să-și atingă scopul propus, ci tocmai ele însele au devenit un factor de risc pentru cei care ar fi trebuit să fie beneficiarii lor. Iar această imagine poate fi privită acordându-i-se două valențe: în primul rând poate fi văzută, desigur, strict ca o monografie a trecutului tumultos al dezvoltării industriale.

Cu toate acestea, ea ar putea fi privită și ca un model acțiune-rezultat pentru studiile medicale realizate în ramurile inovatoare care nu au încă parte de o bună reglementare legislativă și ale căror implicații pentru sănătatea umană nu sunt bine cunoscute. Așadar, cazurile prezentate în acest volum și aspectele aduse în discuție pot oferi o mai bună înțelegere – prin observarea eșecurilor survenite – a rațiunii pentru care este necesar a avea o doză de prudență în modul de desfășurare a acestor studii și de a avea în vedere reglementarea unui cadru legislativ care să protejeze, în aceeași măsură, toate categoriile sociale și să conștientizeze cu adevărat persoanele vizate de posibilele implicații ale acestor proceduri și tratamente asupra sănătății lor.

ANDREEA-IULIA SOMEȘAN

**Mihaela Frunză, *Expertiza etică și bioetica – studii de caz*,
Editura Limes, Cluj-Napoca, 2010, 250 p.**

Volumul intitulat *Expertiza etică și bioetica – studii de caz*, a fost elaborat ca urmare a studiilor doamnei Mihaela Frunză, în calitate de coordonatoare de proiect, în cadrul unui grant de cercetare CNCIS având, astfel, și sprijinul colaboratorilor săi.

Prin problematica abordată, lucrarea de față încearcă să creeze o punte între metaetică, spiritualitate/ religie și etica aplicată. Astfel, retorica acesteia pleacă de la o dezbatere privind rolul filosofului în expertiza etică medicală și continuă discursul prin abordarea cazuistică a unor teme de etică aplicată ce vizează intruziunea noilor tehnologii medicale în viața umană și a implicațiilor pe care le au la nivel social sau în raport cu gândirea religioasă. Mai apoi, este făcută o reîntoarcere la răscrucea medicinei cu aprecierea comună a rolului spiritualului / religiozității în procesul de vindecare. Iar cadrulul metaetic al lucrării este desăvârșit prin problematizarea finală asupra confruntării dintre superstiție și laicizarea spațiului public, loc în care bioeticianul poate avea un rol semnificativ în găsirea unei mediane.

Tema căreia i se alocă cea mai extinsă parte a lucrării, patru capitole, este problema transplantului. Aspectele de interes ale acesteia le reprezintă, pe de o parte, relația medic-donator-primitor-apartinători sau raportul dintre comunitate și nevoia celor aflați în situația de a trebui să obțină un transplant, însă, pe de altă parte, sunt aduse în atenție și dificultățile de ordin medical ivite în contextul realizării unui transplant. În cazul primitorului riscurile



ar putea fi mult augmentate dacă s-ar încerca efectuarea unui xenotransplant, ajungând până la limita experimentalului. Însă, în cazul unui transplant, realizat de la un donator uman viu, problemele de ordin medical se pot extinde și la cel care se angajează în acest act de voluntariat care, în mod regretabil, nu are parte de aceeași îngrijire și supraveghere medicală precum primitorul. Pe de altă parte, o problemă cu numeroase semne de întrebare ar ține și de implicațiile religiozității în decizia de a deveni donator. Astfel, în cazul unor grupări religioase, precum „Jesus Christians”, care sunt aproape, doctrinal, centrate pe ideea de donare de organe se poate pune, la modul serios, problema

autonomiei indivizilor care iau o astfel de decizie. Asta deoarece, deși se marșează pe ideea donării altruistice, prezența unui discurs puternic centrat pe această idee și modul în care sunt percepuți donatorii la nivelul comunității religioase ar putea constitui un factor determinant în luarea unor hotărâri bazate pe conformare. Prin urmare, religiozitatea poate, pe bună dreptate, avea un aport semnificativ în creșterea acceptabilității actului de donare la nivel social, însă, desigur, exploatarea acestei laturi a ființei umane – și poate nu numai – nu și-ar putea găsi legitimitate în încercarea de a crește procentajul de donatori.

O altă temă abordată în această lucrare este cea a utilizării, într-un mod iresponsabil, a avantajelor oferite de tehnologiile medicinei contemporane, generând, astfel, numeroase probleme și posibile disfuncționalități de ordin social. Cazul analizat în acest context este cel al octupletelor Suleiman în care mama, doamna Nadya Suleiman, mai apelase anterior la procedurile fecundării *in vitro* în urma cărora avea deja șase copii minori. Pentru orice familie obișnuită ar fi oarecum problematică îngrijirea și educarea unui număr atât de mare de copii, însă aici vorbim și despre o mamă singură care nu avea un loc de muncă stabil. Pe de altă parte, timpul nu i-ar fi ajuns să acorde o atenție suficientă nevoilor acestora, oferindu-le și o educație bună. Singurul mod în care această mamă ar fi reușit să se achite de datoriile ei părintești ar fi fost cu sprijinul comunității, ceea ce, desigur, ar duce la apariția unei probleme care vizează, de fapt, întreaga comunitate. Fapt pentru care ajungem să ne întrebăm – în ce măsură această femeie ar fi avut dreptul de a-și implanta toți cei șase embrioni congelați rămași? Iar aici nu vorbim doar

de responsabilitatea ei, ci și de cea a medicului care a efectuat procedura și care, având o imagine mai clară asupra consecințelor ce ar fi putut surveni, ar fi putut să refuze intervenția și să-i prezinte mai mult pacientei avantajele celorlalte soluții. Totuși, el a afirmat că a ținut cont de dorința pacientei care nu dorea nici să-i distrugă, nici să-i doneze alor familii. În urma analizei acestui caz și a implicațiilor utilizării într-un mod iresponsabil a tehnologiilor medicale vom ajunge la a ne întreba în ce măsură și cum ar putea societatea preveni astfel de uzanțe care se răsfrâng, inevitabil, și asupra ei?

Următorul studiu de caz se axează asupra unei tematici destul de ambigue datorită dificultăților de a se putea face o dezbatere etică factual legitimă asupra acesteia: rolul rugăciunii de mijlocire în procesul de vindecare. Din numeroasele studii făcute, s-a putut observa imposibilitatea stabilirii unui verdict privind rolul acesteia în ameliorarea problemelor de ordin medical, deoarece deși anumite studii – chiar retroactive – i-au confirmat beneficiile, au existat și unele care păreau să pună la îndoială acest aspect. În plus, dat fiind faptul că rugăciunea nu reprezintă un tratament sau o procedură medicală în sine, ci este vorba despre implicarea unui element metafizic: relația cu divinitatea căreia îi sunt adresate aceste rugăciuni, apar numeroase întrebări asupra legitimității unui astfel de studiu experimental. Întrucât, în acest caz, se poate pune întrebarea dacă este vorba doar despre studiul rolului rugăciunii sau este un studiu asupra însăși potenței divinității sau a disponibilității acesteia de a răspunde nevoilor celor aflați în suferință. Or, o asemenea optică ar fi cu totul contrară oricărei viziuni religioase. Pe de altă parte, numeroase probleme ar putea fi

ridicate și de acuratețea studiului, deoarece ar fi realmente greu de controlat dacă cei desemnați să se roage nu fac acest lucru și pentru cei din grupul de control sau în ce măsură pacienții incluși în studiu se roagă sau nu și ei înșiși. Apoi, s-ar putea presupune că înlesnirea procesului de recuperare sau ameliorarea situației se datorează tocmai sugestibilității la rugăciune a celor incluși în studiu – fapt care, probabil, ar putea avea un anumit aport în acceptarea unui asemenea experiment. Însă un aspect augmentant al inacceptabilității acestui tip de experiment este conferit și de orientarea religioasă, posibil diferită, a participanților la studiu și a persoanelor care se roagă, deoarece este greu de admis ca cineva să accepte ca o persoană cu o perspectivă total diferită asupra relației cu divinul să se roage pentru ea sau să admită că acest lucru ar putea avea vreun efect pe plan medical. Această scurtă expunere poate oferi o imagine de ansamblu asupra acestei problematice, însă capitolul dedicat dezbaterii acestei teme aduce în atenție noi serii de piedici ce s-ar putea ivi în instituționalizarea și reglementarea publică a acestei asocieri dintre medicină și religiozitate. Cu toate acestea, nu s-ar putea vorbi nici de o segregare totală a celor două, ci de a oferi pacientului libertatea de a beneficia de suportul religios și spiritual care consideră el că se pliază cel mai bine gândirii sale și care răspunde în mod oportun nevoilor sale spirituale, oferindu-i siguranța unei facilitări a procesului de recuperare sau a ameliorării suportabilității condiției de boală. Indiferent de considerentele profesionale și personale ale medicului, dacă pacientul a găsit un tratament care să răspundă nevoilor sale, medicul trebuie să-i acorde tot sprijinul său profesional pentru ca, prin conlucrarea acestor me-

tode (medicale și alternative), obiectivul comun al celor doi să fie îndeplinit, în măsura posibilităților.

O temă conexă celei anterioare, ultima a lucrării de față, este aducerea în discuție a confruntării spațiului public contemporan puternic laicizat cu formarea unor temeri bazate pe o lectură literală a textelor scripturistice. Un astfel de caz, prezent în spațiul românesc, este cel al pașapoartelor așa-zise „biometrice”. Implementarea acestora face parte dintr-o tendință de modernizare al unei societăți suprasaturate de prezența unui discurs religios care impune, prin urmare, laicizarea chiar și acestui tip de prelegeri în spațiul public prin crearea unei demarcații nete față de sfera privată. Totuși, modul de tratare a temei religiosului în spațiul public face să nască o situație realmente paradoxală: deși contextul actual se reclamă a fi mult prea impregnat de existența unor superstiții religioase, există, în același timp, un puternic „discurs al crizei asumării moralei creștine” (p. 211). Prin urmare, paginile acestui capitol oferă un tablou al unor dispute destul de efervescente privind implicarea religiosului în viața socială a individului și a numeroaselor argumente etice care tind să augmenteze dificultatea afirmării poziției legitime a acestui discurs și a valorilor creștine în societatea românească actuală. Pe de-o parte, restrângerea interpretărilor literale din cadrul creștinismului par a avea o contribuție semnificativă în comunicarea transculturală și în dezvoltarea travaliului științific. Totuși, pe de altă parte, marginalizarea religiosului în spațiului public ar putea aduce în atenție o incapacitate a formelor religioase tradiționale de a veni în întâmpinarea nevoilor valorice ale omului contemporan antrenat în crearea unei perspective etice globale prin încercarea înlăturării conflic-

tualității dintre diferitele accepțiuni religioase. Prin urmare, în acest context, lucrarea de față evidențiază un rol important pe care centrele de bioetică ar putea să-l joace ca spațiu dialogal neutru, în cadrul căruia să se poată găsi o linie mediană între cele două perspective divergente ale observării spațiului public.

Problemele aparent insolubile dezbatute în cazurile amintite conduc, cu necesitate, la clarificarea percepției asupra posibilității existenței unei expertize etice în domeniul clinic, temă abordată în deschiderea acestei lucrări. Astfel, se pune următoarea întrebare: cine ar putea fi un expert în etica clinică și în ce măsură ar putea exista o complementaritate între expertiza etică și reflecția filosofică? Paginile acestui volum ne relevă existența unor opinii divergente relative la această problemă – de la unele cu adevărat radicale, până la cele care încearcă să abordeze o tratare a temei în termeni cât mai echilibrați. Astfel, din prima categorie fac parte concepții care enunță imposibilitatea ca cineva să fie realmente expert în etica clinică sau cele care, din contră, susțin faptul că, deși fiecare om ar fi înzestrat cu facultatea unui discepmânt etic, filosofii sunt singurii capabili să facă o expertiză autentică în acest sens. Dintre perspectivele cu o abordare mai democratică ar putea fi afirma-

rea faptului că există diferite categorii de experți în bioetică, printre care se numără și filosofii. În ceea ce privește tipul de expertiză care ar putea fi oferită de aceștia, aceasta ar fi consilierea în încercarea soluționării cazurilor problematice din practica medicală curentă, însă și cercetarea în privința integrării noilor biotehnologii în medicina curantă sau preventivă, fapt care și-a făcut simțită nevoia constituirii unor comisii de etică independentă. Activitatea filosofului, alături de cea a teologului, se remarcă, îndeosebi, prin posibilitatea oferirii unui control extern, puternic centrat pe dimensiunea etică, asupra practicii medicale.

Prin modul de abordare al studiilor de etică aplicată, lucrarea Mihaela Funză se remarcă prin reușita creării unei punți de legătură între problemele de bioetică și implicațiile lor la nivel social, între dimensiunea fenomenologică a expertizei etice și problemele de metaetică ale travaliului din domeniu. Astfel, lectura acestui volum tinde să ofere o imagine holistică a angrenajelor eticii aplicate și să confere comprehensibilitate sau, mai exact, să comprehensibilizeze interdisciplinaritatea bioeticii.

ANDREEA-IULIA SOMEȘAN

ACTIVITĂȚILE CENTRULUI DE BIOETICĂ

- Disciplina de Științe Socio-Umaniste și Istoria Medicinii a Universității de Medicină și Farmacie Iuliu Hațieganu din Cluj-Napoca și Centrul de Bioetică al Universității Babeș-Bolyai, împreună cu Asociația Studenților pentru Etică Medicală au organizat în data de 16 Mai 2014, ora 16.00, conferința profesorului Ludo Veny de la Universitatea din Ghent, Belgia cu titlul *Considerations on New Euthanasia Law In Belgium*. Întâlnirea dintre profesorul Veny și studenții mediciști a fost o ocazie importantă pentru ei, pentru a cunoaște realitățile acestei dezbateri și teme în Europa, mai ales în Belgia și Olanda, țări pe care invitatul nostru le cunoaște foarte bine. Extinderea legislației privind posibilitatea solicitării eutanasiei pentru copii a devenit o realitate în Belgia, din data de 28 februarie 2014, când a fost adoptată această reglementare de către parlamentul belgian. Menționăm că Belgia a fost a doua țară în Europa, după Olanda, care la 23 septembrie 2002 a adoptat o lege, prin care se autoriza eutanasia în anumite condiții: pacientul să se găsească „într-o situație medicală fără șorți de vindecare” și să se afle „într-o situație de suferință fizică sau psihică constantă și insuportabilă” rezultată „dintr-o afecțiune accidentală sau patologică gravă și incurabilă”. Prin extinderea acestei reglementări, există posibilitatea ca minorii să acceadă la astfel de practici, atunci când condițiile medicale sunt îndeplinite.
- Discuțiile dintre profesorul de drept administrativ de la Universitatea din Ghent și studenți au fost ample, s-au pus întrebări din mai multe domenii ale bioeticii, nu doar cele care privesc temele sfârșitului vieții, dar și cu privire la tehnicile noi de reproducere asistată medical sau cu privire la donarea și la transplantul de organe.
- Seminarul anual de la Bistrița, *Medicină și Teologie*, ediția a XIII-a, a avut loc în acest an în zilele de 12 și 13 Mai 2014, în saloanele Hotelului Metropolis, fiind organizat de Arhiepiscopia Ortodoxă Română a Vadului, Feleacului și Clujului, Facultatea de Teologie Ortodoxă a Universității Babeș-Bolyai din Cluj-Napoca, Consiliul Județean Bistrița-Năsăud prin Centrul Județean pentru Cultură, Biblioteca Județeană Bistrița-Năsăud împreună cu Societatea Română de Bioetică, Uniunea Medicală Balcanică din România, Asociația Medicală Română - Filiala Bistrița-Năsăud și Spitalul Județean de Urgență Bistrița. Tema generală a seminarului a fost:

Influența valorilor creștine asupra bioeticii europene, având trei secțiuni: *Arta creștină și importanța ei într-o Europă unită și postcreștină; Probleme etice, psihologice și legale ale sexualității în lumea contemporană; Implicații bioetice în deciziile medicale, la începutul vieții (tratamente inutile; recoltarea celulelor stem; prelevarea de țesuturi și organe de la minori etc.)*. Masa rotundă, care a avut loc în cea de-a doua zi a manifestării a avut ca temă *Psihoterapia în practica Bisericii Ortodoxe (Psihoterapia traumei, consiliere pastorală, psihanaliză etc)*. La acest eveniment a participat I.P.S. Andrei Andreicuț, mitropolitul Clujului, Maramureșului și Sălajului, Dan Puric, care a vorbit despre *Portretul prigonitorului*, precum și Pr. prof. dr. Ioan Chirilă, UBB Cluj, Prof. Vasile Astărăstoae, UMF Gr. T. Popa, Iași, Prof. Dan Dumitrașcu, UMF Iuliu Hațieganu Cluj, Herman Tristam Engelhardt (USA), Corinna Delkeskamp-Hayes (Germania), Pavel Chirilă, Fundația Sf. Irina din București etc. Gazda evenimentului a fost prof. dr. Mircea Gelu, managerul Spitalului Județean de Urgență Bistrița, care organizează cu succes, an de an, acest eveniment, care a ajuns la cea de-a treisprezecea ediție. La seminar sunt prezenți conferențieri de la IOMC Polizu București, UMF Iași, UMF Tg. Mureș, Facultatea de Medicină Sibiu, Spitalul Județean Oradea, Spitalul Județean Cluj, Spitalul Municipal Timișoara, Facultatea de Teologie Ortodoxă din Iași și București, UMF Cluj-Napoca, preoți dar și invitați din străinătate precum Corinna Delkeskamp-Haye și Heinrich Schnatmann din Germania, George Vithoukias, George Metallinos, Dmitri Telenghidis și Angeliki Trivizadachi din Grecia, Mark Cherry și Ryan (Samson) Nash din SUA.

- A doua zi, după un Te Deum oficiat de Mitropolitul Andrei, s-au continuat discuțiile cu privire la "Influența valorilor creștine asupra bioeticii europene", moderatorii fiind: ÎPS Andrei Andreicuț, Pr. Prof. Vasile Stanciu, Prof. Vasile Astărăstoae și Pr. Prof. Ioan Chirilă. Tema cu titlul "Psihoterapia traumei, consiliere pastorală sau psihanaliză?" a fost moderată de Prof. Pavel Chirilă, iar Dan Puric a făcut "Portretul prigonitorului". Evenimentul s-a încheiat cu un concert oferit de Corul de cameră "Psalmodia Transylvanica", dirijor pr. prof. Vasile Stanciu.
- În holul Hotelului Metropolis a putut fi admirată și expoziția de icoane pe sticlă, a studenților și masteranzilor Facultății de Teologie Ortodoxă din Cluj-Napoca.

INDICAȚII PENTRU AUTORI

Articole

Articolele trimise pentru publicare trebuie să aibă între 6 000 și 10 000 de semne.

Titlul să fie de maximum 80 de caractere, all caps, bold.

Textele vor fi însoțite de :

- un rezumat, maximum 250 de semne;
- 5 cuvinte cheie;
- prezentarea autorului (titlul științific, poziția didactică, afilierea, informațiile de contact, adresa e-mail);

Bibliografia se listează la sfârșitul articolului, în ordine alfabetică, cu fonturi Times New Roman 10 pt, la 1,5 rânduri, astfel: autorii, titlul articolului (italic), numele publicației (între ghilimele), editor, volum, număr, an, pagini.

Textul scris cu font Times New Roman, 12 pt, la 1,5 rânduri.

Materialele pot fi trimise prin e-mail, în *attachment*, în format doc. + pdf. la adresa:
centruldebioetica@yahoo.com

Regulile de citare

- citațiile scurte până la 3 rânduri pot fi puse între ghilimele
- citațiile mai lungi de 3 rânduri pot forma singure un paragraf, cu font Times New Roman, 11 pt, la 1 rând.

Recenziile

Textele să aibă între 1 000 și 1 500 de semne.

Note

1. Autorii își asumă întreaga responsabilitate a conținutului articolului trimis spre publicare.
2. Autorii au obligația să respecte toate regulile privind legile privind copyright-ul.

Articolele care nu respectă indicațiile menționate vor fi trimise înapoi la autor pentru a se face corecturile necesare, întârziindu-se astfel publicarea materialului.

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

Articles

The articles submitted for publication normally range between 6 000 to 10 000 characters.

Title (maximum 80 characters; all caps; bold)

The texts will be accompanied by:

- an abstract, with a maximum of 250 characters;
- 5 key words;
- the author's presentation (scientific title, didactic position, institutional affiliation, contact information, e-mail address).

References: are listed at the end of the article, in alphabetical order, with Times New Roman font, 10 pt, 1.5 lines spacing, as follows: authors, article's title (*italic*), the name of the publication (double quotes), editor, volume, number, year, pages.

The text should use the Times New Roman font, 12 pt, and a pagination of 1,5 lines.

Materials can be sent via e-mail, as an attachment, formatted doc. + pdf. at
centruldebioetica@yahoo.com

Quotations Rules

- Quotations shorter than 3 lines should be marked with double quotes.
- Quotations longer than 3 lines should form a single paragraph with the following figures:

Fonts: Times Roman

Size: 11

Line spacing: single line spacing

Book Reviews

The texts should range between 1000 and 1500 characters.

Notes

1. The author assumes all responsibility for the ideas expressed in the material published.
2. The authors have the obligation to respect all rules concerning the law governing copyright.

The articles which do not observe the mentioned indications will be sent back to the first author for the necessary corrections, thus delaying the material publication.