



STUDIA UNIVERSITATIS
BABEȘ-BOLYAI



BIOETHICA

2/2013

**STUDIA
UNIVERSITATIS BABEȘ-BOLYAI
BIOETHICA**

**2/2013
July - December**

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 58 (LVIII) 2013
DECEMBER
2

STUDIA UNIVERSITATIS BABEȘ-BOLYAI BIOETHICA

2

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

CUPRINS - CONTENT - SOMMAIRE - INHALT

Editorial: ȘTEFAN ILOAIE, *Trupul și valoarea sa din perspectivă creștină* 5

STUDII

- MARIAN MACHINEK, *Despre controversa ce privește dimensiunea normativă a corporalității umane / About Controversy on the Normative Dimension of the Human Corporeality* 9
- BOGDAN OLARU, *Echitate în sănătate. Idealul influenței zero a determinanților sociali ai sănătății / Equity in Health. The Ideal of Zero Influence of Social Determinants in Health* 17
- HORAȚIU CRIȘAN, *Abordări teoretice ale deciziilor controversate în etica medicală / Theoretical Approaches to Controversial Decisions in Medical Ethics* 29

YORDANIS ENRÍQUEZ CANTO, La rădăcina vieții <i>greșite</i> : legătura dintre “condițiile dăunate” și suferință / <i>At the Root of Wrongful Life: the Link between Suffering and “Harmed Conditions”</i>	39
RAMONA JURCĂU, IOANA JURCĂU, Stresul academic - o scurtă sinteză de idei / <i>Academic Stress - a Brief Synthesis of Ideas</i>	59
STELIAN PAȘCA-TUȘA, Trupul morții și al slavei – perspectivă biblică și bioetică / <i>The Body of Death and that of Resurrection – a Biblical and Bioethical Perspective</i>	67

INTERVIURI

MARIA ALUAȘ, Despre începuturile și despre viitorul bioeticii în România (Interviu cu Prof. dr. Vasile Astărăstoie, rectorul Universității de Medicină și Farmacie Gr. T. Popa din Iași) / <i>About Beginnings and the Future of Bioethics in Romania</i>	87
---	----

RECENZII – BOOK REVIEWS – COMPTES RENDUS

David Matas, Dr. Torsten Trey (editori), <i>Organele Statului. Abuzul transplanturilor în China</i> , traducere de Gina Sturdza, Ed. Adenium, Iași, 2013, 168 p. (MARIA ALUAȘ)	93
Ierotheos Vlahos, <i>Bioetică și bioteologie</i> , traducere de Ieromonah Teofan Munteanu, Ed. Christiana, București, 2013, 328 p. (ANDREEA-IULIA SOMEȘAN).....	97

ACTIVITĂȚILE CENTRULUI DE BIOETICĂ	101
INDICAȚII PENTRU AUTORI	103
INSTRUCTIONS TO AUTHORS	105

ȘTEFAN ILOAIE

Editorial:

TRUPUL ȘI VALOAREA SA DIN PERSPECTIVĂ CREȘTINĂ

O viziune creștină asupra bioeticii afirmă *importanța trupului* și a vieții în trup, unitatea dintre natura spirituală și cea corporală, relația indestructibilă dintre suflet și trup. Îndatoririle față de trup decurg din faptul că el este făcut părtaș la viața, existența și manifestarea sufletului. Trupul este „al nostru”, nu este dușmanul, ci prietenul, cel căruia îi datorăm participarea la viață, viața însăși; el participă în mod real la desfășurarea existenței umane unice. *Trupul nu doar că este al nostru, el face parte din noi înșine!*

De aceea, numărul de față al revistei noastre se referă, prin studiile pe care le propune, mai ales la subiectul acesta, pe cât de „greu” și de concret, pe atât de dificil și de nuanțat. Corporalitatea, boala și sănătatea, suferința, deciziile medicale, „trupul morții și al slavei” reprezintă – mai devreme sau mai târziu – teme existențiale pentru omul al cărui trup nu e niciodată perfect sănătos, dar fără de limitele căruia nu poate viețui în lumea aceasta.

În cultura noastră actuală, grija față de viață s-a transformat adesea în îngrijorare majoră față de trup. Importanța acordată dimensiunii biologice a devenirii și prezenței umane a schimbat valorile și a deturnat sensul vieții, în detrimentul sufletului. Multe principii morale sunt considerate astăzi desuete și irelevante în practica bioetică, deoarece trupului și trupescului i se acordă o mult prea mare grijă. De altfel, atitudinea față de trup va fi definitorie în toate temele de bioetică, deoarece ele vizează în întregime o singură problemă: cum ne raportăm la trup, așa vom acționa asupra lui; în funcție de felul în care îl percepem, așa vom lua deciziile care îl privesc. Dar creștinul are mereu în gândul său afirmația Apostolului Pavel care responsabilizează permanent: „trupul vostru este templu al Duhului Sfânt” (1 Corinteni 6, 19). Gândind așa, se va așeza echilibrul necesar între suflet și trup, fără ca importanța unuia să fie exacerbată în detrimentul celuilalt.

Există însă diferențe mari, cu privire la acest subiect, între viziunile bioetice, pentru că tratează trupul din puncte de vedere diferite. Există situații în care este luat în considerare mai ales trupul omului, căci el este cel vizat în procreare, în transplantare, în susținere; pentru el sunt schițate normele,

regulile, deontologiile. În principiu, multe din atitudinile de acest fel nu depășesc cadrul corporal al omului, ca și cum omul ar fi doar trup sau mai ales trup. Dar simțim adeseori că omul este altceva decât trupul, căci – spre exemplu – prezența ființei lui este atât de cutremurătoare și de tainică în zbaterele embrionului, în suferință, în moarte, iar acestea ne determină ca în ele să vedem și altceva decât numai trup. E adevărat că această ființă, cuprinsă și reprezentată de trup, comunică – tocmai prin trup și datorită acestuia – cu alte ființe din alte trupuri, stabilind legături spirituale. Cel puțin la fel de tulburătoare este, din acest punct de vedere, relația dintre mamă și embrion.

Bioetica deschide și problema atenției față de trupul aproapelui, o sarcină mai dificilă decât aceea de a avea grijă și de a lua hotărâri pentru trupul propriu. Valoarea pe care i-o descoperim aproapelui, modul în care ne referim la el, deciziile pe care trebuie să le luăm în locul lui – în diferitele situații aplicate în medicină și sporite mai nou de prezența biotehnologiilor – sunt, de fapt repere axiologice pentru noi înșine. Aproapele are rolul de a fi destinatarul iubirii noastre. Pentru creștin, de asemenea hotărâri depinde mântuirea, atât a persoanei care decide, cât și a aproapelui în locul căruia se decide.

Iar dacă – datorită sufletului – îi recunoaștem trupului o anumită valoare, vom înțelege și dintr-o anumită perspectivă spirituală orice decizie care pare să se refere numai la trup. De remarcat că, în sens creștin, durerea trupească posedă un „potențial izbăvitor”, în ea omul credincios are toate șansele să regăsească drumul spre Dumnezeu. O paradoxală soluție pentru o sublimă întâlnire! Aici se descoperă relația intimă dintre trup și suflet: există șansa ca unul să sufere, dar – tocmai prin aceasta – celălalt să se vindece.

Prin vindecările săvârșite asupra trupului, dar întrucât acestea au fost legate cel mai des de vindecarea sufletului: „iertate îți sunt păcatele” (Marcu 2, 5; Luca 7, 48), Hristos Însuși a arătat că are o atitudine de înțelegere față de durerea fizică a omului, indiferent de natura ei. Domnul ne învață însă că durerea trupească – resimțită ca o realitate imediată, paradoxală și inexplicabilă, cel mai adesea în încercările de natură fizică – nu trebuie să fie despărțită de suferința spirituală: păcatul aduce cu sine durere. Avem însă și exemple din care reiese că afecțiunea trupească nu este legată de cea sufletească: în episodul vindecării slăbănogului (Matei 9, 2-6), Mântuitorul îi iartă mai întâi păcatele, dar, trupește, el nu se vindecă imediat, iar în cazul orbului din naștere El le spune Apostolilor că el s-a născut orb nu din cauza greșelilor lui ori ale părinților lui (Ioan 9, 2-3).

Apostolul Pavel accentuează în nenumărate rânduri că viața unui creștin se fundamentează pe viața lui Hristos, îndumnezeirea ca participare la iubirea divină fiind posibilă doar în acest fel. Dar viața aceasta se descoperă în trup, primind o dimensiune fizică, trupească, perisabilă: „Viața lui Iisus să se arate în trupul nostru cel muritor” (2 Corinteni 4, 11).

STUDII

DESPRE CONTROVERSA CE PRIVEȘTE DIMENSIUNEA NORMATIVĂ A CORPORALITĂȚII UMANE

MARIAN MACHINEK^{1*}

ABSTRACT. *About Controversy on the Normative Dimension of the Human Corporeality.* Danger of falling into the trap of the naturalistic fallacy seems to unambiguously exclude bodiliness from the search for moral norms. But is it really true that there is no role for the body to play when the intellect occupies itself with formulating moral norms? Doubtless body constitutes – in a sense – the *basis* of morality, since human freedom can exist only as freedom incarnate. It would be equally difficult to question the statement that body constitutes *boundaries* for morality. Bodiliness may significantly restrain cognitive abilities of men; but it may also reduce their capabilities in fulfilling their moral obligations. Major controversy arises over the issue whether the body can influence the content of moral norms. Even if one accepts the validity of the thesis of an intransgressible boundary between the world of facts and the world of values, there is no doubt that man never experiences his body in merely the same way as he experiences other material objects. Bodily experience of self plays equally important role in ethical reflection. Hence some moralists point to bodiliness as something akin to a rough sketch (*Rohskizze*), a preliminary draft (*Vorentwurf*) of what is morally good and just. Corporeality marks certain areas (*Dispositionsfeld*) within which the intellect finds and formulates moral norms. Other thinkers go even further and stress that preliminary premises of moral judgement exist already in the very experience of bodiliness. In any event, though ultimately it is the practical intellect that formulates moral obligations, it does not do it in complete independence from the body.

Keywords: *human bodiliness, moral normativity, ethical obligations, moral norms, moral judgement*

REZUMAT. Pericolul de a cădea în capcana convingerilor naturaliste greșite pare să excludă, fără echivoc, corporalitatea din demersul de formulare a normelor morale. Dar este oare adevărat? Corpul nu are nici un rol de jucat atunci când mintea se ocupă de normele morale? Fără îndoială, corpul constituie – într-un sens – baza moralității, din moment ce libertatea umană poate exista

¹ MSF, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn / Polen, Polonia.

* Traducere din limba germană de Cazimir Saftu, Facultatea de Teologie Ortodoxă, UBB, Cluj

doar ca libertate întrupată. La fel de dificil ar fi să se pună sub semnul întrebării și aserțiunea că limitele moralității sunt corporale. Corporalitatea poate limita în mod semnificativ capacitățile cognitive ale omului; dar poate și reduce capabilitatea omului de a-și îndeplini obligațiile morale. Controversa majoră se naște în privința capacității corpului de a influența normele morale. Chiar dacă s-ar accepta validitatea tezei că exista o barieră de netrecut între universul faptelor și cel al valorilor, fără îndoială că omul nu își percepe propriul corp în același mod în care percepe celelalte obiecte materiale. Experierea corporală a sinelui joacă un rol la fel de important în reflecția etică. Ca urmare, unii moralști indică spre corporalitate ca fiind asemenea unei prime schițe (Rohskizze), a unui draft preliminar (Vorentwurf) pentru ce e bine și drept din punct de vedere moral. Corporalitatea marchează anumite zone (Dispositionsfeld) în care intelectul găsește și formulează norme morale. Alți gânditori merg și mai departe și evidențiază faptul că premisele preliminare ale judecării morale există deja în chiar experierea corporalității. În orice caz, deși în ultimă instanță intelectul pragmatic este cel care formulează obligațiile morale, acest lucru nu are loc într-o deplină independență față de corpul uman.

Cuvinte cheie: *corporalitate umană, normativitate morală, obligații etice, norme morale, judecată morală*

Introducere

Întrebarea referitoare la dimensiunea normativă a corporalității umane poate oferi aparent doar un răspuns negativ. În reflecția moral-teologică pare să se fi instaurat deja de câteva decenii scepticismul în ceea ce privește orice fel de normativitate a corporalității. Orice discuție pe această temă este închisă aproape automat de pericolul sofismului naturalist.

Unele direcții de gândire contemporane par a întări și confirma acest scepticism. Reflecția etică a prezentului vede în corpul uman un simplu bun ontologic, care este aproape lipsit de importanță pentru conținutul normelor morale. Chiar și datele științelor naturii, care trebuie luate în calcul, chiar dacă nu constituie o sursă nemijlocită pentru reflecția teologică, reduc importanța corporalității umane. Perspectiva evoluționistă, care s-a dezvoltat din model inițial de explicare a dezvoltării speciilor în paradigma științifică *par excellence* și în cheia interpretării totale a întregii realități, vede în forma corporală a ființei umane un simplu produs al purei coincidențe. De o dimensiune normativă a corporalității nu poate fi desigur vorba aici. Ceea ce rămâne este doar facticitatea

trupului, care astfel nu poate constitui un punct de referință pentru reflecția normativă, ci cel mult un punct de plecare².

Corporalitatea umană a devenit de asemenea un obiect de cercetare în cadrul gândirii constructiviste și post-constructiviste, între care studiile Gender merită menționate în acest context. În această abordare devine și mai puțin probabilă o normativitate a corporalității. Mai mult un asemenea postulat este considerat nu numai neîndreptățit și greșit, ci este văzut ca un mijloc de oprimare socială. Comprehensiunea corporalității este demascată ca fiind un construct social, și astfel relativizată. Între corpul existent faptic pe de o parte și experiența și comprehensiunea corporalității pe de alta, este interpusă o prăpastie de nebiruit. Corporalitatea este redusă la material plastic, care poate fi format și folosit arbitrar. Afirmarea dimensiunii normative a corporalității poate fi văzută din această perspectivă doar ca o formă asimetrică de exercitare a puterii³.

Exclud *a priori* și definitiv aceste obiecții orice reflecție rezonabilă asupra normativității corporalității? Punctul de plecare a următoarelor idei este constituit din negarea unei astfel de teze.

1. Importanța fundamentală a corporalității din punct de vedere moral

Putem considera corporalitatea *fundamental* moralei? O asemenea formulare pare, la prima vedere, a ignora complet specificitatea acțiunilor libere omenești, și a încerca să consacre un concept aproape naturalistic al moralei. Indiferent însă dacă concepem imaginea omului monist (în virtutea unui concept materialist sau idealist), dualist, respectiv după o antropologie sintetică⁴, un lucru rămâne de necontestat: libertatea umană este întotdeauna

² În ultimul deceniu (mai ales în preajma anului „Darwin” în 2009) a reînflorit disputa între reprezentanți ai științelor naturii și teologi, pe tema teoriei evoluționiste. Pe de o parte au apărut articole care reduc puternic importanța reflecțiilor filosofico-morale de până acum, și care postulează direcția și corectura acestora conform cu datele științelor naturii. cf. H. KÜNG, *Der Anfang aller Dinge. Naturwissenschaft und Religion*, München-Zürich, Piper, 2007. Pe de altă parte alte lucrări subliniază compatibilitatea celor două viziuni. cf. De exemplu U. LÜCKE, *Biotheologie. Zeit - Evolution - Hominisation*, Paderborn-München-Wien-Zürich, Schöningh, 2001; T. DENNEBAUM, *Kein Raum mehr für Gott? Wissenschaftlicher Naturalismus und christlicher Schöpfungsglaube*, Würzburg, Echter, 2006.

³ Fundamental unei astfel de perspective este între altele, gândirea filozofului poststructuralist Michel Foucault. Tezele sale au fost extinse și radicalizate de mai mulți autori, între care Judith Butler se numără printre cei mai importanți (cf. îndeosebi *Gender Trouble/Das Unbehagen der Geschlechter*, Frankfurt/Main, Suhrkamp, 1991; *Bodies that Matter/Körper von Gewicht*, Frankfurt/Main, Suhrkamp, 1997; *The Psychic Life of Power. Theories in Subjection / Psyche der Macht. Das Subjekt der Unterwerfung*, Frankfurt/Main, Suhrkamp, 2001).

⁴ Pentru o antropologie sintetică într-un sens mai îngust, Christian Illies folosește conceptul de „Konvergenzanthropologie”. cf. CH. ILLIES, *Philosophische Anthropologie im biologischen Zeitalter. Zur Konvergenz von Moral und Natur*, Frankfurt/Main, Suhrkamp, 2006, 44-49

indisolubil legată de viața corporală a unui om concret. Ea există doar ca libertate încarnată, și se manifestă doar în cadrul activității corporale a omului. În acest sens se poate afirma că corporalitatea reprezintă fundamentul existențial al libertății, și prin extensie și a moralei.

Prin aceasta însă nu răspundem la întrebarea referitoare la influențarea conținutului normelor morale prin analiza dimensiunii corporale a omului. Cu toate acestea faptul că libertatea este ancorată în corporalitate nu este lipsit de importanță pentru activitatea rațiunii în căutare de norme. Evident devine acest lucru în deosebi când analizăm ceea ce Albert Camus consideră cea mai importantă chestiune filosofică, și anume semnificația morală a suicidului⁵. Ca explicație prevalentă a permisivității morale a sinuciderii este numită libertatea de dispoziție a omului asupra propriei vieți, și prin extensie a propriei morți. Dacă analizăm însă această explicație la modul absolut, vedem că o persoană care se decide liber și conștient să-și ia viața, comite cel mai mare atentat posibil la libertatea sa. Cu propria viață își distruge și propria libertate (care este considerată în același timp ca fiind aproape cea mai înaltă valoare), deoarece aceasta nu există în mod real în afara și fără viața sa corporală. Această explicație a permisivității suicidului se încâlcește astfel într-o aporie fatală, și poate fi greu acceptată ca fiind convingătoare. Nu poate fi tăgăduit că faptul că libertatea este ancorată în corporalitate, poate influența răspunsurile la întrebări concrete de moralitate⁶.

2. Limitarea acționării morale pe baza corporalității

Existența unei îmbinări reciproce a dimensiunilor corporale și spirituale (inclusiv a capacității de a fi moral) a omului mai duce la o constatare care poate fi importantă pentru acționarea normativă. Recunoașterea și voința umană necesară pentru un astfel de mod de a acționa este limitat de corporalitate. Aceasta poate limita puternic acele „a trebui” și „a putea” morale, nu numai în caz de boală sau handicap, ci și în general. Omul este creația și nu Creatorul, și dimensiunea de „a fi creat”, care se manifestă cel mai clar în privința corpului, indică asupra puternicei contingente a comportamentului uman. Limitarea recunoașterii și multiplele posibilități de influențare a voinței duc la faptul că

⁵ A. CAMUS, *Der Mythos des Sisyphos. Ein Versuch über das Absurde*, Berlin, Rowolth, 132000.

⁶ Immanuel Kant folosește pentru omorârea propriei persoane termenul "Selbstentleibung" (auto-de-corporalizare), și desconsideră o astfel de acțiune ca fiind imorală: "Das Subjekt der Sittlichkeit in seiner eigenen Person zernichten, ist ebensoviel, als die Sittlichkeit selbst ihrer Existenz nach, so viel an ihm ist, aus der Welt vertilgen, welche doch Zweck an sich selbst ist; mithin über sich als bloßes Mittel zu ihm beliebigen Zweck zu disponieren, heißt die Menschheit in seiner Person (*homo noumenon*) abwürdigen, der noch der Mensch (*homo phaenomenon*) zur Erhaltung anvertrauet war" (*Die Metaphysik der Sitten*, II VI, 423, Stuttgart, Reclam, 1990, 304).

în teologia morală se vorbește doar de o libertate umană practică, nu și deplină. Pentru modul de acționare responsabil trebuie să ajungă un nivel mediu și accesibil (din punct de vedere practic pentru om) al libertății și cunoașterii. Conform dictonului clasic, nimeni nu poate fi obligat să acționeze peste puterile sale⁷. Acest principiu nu poate fonda norme pozitive, însă indică fără îndoială asupra contingenței recunoașterii și voinței normative, și astfel asupra faptului că corporalitatea reprezintă o limită reală a modului de acționare de acest fel.

3. Influențează corporalitatea conținutul normelor morale?

Dacă cele două teze, despre corporalitate ca și *fundament* și ca *limită* a modului normative de a acționa, nu sunt aproape deloc puse sub semnul întrebării, chestiunea posibilității de a formula obligații și norme morale pe baza dimensiunii corporale a omului, este intens discutată. Această dezbatere atinge o veche dispută despre relația de reciprocitate dintre rațiunea practică și înclinațiile naturale. Cum a mai fost amintit, sofismul naturalist pare a descalifica *a priori* orice încercare de a atribui un rol normativ corporalității. Aceasta este considerată biologism, respectiv naturalism pur. Dacă facem însă abstracție de astfel de poziții extreme⁸, întrebarea merită o atenție deosebită.

Chiar și dacă am fi de acord cu afirmația sofismului naturalist, conform căreia nu există o trecere directă între „a fi” și „a trebui”, tot putem întreba critic, dacă putem pleca de la premisa unei simple „descrieri de a fi” când vorbim despre corpul viu omenesc. Este descrisă adecvat corporalitatea umană dacă o privim ca pe o categorie a materiei goale? Bineînțeles, aceasta descriere carteziană și a la de La Mettrie stă la baza chirurgiei și a medicinei transplantului - și aceasta pe motive întemeiate și cu rezultate bune! Însă tocmai în medicină devine clar, că această viziune trebuie privită doar ca o „perspectivă de lucru”, care nu epuizează specificitatea corpului uman, și că dacă ar fi absolutizată, această specificitate ar fi falsificată. Se pare că discursul marcat de Karl Rahner despre corporalitatea umană ca și „corporalizare a sufletului”⁹ poate și trebuie să fie normativ în chestiunea de față.

⁷ În forma sa latină: *Ultra posse nemo obligatur* bzw. *Ad impossibilia nemo tenetur*.

⁸ Astfel de poziții ar fi, pe de o parte părerea conform căreia dimensiunea corporală este complet lipsită de semnificație în ceea ce privește întrebarea după ce constituie binele și corectul din punct de vedere moral. Pe de altă parte, găsim poziția conform căreia înclinațiile corporale oferă un set complet de norme, care nu trebuie decât citite, ca de un scanner, de către rațiune.

⁹ K. RAHNER, *Einführung*, in: P. OVERHAGE, *Um das Erscheinungsbild der ersten Menschen*, (Quaestiones disputatae, Bd. 7), Basel-Freiburg-Wien, Herder, 1959, 18: „[D]er menschliche Leib ist ein spezifisch menschlicher Leib, weil und insofern er die Verleiblichung des Geistes ist, der von der tierischen Entelechie wesensverschieden ist“.

Afirmația cum că nu numai normele morale individuale, ci și normele de bază ar fi simple artefacte a rațiunii, și prin aceasta în principiu independente de constituția corporal a omului, pare a fi fondată într-un joc de gândire dualistă. Din acest motiv, unii reprezentanți ai teologiei morale fac referință la faptul că înclinațiile care se manifestă în corporalitatea umană au caracterul unei „machete”, unei „prime schițe”, unui „design preliminar materialist al corectitudinii normative”, în ceea ce privește activitatea normativă a rațiunii. Pe baza analizei raționale a corporalității umane, se poate schița un fel de „Dispositionsfield”¹⁰ („câmp de dispoziții”), în cadrul căruia rațiunea regăsește și determină normele de comportament în situații concrete.

Această recunoaștere precaută a dimensiunii normative a corporalității este pentru alți teologi prea timidă. Privirea corporalității într-o anumită măsură „din afară”, adică în cadrul reflexiei asupra specificului acțiunii morale, trebuie completată de privirea „din interior”, adică în cadrul analizei experienței morale proprii.

Pe bună dreptate se afirmă că structura omului este dialogică. Specificul devine vizibil pe diferite planuri ale existenței sale. Deja pe planul biologic se poate identifica un fel de „structură dialogică”, și anume în dependența reciprocă dintre mecanismele genetice și cele epigenetice. Dacă agenții genetici au la dispoziție *informația de bază* pentru alcătuirea corectă a materialelor necesare, eu au nevoie suplimentară de *informația de activare*, care este livrată de factorii epigenetici¹¹. Structura dialogică devine însă cel mai bine vizibilă în viața spiritual-psihică a omului. Cu toate că avem de-a face din punct de vedere ontologic încă de la începutul existenței sale biologice cu o ființă umană, cu o *persoană*¹², o *personalitate* a omului, cu caracteristici de netăgăduit se dezvoltă abia după ani de interacțiune cu și influențare reciprocă a mediului înconjurător. Fără mediul său înconjurător uman, omul nu va putea dezvolta, dacă va putea dezvolta, caracteristicile și capacitățile existente în natura sa. Imaginea unui eveniment dialogic se poate folosi și pentru problematica de față. Rațiunea care caută și creează norme nu este doar dependentă de dimensiunea corporală, ea se află de fapt dintotdeauna într-un dialog neîntrerupt cu aceasta din urmă.

¹⁰ Eberhard Schockenhoff introduce acești termeni în analiza sa a discuției despre interpretarea modernă a învățaturii despre dreptul natural a lui Thomas von Aquin. Vgl. E. SCHOCKENHOFF, *Naturrecht und Menschenwürde. Universale Ethik in einer geschichtlichen Welt*, Mainz, Grünewald, 1996, 150ff.

¹¹ Interpretarea acestor date biologice de bază în cheia unui eveniment dialogic i-o datorez lui MATTHIAS BECK, *Christentum in (post-)moderner, säkular naturwissenschaftliche geprägter Zeit. Dialogfelder von Glaube und Naturwissenschaft*, in: *Ordensnachrichten* 49 (2010), Heft 4, 3-22, p. 10f.

¹² Calitatea de persoană a embrionului și fătului uman este o chestiune foarte controversată în dezbaterile bioetice actuală. În acest context discutăm despre o *personalitate*, a fi o *persoană* (categorie ontologică) a omului încă de la început. O *personalitate* (categorie psihologică) devine acesta însă abia în cursul dezvoltării sale, și aceasta mult după naștere.

Și aceasta chiar și atunci când, în cadrul unei reflecții antropologice, chiar și bazată pe datele științelor empirice, rațiunea încearcă să descrie natura umană și să formuleze nevoile sale de bază, ca și în fiecare act de autoexperiere ca și rațiune încarnată. Acest „dialog” interior este desigur asimetric, dar chiar dacă strict vorbind corpul formează elementul material al persoanei umane, el nu este mut. Dacă se poate vorbi, cu ajutorul lui Karl Rahner, de o anumită permeabilitate a sufletului uman cu materialitate / corporalitate, ca și de o spiritualizare a corpului uman¹³, se poate vorbi și de o permeabilitate corporală a rațiunii care caută și găsește norme. Departate de a fi un reduționism naturalistic, se poate spune deci, că nevoile și simțămintele care se manifestă *în corp* și *prin corp* sunt experiate de la început ca și având o „coloratură normativă”.

Omul poate să vadă un alt om ca și un simplu „trup”, însă îi va fi aproape imposibil să se experimenteze pe sine doar „trupește”. Orice experiență conștientă a propriei structuri corporale este întotdeauna un eveniment total, corporal-sufletesc, și nu doar o experiență a corpului¹⁴. Acest lucru este valabil și pentru experiența morală, care nu este niciodată doar una sufletească, internă, ci întotdeauna o experiență totală care implică și dimensiunea corporală. Înclinațiile, nevoile și simțămintele aparent pur „naturale” nu sunt niciodată experiate ca fiind pur animalice, respectiv biologice, ci ele devin parte a conștiinței morale, și astfel un indicator asupra folosirii bune și corecte a libertății.

Obligația morală este nu este deci niciodată experiată de individ doar la nivel de conștiință, ci include și sfera corporalității: nu apare doar în forma unei lecții exterioare, ci pare a fi *în el*, sau chiar a veni *din el*¹⁵. Aceasta nu se

¹³ DERS., *Einführung*, in: P. OVERHAGE, *Um das Erscheinungsbild der ersten Menschen*, (Quaestiones disputatae, t. 7), Basel-Freiburg-Wien, Herder, 21959, 12: „Die Einheit ist so ursprünglich, wie das Bestehen der beiden Teile, die gegenseitige «Beeinflussung» ist der Vollzug des *Wesens* beider «Teile»: sie sind Momente des einen Seienden, das wir Menschen nennen; wir treffen in unserer inneren und äußeren Erfahrung immer nur das Ganze an: beseelten Leib und leibhaftigen Geist. Der Dualismus ist nicht Dualismus von «Dingen», sondern von Seinsprinzipien”.

¹⁴ Cei doi termeni *corp* și *trup*, nu pot fi schimbați între ei în acest context. Nu este o coincidență că în acest articol s-a vorbit despre *trup* uman (și nu despre *corp*) și despre „*trupalitatea*” umană (și nu *corporalitate*). Termenul *trup* indică faptul că acea componentă biologicomaterială a omului este mai mult decât doar o interdependență a unor reacții chimice, procese biologice și impulsuri bioelectrice, lucru care pare a fi sugerat de termenul *trup*. Despre uzul celor doi termeni vezi J. KÜCHENHOFF / K. WIEGERLING, *Leib und Körper. Philosophie und Psychologie im Dialog*, Göttingen, Vandenhoeck&Ruprecht, 2008. [Dacă în limba germană se poate folosi un termen care să indice un sens al cuvântului „*trupalitate*”, acesta nu există în limba română, unde termenul de *corporalitate* include ambele sensuri, astfel că, pentru o mai ușoară abordare a textului, s-a preferat folosirea acestui termen deja existent, în defavoarea „inventării” unui nou – *n.t.*]

¹⁵ cf. M. RHONHEIMER, *Natural Moral Law: Moral Knowledge and Conscience. The Cognitive Structure of the Natural Law and the Truth of Subjectivity*, in:

întâmplă nicidecum sub forma unui impuls prefabricat, a unei norme deja formulate, care trebuie doar executată. Nu se întâmplă însă nici numai pe baza activității normative a rațiunii. Finalmente este bineînțeles rațiunea cea care trebuie să judece impulsurile și nevoile sub aspectul scopurilor. Doar după această filtrare se pot ordona și categorisi ca imperative morale impulsurile care provin din corporalitate.

Observații concluzive

Cu toate că critica ultimelor decenii recomandă precauție în a corela pripit constituția trupească a omului și imperativul său moral, o ignorare completă sau o excludere principială a dimensiunii normative a corporalității umane pare a fi lipsită de substanță. Trupul, cu întreaga sa dinamică, joacă un rol important ca și fundament și limită a modului moral de a acționa, și trebuie luat în considerare la căutarea a ceea ce este corect și bun din punct de vedere moral. Ceea ce promovează o viață reușită în cel mai larg sens al cuvântului, și astfel ceea ce este corect și bun din punct de vedere moral, nu poate fi formulat fără a lua în considerare nevoile și simțămintele care se manifestă *în corp și prin corp*. Cum se întâmplă des în cazul întrebărilor etice, cheia spre răspunsul la chestiunea de față pare a fi antropologia adecvată. Autonomia care se manifestă și este incarnată în viața trupească, își găsește în aceasta nu doar fundamentul, și în același timp limita, ci primește li o amprentă, o anumită direcționare. Omul poate bineînțeles, prin libertatea sa, să ignore sau chiar să nege această amprentă. Este îndoielnic ca el să „reuească” (W. Korff) într-adevăr pe lângă, sau chiar împotriva acestei amprente. Gândirea consecventă împreună cu premisa antropologică completă ar putea duce la o nouă apreciere a dimensiunii normative a corporalității umane în cadrul teologiei morale.

http://www.academiavita.org/index.php?option=com_content&view=article&id=213%3Aam-rhonheimer-la-legge-morale-e-naturale-conoscenza-morale-e-conscienza&catid=53%3Aatti-della-viii-assemblea-della-pav-2002&Itemid=66&lang=en (7 VII 2011); DERS., *Praktische Vernunft und Vernünftigkeit der Praxis. Handlungstheorie bei Thomas von Aquin in ihrer Entstehung aus dem Problemkontext der aristotelischen Ethik*, Berlin 1994. Vgl. die Kritik Schockenhoffs am Konzept Rhonheimers in: E. SCHOCKENHOFF, *Naturrecht und Menschenwürde*, p. 150. 152-153.

ECHITATE ÎN SĂNĂTATE. IDEALUL INFLUENȚEI ZERO A DETERMINANȚILOR SOCIALI AI SĂNĂTĂȚII

BOGDAN OLARU¹

ABSTRACT. *Equity in Health. The Ideal of Zero Influence of Social Determinants in Health.* Empirical evidence about the social determinants of health is a real challenge for public health policy in every country, irrespective of its welfare level. This paper argues that the task of equalizing public health disparities due to socioeconomic factors is properly read as expressing the imperative of reducing to zero their influence on health. In the social justice literature, there are several intuitions which seem to support this imperative. Two of these intuitions and some of their related difficulties are discussed in this study.

Key words: *social determinants of health, luck egalitarianism, spheres of justice, health inequities*

REZUMAT. Evidențele clare pe care le avem despre acțiunea determinanților sociali asupra sănătății reprezintă o provocare reală pentru politicile publice din orice stat, oricât de avansat economic. În acest articol, se argumentează că sarcina egalizării disparităților în sănătate atribuite factorilor socio-economici poate fi interpretată în sensul realizării unei stări de fapt în care influența acestor factori tinde către zero. În sprijinul dezirabilității unei astfel de stări de fapt vin câteva intuiții exprimate în contribuții recente din teoria dreptății. Dificultățile pe care le suscită aceste intuiții sunt detaliate în partea finală a articolului.

Cuvinte cheie: *determinanții sociali ai sănătății, egalitarianismul șansei, sfere ale dreptății, inechități în sănătate*

Inegalitățile în sănătate sunt percepute deseori ca inechitabile întrucât sănătatea pare să fie un bun de care fiecare are dreptul să se bucure, pe cât posibil, în cea mai mare măsură. Percepția aceasta este întărită și de ideea că mare parte dintre inegalitățile în starea de sănătate reproduc sau perpetuează inegalități de status, venituri, educație, pe scurt, factori ce stau în puterea noastră de a-i controla, fie prin propria contribuție, fie prin anumite aranjamente stabilite

¹ CS II dr., Institutul de Cercetări Economice și Sociale „Gh. Zane” Iași. Adresă de corespondență: Institutul de Cercetări Economice și Sociale „Gh. Zane”, str. Teodor Codrescu 2, RO-700481 Iași. Email: bogdan.olaru@phenomenology.ro

la nivelul societății. Uneori, astfel de aranjamente sunt deficitare, în sensul că afectează însăși contribuția pe care fiecare individ o poate aduce la protejarea stării sale de sănătate. O temere deseori exprimată este aceea că vor fi perpetuate în sfera sănătății mai ales acele inegalități sociale considerate de cei mai mulți ca fiind inechitabile. Poate fi găsită o viziune unitară pentru a diferenția ce influențe din partea determinantilor sociali ai stării de sănătate pot fi considerate legitime? Articolul de față pledează pentru ideea că cea mai dezirabilă stare de fapt este atinsă atunci când influența acestor factori tinde către zero. Cum arată o astfel de stare de fapt face obiectul primei părți, în care vom prezenta exemple privind corelația dintre nivelul de educație și speranța medie de viață în câteva state europene. În partea a doua, vom arăta că dezirabilitatea acestei stări de fapt se sprijină pe două intuiții explicitate în contribuții recente din filosofia dreptății sociale. Partea a treia rezumă două dintre cele mai probabile dificultăți ce pot apare într-o teorie a influenței nule a determinantilor sociali ai sănătății ce pleacă de la cele două intuiții.

1. Starea de sănătate a unei persoane depinde de mediul socio-cultural în care trăiește. Această constatare nu mai poate fi ignorată astăzi, când cercetarea în domeniul sănătății populației a acumulat cunoștințe tot mai cuprinzătoare despre influența determinantilor sociali asupra sănătății. Inegalitățile în starea de sănătate sunt un fapt. Dacă aceste inegalități se reflectă în diminuarea șanselor celor dezavantajați de a duce o viață împlinită, cei mai mulți dintre noi le vor considera nedrepte. Dezideratul corectării lor ar trebui inclus pe agenda politicilor publice în sănătate. Cum era de așteptat, pe agenda Organizației Mondiale a Sănătății este prezent dezideratul corectării inegalităților în sănătate. Raportul „Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health” din 2008 insistă asupra faptului că inechitatea în sănătate este determinată de distribuția inegală de putere, venituri, bunuri și servicii, la nivel global și național. [1] Aceeași poziție transpare în tot mai multe contribuții care relevă influența determinantilor sociali asupra sănătății. Cauzele inechității în sănătate se află în condițiile în care oamenii se nasc, trăiesc, muncesc și îmbătrânesc, în inechitățile privind distribuția puterii, banilor și resurselor care dau naștere la aceste condiții. [2] Există nenumărate dovezi despre faptul că o sănătate precară și o speranță redusă de viață se află într-o strânsă corelație cu un nivel de trai scăzut. [3-6] Conform acestor cercetări, inegalitățile în starea de sănătate între diferite categorii sociale sunt nedrepte întrucât perpetuează aranjamente social injuste.

Deși această abordare pare intuitivă și, în plus, este susținută de un volum impresionant de rezultate empirice, avem de a face cu o poziție ce necesită încă justificare la nivel conceptual. Dacă identificăm inechitățile în sănătate ca fiind acele inegalități ce își au sursa în inechități mai profunde, ce operează la nivelul distribuirii veniturilor, puterii sau condițiilor de viață în general, va fi nevoie de o justificare suplimentară care să arate de ce inegalitățile identificate la acel nivel

mai profund sunt injuste, fie în genere, fie cu referire la o societate particulară la care restrângem analiza. În fapt, argumentarea ar trebui să se realizeze în trei pași: 1) să arătăm că inegalitățile de venituri, putere sau, în genere, inegalitățile relevante pentru condițiile de trai sunt nedrepte, 2) să dovedim apoi că aceste inegalități se propagă în alte „sfere ale dreptății”, în particular în sfera sănătății și 3) să argumentăm în favoarea ideii că noile inegalități generate sunt la rândul lor nedrepte. Ultimul pas este necesar întrucât, în alte domenii decât în sănătate, întâlnim situații în care inegalități inițiale converg către situații dezirabile din punctul de vedere al corectitudinii sau al dreptății (de exemplu, discriminarea pozitivă). Este necesar de asemenea ca pasul al doilea să poată fi realizat cu mijloace teoretice. Vasta cunoaștere livrată de teoria determinantilor sociali ai sănătății oferă într-adevăr o ilustrare pentru această „propagare a inegalității”, dar din punct de vedere argumentativ, ea nu este suficientă. Trebuie arătat în ce condiții inegalitățile dintr-un domeniu sau sferă a dreptății se propagă în altă sferă. Este necesară o teorie care să explice mecanismele prin care inegalități inițiale se perpetuează și se transformă în alte inegalități. În fine, primul pas, și poate cel mai complicat, nu poate fi realizat în absența unei teorii a dreptății. Cercetătorul din domeniul sănătății are nevoie să recurgă la un înțeles al dreptății, pe baza căruia poate califica anumite inegalități din societate ca fiind nedrepte. Acest pas este unul teoretic prin excelență.

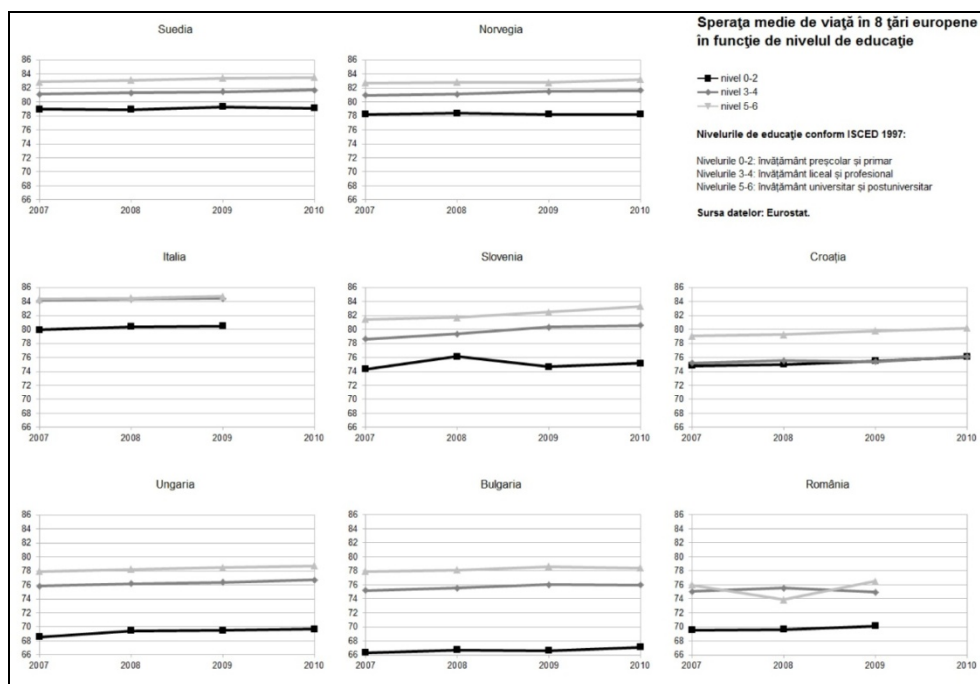


Figura 1. Conexiunea dintre speranța medie de viață și nivelul de educație

Dar ce înseamnă mai exact, din punct de vedere al constatărilor empirice, că inegalitățile din condițiile de trai se reflectă în inegalități în starea de sănătate? Un indicator foarte des folosit pentru a surprinde un aspect important din ceea ce numim „stare de sănătate” este speranța medie de viață. Figura 1 prezintă câteva exemple pentru o dependență lesne de înțeles între speranța de viață și nivelul de educație. În numeroase cazuri, putem constata că persoanele care beneficiază de o educație mai bună (un număr mai mare de ani de școlarizare) trăiesc în medie câțiva ani mai mult decât persoanele care au absolvit un ciclu de studii de dimensiuni mai reduse. Corelația poate fi explicată în diferite moduri: persoanele mai educate beneficiază de slujbe mai bine plătite, deci pot investi mai mult în serviciile medicale, atunci când au nevoie; de asemenea, ele au slujbe mai puțin expuse riscurilor și stresului, iar condițiile de muncă favorabile pot fi un factor protectiv. Exemplele alese în Figura 1 sunt variate, întrucât am dorit să surprindă deopotrivă această corelație extrem de stabilă (Suedia, Norvegia, Slovenia, Ungaria și Bulgaria sunt astfel de exemple), dar și devierile de la această legitate constatată empiric (Italia, Croația, România). Am ales exemple din blocul vestic și din cel estic al țărilor europene, atât pentru ilustrarea legității în discuție, cât și pentru abaterile de la ea. Aceste abateri sunt interesante pentru că ne arată că este posibil ca diferențele între categoriile sociale să fie anulate. În cazul Croației, diferența în ce privește speranța de viață între primele două categorii sociale (nivelurile de educație 0-2 și 3-4) tinde la zero. La fel și în cazul României, pentru categoriile de populație cu studii mai avansate. Pentru aceste țări, inegalitățile în starea de sănătate (relativ la indicatorul ales), dacă apar, nu sunt influențate de inegalitățile în nivelul de educație (cel puțin pentru două din cele trei categorii sociale). Putem spune deci că, la nivel ideal, este posibil un caz-limită în care influența acestui factor (educația) este nulă pentru toate cele trei categorii sociale. O astfel de situație ar fi indiferentă la intervenția factorului specific (educația) asupra sănătății. Un al doilea caz-limită este ilustrat de exemplele țărilor cu o speranță de viață ridicată. În Suedia și Norvegia, gradientul social (mai exact, educațional) al sănătății tinde și el spre zero și este posibil să ne imaginăm o situație în care speranța medie de viață nu mai este influențată de factorul educație întrucât speranța de viață este împinsă spre limita de sus (limita biologică a speciei). Este trivial că, atunci când toți trăiesc cât se poate de mult, toți vor trăi, cel mai probabil, aproximativ la fel de mult.

Cele două cazuri-limită din Figura 1 arată că ne putem imagina diferite configurații în care sănătatea ar putea să fie independentă de acțiunea factorilor sociali. Am putea, în consecință, să delimităm un sens al echității în sănătate ca independență de influența factorilor sociali. Este echitabil ca sănătatea, care este un bun de care toți trebuie să se bucure în cea mai mare măsură, să fie

independentă de cât mai multe influențe din rândul determinanților sociali. Este echitabil ca oamenii să nu fie penalizați pentru lucruri pe care nu le pot controla, cum sunt abilitățile lor de a învăța și de a se specializa pentru o slujbă bine plătită, aranjamentele pieței care stimulează financiar pe cei cu competențe sporite etc. etc. Desigur, este posibil să ajungem la altă concluzie pentru factori care intră în sfera controlabilului și au o relevanță sporită pentru sănătate (de exemplu, stilul de viață, alimentația, consumul de alcool și tutun etc.) Dar sensul exemplului de mai sus este următorul: o situație dezirabilă este aceea în care sănătatea nu depinde (cel puțin) de anumiți factori socio-economici, cum sunt venitul sau educația, care, în combinație cu alți factori (de exemplu, o organizare deficitară a sistemului de îngrijiri medicale), pot influența substanțial abilitatea de a plăti pentru serviciile medicale sau de a duce o viață responsabilă față de propria stare de sănătate. Pe scurt, echitatea în sănătate cere eliminarea influenței determinanților sociali asupra sănătății.

Această poziție este asemănătoare cu poziția clasică legată de determinanții sociali ai sănătății, de care am amintit mai sus, fără a fi însă identică. Ea are avantajul că nu depinde de o clarificare teoretică prin care să puteam inventaria inegalitățile sociale, să expunem argumentat care dintre aceste inegalități sunt inechitabile, să arătăm cum se propagă ele în sănătate și de ce, odată ce generează alte inegalități, le vom califica și pe acestea din urmă ca fiind inechitabile. Este important să subliniem că poziția nouă nu este obligată să adopte o viziune egalitaristă despre sănătate (toți trebuie să beneficieze de aproximativ aceeași calitate a sănătății, oricum ar putea fi aceasta cuantificată – de exemplu, toți ar trebui să trăiască la fel de mult). Inegalitățile în speranța de viață sunt cel mai adesea imposibil de evitat. Accidentele fac ca viața unora să fie mai scurtă. Afecțiunile pot lăsa urme mai adânci în sănătatea unora comparativ cu sănătatea altora. Influența unui număr foarte mare de factori nu va putea fi complet evaluată sau controlată într-o direcție sau alta. Tot ceea ce spune poziția detaliată pe marginea exemplului din Figura 1 este că diferențele în starea de sănătate nu ar trebui să depindă de factori ce se află dincolo de puterea individuală de control și a căror acțiune poate fi contracarată prin măsuri sociale. Diferențele din nivelul de educație provin desigur din aspecte ce se află în puterea individului, cum este, de exemplu, efortul, dar și din diferențele incontrolabile, în ce privește înzestrarea, talentul, abilitățile de a învăța etc. Societatea poate compensa efectele acestei distribuții inegale prin mecanisme care să asigure că această distribuție nu se va reflecta asupra stării de sănătate (de exemplu, acces egal universal la serviciile medicale). Același raționament poate fi aplicat referitor la influența venitului asupra sănătății. Echitatea în sănătate, înțelesă ca o situație de influență zero a anumitor factori socio-economici asupra stării de sănătate, este compatibilă cu un ideal de organizare a societății care permite inegalități în diferite sfere ale dreptății, cum sunt veniturile, puterea, resursele etc.

2. Un cadru teoretic receptiv la problema determinanților sociali ai sănătății este, după toate aparențele, egalitarianismul șanseii. Conceput ca o teorie generală despre dreptate [7-9], acest curent filosofic a fost evaluat recent din perspectiva potențialului de a oferi o teorie adecvată a dreptății în sfera sănătății [10]. Ideea centrală susținută de promotorii egalitarianismului șanseii este următoarea: este nedrept să suferi dezavantaje fără să te faci răspunzător de apariția lor sau să le fi ales în mod intenționat. Richard Arneson a catalogat această idee sub titlul de „luckism” (derivat de la „luck” = noroc, șansă). [11] Luckismul modifică egalitarianismul din perspectiva factorului responsabilității individuale prin adăugarea la două principii: principiul controlului și principiul oportunităților rezonabile. Primul principiu spune că nu putem fi responsabili pentru ceea ce este în afara controlului nostru (sau, eventual, suntem mai puțin responsabili pentru ceea ce este mai greu de controlat). Al doilea principiu spune că trebuie să existe o marjă de oportunități rezonabile pentru a putea judeca dacă un individ a făcut o alegere conștientă, intenționată. Doar în cazul din urmă putem oferi acestui aspect importanță morală. Consecința *prima facie* a celor două principii este că, cel puțin în domeniul sănătății, pe de o parte, nu putem fi făcuți responsabili pentru afecțiunile de care suferim, atunci când acestea sunt determinate de lucruri pe care nu am avut oportunitatea să le alegem în mod conștient, intenționat (ex.: mediul social din care provenim, atunci când acesta are o influență asupra stării de sănătate) și, pe de altă parte, suntem îndreptățiți la compensare pentru dezavantaje induse de acești factori incontrollable la nivel individual, dacă ei pot fi contracarați de societatea ce oferă compensare. Teoria determinanților sociali evidențiază factorii socio-economici care, fără să se afle sub controlul nostru individual, influențează starea de sănătate a indivizilor. Sunt de asemenea evidențiate oportunitățile (sau, mai bine spus, lipsa lor) care joacă un rol pentru sănătatea populației. Prin urmare, există o compatibilitate între cele două preocupări: teoria determinanților sociali ai sănătății poate invoca în sprijinul ei intuițiile morale exprimate de egalitarianismul șanseii. Acesta din urmă oferă suportul teoretic pentru politicile care doresc modificarea influenței determinanților sociali, în sensul diminuării intervenției lor.

Afinitatea teoretică dintre egalitarianismul șanseii și cercetarea privind determinanții sociali ai sănătății este concentrată, prin urmare, în jurul intuiției că, cel puțin în sfera sănătății, este nedrept ca prejudiciile aduse stării de sănătate a unei persoane să își aibă cauza în circumstanțe socio-economice deficitare și corectabile. Spre exemplu, este nedrept ca venitul mai mic să fie un obstacol pentru protecția sănătății, fie că impune limite de acces la serviciile medicale publice, fie că se reflectă în constrângeri ce determină un stil de viață nesănătos, fie că favorizează alegeri nocive pentru sănătate etc. Comparația dintre țările amintite mai sus trebuie interpretată în sensul acesta: influența factorilor socio-economici asupra sănătății este inechitabilă nu pentru că introduce un gradient în starea de sănătate a populației (deci, pentru că generează inegalități), ci pentru

simplul fapt al influenței lor asupra sănătății. Sănătatea, ca bun individual, nu ar trebui să depindă de aranjamente sociale din alte sfere de activitate ale societății. Dacă aceste aranjamente pot fi modificate astfel încât, respectând cerințele interne de organizare ale acelor sfere, să nu genereze inegalități în starea de sănătate, preluând astfel inegalități din alte sfere de activitate, o astfel de situație este de dorit. Intuiția morală care oferă suport politicilor de diminuare a influenței determinantilor sociali ai sănătății este cea exprimată explicit de egalitarianismul șansei: este nedrept să suferi dezavantaje pentru care nu poți fi făcut răspunzător. Egalitatea este o valoare derivată în acest raționament (sau, cel puțin, nu este o valoare primară, pe care să se sprijine validitatea argumentului). Îndepărtarea influenței asupra sănătății a determinantilor sociali nici nu depinde de, nici nu este recunoscută prin realizarea unei egalizări a speranței de viață a indivizilor (sau a unei egalități în privința oricărui alt aspect al sănătății individuale). Cum am spus deja, alți factori, incontrollable, vor genera diferențieri, fără să poată fi trecuți în rândul unor influențe injuste, întrucât nu pot fi contracarați printr-o modificare a aranjamentelor sociale. Prin urmare, pot fi promovate politici publice care să reducă acțiunea determinantilor sociali ai sănătății fără să fie nevoie să pledăm pentru egalizarea rezultatelor în sănătate, oricum ar fi acestea cuantificate (speranța medie de viață, prevalența și incidența anumitor afecțiuni etc.)

Sănătatea, ca bun individual, nu ar trebui să depindă de aranjamentele sociale din alte sfere de activitate ale societății. Ca bun public, sănătatea depinde însă de dezvoltarea unei țări, de cantitatea de resurse pe care acea țară este dispusă să o rezerve pentru protejarea sănătății. Prin urmare, inegalități între diferite țări în ce privește starea de sănătate a populației sunt inevitabile. O influență nulă a determinantilor sociali ai sănătății este posibilă într-o societate bogată, după cum este posibilă și într-o societate constrânsă la a investi mai puțin în sănătate. Întrebarea dacă inegalitatea între cele două societăți în ce privește starea de sănătate a populației este injustă este o întrebare suplimentară, adiacentă temei determinantilor sociali ai sănătății, atunci când influența acestora a fost neutralizată în ambele cazuri. De asemenea, o problemă independentă este generată de întrebarea dacă neutralizarea influenței determinantilor sociali ai sănătății este posibilă în orice condiții economice. Probabil că în situația unei penurii generalizate, orice efort de a elimina gradientii sociali ai sănătății are puține șanse de reușită. Pare intuitiv să spunem că scopul neutralizării impactului socio-economic asupra sănătății este fezabil abia după realizarea unui nivel minim suficient de bunăstare care se va reflecta în termenii unei finanțări suficiente a tuturor acțiunilor de protejare a sănătății. Dar, așa cum reiese din această formulare, avem de-a face cu o problemă de fezabilitate, care nu afectează legitimitatea scopului neutralizării influenței diferențiate asupra sănătății a factorilor socio-economici. Legitimitatea e dată de intuiția morală exprimată de egalitarianismul șansei: este nedrept să suferi dezavantaje fără să te faci răspunzător de apariția lor sau să le fi ales în mod intenționat.

Mai există cel puțin încă o sursă de legitimare pentru poziția care pledează pentru o reducere la zero a influenței determinanților sociali ai sănătății. Am spus mai sus că sănătatea nu ar trebui să depindă de aranjamente sociale din alte sfere de activitate ale societății. Michael Walzer a exprimat la modul general acest imperativ prin ideea egalității complexe. [12] Adept al unei teorii pluraliste cu privire la principiile dreptății distributive, el a argumentat că bunurile sociale trebuie distribuite în acord cu proceduri ce derivă din înțelegerea socială a acelor bunuri și a contextelor distributive specifice lor. Nu există principii supraordonate diferitelor sfere de activitate umană. Spre exemplu, dacă meritul va fi considerat relevant în problema distribuirii funcțiilor publice, este foarte probabil că el nu va juca vreun rol în alte sfere de distribuție. Sau, cel puțin în sfera serviciilor medicale, a ține cont de meritul pacienților, de felul în care ei excelează într-un domeniu sau altul, și a face ca asistența lor medicală să depindă de aceasta, ar însemna a comite o nedreptate față de cei care nu se plasează prea bine în comparație cu primii. Urgența intervenției și adecvarea ei la starea pacientului sunt criteriile corecte pentru distribuirea resurselor medicale. Dacă nu am proceda astfel, am lăsa deschisă posibilitatea ca un avantaj obținut într-o sferă de activitate să atragă de la sine un avantaj în altă sferă sau, invers, posibilitatea ca dezavantajele care afectează o persoană să se propage dintr-o sferă de activitate în alta, multiplicând astfel dificultățile cu care se confruntă acea persoană. Principiul separării așa-numitelor „sfere ale dreptății” este esențial pentru ideea egalității complexe. Egalitatea complexă este o situație în care nimeni nu poate obține avantaje într-o sferă a dreptății pe baza unei poziții superioare dobândită (legitim) în altă sferă a dreptății. Dacă este realizată o astfel de situație de separare a principiilor dreptății și de contextualizare a lor, putem preîntâmpina situații în care, de exemplu, presiuni politice influențează activitatea de educație sau cercetare, și, în general, putem evita orice intruziuni ilegite dintr-o sferă a dreptății în alta. Egalitatea complexă are ca efect eliminarea dominației în relațiile interumane, spre deosebire de egalitatea simplă, care pledează pentru eliminarea monopolului asupra unui tip de bunuri, considerat la un moment dat dominant, deci general convertibil, cu scopul de a realiza o stare de egalitate în acea sferă particulară de bunuri.²

² Iată exprimată într-o formă foarte clară ideea egalității complexe: „In formal terms, complex equality means that no citizen's standing in one sphere or with regard to one social good can be undercut by his standing in some other sphere, with regard to some other good. Thus, citizen X may be chosen over citizen Y for political office, and then the two of them will be unequal in the sphere of politics. But they will not be unequal generally so long as X's office gives him no advantage over Y in any other sphere – superior medical care, access to better schools for his children, entrepreneurial opportunities, and so on.” M. Walzer, *Spheres of Justice. A Defense of Pluralism and Equality*, New York: Basic Books, 1983, p. 19.

Pledoaria lui Walzer pentru autonomia diferitelor sfere de bunuri, contextualizată la sfera sănătății, ne spune că distribuția acestora din urmă nu ar trebui să depindă de principiile distributive din alte sfere de bunuri. Este o altă formă de recunoaștere a ideii că sănătatea nu ar trebui să depindă de influența factorilor sociali sau economici care pot juca un rol și, cel mai adesea, joacă un rol legitim în distribuția bunurilor în alte sfere ale dreptății. Sănătatea este un bun care nu ar trebuie să fie influențat de structura socio-economică a unei societăți, de mecanisme care ar putea să convertească banii, poziția socială, talentul sau diferitele tipuri de apartenență (culturală, religioasă, etnică etc.) în ani adăugați la speranța medie de viață. Cu alte cuvinte, este afirmată aceeași idee a reducerii la zero a influenței determinantilor sociali ai sănătății. Un astfel de ideal este compatibil cu apariția unor inegalități în diferite sfere ale dreptății, determinate de principiile de distribuție intrinseci semnificației sociale a bunurilor respective. Dar acest ideal este compatibil de asemenea și cu apariția unor inegalități în starea de sănătate a populației, fie că acestea sunt datorate unor factori imposibil de controlat (de exemplu, constituția genetică a fiecărui individ), fie că sunt datorate diferențelor introduse de principiile intrinseci sferei de distribuție a sănătății (o astfel de inegalitate ar putea fi, de exemplu, cea introdusă de accesul diferențiat la transplantul de organe, pe baza urgenței intervenției medicale combinată cu nivelul de compatibilitate între donor și primitor).

3. Pentru a sintetiza, să reluăm cele două intuiții ce oferă suport ideii influenței zero a determinantilor sociali: 1) este nedrept ca prejudiciile aduse stării de sănătate a unei persoane să își aibă cauza în circumstanțe socio-economice deficitare și corectabile; 2) este nedrept ca sănătatea (într-o formulare mai restrânsă, vom spune: bunurile relevante pentru starea de sănătate) să facă obiectul unei distribuții în virtutea posesiei unui alt bun, al poziției sociale, apartenenței sau realizărilor individuale etc. Diferențele în starea de sănătate nu ar trebui să depindă de diferențele introduse de aranjamentele sociale din alte sfere de activitate ale societății. Sănătatea este o sferă autonomă a dreptății.

Două probleme generează intuițiile de mai sus: 1) Cum separăm factorii asupra cărora nu avem niciun control de cei care stau în puterea noastră de a-i controla? 2) Cum tratăm cazurile în care pare inevitabilă (dacă nu chiar legitimă) o „contaminare” între diferite sfere ale dreptății și sfera specială, autonomă, a sănătății?

Problema responsabilității pentru un stil de viață sănătos ilustrează dificultățile introduse de aceste probleme. Pe de o parte, responsabilitatea este un pilon central în argumentarea egalitarilor șanse, care pledează pentru compensarea dezavantajelor pentru care nu putem fi făcuți răspunzători, în timp ce, corelativ, pentru cele de care ne facem răspunzători nu putem pretinde compensare prin apel la ideea dreptății sociale. Pe de altă parte,

criticii teoriei determinanților sociali ai sănătății încearcă să minimizeze rolul acestora prin „descompunerea” și traducerea lor în termenii responsabilității. De exemplu, se va spune în această ordine de idei că, dacă există diferențe între clasele sociale, în sensul că cei din clasele superioare au o sănătate mai bună decât cei din clasele inferioare, aceasta nu înseamnă altceva decât că cei care aparțin categoriei din urmă trebuie să adopte stiluri de viață mai protective privitor la propria lor sănătate. Societatea este exonerată de responsabilitate pentru o mare parte dintre determinanții sociali ai sănătății.

Revenind la problemele generate de intuițiile de mai sus, se poate argumenta că, dacă educația se reflectă direct într-o stare de sănătate mai bună, acest lucru se datorează și faptului că un nivel superior de informare poate conduce la decizii mai bune cu privire la propriul stil de viață, de la alimentație până la adoptarea unor măsuri mai eficiente de protejare împotriva bolilor. Astfel, se va spune, nu se poate obiecta în numele dreptății împotriva unor inegalități în starea de sănătate sau în speranța de viață, inegalități generate de unul dintre factorii sociali despre care avem cele mai clare evidențe că influențează starea de sănătate. O astfel de influență este și legitimă și de dorit. Totuși, vom replica aici că dificultatea constă în a evalua cât anume din influența asupra sănătății poate fi atribuită contribuției individuale pentru stilul de viață responsabil și cât anume condițiilor sociale care au predeterminat acea contribuție pozitivă sau, dimpotrivă, pot fi făcute răspunzătoare pentru eșecul individual de a alege un stil de viață sănătos. Pusă în termenii primei intuiții, cea provenind din zona egalitarianismului șanseii, problema este de a afla cum diferențiem ceea ce se află în puterea noastră de a controla de ceea ce nu stă în puterea noastră de a influența în vreun fel, în condițiile în care această diferență este contextualizabilă, relativă la cursul particular al existenței individuale, la mediul de socializare al unui individ sau altul etc. Referitor la diferența dintre controlabil și incontrollabil – sau asignarea responsabilității, care diminuează, în opinia egalitarienilor șanseii, validitatea pretenției la compensarea dezavantajelor autoprovocate –, există pericolul de a transforma efortul de identificare a factorilor (ne)controlabili într-o dezbatere în care doar consensul de opinie va stabili lista acestora și să admitem, inevitabil, că inventarul astfel realizat este doar rezultatul unor convenții socio-culturale. (Aceasta este de altfel și obiecția majoră pe care Daniel Wikler o aduce propunerii lui John Roemer de cuantificare a gradului de responsabilitate pentru provocarea unei afecțiuni prin comportamente nocive pentru sănătate. [13])

Mai departe, în termenii celei de-a doua intuiții, dacă nu este posibilă o linie clară de demarcație sau, chiar mai mult, dacă este legitim să dorim ca un anumit factor (educația) să influențeze starea de sănătate, întrucât poate acționa ca un factor protector, rezultă că, în anumite condiții, ar putea fi considerat legitim ca principiile de distribuție a bunurilor și serviciilor în sfera

sănătății să țină cont de gradul în care nivelul educației a favorizat sau a împiedicat apariția unei afecțiuni, pentru care este necesar să fie alocată o sumă de resurse. În fapt, recunoaștem aici tentația unor cercetători de a interpreta influența factorilor socio-economici în termenii responsabilității individuale. Dar influența educației poate fi difuză, ea se realizează pe multiple planuri. Un nivel sporit de educație asigură accesul la o poziție socială mai bună, la venituri mai mari, la condiții de muncă mai bune, la un nivel ridicat de informare etc. Toți acești factori sunt benefici pentru protecția sănătății, însă ei par să facă tot mai difuză separarea între cele două sfere ale dreptății. Totuși, nu toate canalele de „contaminare” între sferele dreptății par să fie la fel de legitime. Dacă simpla poziție în societate determină accesul la servicii medicale mai bune, este comisă o nedreptate, o lezare a principiului egalității complexe. Prin urmare, dificultatea constă în a delimita căile legitime de cele ilegite de influență între diferitele sfere ale dreptății.

În fine, o altă serie de dificultăți de ordin teoretic ce afectează argumentarea egalitarienilor șansei (dificultăți de care nu ne putem ocupa aici, dar care au fost pe larg discutate în literatura de specialitate, pornind de la studiul Elisabetei Anderson [14]) pot slăbi și legitimitatea abordărilor ce doresc să includă o viziune clară despre compensarea acțiunii determinanților sociali ai sănătății pe agenda politicilor publice. Totuși, nu este slăbită și legitimitatea tezei despre dezirabilitatea unei influențe nule a acestor factori. Este ușor de întrevăzut că, în absența unei influențe ce își are originea în aranjamentele sociale, dispăre deopotrivă și necesitatea compensării prin mecanisme redistributive a disparităților în sănătate generate de determinanții sociali. Aceasta nu înseamnă că politicile publice în sănătate își pierd obiectul. Ele se vor concentra ca și până acum asupra unor amenințări permanente, inevitabile asupra sănătății (cum sunt pandemiile, influența nocivă a mediului etc.).

ABORDĂRI TEORETICE ALE DECIZIILOR CONTROVERSATE ÎN ETICA MEDICALĂ

HORAȚIU CRIȘAN¹

ABSTRACT. *Theoretical Approaches to Controversial Decisions in Medical Ethics.* Certain decisions of patients could be considered as controversial because they put to the test the concept of autonomy of the person and also that of self-determination in the decision-making process. In contemporary medical ethics, the principle of respect for the autonomy of persons is fundamental, as the one regarding the respect due to the decisions of autonomous persons. In this article we aim to analyze the way in which theories that belong to medical ethics have treated controversial decisions of competent patients. We will also try to determine which is the moral status of the controversial decisions, taking into account both the idea of the autonomy of the rational person and the autonomy of decisions.

Keywords: *controversial medical decisions, medical ethics, autonomy, rationality*

REZUMAT. Anumite decizii ale pacienților pot fi considerate drept controversate întrucât pun la încercare conceptul de autonomie a persoanei și, implicit, cel de auto-determinare în procesul decizional. În etica medicală actuală, principiul respectului pentru autonomia persoanelor este fundamental, la fel cum este și cel privitor la respectarea deciziilor persoanelor autonome. În articolul de față ne propunem să analizăm modul în care teoriile ce țin de etica medicală au tratat deciziile controversate ale pacienților competenți. Totodată vom încerca să determinăm care este statutul moral al deciziilor cu caracter controversat, luând în considerare atât ideea de autonomie a persoanei raționale, cât și cea de autonomie a deciziilor.

Cuvinte cheie. *decizii medicale controversate, etică medicală, autonomie, raționalitate*

Medicii sunt confrunțați, adesea, în practica medicală, cu unele decizii ale pacienților care, pe de o parte, contravin intereselor lor superioare și, pe de altă parte, par să deformeze însăși ideea de autonomie a persoanei. Spre exemplu,

¹ Asistent univ. dr., Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Departamentul de Educație medicală, Cluj-Napoca, România. Email: horatiu.crisan@umfcluj.ro

refuzul unei transfuzii de sânge benefice și/sau chiar salvatoare, motivat de diferite convingeri, cum sunt cele de natură religioasă sau de natură morală, refuzul unei cezariene în condițiile unei nașteri dificile, neacceptarea unei intervenții sau unui tratament ce se cere inițiat cât mai repede, întrucât, statistic, șansele de vindecare ale pacientului cresc direct proporțional cu rapiditatea intervenției/tratamentului, sunt decizii ce implică grade diferite de controversă și, prin urmare, merită să devină subiecte ale unor dezbateri detaliate.

În acest articol, luăm în considerare doar acele cazuri în care pacientul este competent să decidă cu privire la propria sa situație medicală. Prin urmare, pornim de la asumția că medicii au confirmat deja competența acestor pacienți în luarea deciziilor și au verificat întrunirea celor trei condiții, considerate deja standard în etica medicală, ale consimțământului informat: intenționalitatea, informarea și noncontrolul. Aceste condiții au fost propuse în *Principiile eticii biomedicale*², fiind considerate ca suficiente în condițiile unor situații medicale ce implică doar decizii necontroversate. Pe de altă parte, în situațiile medicale ce implică decizii controversate devine necesară încă o condiție, fără de care ideea autonomiei persoanei este dificil de conceput. Prin urmare, în cazul deciziilor medicale ce implică anumite controverse, raționalitatea este singura care poate garanta autonomia acelor decizii.

Etica medicală stabilește atât respectul pentru autonomia *persoanelor*, precum și respectarea *deciziilor* persoanelor autonome drept principii fundamentale. Însă, chiar dacă ambele imperative sunt subscrise, în domeniul eticii medicale, principiului general al respectului pentru autonomie, perspectiva oferită de Beauchamp și Childress este cea care a câștigat, în timp, notorietate, devenind paradigmatică pentru modul de concepere a autonomiei pacienților. Potrivit acestei perspective standard, dezvoltate începând cu sfârșitul anilor 1970, medicii nu au obligația morală de a aprecia autonomia ca atare a pacienților ca persoane, ci li se cere să evalueze doar autonomia alegerilor, a deciziilor efective ale acestora. Cu toate că oferă o definiție generală a autonomiei, ca „guvernare de sine independentă atât față de interferențele altora cu scopul exercitării unui control, cât și față de limitări precum înțelegerea insuficientă, ce împiedică alegerile pline de sens”³, definiție ce ar putea fi utilizată și în teoriile autonomiei persoanelor, Beauchamp și Childress aleg să aplice această definiție mai degrabă în scopul determinării autonomiei deciziilor pacienților. Potrivit celor doi autori americani, cele trei condiții ale consimțământului informat menționate mai sus reprezintă condiții ale autonomiei *deciziilor* și nu ale autonomiei *persoanelor*.

² Tom L. Beauchamp, James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*. 6th ed, Oxford University Press, New York, 2009.

³ Tom L. Beauchamp, James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, pp. 99-101.

Necesitatea stabilirii unei separații între ideea autonomiei persoanelor și cea a autonomiei deciziilor este justificată de Tom Beauchamp într-una din lucrările sale mai recente, pe baza argumentului potrivit căruia practica medicală demonstrează că este posibil ca persoane non-autonome să ia, în anumite condiții, decizii autonome, la fel cum se întâmplă și ca persoane autonome să ia decizii non-autonome.⁴ Prin urmare, potrivit acestei concepții standard din etica medicală, *deciziile* pacienților sunt cele care trebuie evaluate, întrucât ele sunt esențiale din perspectiva medicală.

Pentru a susține această orientare, Beauchamp oferă un set de condiții minimale ce se cer îndeplinite pentru ca o decizie a unui pacient să poată fi considerată autonomă. Aceste condiții minimale sunt intenționalitatea, informarea și noncontrolul. Eticianul american susține că o teorie cuprinzătoare, filosofică a autonomiei este inadecvată domeniului medical, deoarece aceasta nu s-ar putea limita la identificarea și stabilirea capacităților pe care pacienții trebuie să le posede pentru a dobândi statutul de persoane autonome, ci ar impune, totodată și condiții suplimentare privitoare la statutul deciziilor medicale ale pacienților. Stabilirea unor asemenea condiții suplimentare pentru determinarea autonomiei, ca de exemplu libertatea ca premisă a dezvoltării individualității, raționalitatea sau autenticitatea⁵ deciziilor, ar putea conduce la nevalidarea unui număr mult mai mare de decizii medicale⁶, atunci când nu sunt îndeplinite toate aceste criterii ale autonomiei.

Luând în discuție cazul unui refuz de transfuzie de sânge salvatoare de viață, Tom Beauchamp susține că o atare decizie, ce ar fi luată fără a întruni toate criteriile impuse de acest tip comprehensiv de teorie a autonomiei, ce implică nu numai ideea de autonomie a deciziilor, ci și a persoanei, este inacceptabilă și problematică din punct de vedere moral.⁷

În cazul în care într-o situație medicală, medicul stabilește că decizia pacientului nu este autonomă, întrucât nu respectă toate criteriile impuse de această teorie comprehensivă a autonomiei, acestei decizii i-ar putea fi contestată validitatea.

Totodată, potrivit lui Beauchamp, faptul că refuzul transfuziei de sânge salvatoare de viață este motivat de convingeri religioase nu atrage după sine și reducerea gradului de înțelegere de către pacient a situației sale medicale. Prin urmare, autonomia deciziei sale de a refuza intervenția nu este în niciun fel afectată. Întrucât înțelegerea de către pacient a informațiilor primite se numără printre

⁴ R. R. Faden, Tom L. Beauchamp, *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford University Press, New York, 1986, p. 236.

⁵ Gerald Dworkin, *The Theory and Practice of Autonomy*, Cambridge University Press, Cambridge, 1998, p. 20.

⁶ Tom L. Beauchamp, *Standing on Principles*, Oxford University Press, New York, 2010, p. 93.

⁷ Beauchamp, *Standing on Principles*, p. 82.

criteriile esențiale ale autonomiei deciziilor, Beauchamp detaliază modul și măsura în care convingerile personale, religioase sau de orice altă natură pot influența înțelegerea informațiilor și stabilește totodată un standard de evaluare și justificare a convingerilor în baza cărora unii pacienți își iau propriile decizii medicale. Astfel, Beauchamp diferențiază între două tipuri de convingeri: convingeri legitime adevărate (*justified true belief*) și convingeri legitime adevărate și depline (*justified true and full belief*).⁸ Beauchamp consideră că standardul convingerii legitime adevărate este elementul care face posibilă îndeplinirea uneia dintre condițiile necesare ale consimțământului informat. Cu alte cuvinte, standardul convingerii legitime adevărate este suficient pentru a face cu puțință înțelegerea substanțială a informației medicale. Prin urmare, în situațiile medicale care implică anumite controverse, acceptarea acestui standard drept criteriu suficient este indicatorul principal al autonomiei deciziilor pacienților.⁹

Dacă primele trei criterii reprezentative pentru autonomia deciziilor medicale sunt intenționalitatea, înțelegerea și non-controlul, cel de-al patrulea criteriu discutat de Beauchamp este cel al autenticității deciziilor. Spre deosebire de primele trei criterii, în favoarea cărora Beauchamp aduce numeroase argumente, acest ultim criteriu este deconstruit întrucât presupune cu necesitate apelul la o teorie a autonomiei persoanelor și nu doar a deciziilor. Conform acestei teorii care fondează autenticitatea deciziilor pe autonomia persoanei, deciziile indivizilor reprezintă „valorile, atitudinile, motivațiile și planurile de viață pe care individul le acceptă în mod personal, ca urmare a considerării modului în care dorește să trăiască.”¹⁰ Altfel spus, pentru a se îndeplini condiția autenticității deciziilor, persoanele trebuie să accepte și să se identifice reflexiv cu propriile lor preferințe, convingeri și motivații acționale.¹¹ Însă, în multe cazuri, deciziile pacienților nu sunt autentice, întrucât aceștia nu își acceptă și nu se identifică reflexiv cu propriile preferințe și convingeri. În această logică, lipsa de autenticitate în luarea deciziilor ar atrage după sine non-autonomia lor. Prin urmare, cerința autenticității ar îngusta prea mult caracterul autonom al deciziilor pacienților. Spre exemplu, în situația refuzului transfuziei de sânge salvatoare, pacientului care nu a îndeplinit criteriul autenticității deciziei, respectiv care nu poate face dovada unei asumări reflexive a valorilor religioase pe care le invocă drept argumente pentru a justifica refuzul transfuziei, i s-ar putea respinge în mod valid decizia pe motiv că ea nu este autonomă întrucât nu respectă și condiția autenticității.¹²

⁸ Faden, Beauchamp, *A History and Theory of Informed Consent*, p. 251.

⁹ Faden, Beauchamp, *A History and Theory of Informed Consent*, p. 254.

¹⁰ Faden, Beauchamp, *A History and Theory of Informed Consent*, p. 263.

¹¹ Aici Beauchamp critică posibilitatea aplicării teoriilor autonomiei ca autenticitate, susținute de Harry Frankfurt și Gerald Dworkin, în domeniul medical.

¹² Faden, Beauchamp, *A History and Theory of Informed Consent*, p. 265.

Ca un rezultat al acestei argumentații, Beauchamp diminuează relevanța oricărei teorii a autonomiei persoanei în etica medicală și arată că standardul de care trebuie să se țină cont în luarea acestor decizii poate fi doar cel al unei autonomii substanțiale și nu al unei autonomii totale sau complete.¹³ Prin aceasta, Beauchamp propune un nou tip de justificare a deciziilor medicale ale pacienților, pornind de la modelul luării deciziilor în alte domenii ale vieții cotidiene. Fără a ține cont de excepționalitatea situației de boală, Beauchamp susține că și în domeniul medical indivizii sunt confrunțați cu necesitatea de a decide și de a alege, la fel cum se întâmplă și în alte sfere ale vieții umane.

Întrucât, în cadrul teoriei sale, nu este necesar ca nici condiția înțelegerii, nici cea a non-controlului să fie îndeplinite pe deplin, Beauchamp propune ca aceste condiții să poată fi evaluate și implicit validate în raport cu gradul în care sunt îndeplinite. Evaluarea lor poate porni de la gradul zero al neîndeplinirii condiției și poate atinge gradul cel mai înalt al îndeplinirii sale totale. Validarea unei decizii medicale în virtutea caracterului său autonom presupune, însă, cu necesitate, doar îndeplinirea *substanțială* a ambelor condiții a înțelegerii și non-controlului. Pragul de la care o decizie medicală poate fi considerată ca substanțial autonomă nu derivă dintr-o teorie generală a autonomiei.¹⁴

Pe scurt, în privința chestiunii autonomiei în etica medicală, concepția standard propusă de Beauchamp nu impune și o teorie a autonomiei persoanei, care să implice trăsături ale indivizilor menite să le legitimizeze autonomia, precum autenticitatea sau raționalitatea, ci se limitează la determinarea câtorva criterii potrivit cărora deciziile pacienților pot fi în primă instanță evaluate drept autonome sau non-autonome și ulterior validate ținând cont de gradul autonomiei lor. Potrivit lui Beauchamp, asumarea unei teorii a autonomiei persoanei ca principiu ultim de validare a deciziilor în domeniul medical este controversată, deoarece, nerespectând integral criteriile impuse de orice teorie a autonomiei, o serie de decizii ale pacienților ar putea fi ignorate sau respinse, ca fiind non-autonome. Totodată, un consens privitor la stabilirea criteriilor necesare în determinarea autonomiei persoanei, precum și un acord privitor la aplicarea practică, în contexte medicale tot mai variate, a criteriilor și a teoriilor lor corespondente, ar fi dificilă. O concepție practică a autonomiei, adecvată realității unor contexte medicale variate, este preferată aici uneia ideale, totale și complete.

Însă, separația stabilită între autonomia persoanei și autonomia deciziilor pacienților este doar aparentă, întrucât respectul pentru autonomia deciziilor pacienților este intim legat de ideea autonomiei persoanelor. Este dificil a găsi argumente adiționale pentru necesitatea respectării deciziilor autonome ale pacienților, în afara interdependenței dintre autonomia deciziilor pacienților și autonomia pacienților ca persoane. Aporia concepției standard asupra autonomiei

¹³ Beauchamp, *Standing on Principles*, p. 81.

¹⁴ Faden, Beauchamp, *A History and Theory of Informed Consent*, p. 241.

propusă de Beauchamp și Childress constă în faptul că această perspectivă încearcă să privilegieze autonomia deciziilor pacienților neglijând problema autonomiei pacientului ca persoană și fără a chestiona fondarea și justificarea principiul etic considerat fundamental în medicina occidentală contemporană, cel al respectului pentru autonomia pacienților ca persoane. Justificarea respectului pentru autonomia deciziilor pacienților este îngreunată pe de o parte de neglijarea problematicei autonomiei pacienților ca persoane și, pe de altă parte, de evitarea elaborării unei concepții cuprinzătoare a autonomiei care să conțină și rațiunile pe care s-ar putea construi respectul pentru autonomie.

Cu toate că perspectiva principlistă standard a lui Tom Beauchamp, paradigmatică pentru prioritizarea ideii de autonomie a alegerilor și deciziilor pacientului, în dauna ideii de autonomie a persoanei¹⁵, este dominantă în etica medicală, abordări mai recente tematizează diferit autonomia și implicit relația dintre autonomia deciziilor pacienților și autonomia lor ca persoane. În abordările mai noi ale situațiilor medicale cu potențial de controversă etică, unele dintre deciziile pacienților care în viziunea standard propusă de Beauchamp erau validate ca autonome, sunt identificate ca non-autonome. Stabilirea lipsei de autonomie a deciziilor pacienților se face pe baza unor criterii suplimentare, ca spre exemplu raționalitatea pacienților, ce țin de o teorie a autonomiei persoanelor.

Trasând liniile acestei noi direcții în etica medicală, Julian Savulescu, atunci când analizează deciziile controversate luate de pacienți competenți, distinge două tipuri de autonomie: unul influențat de filosofia lui John Stuart Mill, iar celălalt bazat pe teoria kantiană a autonomiei raționale. Pentru bioeticianul australian, disputa privitoare la unele dintre deciziile pacienților provine din faptul că acestea, fiind motivate de convingeri iraționale cu caracter personal, nu sunt acceptabile ca bază pentru luarea deciziilor. Dezbaterea pe marginea controversei privitoare la aceste decizii medicale *iraționale* este rezolvată de Savulescu prin postularea unei condiții a raționalității convingerilor pe baza cărora se iau deciziile în sfera medicală. Analiza lui Savulescu ia în considerare în special procesul prin care se ajunge la decizii medicale ce pot fi etichetate drept controversate, în scopul de a trasa reperele semnificative pentru modul în care medicii ar trebui să trateze aceste decizii fără a-și încălca obligațiile etice¹⁶. Conform teoriei sale, este necesar ca orice tip de decizie să fie luată pe baza unor rațiuni și, mai mult, acestea trebuie să aibă trei atribute: să fie întemeiate, să aibă caracter normativ [good normative reasons] și să poată susține puternic respectivele decizii. Totodată, potrivit aceleiași teorii, una dintre trăsăturile principale ale deciziilor medicale¹⁷ este prudența, adică înclinația pacientului

¹⁵ Beauchamp, *Standing on Principles*, p. 80.

¹⁶ Julian Savulescu, *Autonomy, the Good Life, and Controversial Choices*, in R. Rhodes, L.P. Francis, A. Silvers (eds), *The Blackwell Guide to Medical Ethics*, Blackwell Publishing, Oxford, 2007, p. 19.

¹⁷ Savulescu, *Autonomy, the Good Life, and Controversial Choices*, 21.

spre menținerea unei stări bune de sănătate și urmărirea propriului interes superior. Prin această teorie, Savulescu își reiterează propria sa poziție asupra moralității, cea potrivit căreia moralitatea impune ca deciziile și acțiunile indivizilor umani să fie fondate de cele mai puternice rațiuni întemeiate și normative.¹⁸

Dacă orice fel de convingeri iraționale ajung să se constituie ca temeiuri ale deciziilor medicale, cum se întâmplă de exemplu atunci când cineva refuză o transfuzie de sânge pe motiv că ar exista șanse de a se îmbolnăvi de SIDA, aceste temeiuri își pierd potențialul de reper în decizia medicală.

Pe de altă parte, decizii care aparent ar putea afecta negativ bunăstarea unui individ, contravenind propriului său interes superior, spre exemplu decizia de a dona un organ sau de a participa ca subiect în cercetările medicale nu au potențial de controversă, chiar dacă ele par a fi imprudente. Asemenea decizii sunt morale și se întemeiază pe o apreciere rațională a informațiilor relevante, respectiv subiectul decident este informat corespunzător asupra riscurilor și face dovada unei reflecții raționale în privința acestora¹⁹.

Pe lângă aceste decizii imprudente, dar totuși raționale, Savulescu distinge un al doilea tip de decizii imprudente, și anume cele cu caracter irațional. Pentru a exemplifica acest tip de decizie sunt suficiente cazul decesului cauzat de alegerea nașterii naturale în defavoarea cezarienei, în situația în care cea din urmă este unica soluție medicală într-o naștere cu dificultăți sau decesul survenit ca urmare a unei hotărâri luate pe baza unei convingeri de natură religioasă care interzice categoric transfuzia de sânge.²⁰ Astfel, chiar dacă pacienții competenți care fac parte din comunitatea Martorilor lui Iehova²¹ sunt conștienți că transfuzia de sânge sau transplantul de organe pot fi salvatoare și sunt, în mod cert, benefice pentru restabilirea sănătății lor, ei preferă să țină cont de unele dintre convingerile lor religioase, luând astfel decizii iraționale, refuzând categoric ca opțiune medicală atât transfuzia cât și transplantul, asumându-și astfel chiar riscul decesului. În cazul acestui tip de imprudență irațională, în pofida faptului că pacientul este autonom, decizia sa este puternic șubrezită. În aceste condiții, se cere ca validitatea refuzului acestor tratamente să fie pusă de către medici sub semnul întrebării și să fie determinată pe baza unor norme ale raționalității.

Imprudența *irațională* apare atunci când la baza deciziei pacientului nu se întrevăd rațiuni întemeiate și suficient de puternice. În cele mai multe din aceste situații, persoana implicată poate să nu utilizeze în mod rațional informația medicală, să urmărească scopuri iraționale sau să nu estimeze

¹⁸ Sintagma engleză este *what we have most reason to do*.

¹⁹ Savulescu, *Autonomy, the Good Life, and Controversial Choices*, p. 27.

²⁰ Savulescu, *Autonomy, the Good Life, and Controversial Choices*, p. 26.

²¹ Savulescu, Richard W. Momeyer, „Should informed consent be based on rational beliefs?”, *Journal of Medical Ethics* 23, 1997, pp. 282-288.

corect riscurile. Slăbiciunea voinței sau lipsa unei obișnuințe de a reflecta și de a evalua situațiile de viață de care se lovește pot fi cauze ale imprudenței iraționale.²²

În noua paradigmă medicală ce respinge modelul paternalist, medicilor li se cere o conduită medicală orientată spre respectarea deciziilor autonome ale pacienților. Însă, problema autonomiei deciziilor pacienților este tot mai disputată în etica medicală actuală. Dacă în perspectiva standard, raționalitatea nu constituia o condiție obligatorie pentru determinarea autonomiei decizionale, în articularile mai recente ale autonomiei deciziei, atât convingerile pe baza cărora pacienții iau deciziile medicale, cât și procesul deliberării trebuie să întrunească și să respecte criteriul raționalității. Prin urmare, cea din urmă perspectivă prefigurează o diferențiere între autonomia pacientului și autonomia decizională. Totodată, aceeași perspectivă sesizează și chestionează caracterul incomplet al condițiilor prevăzute de versiunea standard a autonomiei pentru consimțământul informat, subliniind, ca alternativă, importanța raționalității convingerilor și al caracterului rațional al procesului decizional al pacientului. Potrivit acestei versiuni „alternativă” a autonomiei, acceptarea necondiționată a oricărei convingeri a pacientului nu este strict echivalentă cu respectarea autonomiei sale.²³

Medicii care se confruntă cu astfel de decizii iraționale sau imprudente nu pot decât să inițieze un „dialog normativ” cu pacienții, cu scopul de a-i ajuta să raționeze asupra informației primite, încercând totodată să cunoască îndeaproape temeiurile ce stau la baza deciziilor controversate ale pacienților și să înțeleagă cum pacientul le integrează în propriile lor concepții asupra vieții bune și bunăstării. Doar prin acest tip de atitudine, medicii depășesc tentația de a nu respecta autonomia decizională a pacienților, ghidându-se, astfel, în actul medical, doar în funcție de principalul reper al interesului superior al acestora. Spre exemplu, confrunțați cu refuzul tratamentelor salvatoare, ce au efecte benefice certe, ar fi indicat ca medicii să încerce să își ghideze rațional pacienții spre revizuirea deciziilor lor sau chiar a propriilor lor concepții asupra a ceea ce înseamnă o viață bună.²⁴ Însă, în cazul în care, în urma acestui „dialog”, pacienții competenți nu își schimbă deciziile bazate pe convingeri iraționale, medicii sunt nevoiți, în noua paradigmă medicală, să le respecte acestora deciziile, sub singurele rezerve ce privesc cazurile în care decizia irațională implică fie posibila vătămare a altor persoane, fie prejudiciază principiul dreptății în alocarea resurselor medicale limitate.

Dacă Savulescu și Momeyer au schițat implicațiile diferenței dintre autonomia deciziilor și autonomia persoanelor, Rebecca Walker nuanțează

²² Savulescu, *Autonomy, the Good Life, and Controversial Choices*, p. 28.

²³ Savulescu, Momeyer, „Should informed consent be based on rational beliefs?”, p. 288.

²⁴ Savulescu, *Autonomy, the Good Life, and Controversial Choices*, p. 33.

această distincție în cazul deciziilor controversate, sesizând necesitatea rediscutării conceptului general de autonomie în scopul clarificării funcției acestuia în etica medicală.

Critica adusă de Walker abordării „standard” a autonomiei în etica medicală vizează incapacitatea acestei teorii de a evalua îndeplinirea condiției autonomiei în cazul unor decizii controversate²⁵.

Prin urmare, Walker propune recristalizarea conceptului de autonomie în etica medicală, astfel încât acesta să respecte trei cerințe: să permită identificarea precisă a lipsei de autonomie a deciziilor pacienților competenți, să determine trăsăturile pe baza cărora se poate stabili non-autonomia deciziilor și în al treilea rând să ofere o justificare pentru principiul moral al respectării autonomiei²⁶.

Ca alternativă la teoria autonomiei deciziilor, s-ar impune, astăzi, un concept al autonomiei persoanei, ce, singur, ar putea justifica principiul moral al respectului pentru autonomie atât de des invocat în etica medicală. Totodată, dacă versiunea standard a autonomiei propusă de Beauchamp nu impunea, pe lângă înțelegerea de către pacienți a informației privitoare la situația lor medicală, non-control și intenționalitate, nicio cerință a raționalității, dacă, altfel spus, nici convingerile pacienților și nici procesul prin care ajungeau la deciziile medicale nu se cereau a fi raționale, teoria propusă de Walker definește autonomia în dependență de criteriul raționalității. Spre deosebire de cele trei cerințe impuse de versiunea standard a autonomiei, condiția raționalității nu suportă grade diferite de îndeplinire. Cu alte cuvinte, deciziile pacienților sunt fie raționale, fie iraționale. În plus, ea nu exclude alte condiții, ci reprezintă un criteriu adițional în determinarea autonomiei deciziilor. Separația sensibilă între deciziile autonome și cele non-autonome se poate realiza doar prin stabilirea raționalității ca principală condiție a autonomiei.

Întrucât, dacă se ia în considerare doar versiunea standard a autonomiei, ce nu ține cont de condiția raționalității, anumite decizii ale pacienților, în special cele cu potențial de controversă, pot fi considerate autonome și respectate necondiționat, rămânând nechestionate de către medici.

Non-autonomia (deciziilor) pacienților este cauzată de „erori în procesul determinării de sine (self-determination)”²⁷. Aceste erori sunt legate fie de raționalitatea teoretică, cum se întâmplă atunci când pacienții asumă convingeri iraționale, fie de raționalitatea practică, ca în cazul în care pacienții optează pentru mijloace nepotrivite pentru atingerea scopurilor urmărite, de pildă, cu

²⁵ Rebecca Walker, „Respect for *Rational* Autonomy”, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, Vol. 19, No. 4, 2009, p. 340.

²⁶ Rebecca Walker, „Medical Ethics Needs a New View of Autonomy”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 33, 2009, p. 595.

²⁷ Walker, „Respect for *Rational* Autonomy”, p. 340.

toată că își doresc să supraviețuiască, ei aleg să nu fie tratați, sau urmăresc scopuri lipsite de un caracter rațional²⁸.

Teoria autonomiei raționale nu prevede norme legate de acceptarea sau respingerea de către medici a deciziilor iraționale, deci non-autonome, ale pacienților, dar întocmai teoriei propuse de Savulescu, subliniază necesitatea asigurării unor condiții favorizante auto-determinării raționale a persoanelor și absența erorilor în determinarea de sine a persoanelor.

În etica medicală actuală, deciziile pacienților au potențial de controversă fie când se bazează pe convingeri discutabile, fie când indică procese iraționale în luarea deciziilor. Astăzi, chiar dacă unele teorii din etica medicală aleg alte criterii pentru a susține autonomia persoanei și a deciziilor, raționalitatea câștigă, în cele din urmă, statutul de principiu fundamental al determinării autonomiei persoanelor și implicit a deciziilor lor. Prin stabilirea raționalității ca principiu fundamental al autonomiei persoanei este garantată și autonomia deciziilor sale.

În cazul sesizării unei urme de iraționalitate în deciziile pacienților, conduita etică a medicilor impune încercarea de a ghida pacientul, prin „dialog normativ” și prin argumentare și persuasiune rațională, înspre evitarea erorilor de auto-determinare și de decizie în privința situației lor medicale.

²⁸ Walker, „Respect for *Rational* Autonomy”, p. 342.

LA RĂDĂCINA VIEȚII GREȘITE: LEGĂTURA DINTRE “CONDIȚIILE DĂUNATE” ȘI SUFERINȚĂ

YORDANIS ENRÍQUEZ CANTO¹

ABSTRACT. *At the Root of Wrongful Life: the link between suffering and “harmed conditions”*. The purpose of the essay is to make a critical reading of the notion of a harmed condition and its connection with the notion of suffering, within the discourse on the „wrongful life”, in the context of the theoretical debate on disability. The analysis takes into account the cultural context in which parenting is reconsidered: generate someone in a „harmed condition” is a synonymous of make a maltreatment. The article also consider in detail the topics that describe disability as a „harmed condition” and its connection with the notion of suffering. The essay is structured in three sections. In the first section is evaluated the theoretical framework that attempts to rethink the generative choices and disability through a legal language. The second focuses on the relationship between the terms disability, harm and suffering. The third makes a critique of the model of the harmed conditions and the theoretical link with the notion of suffering.

Key words: *wrongful life, disability, harmed condition, suffering*

REZUMAT. Scopul acestui studiu este acela de a oferi o lectură critică a noțiunii de “condiții dăunate” și a legăturii acesteia cu noțiunea de suferință cu privire la dezbaterea asupra a “*wrongful life*”, în domeniul teoretic al discuțiilor cu privire la dizabilitate. Analiza ia în considerare un context cultural este regândită condiția de a fi părinte: a da nașterea cuiva într-o “condiție dăunată” ar însemna a săvârși un tratament greșit. Se examinează din punct de vedere analitic, de altfel, argumentele care descriu dizabilitatea ca fiind o “condiție dăunată” și legătura cu noțiunea de suferință. Articolul este structurat în trei părți: în prima parte se examinează contextul teoretic în care sunt analizate alegerile de a da naștere unui copil și dizabilitatea prin intermediul unui limbaj juridic.

A doua se focalizează pe raportul dintre termenii dizabilitate, daună și suferință. În a treia parte se critică modelul condițiilor dăunate și legătura teoretică cu noțiunea de suferință.

Cuvinte cheie: *viață greșită, dizabilitate, condiție dăunată, suferință*

¹ Assist. Prof., Catholic University Sedes Sapientiae, Lima, Peru

Introducere

Problema pe care o vom aborda în acest articol se va focaliza pe un aspect referitor la *cunoașterea genetică* din timpurile noastre și pe consecințele practice ale acesteia. O asemenea cunoaștere se manifestă fie într-o mai bună înțelegere a fenomenelor legate de ereditatea bolilor genetice fie pe o disponibilitate mai mare a testelor diagnostice. Sute de teste au fost puse la dispoziția femeilor însărcinate, care le oferă posibilitatea de a identifica o gamă amplă de condiții de sănătate a viitorilor copii, care merg de la sindroame severe la probleme care pot fi considerate a fi ne semnificative² din punct de vedere medical. Notăm însă că această *mai bună cunoaștere* nu este lipsită de consecințe. În măsura în care se va îmbunătăți cunoașterea și tehnologia în domeniul biomedical și în special a testelor genetice, se măresc și așteptările și datoriile relative la rezultate. Deși în trecut părinții care nu știau nimic despre eventualitatea de a avea copii dizabili sau cu boli grave și care aveau responsabilitatea de a avea grijă de ei, în ciuda dizabilității sau a bolii, aceste vremuri par a fi ajuns la sfârșit. Vremurile noastre sunt marcate de creșterea așteptărilor pe care le avem de la medici, care trebuie să avertizeze părinții cu privire la riscul care ar putea să se abată asupra viitorului copil, sau de o mentalitate conform căreia stă în responsabilitatea părinților să aibă copii sănătoși.

Scopul acestui studiu este acela de a oferi o lectură critică a noțiunii de “condiții dăunate” și a legăturii acesteia cu noțiunea de suferință, relative la dezbaterile asupra a “*wrongful life*”³, în domeniul teoretic al discuțiilor cu privire la dizabilitate. Analiza ia în considerare un context cultural fiind regândită condiția de a fi părinte: a da nașterea cuiva într-o “condiție dăunată” ar fi identic cu a săvârși un tratament greșit.

Se examinează din punct de vedere analitic, de altfel, argumentele care sprijină „prejudiciul adus procreării” și considerațiile pe care le presupune dizabilitatea ca o “condiție dăunată”. Articolul este structurat în trei părți: în prima parte se examinează contextul teoretic în care sunt analizate alegerile

²Un exemplu a acestor probleme care nu sunt grave este *polydactilia* (prezența a mai mult de cinci degete la mână) care poate fi ușor diagnosticată prin teste cromozomice sau enzimatic.

³Ideea acestei propuneri sugerează că în anumite cazuri existența este «injustă». Considerăm că cea mai adecvată traducere a termenului *wrongful life* este “vieți injuste sau greșite”. În acest articol nu urmărim modul în care conceptul de «*wrongful life*» este tradus și tratat. În acest caz considerăm că “viețile injuste sau greșite” ar fi mai degrabă o consecință a «prejudiciului adus procreării» sau mai precis de la o ipotetică dăunare în momentul generării, care s-ar manifesta la nivel fiziologic sau biologic. Trimiterea la o “procreare greșită”, ne duce spre ideea că “drepturile inițiale” ale copilului ipotetic au fost lezate; sau, în mod similar, se referă la un prag ipotetic minim de sănătate sau de stare de bine de care copilul a fost privat încă de la concepere. Definițiile «prejudiciului adus procreării» nu sunt univoce, a se vedea în acest sens: Feinberg J. *Harm to Others*. Oxford: Oxford University Press; 1984, pp. 102-104.

de a da naștere unui copil și dizabilitatea prin intermediul unui limbaj juridic. Se va evidenția modul în care această abordare teoretică presupune o descriere a procreării umane caracterizată în termeni contractualistici și, în ultimă analiză, total inadecvați în a defini realitatea fenomenului. Din această caracterizare derivă, printre altele, faptul că o condiție existențială precum boala sau dizabilitatea, în care se manifestă disconfort sau suferință, este citită ca fiind un eveniment care permite să învinuim pe cineva: părinți, medici și așa mai departe.

A doua secțiune se focalizează pe raportul dintre termenii dizabilitate, prejudiciu și suferință. Pentru a aborda nodurile etice se examinează, în special, modelul dizabilității ca o „condiție prejudiciată”, (*a harmed condition*), propus de John Harris și de alți autori. Consecințele practice ale acestei teorii – asociate principului lui John Stuart Mill de „evitare a prejudiciului adus altora”⁴, ar duce la o limitare a libertății de a procrea copii care s-ar putea găsi într-o *harmed condition*.

În a treia parte se critică acest model și legătura teoretică cu noțiunea de suferință. Se ia în considerare argumentul de „prejudiciu adus altora”, în special sub denumirea de prejudiciu adus procreării, folosit pentru a impune limite alegerilor reproductive. Apar, de altfel, următoarele întrebări:

1) “Refuzul” unei condiții este un criteriu suficient pentru a o defini ca fiind prejudiciată?

2) Dizabilitatea poate fi definită ca o “condiție prejudiciată” (în special, în categoria prejudiciului adus procreării)?

3) Intenția de a nu introduce “suferința ne-necesară” constituie un motiv suficient pentru a justifica orice tip de acțiune?

4) Prevenirea dizabilității poate coincide cu eliminarea preventivă a cui ar putea suferi sau fi, ipotetic, prejudiciat?

Aceste întrebări se inserează în hiatul dintre posibilitățile diagnostice și posibilitățile efective de tratament sau de prevenție, în măsura în care accesează informația genetică în relație cu alegerile reproductive și cu diagnostice care implică dizabilitatea. Argumentul primește pregnanță specială în cazurile de “*carrier status*”, adică acolo unde există purtători sănătoși a unei anumite gene și unde informația genetică va avea un rol fundamental cu privire la așa-numitul „prejudiciu adus procreării”⁵. Susținătorii conceptului de *wrongful life* afirmă

⁴ Stuart Mill propune următoarele: “Scopul acestui eseu este acela de a formula un principiu foarte simplu, care să determine, în absolut, raporturile de coarctare și control dintre societate și individ, fie că se exercită prin intermediul forței fizice, sub forma pedepselor legale, fie prin coarctarea morală a opiniei publice. Principiul este acela că umanitatea este justificată, individual sau colectiv, se influențează libertatea de acțiune a oricărui numai cu scopul de a se proteja: singurul scop pentru care se poate, legitim, exercita o putere asupra unui membru a unei comunități civilizate, împotriva voinței sale, este numai pentru a se evita un prejudiciu cauzat altora”. Cfr. Mill J. S. *Saggio sulla libertà*. Milano: NET; 2002, p. 12.

⁵ Un exemplu de acest tip de argumentare este cunoscutul studiu al lui Rosamond Rodes. Cfr. Rhodes, Rosamond (1998), “Genetic Links, Family Ties and Social Bonds: Rights and Responsibilities in the face of Genetic Knowledge”, *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 23 (1), pp. 10-30.

în mod acut, printr-o analogie, că dacă mama, părinții sau oricine altcineva cauzează, în mod conștient, un prejudiciu unui copil, și acea daună este gravă, acest fapt ar constitui, fără îndoială, un abuz și ar fi un act extrem de grav, din punct de vedere moral și legal. Asemenea acțiune ar fi injustă și greșită deoarece a dăunat și prezența acestui prejudiciu ar face-o condamnabilă și criminală. Această afirmație scoate la suprafață întrebări la care nu este simplu să găsim răspunsuri, cum ar fi : este posibil să dăunăm cuiva aducându-l la existență ? O dificultate legată de aplicarea anumitor concepte precum cel de a acționa, de a cauza, de a dăuna și imputabilitatea acțiunilor care în aceste cazuri sunt utilizate în mod non convențional și care au fost deja motive de a reflecta în literatura bioetică⁶.

1. *Wrongful life*: nodurile teoretice principale

O parte din temele ce privesc „cunoașterea genetică” se încadrează în dezbateră teoretică cu privire la existența a „*wrongful birth*” și a „*wrongful life*”. Cazurile de *wrongful life* „sunt cazuri în care o persoană care afirmă că fiind adusă la existență cu un anume tip de dizabilitate (socială, mentală, fizică) a suferit o injustiție compensabilă. În general, reclamantul susține că pârâtul ar fi putut împiedica modul de a fi conceput cu dizabilitate, informând părinții de potențiala dizabilitate, fie înainte de concepere, fie în timpul sarcinii”⁷. Tema aceasta apare în domeniul juridic în țările anglofone ca cerere de compensare a unui subiect aflat într-o condiție de dizabilitate gravă sau în condiții de dezavantaj social datorat prejudiciilor suferite din partea terților, în general, a medicilor. Diferența dintre doi termeni în domeniul juridic este stabilită ținând cont de un act de neglijență medicală, în timp ce primele sunt identificate de obicei ca o consecință a unui *malpraxis* medical. Pentru celelalte nu este sigur că neglijența medicului a fost cauza condiției de boală sau de dizabilitate a copilului, dar se crede, mai degrabă, că medicul omițând informarea adecvată a părinților este responsabil pentru nașterea unui copil într-o condiție de dizabilitate. Se afirmă, de altfel, că în caz contrar subiectul nu s-ar fi născut și prin urmare nu ar fi experimentat suferința cauzată de această condiție.

⁶ A se vedea, spre exemplu: Feinberg, Joel, *Wrongful life and the counterfactual element in harming*. In Freedom and Fulfillment: Philosophical Essays, Princeton University Press, New Jersey, 1992: 3-36; Steinbock B., *The logical case for wrongful life* Hasting Center Report, 1996; 16, (2) : 15-20; Burns Thomas A. *When Life is an injury: an economic approach to Wrongful life Lawsuits*, Duke L. J. 2003 52 : 807-839; Dimopoulos Penny Bagaric Mirke. *The moral status of wrongful life claims*, Common L. World Rev. 2003, 32 (1): 35-64; Anne Morris Severine Saintier. *To be or not to be: is that the question? Wrongful life and misconceptions*, Med. L. Rev. 200311 (2): 167-193.

⁷ Kindregan C McBrien M. *Assisted reproductive technology: a lawyer's guide to emerging law and science*. American Bar Association 2006 Chicago p. 267.

Primele cauze legate de solicitarea de dezdăunări din partea copiilor și a părinților implicau teste genetice, dar, mai degrabă, erau cazuri care priveau copii sănătoși care, însă, din diverse motive, nu erau doriți sau, într-o oarecare măsură, nașterea lor nu era dorită de părinți. Aceste cauze au fost inițiate de părinți contra medicilor care au executat proceduri de sterilizare greșite sau de implant contraceptiv în mod ineficient⁸. În aceste cazuri, pe motiv de dorință exprimată de părinți, pentru a evita conceperea, actul neglijent al medicului a dus la nașterea unui copil, chiar dacă acesta era sănătos. Aceste acțiuni au fost ușor acceptate de către judecătorii americani, ca acțiuni verificabile pentru malpraxis medical. Reclamanții puteau demonstra, fără îndoială, că acest copil a fost conceput din cauza neglijenței medicului acuzat. Hotărârile pronunțate în aceste cazuri au acordat compensații mamei pentru cheltuieli medicale și pentru stres emoțional legate de sarcini nedorite. Cu toate acestea, judecătorii au respins posibilitatea de a extinde costurile de compensare pentru creșterea copilului „nedorit” până la vârsta adultă. Acest lucru se datorează faptului că nu sunt conforme cu ideea că viața acestor copii ar fi comparabilă cu un „prejudiciu” și prin urmare, compensabil din punct de vedere juridic⁹.

Acestor cauze le vor urma altele care vor implica însă nașterea de copii cu dizabilități grave și au fost îndreptate contra medicilor pentru lipsa informării sau o informare neadecvată cu privire la o boală apărută în timpul sarcinii, între care binecunoscutul caz *Gleitman vs Cosgrove* (1967)¹⁰ judecat în Statele Unite. Această cauză și cele ce au urmat au fost numite "*Wrongful life suits*". Nucleul cererii doamnei Sandra Gleitman era acela de a nu fi putut avorta un făt care s-a născut cu retard mental și orb datorat rubeolei – pe care mama a contactat-o în primele luni ale sarcinii – iar consecința nașterii fiului ar fi fost „greșită” sau „injustă”. În opinia doctorului Cosgrove rubeola nu ar fi avut efecte negative asupra nou-născutului. În acest sens, acuza contra lui Cosgrove nu era aceea de a fi cauzat condiția de dizabilitate severă, ci era îndreptată

⁸ A se vedea spre exemplu, cazul soților americani Custodio, Braulio și Berdella Custodio au cerut daune de la doamna Custodio pe motiv de daune derivate cu privire la sarcina sa ca urmare a eșecului unei intervenții de sterilizare făcută de Dr. Bauer în 1963. *Custodio v. Bauer*, 59 Cal. Rptr. 463 (Cal. Ct. App. 1967); un caz similar a avut loc în anul 1966, Doris Mae Coleman se supune unei proceduri de sterilizare executată de Dr. Garrison, iar anul următor rămâne însărcinată și naște, fără complicații, un copil sănătos: *Coleman v. Garrison*, 327 A.2d 757 (Del. Super. Ct. 1974).

⁹ Curtea Supremă din Alabama în 1982 se exprimă în favoarea lui Repsie Boone, acordându-i suma de 1,500.00 \$ pentru cheltuieli medicale. Boone s-a supus unei intervenții în anul 1976 de legare de trompe, iar spitalul i-a certificat faptul că era sterilă și ea nu mai folosea anticoncepționale. Totuși, în anul următor rămâne însărcinată și naște un copil sănătos, în anul 1978. În motivația sentinței lui Boone, se cereau daune pentru cheltuieli relative la creșterea fiului. Tribunalul a arătat că aceste cheltuieli trebuie limitate la daune și prejudicii legate de sarcina nedorită. În acest mod, alte eventuale daune tind să fie de natura speculativă și admiterea lor ar putea să aibă un impact semnificativ asupra stabilității copilului. (*Boone v. Mullendore*, 416 So. 2d 718 (Ala. 1982).

¹⁰ *Gleitman v. Cosgrove*. 1967. N.J. 22, 227 A. 2d 689, 22 ALR 3d 1411.

contra actului său de neglijență. Dacă medicul nu ar fi greșit, copilul nu s-ar fi năcut, prin urmare nu ar fi în condiția respectivă. Neglijența în aceste cazuri ar fi cauza unei vieți de suferință, fapt care este foarte controversat deoarece alternativa ar fi fost non-existența.

Curtea supremă din New Jersey a respins plângerea, atât a părinților cât și cea a copilului Jeffrey, pentru că reținea că nu existau daune prevăzute de lege și în cazul părinților, politicile publice excludeau compensațiile. Curtea a afirmat, de altfel, că era „imposibil din punct de vedere logic” măsurarea daunelor copilului ca o consecință a omisiunii lui Crosgrave. Această imposibilitate logică este legată atât de dificultatea de a evalua daunele, cât și de faptul că apelul la justiție în cazurile de *wrongful life* nu poate fi afirmat corect. În mod sintetic, în aceste cazuri se ajunge un paradox filosofic: pentru acești copii ar fi fost mai bine să nu se nască. În dezbateră cu privire la *wrongful life*, în domeniul bioetic din ultimele decenii s-a mutat atenția relativă la imputabilitatea acțiunilor, care cauzează starea de suferință, de la medici la părinți, însă cu rezultate neașteptate. Una dintre tezele cele mai radicale, care urmează mutării enunțate mai sus, este cea care propune o limită cu privire la drepturile reproductive a viitorilor părinți, conform tezei lui Joseph F. Fletcher profesor la facultatea de Medicină a Universității din Virginia: „drepturile reproductive nu sunt absolute și pentru cei care există riscul de a transmite gene identificabile, care produc daune grave și tulburări genetice, nu ar trebui să li se permită, să-și exercite prerogativele lor de reproducere”¹¹. Teza lui Fletcher este susținută, în opinia sa, de faptul că: “de obicei, copiii sunt abuzați înainte de concepere și înainte de naștere – nu numai de către mame care consumă alcool, droguri, și fumează, nu în scop medical – dar și a celor care ar putea (*knowingly*) să transmită sau riscă să transmită o boală genetică”¹². Autorul, prospectează, în acest mod, o acțiune de concepere a copiilor cu boli genetice ca o formă de abuz infantil și contrapune drepturile copiilor de a nu suferi abuzuri drepturi pe care le au persoanele majore de a se căsători și de a-și întemeia o familie. O lectură care denaturează dinamica părinților, făcându-i să devină, pe viitorii părinți, prin actul conștient, vinovați de maltratare.

Deoarece instanțele de judecată sunt chemate, în cele din urmă, să se pronunțe pe un cap de acuzare și apoi trebuie să inculpeze pe cineva pentru repararea „prejudiciului”, conceptualizarea juridică a generării umane, imediat și inevitabil asociază acest fenomen categoriilor care le-ar fi prin, ele însele, străine. În plus, conceptualizarea juridică a conceptelor de *wrongful life* și “prejudiciu adus procreării” influențează categoriile cu care s-a elaborat problema ridicată de

¹¹ Fletcher, Joseph F., “Knowledge, Risk, and the Right to Reproduce. A limiting principle”, in AAVV, *Genetics and the Law*, (a cura di Aubrey Milunsky e Gorge J. Annas), Plenum Press, New York 1980, vol. II, p. 131.

¹² *Ibid.* p. 131.

tehnicele de diagnostic genetic. Vorbind despre prejudiciu se face referire la o victimă și la presupuși vinovați, cu conținutul rezultat din vina morală pentru aceștia din urmă. Introducerea unui limbaj juridic, cu referiri la drepturile prezumtiv compromise ale unui copil din partea părinților săi, prin însuși faptul de a-l fi adus la existență, introduce contradicții ireconciliabile în discuția dedicată acelor aspecte ale actului generativ care sunt legate de justiția socială și de democrație. Argumentele teoretice care susțin existența unui „prejudiciu adus procreării” și a considerării dizabilității ca fiind o „condiție dăunată” se mișcă luând în calcul două aspecte. Pe de o parte, posibilitatea de a limita alegerile generative în ipoteza că din alegerea de a genera ar rezulta un prejudiciu adus altora (propriilor copii), iar pe de alta, părerea împărtășită că trebuie să se evite suferințe inutile și identificarea dizabilității prin evitarea anumitor condiții.

2. Este dizabilitatea o „condiție dăunată”?

Dezbaterea cu privire la dizabilitate este caracterizată de o diversitate de puncte de vedere care se referă fie la definiția însăși a termenului, fie la elemente care ar trebui să-i determine semnificatul. Aceste propuneri discrepante denotă absența unei poziții unitare în înțelegerea și în caracterizarea dizabilității, cu privire la care cei care studiază aceste teme oferă diferite viziuni¹³. Matilde Leonardi observă că „astăzi, de fapt, problema definiției dizabilității reprezintă o problemă inevitabilă pentru identitatea sistemului de welfare”¹⁴, din motiv că definițiile stabilesc, cel puțin implicit, caracterul obiectivelor. Acest element este fundamental când intenția este de a stabili politici pentru eliminarea sau diminuarea dizabilității. Aceeși autoare, făcând referire la modelul bio-psiho-social, afirmă că acesta «încearcă să ajungă la o sinteză, pentru a furniza o perspectivă coerentă a diferitelor dimensiuni ale sănătății la nivel biologic, individual și social»¹⁵. Leonardi mai observă că a combate dizabilitatea „nu înseamnă a face referire numai la situația anumitor persoane, ci de a promova convingerea că fiecare pas făcut pentru persoanele cu dizabilități este un pas

¹³ David Pfeiffer, spre exemplu, enumeră și ia în considerare nouă diferite abordări cu privire la dizabilitate: versiunea social-construcționistă, modelul social, versiunea de *impairment*, versiunea minorității opresate, a vieții independente, a celei post-moderne, versiunea lui *continuum*, a diversității umane și a discriminării. Cfr. Pfeiffer D. *The conceptualization of disability*. In: Barnartt S, Altman B (a cura di) *Exploring theories and expanding methodologies: where we are and where we need to go*. Oxford: Elsevier 2001: 29-52, p. 32.

¹⁴ Leonardi M. *Definire la disabilità e ridefinire le politiche alla luce della classificazione ICF*, in Borgnolo G et al (a cura di) *ICF e Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità: Nuove prospettive per l'inclusione*. Trento: Erikson; 2009: 45-54, p. 45.

¹⁵ OMS. *ICF: Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*. Trento: Erikson; 2002, p. 23.

făcut pentru toți cetățenii, deoarece dizabilitatea este o posibilitate a condiției umane”¹⁶. În acest mod, imperativul etic, cel de a elimina dizabilitatea se naște din faptul de a fi încadrat-o în perspectiva justiției sociale, invitându-ne la a regândi imaginea omului pe baza teoriei filosofice a justiției. Datoria de a elimina dizabilitatea coincide nu numai cu proiecte de vindecare, ci și cu tentativa de a transforma contextul social și cultural din barieră în facilitator. În confruntarea teoretică cu modelele care descriu și analizează dizabilitatea, anumiți autori, precum John Harris, sunt de acord cu afirmația că există o “datorie morală de a preveni dizabilitatea”¹⁷, și aparent se situează pe tărâmul justiției sociale despre care abia am vorbit. Intr-adevăr, ei precizează că o asemenea datorie nu implică ca persoanele cu dizabilități “ să nu fie asemeni nouă sub aspect moral, politic sau social și nici măcar ca aceștia să nu aibă vieți care merită să fie trăite pe deplin”¹⁸. De altfel, datoria de a preveni dizabilitatea – la nivel social sau o individual – nu ar avea de-a face cu practici de excludere socială sau cu evitarea existenței de “condiții dăunate” (*harmed conditions*) și și-ar găsi justificarea în a nu introduce suferință inutilă în lume. Argumente până acum împărtășite. Problema este însă cum se propune prevenirea dizabilității.

Propunerea lui John Harris se articulează într-o macro-argumentare (punctele 1, 4 și 5) și o argumentare “embedded” (punctele 2 și 3):

- Dizabilitatea este o “condiție dăunată” (*a harmed condition*);
- Fiind o condiție dăunată, dizabilitatea provoacă suferință;
- Dizabilitatea trebuie să fie eliminată în baza principiului conform căruia trebuie să se evite suferința inutilă;
- Suntem responsabili din punct de vedere moral (și legal) dacă aducem daune altora (chiar și propriilor copii);
- Considerând dizabilitatea o condiție dăunată, dreptul civil și/sau penal, dar și culpa morală, pot fi folosite ca mecanisme valide pentru reducerea dizabilității (punctul 3), descurajând, prin sancțiuni oportune sau prin stigmatizare socială, cuplurile care decid să dea naștere a copii cu dizabilități dacă au fost prevenite și cunoșteau acest fapt (aici rolul informației genetice este central).

Prezentăm, în continuare, un scurt rezumat al acestor argumente, pentru a trece apoi la examinarea critică.

¹⁶ *Idem.* p. 52.

¹⁷ A se vedea Harris J. *One principle and three fallacies of disability studies.* J Med Ethics. 2001; 27 (6): 383-387, p. 387. Pentru o aprofundarea a argumentului, în special cu privire la surditate ca o “harmed condition” a se vedea, spre exemplu, Glover J. *Choosing children. Genes, disability and design.* Oxford: Oxford University Press; 2008, pp. 4-36.

¹⁸ Harris J. *One principle and...*, p. 387.

1) Dizabilitatea este o "condiție dăunată" (cu subpunctul că pentru a stabili dacă o condiție este dăunată nu trebuie să avem preferințe abstracte).

Harris introduce această teză în domeniul unei dezbateri cu anumiți autori precum Solveing Reindal¹⁹ și Christopher Newell²⁰, care se bazează pe un model social²¹ al dizabilității. După Harris acest model riscă să ducă la dispariția importanței elementului patologic al dizabilității. Nucleul dezacordului care-i separă pe Harris de Reindal și Newell este acela că factorii sociali, politici sau economici, nu definesc dizabilitatea, ci numai o parte din ceea ce o fac să pară negativă. În mod succint Harris propune:

"(...) este cunoscut faptul că este dificil să oferim o definiție satisfăcătoare a dizabilității, [cu toate că] cred că noi toți știm foarte bine ceea ce înseamnă. O dizabilitate este cu siguranță o condiție fizică sau mentală față de care avem o preferință rațională forte să nu o dorim; și este, un factor și mai relevant, o condiție care este într-un anume sens o "condiție dăunată [*a harmed condition*]"²².

Pentru a clarifica această ultimă noțiune Harris adaugă:

"Personal aş spune că o condiție dăunată [*harmed condition*] există întotdeauna când un individ se găsește într-o stare care îi limitează puterile sau i le compromite, chiar dacă poate fi vorba de o limitare marginală și de o condiție pe care individul acesta nu o putea evita. Eu, spre exemplu, am preferința rațională de a nu-mi pierde degetul mic de la mâna stângă și dorința ca fiii mei să se nască cu toate degetele. Am această preferință pentru că deficiența, oricât ar fi de mică, constituie totuși o limitare și/sau o durere. Dacă mi-aș pierde acel deget sau dacă fiica mea s-ar naște fără acest deget, eu și ea ne-am găsi, ținând seama de limitele indicate, într-o condiție dăunată"²³.

¹⁹ Pentru Solveing Reindal dizabilitatea: "este departe de a fi numai o problemă medicală care poate fi îndreptată, din contră este în principal o problemă culturală și socio-politică. Noțiunea medicală de dizabilitate, o concepe ca fiind o cauză inerentă individului, și nu ia în calcul faptul că nu toți indivizii cu deficiențe, boli etc. experimentează dizabilitate." Cfr. in Reindal S. *Disability, gene therapy and eugenics – a challenge to John Harris*. J Med Ethics. 2000; 26 (2): 89-94, p. 92.

²⁰ Teza lui Newell susține că modul de a trăi a persoanelor cu dizabilități nu este luat suficient în considerare în dezbaterea bioetică cu privire la dizabilitate. Newell indică de altfel, exemple, în care modul de a trăi cuprinde factorul social și nu patologia, ca sursă a excluziunii. A se vedea Newell C. *The social nature of disability, disease and genetics: a response to Gillam, Persson, Draper and Chadwick*. J Med Ethics. 1999; 25 (2): 172-175.

²¹ Teoreticienii modelului social afirmă că dizabilitatea este: "un construct social format din factori de mediu care includ caracteristici fizice integrate în mediu, atitudini și comportamente culturale și sociale, reguli ale instituțiilor, proceduri și practici ale entităților private sau organizații publice". Cfr. in Scotch R. *Models of disability and the Americans with disabilities Act*, Berkeley J. Emp. & Lab L 2000; 21: 213-222, p. 214

²² Harris J. *Is gene therapy a form of eugenics?* in Kuhse H, Singer P (a cura di). *Bioethics. An anthology*. Oxford: Blackwell Publishers; 1999: 165-170, p. 166.

²³ Harris J. *Wonderwomen e Superman. Manipolazione genetica e futuro dell'uomo*. Milano: Baldini & Castoldi; 1997, p. 148.

Într-un text recent precizează:

“Așadar [dizabilitatea] este o condiție pe care tu, sau eu, sau oricine altcineva, aflat în aceleași condiții, rațional am prefera să nu o avem, deoarece a avea o astfel de condiție, într-o oarecare măsură, ne dăunează”²⁴.

După Harris, ceea ce ar defini o *harmed condition* nu este opinia sau experiența posterioară a subiectului aflat în acea condiție, ci o *preferință rațională* – așadar obiectivă – *de a nu fi în acea condiție*: ceva care poate fi evaluat, așa cum pune Harris problema, fără a ține seama de existența condiției înseși. Totuși a construi definiția dizabilității pe cea de prejudiciu implică, în mod necesar, o comparație între o situație anterioară prejudiciului și una posterioară acestuia. Acest lucru, așa cum se va vedea, creează o problemă în definirea prejudiciului adus procreării deși pentru individul în discuție nu există o condiție anterioară unui asemenea prejudiciu. Pentru a depăși această problemă, Harris se asociază propunerii lui J.K. Mason și R. A. McCall Smith conform cărora:

“Confruntarea nu va fi între non existența și existența unui individ cu deficiențe, ci între existența unui copil cu deficiențe și existența unui copil sănătos. Aceasta ar putea fi comparația corectă între a decide ceea ce copilul are nevoie, cu titlul, de despăgubiri pentru faptul de a se fi născut dizabil, chiar dacă problema rămâne, aceea de a ști dacă această dizabilitate ar putea fi atribuită pe bună dreptate acțiunilor altuia, dacă acestea sunt injuste sau nu”²⁵.

O problemă succesivă este constituită de situația în care o persoană cu dizabilități nu ar fi capabilă să aibă o preferință. Harris crede că problema se poate rezolva astfel:

“Pentru indivizii incapabili să aibă o preferință, în schimb, problema cum să evaluăm dacă viața lor merită să fie trăită trebuie să fie rezolvată întrebându-ne dacă o asemenea viață prezintă un bilanț favorabil de satisfacții contra frustrărilor. (...) De altfel, motivul pentru care ne puneam această întrebare poate fi dat numai de voința de a stabili dacă este corect să aducem pe lume o persoană destinată să aibă o astfel de viață. Dacă individul există deja, entitatea prejudiciului produs de faptul de a fi adus pe lume într-o astfel de condiție este măsura handicapului său. Dacă viața este atât de teribilă pentru această persoană încât să prefere non-existența, atunci aceasta trebuie ucisă”²⁶.

Credem că fraza nu mai are nevoie de comentarii, totuși vom prezenta o critică sistematică cu privire la cele afirmate de Harris.

²⁴ Harris J, Quigley M. *To fail to enhance is to disable*. in Raslton D, Ho J. (a cura di) *Philosophical reflections on disability*. Dordrecht: Springer; 2010: 123-131, p. 124.

²⁵ Harris J. *Wonderwoman e Superman...*, p. 140. Opiniilor acestor doi autori citați de Harris se găsesc în: Mason J. K. e McCall, Smith. *Law and Medical Ethics*. London: Butterworths; 1987, p. 101.

²⁶ Harris J. *Wonderwoman e Superman...*, p. 154-155.

2) Dizabilitatea, ca o condiție dăunată, este o condiție care provoacă suferință.

Pentru Harris legătura dintre dizabilitate și suferință este necesară. Conexiunea logică dintre dizabilitate și suferință este stabilită astfel:

"când folosesc termenul "suferință" [îl înțeleg] atât ca termen legat de prejudiciu, în sensul că a suferi prejudicii este a experimenta [fizic] un prejudiciu, chiar dacă experiența personală a unui prejudiciu nu comportă întotdeauna suferință, în sensul de experiență subiectivă neplăcută, cât și ca semnificat care include experiențele subiective neplăcute. [...] când spun că "o persoană cu dizabilități va suferi, în mod inevitabil" fac referire la "a suferi un prejudiciu, experiența prejudiciului, a suferi din cauza dizabilității" și nu în mod necesar, la faptul că "ca simți agonie și angoase", chiar dacă adesea acest lucru va fi adevărat"²⁷.

Cu toate că Harris, în dezbateră cu Edwards, sugerează că suferința, chiar dacă face parte din explicația sa, nu este un nod central în structura conceptuală a definiției date dizabilității. De fapt, susține că argumentul forte în sprijinul modelului său este, mai degrabă, conceptul de dizabilitate ca prejudiciu. În acest sens afirmă că:

"Edwards are dreptate în ceea ce a demonstrat, că dizabilitatea nu implică *mereu* și *necesar* senzații subiective de disconfort sau de dificultăți, chiar dacă adesea acestea există. Totuși, dacă cuvântul 'suferință' îl înlocuim cu termenul de 'prejudiciu', care a fost întotdeauna ideea mea principală (am numit mereu conceptul meu de dizabilitate "concepția de condiție dăunată a dizabilității"), atunci cred că argumentul meu este valid"²⁸

În mod sintetic, pentru a puncta poziția sa, Harris sugerează: "Cred că «este etic să previi nașterea unei persoane cu dizabilități pentru că este corect să previi un prejudiciu ne-necesar». Acesta mi se pare o comparație egală, dacă nu chiar mai bună a ceea ce am exprimat în termeni de "suferință" (...)"²⁹.

3) Eliminarea dizabilității pe baza argumentului de a trebui să evităm "suferința ne-necesară".

Argumentul "introducerii suferințelor ne-necesare sau evitabile în lume" este propus de Harris considerând alegerile reproductive a trei femei ipotetice într-un "experiment mental"³⁰. Pe scurt "experimentul" poate fi descris astfel:

²⁷ Harris J. *One principle and...*, p. 387.

²⁸ *Ibid.*, p. 387.

²⁹ *Ivi.*, p. 387.

³⁰ Acest exemplu a fost inițial dezvoltat de un alt autor, Derek Parfit, cu care J. Harris se confruntă în unele din textele sale. A se vedea și: Parfit D. *Rights Interests and Possible People*. in Kuhse H, Singer P (coord.). *Bioethics ...*: 108-112, p.111.

Prima femeie este însărcinată într-o lună și medicul său o informează că, dacă nu va urma un tratament, copilul pe care-l poartă în pânțece va avea o dizabilitate. A doua femeie este pe punctul de a înceta să mai ia anticoncepționale pentru a încerca să aibă un alt copil, când află că se află într-o stare în care, orice copil al concepe acum, acesta va avea o dizabilitate. Unica soluție pentru această femeie este să aștepte trei luni pentru a putea, ipotetic, să conceapă un copil sănătos. A treia femeie este însărcinată în optsprezece săptămâni și face o amniocenteză. Rezultatul arată că acest copil este afectat de spina bifida și i se propune un avort. Femeia decide să avorteze și să încerce apoi să conceapă un alt copil sănătos. După ce a prezentat cele trei alegeri rdin punct de vedere etic, Harris se întreabă, cu privire la alegerile reproductive ale femeilor, care este elementul comun al acestora:

“Ce este rău în a aduce pe lume un copil handicapat, adică ceea ce aceste femei au încercat să evite, convinse că acționează bine, așa cum fac, dacă pot, nenumărate alte femei reale?”

După mine, răul pe care toate aceste femei încearcă să-l evite este acela de a introduce în lume suferințe nenecesare. (...) Fiecare dintre ele a putut să satisfacă dorința proprie de a avea un copil fără a aduce pe lume o ființă destinată, inevitabil, să sufere”³¹.

Cu toate acestea este crucial că pentru a susține că nu trebuie să aducem pe lume persoane afectate de dizabilitate pentru că este greșit, din punct de vedere moral, să introducem în lume suferință evitabilă, Harris este constrâns să adauge postulatul conform căruia indivizii sunt “înlocuibili”:

“Acum putem schița o concluzie provizorie cu privire la moralitatea întreruperii selective a sarcinii și, mai general, a alegerii de a aduce pe lume indivizi. Eu doresc să avansez ideea conform căreia principiul de fond care unește și explică intuițiile noastre, cu privire la cazuri variate, considerate este că este greșit, din punct de vedere moral, să introducem suferințe evitabile în lume. (...) În susținerea că este greșit, din punct de vedere moral să introducem în lume suferințe evitabile și în a indica că suferința este evitabilă când un individ care este, sau care va fi, handicapat poate fi substituit de unul sănătos, sunt de acord că înlocuirea indivizilor nu prezintă probleme”³².

Harris nu încearcă să propună o argumentare în favoarea acestei afirmații, nici măcar nu ne oferă o demonstrație. Opinia sa este singulară, văzând centralitatea unei astfel afirmații și a radicalității celor afirmate atât din punct de vedere filosofio-ontologic cât și etico-politic. În sfârșit Harris alătură cei doi piloni argumentativi prospectând datoria de a preveni nașterea

³¹ Harris J. *Wonderwomen e Superman...*, p. 124.

³² *Ibid.*, p. 127.

a persoane cu dizabilități fundamentate atât pe interdicția miliană de a dăuna altora, cât și pe obligația morală de a nu aduce suferințe inutile:

"Dizabilitățile se referă mereu la "condiții dăunate" ale persoanei, și în astfel de cazuri nu este niciodată greșit să prevenim nașterile persoanelor cu dizabilități și deseori este o datorie de a o face. Obligația morală de a împiedica daune aduse altora este la fel de puternică ca și obligația morală de a evita suferințe"³³.

4) Din paragraful anterior rezultă că suntem, din punct de vedere moral (și legal), responsabili dacă aducem prejudicii copiilor noștri.

Harris stabilește o responsabilitate în a provoca o "condiție dăunată" susținând că:

"Când B [fiul] se găsește într-o condiție dăunată (*harmed*) și A [mama] și/sau C [tatăl] sunt responsabili de o astfel de condiție, atunci A și/sau C au prejudiciat pe B. În cazul prejudiciului adus procreării, A și/sau C au cauzat nu numai condiția de prejudiciu (*harmful*), dar sunt și din punct de vedere moral, responsabili de faptul că B se găsește în această condiție; deci A și/sau C au dăunat (*have harmed*) pe B. A îl prejudiciază pe B de fiecare dată când A îl pune pe B într-o condiție prejudiciată în sine. Și când A este responsabil din punct de vedere moral de faptul că B a ajuns într-o astfel de condiție, atunci A este responsabil din punct de vedere moral de condiția lui B"³⁴.

5) Dreptul civil sau cel penal poate fi un mecanism eficient pentru reducerea dizabilității.

Afirmând că există prejudicii aduse procreării, adică: "că un individ poate spune că a fost prejudiciat sau că este o victimă a unei greșeli, prin faptul de a fi adus pe lume într-o condiție mai puțin satisfăcătoare"³⁵, Harris răstoarnă termenii problemei și în loc să se preocupe de eliminarea dizabilității, întreprinde o bătălie pentru ca "dreptul civil sau penal să fie un mecanism eficient, sau cel puțin moral, la care să se recurgă pentru a încerca reducerea numărului de copii care vin pe lume cu handicap sau pentru a-i indemniza pe cei care sunt în această situație"³⁶.

Poziția aceasta evidențiază diada dizabilitate (*harmed condition*) – suferință, care reflectă un mod intuitiv, dar acritic, apropierea de acest fenomen.

³³ Harris J. *One principle and....*, p. 387.

³⁴ Harris J. *Wonderwoman e Superman....*, p. 149.

³⁵ *Ibid.*, p. 138.

³⁶ *Ivi.*, p. 138.

Cu toate că folosirea acestui raport pentru a descrie dizabilitatea a fost amplu folosit nu numai în dezbaterile teoretice cu privire la prevenție, ci și în sălile tribunalelor, cu riscul de a fi introdus, în acești termeni și în sălile parlamentelor.

3. Considerații critice

Înainte de toate trebuie să evidențiem faptul că modelul teoretic al lui Harris se înscrie într-o concepție a societății liberale de tip milian. Harris³⁷ reia principiul lui Stuart Mill de «evitare a prejudiciului adus altora» (*avoiding a harm to others*). Un asemenea principiu propune un criteriu pentru a determina raporturile de constrângere și de control dintre societate și individ, și indică că: “unicul scop pentru care se poate, legitim, exercita o putere asupra unui membru al unei comunități civilizate, împotriva voinței sale, este acela de a evita prejudiciul adus altora”³⁸. Acum, în timp ce pentru Mill este vorba de a stabili posibilele rațiuni pentru atenuarea unei interdicții, acea de a exercita o putere asupra unui cetățean împotriva voinței acestuia; pentru Harris ideea e aceea de a justifica în schimb, datoria. Diferența care există între aceste două proceduri, din punct de vedere juridic, este total neglijată de Harris, care se referă la o răsturnare a termenilor problemei. În timp ce pentru Mill singurul scop pentru care se poate exercita o putere este acela de a evita un prejudiciu, pentru Harris evitarea unui prejudiciu este un scop pentru care trebuie să exerciți o putere. La antisimetria de formă corespunde o inversare a problemelor substanțiale. Această inversare apare evidentă, mai ales, atunci când dizabilitatea este definită ca un prejudiciu care s-a întâmplat pentru că nu a fost evitat de cine avea această datorie. Se atribuie astfel o responsabilitate (omisivă) aceluia care, putativ, ar fi putut evita prejudiciul și prin urmare, nefăcându-l, “l-a cauzat”. Vina morală va fi cu atât mai mare cu cât subiectul responsabil de prejudiciul cauzat este conștient și l-a făcut cu intenția de a-l cauza. Se va întoarce asupra acestei idei; pentru moment se focalizează pe problema preliminară a definirii condiției dăunate.

În mod comun pentru evidențierea înrăutățirii unuia este posibil să ne folosim de două criterii:

1°) abordarea cronologică: se compară două momente diferite în timp ce se prezintă succesiv. *Beatrice* într-un moment T_1 și *Beatrice* într-un moment T_2 ;

2°) abordarea contrafactuală: se compară o condiție a lui *Beatrice* (C_1) și o condiție alternativă a lui *Beatrice* (C_2), în același moment cronologic T . Spre

³⁷ Pentru aprofundarea acestei idei referitoare la influența lui Mill în opera lui Harris, a se vedea interpretarea pe care o dă argumentului milian, Cfr. Harris J. *Wonderwomen e Superman...* pp. 101-102.

³⁸ Mill J S. *Saggio sulla libertà...*, p. 12 (corsivo mio).

exemplu, confruntăm condiția de câștig economic a lui *Beatrice* imaginată, dar neverificată (C_1) cu cea a pierderii economice a lui *Beatrice* (C_2), care este, în schimb, verificată.

Dacă responsabilitatea acestei "înărăutățiri" este atribuită cuiva, atunci va fi vorba despre un prejudiciu făcut de acesta din urmă. Spre exemplu, în cazul în care pierderile lui *Beatrice* au avut loc pentru că *Andrei* nu a respectat termenele vânzării acțiunilor, ca rezultat al omisiunii lui *Andrei*, *Beatrice* se găsește într-o condiție mai rea decât cea în care s-ar fi găsit dacă *Andrei* ar fi respectat termenele vânzării (abordare contrafactuală); sau, *Beatrice* era bogată, dar ca urmare a unei înșelătorii financiare din partea lui *Andrei* ea a devenit săracă (abordare cronologică).

Referitor la prejudiciul adus procreării, nici abordarea cronologică, nici cea contrafactuală nu pot fi folosite fără a cădea în absurd. Nu se poate spune că un individ cu o malformație congenitală se găsește într-o stare mai rea decât cea în care nu ar fi existat deloc, pentru că acesta nu se găsea în niciun fel de condiție. Prin analogie și abordarea contrafactuală are nevoie de un individ căruia să-i poată fi aplicate condițiile alternative (v. cazul lui *Beatrice* care a câștigat mai mult decât a pierdut la bursă).

Harris propune așadar o explicație ulterioară a acestui model. Sau comparația nu va fi făcută cu o condiție anterioară, nici cu una contrafactuală, ci prin intermediul criteriului de preferabilitate rațională:

"Am definit dizabilitatea ca o condiție pe care preferăm să nu o avem și care este, într-un anumit sens, o condiție dăunată. Pentru mine, o condiție dăunată este definită fie relativ la o preferință rațională a cuiva, fie la condițiile care ar putea fi descrise ca fiind nocive (...)"³⁹.

Criteriul preferabilității raționale poate fi formalizat după cum urmează:

3°) abordarea *preferinței unei condiții*: *Beatrice* este într-o condiție dăunată în cazul în care se găsește într-o condiție C (spre exemplu *suferă de Sindromul Down*), pe care *Beatrice* nu o preferă sau pe care nu ar fi preferat-o față de o altă condiție C_1 .

Admițând că acest criteriu poate fi acceptat pentru identificarea unei "condiții dăunate", acesta nu numai că nu ocolește confruntarea dintre condiții, ci este și constrâns să presupună existența subiectului a fortiori, atât cât acesta poate să-și poată exprima propriile preferințe. Pentru a face în așa fel încât *Beatrice* să poată spune că preferă o ipotetică și alternativă condiție C_1 (*non harmed condition*) condiției sale actuale C (*harmed condition = Sindromul Down*) trebuie să se respecte termenii sau obligațiile următoare:

³⁹ Harris J. *One principle and...*, p. 389.

4° *Beatrice* trebuie să poată *compara* condiția *C* cu condiția ipotetică și alternativă C_1 , pentru a putea exprima o preferință. Cu convingerea că C_1 este non existența;

Contradicția este evidentă. Prin abordarea preferinței condiției, Harris cade într-o contradicție și mai mare decât cele precedente, aplicând-o prejudiciului adus procreării, pentru că preferința presupune existența a mai mult decât presupune puterea de a compara cele două condiții alternative ale unui individ, din punct de vedere obiectiv. Așadar existența individului prejudiciat este un element pe care nici unul dintre cele trei criterii pentru identificarea prejudiciului adus procreării (*cronologic, contrafactual* sau *al preferinței unei condiții*) nu reușește să-l explice. Pe scurt, în cazul prejudiciului adus procreării, înainte de prejudiciu nu exista *Beatrice*, în nicio condiție C_1 , care ar fi putut să fie comparată unei condiții alternative *C* a aceleiași *Beatrice*. În consecință, folosirea criteriului înrăutățirii recunoașterii unui prejudiciu adus procreării duce la o absurditate. Așadar:

1. Comparația dintre presupusa non existență pe de o parte și existența efectiv «dăunată» pe de alta este imposibilă, atât din punct de vedere ontologic cât și epistemic.

În consecință:

2. Nu există un mod, lipsit de contradicții, pentru a identifica nici *harmed conditions*, nici «prejudiciile aduse procreării» nou-născuților (în cazul celor ce se nasc), pentru că nu există nicio posibilitate de a constata o *înărutățire* față de o condiție precedentă sau alternativă ce privește același individ;

Asemenea eroare devine evidentă dacă se inversează analiza “experimentului mental” a lui Harris⁴⁰ deja menționat, în special, în exemplul femeii care va avorta un făt cu spina bifida. În acest caz, individul în condiția *C* nu a trăit o îmbunătățire a condiției sale de viață, pentru că, pur și simplu el nu va mai exista, după avort.

Pentru a înlătura această problemă Harris neagă condiția prezentă a lui *Beatrice*, pentru a fi judecată ca fiind dăunată, care trebuie să fie comparată cu o altă condiție tot a lui *Beatrice* precedentă sau alternativă. Pentru Harris condiția de comparație poate fi reprezentată de cea generică și abstractă a unui individ uman sănătos.

⁴⁰ Harris J. *Wonderwoman e Superman...*, pp. 124-126.

Această mișcare este, însă, afectată de faptul că în acest fel se compară două condiții diferite a două persoane diferite: ceea ce din punct de vedere a teoriei alegerii raționale, pe care Harris o adoptă explicit, este ca și cum am compara "apples with oranges".

Pentru a înlătura această contradicție, Buchanan susține că descrierile standard ale prejudiciului pot fi modificate sau amplificate, pentru a fi adaptate circumstanțelor cazurilor de «wrongful disability»⁴¹. Faptul că, în mod rațional, în "condițiile dăunate", nu pot fi evitate comparațiile cu situații precedente sau alternative nu justifică modificarea pentru a favoriza identificarea sau descrierea lor. În acest caz, metafora aparatului de ras a lui Occamne sugerează evitarea formulării teoretice în explicarea fenomenului. Este totuși derutantă tentativa de a dori să complicăm, în mod inutil, ceea ce apare în mod rațional "simplu". Tendința de a extinde – în mod nejustificat – noțiunea de prejudiciu are numai scopul de a legitima teoria însăși.

Un alt punct al abordării preferinței condiției, așa cum a fost prezentat de Harris, privește cazurile în care subiecții nu sunt capabili să-și exprime preferințele. De fapt, exemplul citat cu privire la pierderea degetului mic de la mâna stângă funcționează numai când se face referire la subiecți care pot sau au capacitatea de a-și exprima preferințele. În cazul în care "condiția dăunată" implică subiecți – existenți – care nu sunt capabili să-și exprime preferințele, vor trebui să fie alții sau societatea, în general, să se exprime în locul lor. O reprezentanță de acest fel este dificil justificabilă, din același punct de vedere liberal adoptat de Harris, și acesta devine și mai dramatic, când se ajunge la paradoxul de a propune uciderea, ca metodă de a ajunge la o condiție de preferabilitate, adică de a nu exista.

În sinteză, obligația de a preveni un prejudiciu în *harmed conditions* și, mai precis, în prejudiciile aduse procreării, se folosește de criterii contradictorii pentru determinarea sa. Ipotetica înrăutățire legată de prejudiciul adus procreării se ciocnește, de fapt, de presupuziția fundamentală pe baza a variate criterii pentru a-l determina (cronologic, contrafactual și al preferinței unei condiții), adică existența unui individ ale cărui condiții diferite sunt confruntate.

3.1. Eliminarea dizabilității pentru evitarea suferinței

Înainte de toate exprimăm o obiecție substanțială la propunerea de eliminare a suferinței inutile eliminând persoanele cu dizabilități, care privește aceeași identificare dintre dizabilitate și suferință. Identificarea este formulată prin definiția dizabilității ca o condiție dăunată: «Dacă *A* este o persoană cu

⁴¹ Cfr. Buchanan, A. et Al., *From chance...*, p. 224.

dizabilități, A este într-o condiție dăunată și se poate afirma rațional că A suferă». Alți autori au criticat deja această identificare nelegitimă, spre exemplu, Edwards evidențiază că unul poate fi prejudiciat fără să fi suferit, în mod obligatoriu⁴².

Cu toate că slăbiciunea teoretică principală în a propune eliminarea dizabilității pentru a nu introduce suferințe în lume apare, mai cu seamă, dacă se consideră dificultatea teoretică a maximei: “este greșit din punct de vedere moral să introducem în lume suferințe nenecesare”, pentru că nu este de dorit nicio “suferință”. Oamenii sunt cei care suferă: nu există “suferință” ca entitate care poate să fie evitată sau nu; mai degrabă, există indivizi care suferă, cu alte cuvinte suferința există *pentru că* oamenii suferă⁴³. În consecință unicul mod pentru a nu “introduce suferință în lume” devine acela de a împiedica oamenii care ar putea suferi să nu vină pe lume. Acest lucru, pe lângă faptul că este rușinos în sine, duce la consecințe pe care nici măcar Harris nu ar intenționa să le susțină, precum aceea de a elimina pe oricine despre care se poate afirma rațional că va suferi. Nu există nicio posibilitate de a garanta non suferința nici măcar unui individ sănătos, deci unicul mod de a nu introduce suferință în lume, ar fi acela de a împiedica pe toți să se nască.

Mai ales, necauzarea unei suferințe cuiva nu poate coincide cu eliminarea sa. “Ștergerea suferinței” nu poate rezulta din eliminarea a celui care suferă sau, și mai rău, a celui care ar putea suferi. O intervenție pentru «eliminarea suferinței» nu poate justifica eliminarea celui care suferă, tocmai pentru că s-ar justifica numai în salvarea celui care suferă⁴⁴.

Aspectul cel mai important este că pentru justificarea propunerii sale de eliminare a persoanelor cu dizabilități, pentru înlăturarea sursei suferinței, Harris asumă premiza conform căreia “indivizii sunt înlocuibili”. În acest sens, se pune manifest într-un orizont moral diferit de cei în care se mișcă tradiția filosofică,

⁴² Critica lui D. Edwards la tezele lui Harris, este exemplificată printr-o analogie: “(...) un cuplu căsătorit a ieșit pentru a se bucura de o seară plăcută la restaurant, în timp ce, fără știrea lor, un hoț le jefuiește casa. Este plauzibil să se afirme că ei au fost prejudiciați de jaf, chiar dacă, în momentul furtului, nu simt de a fi fost prejudiciați. Nu este plauzibil să se afirme că ei sufereau în timpul furtului, chiar dacă atunci când se vor întoarce și vor vedea ceea ce s-a întâmplat cu casa lor ar putea suferi experiența suferinței”. Prin aceasta, Edwards înțelege să ofere un contra exemplu la ecuația dintre prejudiciu și suferință avansată de Harris, separând prejudiciul de suferință. Cfr. Edwards D. *Prevention of disability on grounds of suffering*. J Med Ethics; 2001, 27 (6): 380-382, p. 382.

⁴³ Este necesar să facem o distincție cu privire la suferință. Trebuie punctată diferența dintre durerea fizică și suferință. Aceste două elemente au rădăcini diferite: prima este are rădăcini în biologie și fiziologie și cealaltă este relativă la un aspect existențial.

⁴⁴ Cu privire la justificarea intervențiilor asupra corpului, Adriano Pessina propune: “În rest, orice practică medicală care operează pe corpul uman se justifică atâta timp cât tinde să salveze viața și sănătatea a celui care, nefiind numai corp, suferă cu corpul său și pentru corpul său. Nu sunt niciodată calitățile abstracte personale cele care au nevoie de intervenții și de tratamente, ci sunt persoanele în corp, care există la modul concret și se dezvoltă, care se nasc, cresc și mor”. Cfr. A. Pessina. *Bioetica. L'uomo sperimentale*. Milano: Mondadori; 2006, p. 92-93.

politică și etică la care se referă, în mod normal, nu numai în mediul academic ci și în toate cartele referitoare la drepturile omului. Ideea conform căreia indivizii sunt de înlocuit contrastează, în mod radical, cu poziția generală a societății occidentale, cu cultura sa și chiar și cu poziția juridică a țărilor care îi aparțin. A fonda o teză atât de importantă pe presupuziția că aceasta contrastează, în mod radical, cu fundamentele societății umane, fără nici măcar a o argumenta, minează validitatea propunerii lui Harris de la rădăcini.

Concluzii

Conceptul de "prejudiciu adus procreării" este afectat de contradicții nesănătoase și implică o serie de consecințe teoretice și etico-practice de o relevanță deloc neglijabilă. În mod sintetic: a) cu privire la dimensiunea obiectivă a prejudiciului (în răutățirea) nu există un mod lipsit de contradicții, pentru identificarea "prejudiciilor" suferite sau posibile (spre exemplu la nou-născuți) și ceea ce este datorat unei dificultăți epistemologice și uneia ontologice în identificarea "non existenței" ca o condiție existențială; b) referitor la dimensiunea subiectivă (imputabilitatea), din punct de vedere formal, nu se poate spune că părinții au "cauzat" patologia sau malformația copilului lor, acest lucru neputând fi imputabil unei acțiuni precise a părinților. Decizia de a continua o sarcină până la naștere nu a avut, de fapt, niciun rol în dezvoltarea bolii sau a dizabilității, cu atât mai mult de a fi cauzat-o. Din punct de vedere substanțial, ideea însăși de "prejudiciu adus procreării" propune o nejustificată limitare a libertății de a genera care delimitează granițele unui stat totalitar; c) propunerea de a elimina persoanele cu dizabilități pentru a răspunde imperativului etic de a nu introduce "suferințe nenecesare" în lume este absurdă. Înainte de o intervenție pentru eliminarea suferința nu se poate justifica eliminarea celui care suferă, tocmai pentru că se justifică numai protecția acestuia; de altfel, urmată coerent, propunerea de a evita introducerea suferinței în lume conduce la rezultatul de a trebui eliminat preventiv oricine despre care se poate afirma, în mod rațional, că va suferi în viitor. În special va fi relevată inconsistența unei eventuale vine morale susținută de criterii folosite de Harris, la ce fel de mecanism moral să se recurgă pentru a încerca să se reducă numărul de persoane cu dizabilități. Cu atât mai periculoasă este propunerea unei ipotetici coerciții legale conexasă acesteia.

Deși imperativul etic de eliminare a dizabilității este susținut de necesitatea unei justiții sociale, modelul lui Harris se abate de la un astfel de imperativ în două puncte fundamentale: orizontul moral și acțiunile de îndeplinit pentru a-l concretiza. Pe de o parte este vorba despre o diversitate morală între modificarea contextului și înlocuirea subiecților susținută de Harris, cu scopul de a elimina dizabilitatea. Pe de alta, există o diferență între calmarea suferinței subiectului care suferă și «prevenirea suferinței» care coincide cu eliminarea celui ce ar putea suferi.

STRESUL ACADEMIC – O SCURTĂ SINTEZĂ DE IDEI

RAMONA JURCĂU^{1*}, IOANA JURCĂU²

ABSTRACT. *Academic Stress - a Brief Synthesis Of Ideas.* Academic stress is well known as being one of the most important types of stress, dropping academic performance. It is a good model for human psychological stress and is, therefore, useful for the study of psycho-neuro-hormonal changes. Among the most studied parameters are the state of anxiety and salivary cortisol level, but other parameters are useful too. Of students, the majority of medicine are more vulnerable emotionally. It has been proved that prevention and modulation of this type of stress, also involves changes regarding academic education act. In addition, to improve students' life quality, it requires social, psychological and even medical interventions support.

Key words: *stress, professional stress, academic stress, students stress*

REZUMAT. Stresul academic este cunoscut ca fiind unul dintre cele mai importante tipuri de stres, scăzând performanța academică. El reprezintă un bun model de stres psihologic la om și este util, așadar, pentru studierea modificărilor psiho-neuro-hormonale. Printre cei mai studiați parametri sunt starea de anxietate și concentrația cortizolului salivar, dar și alți parametri sunt utili. Dintre studenți, majoritatea celor la medicină sunt mai vulnerabili din punct de vedere emoțional. S-a dovedit că prevenirea și modularea acestui tip de stres, implică schimbări privind actul educațional universitar. În plus, pentru a îmbunătăți calitatea vieții studenților, este nevoie de intervenții de sprijin social, psihologic și chiar medical.

Cuvinte cheie: *stres, stres profesional, stres academic, stres student*

Introducere

Termenul "stres", introdus de Hans Selye în 1950, desemnează reacțiile organismului față de agenții de orice fel, având ca urmare, apariția unor modificări psiho-morfofuncționale.

¹ „Iuliu Hatieganu” University of Medicine and Pharmacy, Department of Pathophysiology, Cluj-Napoca, Romania. * E-mail: ramona_mj@yahoo.com

² Pediatric Clinical Hospital, Cluj-Napoca, Romania

Noțiunea de stres psihic îi revine tot lui Selye, și include stimuli psihogeni ca agenți stresori, capabili să inducă o reacție de stres asupra organismului, în absența unor factori biologici sau fizico-chimici^{3,4}. De altfel, s-a constatat că orice modificare a stilului de viață care necesită numeroase schimbări poate fi recunoscută ca generatoare de stres.⁵

Organismul uman, poate reacționa diferit de la un moment la altul, cu consecințe negative sau chiar pozitive asupra sa. Astfel, există stresul negativ, "distresul", cu efecte negative asupra organismului, desemnând agenții stresori cu potențial nociv; organismul suprasolicizat, refuză să treacă la starea inițială. Dar există și stresul pozitiv, numit "eustres", care acționează asupra organismului ca un factor energizant, ajutându-l să preîntâmpine impactul agenților stresori, determinând rezistență la aceștia.

În funcție de durata de acțiune a factorilor de stres, există stresul acut, și stresul cronic. Stresul acut determină modificări asupra organismului atâta timp cât agenții stresori acționează asupra acestuia. Stresul cronic este descris ca și stres persistent, cu acțiune îndelungată asupra organismului.³

Stresul profesional și contextul academic

Stresul profesional reprezintă o amenințare a individului, fiind aditiv dar și cumulativ, cu rezultate dăunătoare la nivel fizic și psihic.⁶

"Profesia" de student poate fi și ea foarte solicitantă. Stresul academic este cunoscut ca fiind unul dintre cele mai importante tipuri de stres, scăzând performanța academică. Astfel, în cazul perfecționismului, se poate ajunge la așa numitul "sindrom impostor", în care studentul se simte mereu în inferioritate. Determinarea exagerată, la rândul ei, poate duce la competitivitate și conștiințiozitate aproape obsesive.^{7,8}

Pentru studenții la medicină, există o mare presiune, fiind implicați intens și factorii psihici.^{9,10,11} Majoritatea acestor studenți sunt mai vulnerabili din

³ Iamandescu IB. Stresul Psihic și Bolile Interne, Editura ALL, București, 1993.

⁴ Jurcău R. Stresul. Criterii de abordare. În Jurcău N. (coord.) „Pedagogie”, ediția a 3-a, Editura U.T. Pres, 2008, pp.203-220.

⁵ Jurcău R, Jurcău I. Mecanismele Stresului în contextul Psiho-Neuro-Imuno-Endocrinologiei, Editura Napoca Star 2008.

⁶ Jurcău R, Jurcău I. Stresul ocupațional. În Jurcău N. (coord.), Psihologie inginerească, ediția a II-a, Editura U.T. Pres 2003, pp.226-280.

⁷ Basnet B, Jaiswal M, Adhikari B, Shyangwa PM. Depression among undergraduate medical students. Kathmandu Univ Med J (KUMJ). 2012;10(39):56-59.

⁸ Michele A, Spatz. Providing consumer health information in the rural setting: Planetree Health Resource Center's approach. Bull Med Libr Assoc. Oct 2000; 88(4):382-388.

⁹ Ochsmann E, Lang J, Drexler H, Schmid K. Stress and Recovery in Junior Doctors. Postgrad Med J. 2011;87(1031):579-584.

¹⁰ Bowman D, Sokol D. Secrets and Lies. Stud BMJ. 2009;9(2):50-51.

¹¹ Iamandescu IB. Factori de risc socioprofesionali, Editura Infomedica, București, 2010.

punct de vedere emoțional, datorită stresului de examen, care poate determina apariția depresiei, tulburări de anxietate și chiar fobie socială. Anxietatea, spre exemplu, este invers proporțională cu performanța. Prevalența stresului perceput pare să fie mare printre studenții la medicină, care tinde să afecteze nu numai performanțele lor academice, dar, de asemenea, toate aspectele legate de sănătate.¹²

În ultimii ani s-a acordat o importanță tot mai mare problemei calității vieții și stresului având în vedere că acesta afectează performanța academică.¹³ De aceea, evaluarea nivelului de stres este un fapt obișnuit cu care se confruntă studenții înainte de examene și este predominant în cazul studenților la medicină.¹⁴ Există o nevoie tot mai mare de apreciere a problemelor legate de calitatea vieții și stresul care implică formarea medicală, în sensul afectării proceselor de învățare și a performanțelor universitare.¹²

Reglare

Determinanții centrali ai răspunsului la stres sunt sistemul eliberator de corticotropină și sistemul locus coeruleus norepinefrină. Cele două sisteme formează axul hipotalamo-hipofizo-adrenergic (HPA).¹⁵ Axele hipotalamo-hipofizo-adrenergic (HHA) și adreno-medulo-simpatic sunt principalele sisteme activate ca răspuns la stres.¹⁶

Nivelul de cortizol la trezire este strâns legat de experiențele de stres și emoții negative, precum și de activarea rețelelor neocorticale, ca mecanism. El prezintă o creștere, diferită de creșterea circadiană dată de activitatea axului HHA înainte de trezire. Măsurătorile EEG, efectuate în mod direct înainte de examen, au relevat faptul că o activare corticală a emisferei drepte este legată de nivelurile mai ridicate de cortizol de după trezire.¹⁷

¹² Shaikh BT, Kahloon A, Kazmi M, Khalid H, Nawaz K, Khan N, Khan S. Students, stress and coping strategies: a case of Pakistani medical school. *Educ Health (Abingdon)*. 2004; 17(3): 346-353.

¹³ Sreeramareddy CT, Shankar PR, Binu VS, Mukhopadhyay C, Ray B, Menezes RG. Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. *BMC Med Educ*. 2007;2(7):26.

¹⁴ Rizvi AH, Awaiz M, Ghanghro Z, Jafferi MA, Aziz S. Pre-examination stress in second year medical students in a government college. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2010;22(2):152-125.

¹⁵ Jurcău R. Stresul. Criterii de abordare. În Jurcău N. (coord.) „Pedagogie”, ediția a 3-a, Editura U.T. Pres, 2008, pp.203-220.

¹⁶ Matos-Gomes N, Katsurayama M, Makimoto FH, Santana LL, Paredes-Garcia E, Becker MA, Dos-Santos MC. Psychological stress and its influence on salivary flow rate, total protein concentration and IgA, IgG and IgM titers. *Neuroimmunomodulation*. 2010;17(6):396-404.

¹⁷ Hewig J, Schlotz W, Gerhards F, Breitenstein C, Lürken A, Naumann E. Associations of the cortisol awakening response (CAR) with cortical activation asymmetry during the course of an exam stress period. *Psychoneuroendocrinology*. 2008;33(1):83-91.

Se știe că lipsa de somn cronică din perioada examenelor, provoacă un dezechilibru al sistemului nervos autonom.¹⁸

În plus, s-a dovedit că există o relație între stresul psihologic și parametrii sistemului imunitar, la subiecții umani.¹⁹

Factori și situații de stres

Factorii care pot favoriza apariția stresului academic, pot fi personali sau de mediu.

S-a constatat că mediul educațional punitiv și competitiv conduce la niveluri ridicate de stres și la simptome psihosomatice, la copiii.²⁰

Dintre factorii generatori de stres legat de examen, cei mai importanți, menționați de studenți, au fost: materialul de studiu foarte bogat (90,8%), lipsa exercițiilor fizice (90%) și durata mare a examenelor (77,5%).²¹ Incapacitatea de a face față, senzația de neajutorare, presiunea psihologică crescută și tensiunea mentală sunt alți factori de stres pentru studenți.²²

Simptome și consecințe

Un anumit grad de stres prezent în pregătirea studentului poate stimula unii indivizi, dar nu toți studenții găsesc stresul ca pe ceva util. Astfel, unii studenți evaluați nu au prezentat o creștere a stresului ca o consecință a examenului, dar au suferit o creștere semnificativă a neliniștii.²³

Transpirația și secreția de mirosuri neplăcute cauzate de stresul emoțional, prin urmare și de cel academic, reprezintă o provocare relevantă pentru antiperspirantele și deodorantele care sunt utilizate de oameni în contextul creșterii nivelurilor de stres ale vieții cotidiene.²⁴

¹⁸ Takase B, Akima T, Satomura K, Ohsuzu F, Mastui T, Ishihara M, Kurita A. Effects of chronic sleep deprivation on autonomic activity by examining heart rate variability, plasma catecholamine, and intracellular magnesium levels. *Biomed Pharmacother.* 2004;58 Suppl 1:S35-39.

¹⁹ Segerstrom SC, Miller GE. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychol Bull.* 2004;130(4):601-30.

²⁰ Hesketh T, Zhen Y, Lu L, Dong ZX, Jun YX, Xing ZW. Stress and psychosomatic symptoms in Chinese school children: cross-sectional survey. *Arch Dis Child.* 2010;95(2):136-140.

²¹ Hashmat S, Hashmat M, Amanullah F, Aziz S. Factors causing exam anxiety in medical students. *J Pak Med Assoc.* 2008;58(4):167-170.

²² Shaikh BT, Kahloon A, Kazmi M, Khalid H, Nawaz K, Khan N, Khan S. Students, stress and coping strategies: a case of Pakistani medical school. *Educ Health (Abingdon).* 2004; 17(3):346-353.

²³ Grases G, Pérez-Castelló JA, Sanchis P, Casero A, Perelló J, Isern B, Rigo E, Grases F. Anxiety and stress among science students. Study of calcium and magnesium alterations. *Magnes Res.* 2006;19(2):102-106.

²⁴ Martin A, Hellhammer J, Hero T, Max H, Schult J, Terstegen L. Effective prevention of stress-induced sweating and axillary malodour formation in teenagers. *Int J Cosmet Sci.* 2011; 33(1):90-97.

Deși majoritatea studenților au experimentat stresul dinaintea examenelor, semnele și simptomele sunt semnificativ variate, predominante fiind iritabilitatea și dereglările de somn, comparativ cu schimbările fiziologice și comportamentale.²⁵

Printre consecințele stresului academic se numără și consumul crescut de cofeină/ energizante, abandonul școlii și depresia.^{26,27}

În cazul studenților la medicină, s-a demonstrat că prevalența depresiei este mai mare în primul an de studiu, astfel că este foarte important să se atenueze factorii de stres din momentul admiterii la facultatea de medicină.

Pentru unii studenți stresul academic determină apariția sentimentului de frică, diminuarea capacităților, furie, culpabilitate, lipsa beneficiului, care pot fi asociate atât cu morbiditatea fizică, cât și cu cea psihică.^{28,29}

Diferențe de mediu și de gen

Factorii de stres sunt prezenți atât în mediul urban cât și în cel rural, respectiv atât la băieți cât și la fete.³⁰ Totuși, adolescenții au arătat niveluri semnificativ mai mari ale stresului indus, comparativ cu adolescentele.³¹ De asemenea, studentele au dovedit a avea niveluri mai ridicate ale anxietății testate, decât studenții.³²

Parametrii influențați

Anxietate. Studiile au arătat că studenții cu un nivel scăzut de anxietate testată, obțin scoruri mai mari la întrebările cu mai multe variante de răspuns, decât cei cu un nivel ridicat de anxietate.

²⁵ Rizvi AH, Awaiz M, Ghangro Z, Jafferi MA, Aziz S. Pre-examination stress in second year medical students in a government college. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2010;22(2):152-155.

²⁶ Ochsmann E, Lang J, Drexler H, Schmid K. Stress and Recovery in Junior Doctors. *Postgrad Med J.* 2011;87(1031):579-584.

²⁷ Pagnin D, De Queiroz V, De Oliveira Filho MA, Gonzalez NV, Salgado AE, Cordeiro e Oliveira B, Lodi CS, Melo RM. Burnout and career choice motivation in medical students. *Med Teach.* 2013;35(5):388-394.

²⁸ Basnet B, Jaiswal M, Adhikari B, Shyangwa PM. Depression among undergraduate medical students. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ).* 2012;10(39):56-59.

²⁹ Michele A. Spatz, Providing consumer health information in the rural setting: Planetree Health Resource Center's approach. *Bull Med Libr Assoc.* 2000;88(4):382-388.

³⁰ Hesketh T, Zhen Y, Lu L, Dong ZX, Jun YX, Xing ZW. Stress and psychosomatic symptoms in Chinese school children: cross-sectional survey. *Arch Dis Child.* 2010;95(2):136-140.

³¹ Martin A, Hellhammer J, Hero T, Max H, Schult J, Terstegen L. Effective prevention of stress-induced sweating and axillary malodour formation in teenagers. *Int J Cosmet Sci.* 2011; 33(1):90-97.

³² Reteguiz JA. Relationship between anxiety and standardized patient test performance in the medicine clerkship. *J Gen Intern Med.* 2006;21(5):415-418.

Cortizol. Complexitatea examinării este importantă. Astfel, examenele orale minore au revelat fie o creștere moderată, dar semnificativă, a concentrației cortizolului în salivă de 1,1 ori, fie nu au avut niciun un impact semnificativ asupra concentrației cortizolului. În contrast, examenele de absolvire au dus la o creștere de 5,2 ori a cortizolului salivar.³³ Participanții cu o activare corticală centroparietală mai mare, au arătat o creștere a nivelului de cortizol la trezire înainte de examen, în timp ce toți ceilalți participanți au arătat o creștere a nivelului de cortizol la trezire ca răspuns la examen.³⁴ Concentrațiile plasmatică de cortizol, ACTH, neuropeptid Y, adrenomedulină, azotit și azotat au fost crescute în timpul perioadelor de stres academic în comparație cu nivelurile de referință.³⁵ Stresul cronic induce creșteri ale nivelului de cortizol global după trezire.³⁶

Cavitate bucală. Alterările în componentele glandei salivare și rata fluxului salivar au fost asociate și cu stresul psihologic. Cu toate acestea, rata fluxului salivar la studenți a fost semnificativ mai mică în timpul examenelor comparativ cu perioada anterioară ($p < 0,0001$), indiferent de prezența sau de absența stresului psihologic.³⁷ În schimb, nivelurile ridicate de α -amilază ale glandei salivare (sAA) au fost legate de stresul subiectiv. De aceea, se consideră că tehnologia biosenzorială de studiere a nivelurilor sAA este un instrument de viitor pentru măsurarea expunerii la stres, deoarece permite atingerea unei precizii și acurateți comparabile cu cele ale unor laboratoare de testare.³⁸ În plus, studenții au avut niveluri mai ridicate de tartru și inflamație gingivală în timpul examenelor, comparativ cu perioada de după examene.³⁹

Metabolism. În condițiile unor factori cauzatori de stres, de exemplu examenele pentru studenți, anxietatea afectează nivelul grăsimilor din sânge cum ar fi trigliceridele. Prin urmare modificarea nivelului trigliceridelor, în

³³ Harl B, Weissshuhn S, Kerschbaum HH. Cortisol titre increases with novelty of academic oral examinations. *Neuro Endocrinol Lett.* 2006;27(5):669-674.

³⁴ Hewig J, Schlotz W, Gerhards F, Breitenstein C, Lürken A, Naumann E. Associations of the cortisol awakening response (CAR) with cortical activation asymmetry during the course of an exam stress period. *Psychoneuroendocrinology.* 2008;33(1):83-91.

³⁵ Al-Ayadhi LY. Neurohormonal changes in medical students during academic stress. *Ann Saudi Med.* 2005;25(1):36-40.

³⁶ Weik U, Deinzer R. Alterations of postawakening cortisol parameters during a prolonged stress period: Results of a prospective controlled study. *Horm Behav.* 2010;58(3):405-409.

³⁷ Matos-Gomes N, Katsurayama M, Makimoto FH, Santana LL, Paredes-Garcia E, Becker MA, Dos-Santos MC. Psychological stress and its influence on salivary flow rate, total protein concentration and IgA, IgG and IgM titers. *Neuroimmunomodulation.* 2010;17(6):396-404.

³⁸ Robles TF, Shetty V, Zigler CM, Glover DA, Elashoff D, Murphy D, Yamaguchi M. The feasibility of ambulatory biosensor measurement of salivary alpha amylase: Relationships with self-reported and naturalistic psychological stress. *Biol Psychol.* 2011;86(1):50-56.

³⁹ Johannsen A, Bjurshammar N, Gustafsson A. The influence of academic stress on gingival inflammation. *Int J Dent Hyg.* 2010;8(1):22-27.

cazul studenților, are loc înainte și după examene, la un nivel al stresului considerat intermediar în comparație cu alte niveluri ale stresului.⁴⁰

Imunitate. Examenele au tendința de a suprima imunitatea celulară păstrând în același timp imunitatea umorală.⁴¹

Microelemente. Stresul de examen determină scăderea magneziului intracelular, fapt care ar putea fi asociat cu lipsa cronică de somn, indusă de evenimentele cardiovasculare asociate acestui stres.⁴²

Măsuri de modulare folosite

Inteligența emoțională moderează puternic relația dintre stresul din timpul examinării și starea de sănătate raportată.⁴³ O interacțiune semnificativă a fost observată între stresul perceput și coping-ul de tip focusare pe problemă, folosit pentru sănătatea psihică. Dar, coping-ul de tip emoții-focusate, a avut un efect negativ sau deteriorant asupra sănătății psihice.⁴⁴

Printre metodele de depășire a stresului de către studenți, se numără și consumul de alcool și droguri, ca factori de eliberare de sub presiunea psihică.⁴⁵

Spre deosebire de ideea anterioară, metodele ne-convenționale de terapie pot fi foarte utile. Astfel, substanțele adaptogene, care există în unele plante, sunt binecunoscute pentru efectele lor de modulare a stresului. Un exemplu, în acest sens, este și *Rhodiola Rosea*⁴⁶

Concluzii

1. Stresul universitar este un model bun de stres psihologic la om și este, așadar, util pentru studierea modificărilor psiho-neuro-hormonale.

⁴⁰ Maimanee TA. The impact of exams anxiety on the level of triglycerides in university female students. *J Egypt Soc Parasitol.* 2010;40(1):259-270.

⁴¹ Segerstrom SC, Miller GE. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychol Bull.* 2004;130(4):601-630.

⁴² Takase B, Akima T, Satomura K, Ohsuzu F, Mastui T, Ishihara M, Kurita A. Effects of chronic sleep deprivation on autonomic activity by examining heart rate variability, plasma catecholamine, and intracellular magnesium levels. *Biomed Pharmacother.* 2004;58 Suppl 1:S35-39.

⁴³ Mikolajczak M, Luminet O, Menil C. Predicting resistance to stress: incremental validity of trait emotional intelligence over alexithymia and optimism. *Psicothema.* 2006;18 Suppl:79-88.

⁴⁴ Wang HF, Yeh MC. Stress, coping, and psychological health of vocational high school nursing students associated with a competitive entrance exam. *J Nurs Res.* 2005;13(2):106-116.

⁴⁵ Sreeramareddy CT, Shankar PR, Binu VS, Mukhopadhyay C, Ray B, Menezes RG. Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. *BMC Med Educ.* 2007;2(7):26.

⁴⁶ Jurcău R, Jurcău I, Colceriu N, Hărănguș D. Influence of Stimaral phytotherapeutic product, that contains *Rhodiola Rosea*, on exam stress. 34th STAR Conference 2013, Universidade do Algarve, 1-3 July 2013, Faro, Portugal.

2. Dintre studenți, majoritatea celor la medicină sunt mai vulnerabili din punct de vedere emoțional.
3. Prevenirea și modularea acestui tip de stres, implică schimbări privind actul educațional universitar.
4. În plus, pentru a îmbunătăți calitatea vieții studenților, este nevoie de intervenții de sprijin social, psihologic și chiar medical.

Conflicte de interese

Nimic de declarat.

Confirmare (Acknowledgement)

Adresam mulțumirile noastre Domnului Ing. Dr. Nicolae Colceriu, pentru consilierea botanică de specialitate și pentru contribuția la prelucrarea statistică a datelor.

TRUPUL MORȚII ȘI AL SLAVEI – PERSPECTIVĂ BIBLICĂ ȘI BIOETICĂ

STELIAN PAȘCA-TUȘA¹

ABSTRACT. *The Body of Death and That of Resurrection – a Biblical and Bioethical Perspective.* In this study I wish to address the issue of the human body seen in two of the extreme moments of its existence – death and resurrection – which has an actual applicability in the field of bioethics: beginning by substantiating my approach with old testamentary references, I emphasised the particular aspects of the human body in its paradisiacal state, in that following the fall and in that restored by Christ – one that had in fact been foreshadowed and foretold in the prophecies. The aim is to underline that the body which is subjected to death and decay and the body which is meant to resurrect are one and the same. The scriptural perspective comes as an alternative to the adulterated conception of the body promoted by the de-personalised medicine of the consumerist society and by the pornographic industry. The rehabilitation of the body's intrinsic value will be achieved only when we will fully grasp the extraordinary quality it gained by the incarnation of Christ. The conclusions of this study offer a means of potentially regaining the body's dignity which is usually lost in the mundane surrounding reality.

Key-words: *body, resurrection, garments of skin, bioethics, person, Christ, image, resemblance, Holy Fathers*

REZUMAT. În acest studiu doresc să abordez problematica trupului uman privită în cele două extreme ale naturii sale (moartea și învierea) cu aplicabilitate concretă în bioetică, pornind de la o fundamentare veterotestamentară exhaustivă care va avea în vedere evidențierea aspectelor specifice ale trupului omenesc din starea sa paradisiacă, din cea imediat următoare căderii și din cea restaurată de Hristos care este prefigurată și prevestită în profeții. Demersul are ca finalitate sublinierea identității care există între trupul supus morții și stricăciunii și trupul menit învierii. Această perspectivă scripturistică este menită să contrabalanseze denaturarea concepției despre trup care este promovată în medicina depersonalizată, în societatea de consum și în industria pornografică. Reabilitarea statutului pe care trupul îl are în sine va fi realizabilă doar atunci

¹ *Facultatea de Teologie Ortodoxă, Universitatea „Babeș-Bolyai”, Cluj-Napoca, România, stelianpascatusa@yahoo.com*

când se va înțelege calitatea extraordinară pe care acesta a dobândit-o prin întruparea lui Hristos, prototipul ceresc. Concluziile studiului vor putea oferi cititorului o posibilă variantă de recuperare a demnității trupului uman pierdută în realitatea cotidiană.

Cuvinte-cheie: trup, moarte, înviere, haine de piele, bioetică, persoană, Hristos, chip, asemănare, Sfinții Părinți

Preliminarii

Trupul, structură paradoxală, care alături de suflet definește și alcătuiește persoana umană, a fost creat de Dumnezeu după chipul Celui ce avea să Se întrupeze² și, după ce l-a învăluit cu suflarea Duhului Său, i-a dat putere să îndumnezeiască țărâna din care a fost plăsmuit. Dar omul călcând porunca Ziditorului a pierdut nemurirea pe care o avea în potență prin harul dumnezeiesc³ și a fost înveșmântat cu *haine de piele* menite să se destrame (Iov 19, 25). Astfel că, trupul său destinat veșniciei se întorcea în pământul din care a fost luat (Fc. 3, 19). Acest demers ireversibil care condamna întreaga omenire la moarte a fost reorientat de Hristos spre înviere. Prin întruparea, moartea și ridicarea Sa din morți, Fiul lui Dumnezeu înomenit a restaurat chipul Său din om, transfigurând trupul morții într-un trup al slavei.

În viziunea Sfinților Părinți⁴, restaurarea săvârșită de Mântuitorul nu este altceva decât o reșezare a omului în starea cea dintâi. Starea lui îngerească (Ps. 8, 5) nu poate fi înțeleasă decât prin prisma învierii lui Hristos care a devenit pârgă a întregului neam omenesc. Trupul lui Adam nu era material și grosier, ci era într-o oarecare măsură asemănător cu trupurile înviate despre care vorbește Sfântul Apostol Pavel (1 Co. 15). Cu toate că trupul nostru dobândit după cădere este mult diferit de cel pe care omul îl avea în rai nu putem spune că este vorba de un alt trup. Atât trupul morții, cât și cel al învierii poartă în sine chipul lui Dumnezeu. Diferența dintre acestea constă în modul în care aceste

² SF. IRINEU DE LYON, „Adversus haeresis,” în *The Ante-Nicene Fathers* 1, ed. Alexander Roberts et al. (Oak Harbor: Logos Research Systems, 1997), 544.

³ SF. ATANASIE CEL MARE, „Cuvânt împotriva elinilor,” în *PSB* 15, ed. Dumitru Stăniloae (București: EIBMO, 1987), 31; SF. GRIGORIE PALAMA, „150 de capete despre cunoștința naturală, despre cunoașterea lui Dumnezeu, despre viața morală și despre făptuire,” în *Filocalia* 7, ed. Dumitru Stăniloae (București: EIBMO, 1976), 323.

⁴ SF. MAXIM MĂRTURISITORUL, „Ambigua,” în *PSB* 80, ed. Dumitru Stăniloae (București: EIBMO, 1987), 277-8.

trupuri și-au asumat asemănarea cu Creatorul. Acest telos nu este caracteristic doar sufletului, ci și trupului⁵ care este vrednic de prețuire prin obârșia sa, precum și prin menirea de a deveni „templu al Duhului Sfânt” (1 Co. 6, 19).

Am făcut aceste precizări pentru a stabili de la bun început statutul pe care trupul îl are în dihotomia umană și identitatea existentă între trupul supus stricăciunii și cel pnevmatizat care va învia la Parusie. Trupul este prețuit de Dumnezeu chiar dacă este muritor. Acest fapt reiese din întruparea Cuvântului, precum și din hotărârea dumnezeiască de a reuni cele două părți (trup și suflet) la sfârșitul lumii, după ce acestea au suferit o despărțire vremelnică în ceasul morții, pentru că nu pot „rămâne înstrăinate cele ce sunt de nedespărțit”⁶.

Prin aceste realități învățătura creștină se diferențiază vizibil de diferitele concepții care privesc trupul omenesc ca pe o entitate independentă sau ca pe o realitate distinctă. În general, medicina modernă privește omul ca pe o sumă de componente ce pot fi remediate prin tehnicile specializate atunci când intervine o disfuncție⁷. Unii medici nu tratează astăzi decât trupuri și organe pentru că oamenii sunt priviți ca niște făpturi a căror chipuri poartă amprenta divinității. Atât timp cât aceștia nu se raportează la om ca la o persoană, trupul este redus la statutul de sistem care poate fi reparat, înlocuit și care poate fi clasificat în simple *cazuri*. Acest tip de medicină depersonalizată lezează adânc sufletul omului care pe lângă suferința cauzată de boală se simte înjosit și degradat la un nivel inferior firii umane.

Acest fenomen este extins și generalizat în aproape toate structurile societății actuale. Trupul apare într-o ipostază lipsită de orice dimensiune spirituală și personală. În lumea comercială, publicitatea impune o imagine disimulantă a trupului uman. Acesta este folosit – mai ales în nuditatea sa – pentru a genera vânzarea și cumpărarea unui produs. Trupul, redus la simpla sa înfățișare fizică, a devenit mijlocul care trezește pofta celuilalt de a achiziționa un produs sau altul.

În cinematografie, trupul este dissociat aproape în întregime de persoana căreia îi aparține putând fi folosit de oricine voiește. Punctul culminant al acestei devieri este atins în pornografie⁸. Privitorului i se oferă posibilitatea de a-și dezlănțui imaginația și de a-și satisface patimile sale senzuale. Pudoarea și jena dispar treptat făcând posibilă trecerea de la gând la faptă. Senzația de putere

⁵ Sf. MACARIE EGIPTEANUL, „Omilii,” în *PSB* 34, ed. Constantin Cornișescu (București: EIBMO, 1992), 166.

⁶ Jean-Claude LARCHET, *Acesta este trupul Meu...*, ed. Marinela Bojin (București: Sofia, 2006), 32.

⁷ Ioan CHIRILĂ, „Omul, o unitate care moare pe părți,” în *Medicii și Biserica. Perspectiva creștin-ortodoxă asupra prelevării și transplantului de organe*, vol. 7, ed. Mircea Gelu Buta (Cluj-Napoca: Renașterea, 2009), 25.

⁸ Jean-Claude LARCHET, *Acesta este trupul Meu...*, 34-5. Cf. Virgiliu GHEORGHE, *Pornografia – maladia secolului XXI* (București: Prodomos, 2011); IDEM, *Efectele micului ecran asupra minții copilului* (București: Prodomos, 2008); IDEM, *Efectele televiziunii asupra minții umane* (București: Prodomos, 2006).

pe care a simțit-o în ascuns devine acum țintă. Tentația de a-i face pe cei din jur simple obiecte care să îi satisfacă sexualitatea sa grosolană este atât începutul dezumanizării sale, cât și a semenilor săi.

Antropologia creștină oferă lumii de azi imaginea reală pe care trupul omului o are în sine. Nesocotirea lui implică nesocotirea omului, deoarece trupul exprimă persoana. „El nu este doar un obiect al acestei lumi – afirmă Oliver Clément – ci, fundamental, cineva, manifestarea, limbajul unei persoane. [...] Este cel prin care mă ofer privirii celuilalt. El trimite la întreaga existență a omului. Experiența trupului mi se dezvăluie ca ceva ce coincide nemijlocit cu prezența mea. Trupul meu nu este nici lucru, nici instrument, ci *eu* în lume, *eu* pentru ceilalți.”⁹ Această dimensiune a trupului omenesc intenționez să o aprofundez în acest studiu pentru a oferi cititorului o perspectivă amplă (fundamentată în primul rând biblic) asupra valorii nemărginite care este ascunsă în acest trup al morții care este sortit învierii.

1. Perspectivă biblică

Pentru a înțelege modul în care trupul este perceput în Sfânta Scriptură, întâi de toate este necesar să clarificăm care este sensul de bază al cuvântului *trup*. În limba ebraică termenul care definește această structură umană este בָּשָׂר (*basar*). Acesta este utilizat în 273 de situații în Vechiul Testament. În cele mai multe cazuri (256) *basar* are sensul de carne¹⁰, adică totalitatea țesuturilor ce compun părțile unui trup care însumează o masă corporală ce include piele, ligamente, mușchi etc¹¹. Asocierea acestui cuvânt cu cel de עֵצָה (*ețem*) – *os* pentru a sublinia ideea de trup denotă și mai clar ideea presupusă de primul termen (Fc. 2, 23; Iov 2, 5). Însă *basar* poate dobândi înțelesul de trup fără a fi nevoie să se facă referire la oase (Nm. 8, 6; 4 Rg. 4,34; Eccl. 2, 3). Dacă *basar* poate să se refere la om, atunci el poate defini și firea umană (Is. 66, 16, 24) precum și pe cea a creaturilor (Fc. 6, 19). În acest sens, trupul care este slab și muritor este văzut adeseori în contrast cu Duhul lui Dumnezeu (Fc. 6, 3; Ps. 55, 4; Is. 31, 3; 40, 6; Ir. 17, 5). Din aceasta nu înțelegem că în toate textele veterotestamentare *basar* este folosit ca simbol al rebeliunii umane, ci doar în acelea în care omul uită că este doar trup (Ecc. 5, 5). Această viziune constituie baza teologiei pauline în care se dezvoltă problematica oamenilor trupești și a

⁹ Oliver CLÉMENT, *Trupul morții și al slavei. Scurtă introducere la o teopoetică a trupului*, ed. Eugenia Vlad (București: Asociația Filantropică Medicală Creștină Christiana, 1996), 8.

¹⁰ James SWANSON, *Dictionary of Biblical Languages With Semantic Domains: Hebrew (Old Testament)* (Oak Harbor: Logos Research Systems, Inc., 1997), s. HGK1414.

¹¹ James STRONG, *The Exhaustive Concordance of the Bible: Showing Every Word of the Test of the Common English Version of the Canonical Books, and Every Occurrence of Each Word in Regular Order* (Ontario: Woodside Bible Fellowship, 1996), s. H1320.

celor duhovnicești¹². Semnificativ pentru Noul Testament este și faptul că Septuaginta traduce cuvântul *basar* prin $\beta\alpha\sigma\alpha\rho$ în 145 de locuri¹³. Mă voi limita însă doar la această precizare terminologică, deoarece premisele biblice ale subiectului vor fi preluate în cea mai mare măsură din Scriptura Veche care constituie și domeniul cercetării mele doctorale.

a. Zidirea trupului după chipul și asemănarea lui Dumnezeu

Fiind alcătuit în întregime după chipul ceresc, omul poartă amprenta prototipului veșnic până în cele mai intime structuri ale Sale. Cu toate că în referatul scripturistic al creației ni se precizează în mod explicit faptul că trupul a fost zidit după chipul Creatorului (Fc. 1, 26-27; 2, 7), Sfinții Părinți s-au sfiit uneori să mărturisească direct acest adevăr pentru a nu oferi unora oportunitatea de a susține existența unei anumite corporalități în Dumnezeu care de altfel este duh prin excelență¹⁴. Totuși, Sfântul Irineu de Lyon raportându-se la om ca la o ființă alcătuită din suflet și trup, mărturisește că: „omul desăvârșit este un ansamblu care formează o unitate compusă din sufletul care primește Duhul Tatălui și este una cu trupul modelat după chipul lui Dumnezeu¹⁵.” Exemplul său este urmat și de alți părinți (Sf. Ioan Gură de Aur¹⁶, Sf. Grigorie de Nyssa¹⁷ și în special părinții sirieni) care-i confirmă afirmația oferind diferite explicații acestui adevăr delicat (pentru unii). Una dintre cele mai frecvente motivații este cea că Dumnezeu a creat pe om după chipul Fiului Său Care avea să se înomenească și să ia trup material. Chiar dacă acest fapt nu era încă realizat în momentul creației, întruparea Domnului facea parte din planul veșnic a lui Dumnezeu¹⁸.

Zidirea trupului omenesc după chipul lui Dumnezeu s-a realizat (ca și în cazul sufletului) în vederea asemănării. Atingerea acestui telos prin practicarea

¹² Robert L. HARRIS et al., *Theological Wordbook of the Old Testament* (Chicago: Moody Press, 1999), 135.

¹³ Pentru o perspectivă amplă care are în vedere semnificația termenului $\beta\alpha\sigma\alpha\rho$ în lumea greacă și în creștinism vezi Gerhard KITTEL et al., *Theological Dictionary of the New Testament*, vol. 7 (Grand Rapids: Eerdmans, 1964-1976), 98-151.

¹⁴ „Dar la auzul acestor cuvinte se năpustesc alți eretici, care pângăresc dogmele Bisericii și zic: *Iată, a spus: «după chipul Nostru»*. Și vor să spună că Dumnezeu are chip de om. Dar cea mai mare nebulie este să cobori la chip omenesc pe Cel fără de formă, fără de chip, neschimbător și să dai Celui fără de trup forme și mădulare.” SF. IOAN GURĂ DE AUR, „Omiliile la Facere,” în *PSB* 21, ed. Dumitru Fecioru (București: EIBMO, 1987), 101.

¹⁵ SF. IRINEU DE LYON, *Adversus haeresis*, 507.

¹⁶ SF. IOAN GURĂ DE AUR, *Omiliile la Facere*, 98-103.

¹⁷ Prezentând starea deplorabilă în care poate ajunge omul căzut, Sfântul Grigorie susține că „urățenia materiei [trupului] (n. n.) trece și asupra firii și asupra spiritului, așa încât, din chipul dumnezeiesc, întipărit în om, abia dacă mai pot fi întrezărite trăsăturile alcătuirii lui.” SF. GRIGORIE DE NYSSA, „Despre facerea omului,” în *PSB* 30, ed. Teodor Bodogae (București: EIBMO, 1992), 87-8.

¹⁸ SF. IRINEU DE LYON, *Adversus haeresis*, 544.

virtuților este ținta ambelor structuri ființiale ale omului. Pe lângă faptul că trupului îi corespund în mod evident anumite practici (ex. postul, nevoința, înfrânarea), acesta participă într-o anumită măsură la fiecare demers pe care sufletul îl realizează în calea sa spre îndumnezeire. Având în vedere aceste aspecte și imaginea trupului pnevmatizat a lui Hristos de după evenimentul învierii, prefigurat pe muntele Tabor, părinții au fost îndreptățiți să afirme că trupul este menit îndumnezeirii, într-un mod specific lui. Prin urmare, Sfântul Macarie Egipteanul consideră că: „după cum trupul Domnului, atunci când S-a suit pe munte a fost slăvit și s-a transformat în strălucire divină și într-o lumină nemărginită, la fel vor fi slăvite trupurile sfinților și vor străluci. Și după cum slava cea dinlăuntru a lui Hristos i-a acoperit trupul și [acesta] (n. t.) a strălucit, la fel și în cazul sfinților, puterea lui Hristos care este înlăuntru lor, în ziua aceea se va revărsa în afară peste trupurile lor.”¹⁹.

b. Trupul – de la veșmânt luminos la haine de piele

Învăluit de harul dumnezeiesc, trupul lucra sârguincios alături de suflet la realizarea asemănării cu Creatorul. În grădina Edenului acesta nu cunoștea stricăciune, boală, durere sau moarte, ci era într-o stare cu totul străină omului căzut²⁰ în care diferența dintre el și îngerii era nesemnificativă (Ps. 8, 4-6)²¹. Deși omul este o făptură limitată prin corporalitatea sa (Ps. 102, 15-16; 143, 3-4), acesta a fost înzestrat de Creator cu o demnitate extraordinară²², încât a putut fi comparat în acest psalm al creației²³ cu Dumnezeu (după textul ebraic) sau cu îngerii (după cel grecesc)²⁴. Dezbătând întrebarea privitoare la înviere pe care saducheii au adresat-o Domnului (Mt. 20, 22-32), Sfântul Grigorie de Nyssa subliniază faptul că prin harul învierii omul redobândește statutul său din rai

¹⁹ SF. MACARIE EGIPTEANUL, *Omilii...*, 166.

²⁰ Abordând chestiunea diferențelor existente între omul din rai și cel de după cădere, Sfântul Grigorie afirmă: „Faptul că acum viața omenească decurge în împrejurări nepotrivite firii ei nu este o dovadă suficientă că omul n-a trăit niciodată în alte condiții...”. SF. GRIGORIE DE NYSSA, *Marele cuvânt catehetic*, ed. Grigorie Teodorescu (București: Sofia, 1998), 29

²¹ „Ce este omul că-ți amintești de el? Sau fiul omului, că-l cercetezi pe el? Micșoratu-l-ai pe dânsul cu puțin față de îngerii, cu mărire și cu cinste l-ai încununat pe el. Pusu-l-ai pe dânsul peste lucrul mâinilor Tale, toate le-ai supus sub picioarele lui.”

²² Vezi amănunte despre antropologia psalmilor în Dumitru ABRUDAN, „Cartea Psalmilor în spiritualitatea ortodoxă,” *Revista Teologică* 7-8, (1985): 466.

²³ Cf. Claus WESTERMANN, *Der Psalter* (Stuttgart: Calwer Verlag, 1967), 78.

²⁴ Diferența dintre acestea a fost cauzată de cuvântul מְלַאכִים (*meelohim*) care a poate fi redat în limba română prin sintagma *decât Dumnezeu*. Termenul respectiv a fost tradus de Septuaginta cu expresia *angelis* iar de Vulgata cu *ab angelis* (*decât îngerii*). Se presupune că opțiunea de traducere a fost făcută din smerenie, deoarece compararea omului cu Dumnezeu putea fi percepută ca o exagerare, însă datorită faptului că această expresie nevocalizată putea fi citită *malahim* (îngerii), unii cercetători au considerat îndreptățită tâlcuirea celor 70 de bătrâni și a lui Ieronim. Cf. Peter CRAIGIE, „Psalms 1-50,” în *WBC 19* (Dallas: Word Inc., 2002), 107.

în care se aseamăna cu îngerii: „Harul învierii nu trebuie înțeles altfel decât ca o reabilitare a oamenilor în vechea stare pe care au avut-o înainte de căderea în păcat. Într-adevăr, harul pe care-l așteptăm este reîntoarcerea la viața cea dintâi când va fi adus din nou în rai omul care fusese scos de acolo. Așadar, dacă viața celor restabiliți se aseamănă cu cea a îngerilor, atunci e limpede că viața de dinainte de păcat era un fel de viață îngerească.”²⁵.

Înainte de căderea sa în păcat, omul era învăluit de slavă cerească și îmbrăcat fiind într-un veșmânt luminat *țesut de Dumnezeu*²⁶, avea trupul plin de harul dobândit din suflarea de viață (Fc. 2, 7). Odată cu neascultarea omului, starea cea dintâi a fost pierdută, iar trupul ce altădată era întrepătruns de puterile sufletești a devenit dens și solid, împovărat de materialitate, sfâșiat de împotriviri care la început i-au fost cu totul străine. Această nouă stare a trupului este prevestită de *hainele de piele* cu care Ziditorul a înveșmântat pe protopărinți înainte de izgonirea lor din Eden (Fc. 3, 21). Deși subliniază pronia lui Dumnezeu²⁷, aceste haine exprimă mortalitatea biologică (Iov 19, 25) pe care Dumnezeu a pus-o din iconomie în firea ființelor ce au fost create spre nemurire. Această înveșmântare marchează o schimbare semnificativă pentru om. Viața nu mai este pentru acesta o caracteristică constitutivă, deoarece moartea transformă ființarea sa în supraviețuire²⁸. Sentința drastică pronunțată de Dumnezeu prin care prevestea întoarcerea omului în țărâna din care a fost alcătuit (Fc. 3, 19) avea să fie asumată și conștientizată de toți urmașii lui Adam (3 Rg. 2, 1-2²⁹; Iov 1, 21³⁰; Ecc. 12, 7³¹).

Trupul care a fost merit slavei ajunge supus păcatului și devine instrument de perpetuare a pornirilor iraționale și pătimașe. Armonia care caracteriza

²⁵ Sf. GRIGORIE DE NYSSA, *Despre facerea omului*, 52.

²⁶ „Veșmântul cel dintâi pe care dintru început mi l-ai țesut, Ziditorule, mi l-am rupt...” sau „Haine de piele mi-a țesut păcatul, despuindu-mă de veșmântul cel dintâi, țesut de Dumnezeu”. Sf. ANDREI CRETANUL, *Canonul cel Mare*, ed. Bartolomeu v. Anania (Cluj-Napoca: Renașterea, 2006), 15

²⁷ „Dumnezeu preface ceea ce este un rezultat al negației, și prin urmare, negativ, în ceva relativ pozitiv, în vederea transfigurării lui finale. [...] Dumnezeu se folosește de această nouă stare ca de una din multele căi pe care le cunoaște înțelepciunea Sa cea milostivă și mult felurită ca să conducă umanitatea spre binele cel mai mare, Hristos, Care va realiza într-un mod nou, mai uimitor și cuvenit lui Dumnezeu, destinul ei inițial pe care Adam nu l-a realizat, făcând o rea întrebuițare a puterilor naturale.” Panayotis NELLAS, *Omul – animal îndumnezeit*, ed. Ioan I. Ică jr. (Sibiu: Deisis, 1994), 37.

²⁸ „Primul om a căzut din viața dumnezeiască și a dobândit o alta, născătoare de moarte, prin care îmbrăcându-se în forma irațională (dobitocească) și întunecându-și frumusețea negrăită a celei dumnezeiești, a predat toată firea morții spre mâncare. Prin aceasta moartea trăiește în cursul acestei întregi distanțe temporale, făcându-ne pe noi mâncare ei înseși, iar noi nu mai trăim în cursul ei, fiind neîncetat mâncați de ea prin corupere.” Sf. MAXIM MĂRTURISITORUL, *Ambigua*, 155-6.

²⁹ „Apropiindu-se vremea lui David ca să moară, a lăsat el fiului său Solomon acest legământ: Iată, eu mă duc pe drumul pe care toți pământeni se duc;”

³⁰ „Și a rostit: Gol am ieșit din pântecul mamei mele și gol mă voi întoarce în pământ!”

³¹ „Și ca pulberea să se întoarcă în pământ cum a fost, iar sufletul să se întoarcă la Dumnezeu, Care l-a dat.”

până atunci pe om a fost în mare parte pierdută, trupul înlănțuiește sufletul și-l supune făcându-l rob răzvrătirii la care a avut și el partea sa de vină. Omul căzut simte conflictul interior cauzat de dezechilibrul pe care forțele celor două structuri ale sale (trup și suflet) l-au dobândit prin păcat³². Sufletul, târât spre materialitate de pornirile cărnii se îndepărtează de trupul său pe care îl percepe ca o realitate străină lui, mereu în căutarea stărilor conflictuale. Într-un dialog intim cu trupul său, Sfântul Ioan Scăraru descrie drama interioară dobândită de om prin cădere: „În ce chip voi judeca pe acest prieten al meu? [...] Cum mă voi elibera de cel cu care m-am legat pe vecie? Cum îl voi omorî pe cel ce va învia odată cu mine? [...] Îmi este și împreună-lucrător și vrăjmaș; și ajutor și potrivnic; și susținător și iscoditor de curse; slujit, mă războiește, topit (cu postul), pierde din putere; odihnit, iese din rânduială; muncit iarăși, nu rabdă; de-l înfricoșez, îl primejduiesc; de-l rănesc, nu am prin cine să câștig virtuțile [...] Care este taina cu privire la mine? Care este rațiunea alcătuirii mele? Cum îmi sunt mie însumi prieten și dușman? Spune-mi tu, spune-mi, soțul meu, firea mea!”³³. În același timp, trupul ajuns în stricăciune suferă cumplit după starea dintâi și încearcă într-un mod nefericit să-și astâmpere durerea căutând să-și satisfacă toate poftele sale. Agonia sa prelungită, sfâșie și tiranizează pe omul îmbrăcat în *haina dezlănată*³⁴ și plină de ocară țesută prin sfatul șarpelui spre vădirea patimilor celor săvârșite din voia sa.

c. Îndumnezeirea trupului stricăcios prin Iisus Hristos

Dumnezeu, în marea sa iubire față de oameni și conștient de nimicnicia acestei făpturi (cf. Ps. 77, 44³⁵; 143, 4³⁶), a folosit această nouă stare, după cum susținea și Panayotis Nellas³⁷, în favoarea celor care încă îi purtau dumnezeiescul chip, ca să-i conducă spre un bine și mai mare: restaurarea lor prin întruparea lui Hristos. Prin înomenirea Fiului Său, Dumnezeu a arătat din nou prețuirea pe care o atribuie trupului omenesc, atât prin faptul că Iisus Hristos vine în trup și Se face trup, cât și prin sublinierea faptului că trupul este menit unui scop înalt: îndumnezeirea³⁸. Asumând odată cu firea toate afectele noastre, Hristos a desăvârșit în modul cel mai sublim ceea ce era bun în trupul nostru și a curățit prin practicarea virtuților tot ceea ce era rău în el. Împotrivindu-se întregii ispitiri trupești din Qarantania, îndurând foamea, setea și schingiuirea în timpul patimilor, Hristos a pregătit trupul Său omenesc ce era sortit morții

³² Jean-Claude LARCHET, *Acesta este trupul Meu...*, 55.

³³ Sf. IOAN SCĂRARU, „Scara,” în *Filocalia* 9, ed. Dumitru Stăniloae (București: EIBMO, 1980), 247-8.

³⁴ Sf. ANDREI CRETANUL, *Canonul...*, 15.

³⁵ „[Domnul] Și-a adus aminte că trup sunt ei, suflare ce trece și nu se mai întoarce.”

³⁶ „Omul cu deșertăciunea se aseamănă; zilele lui ca umbra trec.”

³⁷ Panayotis NELLAS, *Omul...*, 37-8.

³⁸ Jean-Claude LARCHET, *Acesta este trupul Meu...*, 63.

prin cădere, pentru înviere și transfigurare. Astfel că trupul strălucitor, învăluit de slava dumnezeiască, care a fost văzut de ucenicii Săi pentru o clipă pe Tabor la schimbarea Sa la față, avea să devină o realitate permanentă după ridicarea Sa din morți. Trupul pnevmatizat pe care L-a avut Domnul prin înviere a fost mult diferit de cel pe care-l avusese în timpul vieții, însă nu era alt trup (Lc. 24, 39-40³⁹; In. 20, 27). Evangheliștii mărturisesc că acesta era înălțat la o viațuire superioară, încât era de nerecunoscut (Mc. 16, 12⁴⁰; Lc. 24, 16, 37; In. 21, 4); nu mai era supus legilor firii pentru că a trecut prin ușile încuiate (In. 20, 19, 26); putea fi prezent în același timp în mai multe locuri (Mc. 16, 9-14) și se putea face nevăzut (Lc. 24, 31⁴¹). În această stare îndumnezeită, trupul omenesc al lui Hristos a fost ridicat la o demnitate de neînchipuit: șederea de-a dreapta tronului slavei în veșnicie.

Ca arvună a învierii noastre, Hristos și-a dat Trupul și Sângele Său spre împărtășire oamenilor în dumnezeiasca Euharistie sub forma pâinii și a vinului (Mt. 26, 26-28). Această unire tainică are drept consecință pătrunderea reală și deplină a lui Hristos în mădularele trupului și în toate structurile sufletului (In. 6, 56)⁴². Prin această conlocuire, „Dumnezeu Se unește cu firea noastră cea stricăcioasă pentru a îndumnezei omenirea prin primirea ei la părtășia cu dumnezeirea Sa”⁴³. Și tocmai prin aceasta, Trupul lui Hristos, care este trupul unei individualități din lumea căzută, este și trupul comuniunii, trupul panuman și cosmic, trupul care înglobează începutul și, mai ales, sfârșitul, căci își asumă „hainele noastre de piele”, adică istoria noastră cea totodată tragică și creatoare⁴⁴.

d. Trupul pnevmatizat – trupul învierii

Cu toate că în Vechiul Testament, omenirea trăia sub ecurile glasului dumnezeiesc ce hotăra nimicirea trupului și întoarcerea lui în pământ, exista o credință vie că Dumnezeu va restaura la un moment dat zidirea Sa și va *ridica din pulbere pielea care se destramă* (Iov. 19, 25)⁴⁵. Scrierile profetice aveau să

³⁹ „Vedeți mâinile Mele și picioarele Mele, că Eu Însumi sunt; pipăiți-Mă și vedeți, că duhul nu are carne și oase, precum Mă vedeți pe Mine că am. Și zicând acestea, le-a arătat mâinile și picioarele Sale.”

⁴⁰ „După aceea, S-a arătat în alt chip, la doi dintre ei, care mergeau la o țarină.”

⁴¹ „Și s-au deschis ochii lor și L-au cunoscut; și El s-a făcut nevăzut de ei.”

⁴² Sfântul Simeon Metafrastul surprinde această *amestecare* tainică în rugăciunea sa de după împărtășire: „Cel ce de bunăvoie mi-ai dat mie spre hrană Trupul Tău [...] intră în alcătuirea mădularelor mele și în toate încheieturile, în rărunchi și în inimă și arde spinii tuturor păcatelor mele; curățește-mi sufletul; sfințește-mi gândurile și oasele...”. *Liturghier* (București: EIBMO, 2003), 339.

⁴³ Sf. GRIGORIE DE NYSSA, *Marele cuvânt...*, 128.

⁴⁴ Oliver CLÉMENT, *Trupul morții...*, 18.

⁴⁵ Cf. Ioan CHIRILĂ, „Componenta anastasică a învierii,” în *Sfânta Scriptură – Cuvântul cuvintelor* (Cluj-Napoca: Renașterea, 2010), 207-8.

fie mult mai explicite în privința acestei nădejdi, deoarece, începând cu profetul Isaia, se vestea învierea trupurilor din morți: „Morții Tăi vor trăi și trupurile lor vor învia! Deșteptați-vă, cântați de bucurie, voi cei ce sălășluiți în pulbere! Căci roua Ta este rouă de lumină și din sânul pământului umbrele vor învia.” (26, 19). Puțin mai târziu, în timpul robiei babiloniene, profetului Iezechiel i s-a descoperit în cadrul unei viziuni cum anume se va realiza acest eveniment. Purtat fiind de Duhul Domnului, proorocul a fost așezat în mijlocul unui câmp plin cu oase omenești uscate (37, 1-2). La îndemnul lui Dumnezeu, acesta poruncește oaselor să asculte cuvântul Domnului și să învie. În clipa în care acesta și-a încheiat rostirea, s-a făcut un vuiet mare și printr-o mișcare tainică oasele au început să se apropie fiecare la trupul din care a făcut parte și să se așeze în încheieturile lor. Numai decât s-au arătat pe acestea vine și carnea și pielea au început să se refacă, încât trupul a ajuns la forma inițială în care a viețuit (v. 7-8). Și fiindcă nu era duh de viață în ele, Dumnezeu i-a poruncit din nou profetului să cheme Duhul din cele patru vânturi ca să însușească aceste trupuri. Vedenia lui Iezechiel avea să se încheie cu o rostire profetică în care Dumnezeu vestea reșezarea întregii case a lui Israel în pământul făgăduit: „Așa grăiește Domnul Dumnezeu: Iată, Eu voi deschide mormintele voastre și vă voi scoate pe voi, poporul Meu, din mormintele voastre și vă voi duce în țara lui Israel. Astfel veți ști că Eu sunt Domnul, când voi deschide mormintele voastre și vă voi scoate pe voi, poporul Meu, din mormintele voastre. Și voi pune în voi Duhul Meu și veți învia și vă voi așeza în țara voastră și veți ști că Eu, Domnul, am zis aceasta și am făcut.” (v. 12-14)⁴⁶.

Realitatea învierii trupurilor, certificată și descrisă de această profecie avea să fie confirmată și implicit completată de scrierile noutestamentare. Sfântul Apostol Pavel va fi cel care va descrie în detaliu modul în care se va realiza învierea trupurilor și, ceea ce este mai important, forma pe care acestea o vor avea. Trupurile vor fi nestricăcioase, pline de slavă, fără slăbiciuni, pline de putere, duhovnicești, cerești (1 Cor. 15, 42-49), asemănătoare trupului pe care Hristos la avut după învierea Sa din morți. Materialitatea lor va dispărea deoarece „carnea și sângele nu pot să moștenească împărăția lui Dumnezeu, nici stricăciunea nu moștenește nestricăciunea” (v. 50), însă ele își vor păstra identitatea. În acest sens Stelian Tofană susține că „condiția noii materii a trupului nostru înviat va fi una spirituală, asemănătoare materiei trupului înviat a lui Iisus a cărei proprietăți, după înviere, a oferit acestuia puterea și calitatea de a pătrunde prin ușile încuiate (cf. In. 20, 19). Trupul lui Hristos post pascal, avea aceiași înfățișare, fiind același cu cel de dinainte de înviere, adică cu cel răstignit și mort pe cruce, numai că deținea alte proprietăți, în virtutea cărora transcende timpul și spațiul”⁴⁷. În ceea ce-i privește pe cei care nu vor muri înainte de

⁴⁶ IDEM, „Imagini de dincolo de moarte în viziunea profeților,” în *Sfânta Scriptură...*, 205-6.

⁴⁷ Stelian TOFANĂ, „Sensul morții în raport cu viața din perspectiva Ap. Pavel. O diagnoză spirituală a mării treceri,” *Tabor* 5 (2007): 6.

Parusie, Sfântul Pavel afirmă că ei se vor schimba într-o clipă când va suna trâmbița de apoi și vor avea trupurile la fel cu cei ce erau adormiți (v. 52), pentru că este necesar ca trupul muritor să se îmbrace în nemurire (v. 53). Astfel că trupul care a fost menit îndumnezeirii începând cu actul creației, dobândește prin înviere posibilitatea de a trăi în slava pentru care a fost chemat⁴⁸.

2. Perspectiva bioetică

În cea de-a doua parte a acestui studiu intenționez pentru început să scot în evidență modul în care este privit trupul omenesc, atât de științele medicale, cât și de cele filosofice pentru a oferi cititorului o imagine comprehensivă asupra valorii pe care trupul o are în două din cele mai importante viziuni antropologice contemporane. În ceea ce-l privește pe om, abordările filosofice și etice sunt într-o legătură apropiată cu cele medicale când se are în vedere înțelegerea persoanei, cunoașterea și cercetarea ei. Astfel că, trupul uman ocupă un loc central în conexiunile dintre acestea, fiind totodată sursa principală de studiu (în special pentru științele medicale).

Privind dintr-o perspectivă istorică, medicii au căutat să înțeleagă structura trupului (anatomia), funcțiile (fiziologia), compoziția celulară (biologia, biochimia), mecanismul de reglare și activare (neurologia și imunologia), cele câteva sisteme și conexiunile lor (cardiac, pulmonar, renal, hepatic) și varietatea bolilor, leziunilor și condițiilor genetice și congenitale ce guvernează dezvoltarea trupului și stau la baza vieții personale. Chiar și cu aceste coordonate precise, istoria medicinei a privit trupul în diverse forme, raportându-se, după cum este și firesc, la descoperirile cele mai recente.

Datorită *mariajului* dintre medicina clinică și știința biologică s-a ajuns la ideea că trupul este un sistem complex de structuri fiziologice ce interacționează și de mecanisme guvernate de un centru de interrelaționare situat în sistemul neurologic. Unii medici, apreciind că acest organism complex servește ca întruchipare a sensurilor de exprimare și de acțiune a persoanei, au susținut un tip de „dualism medical” sau „epifenomenalism” prin care se crede că trupul este un loc pentru o persoană, fie ca o entitate distinctă, fie ca o consecință cauzată de complexitatea funcționalității trupului care s-a stabilizat pe parcurs⁴⁹. Însă, această reprezentare actuală a medicinei prin care se încearcă să se demonstreze că durerea trupului este controlabilă, că suferința acestuia poate

⁴⁸ „Întregul om se îndumnezeiește prin lucrarea îndumnezeitoare a harului [...], rămânând întreg om după trup și suflet, din cauza firii, și făcându-se întreg dumnezeu după suflet și trup, din pricina harului și a strălucirii dumnezeiești a fericitei slave [...], strălucire decât care nu se poate cugeta alta mai mare și mai înaltă.” Sf. MAXIM MĂRTURISITORUL, *Ambigua*, 90.

⁴⁹ Stephen G. POST et al., *Encyclopedia of Bioethics*, vol. 1 (Farmington Hills: The Gale Group, 2004), 320-2.

fi stopată și că moartea lui poate fi tot mai mult amânată, l-a determinat pe un medic (Cristina Gavrilovici) să afirme că abordarea propusă de această știință nu are „un fundament holistic, acea privire de ansamblu asupra corpului uman din perspectivă medicală, socială, spirituală etc. Suntem de abia la început în ceea ce privește înțelegerea și comunicarea dintre corpul trupesc, spiritual, rațional și/sau emoțional. Și dacă nu ținem cont de emoții și de spirit, adică de tot ce se află în spatele receptorilor durerii, atunci eșecul medicinei e garantat.”⁵⁰.

În timp ce istoria deliberațiilor filosofice și morale de cunoaștere a vieții umane este la fel de sofisticată și diversificată ca istoria medicinei, marea majoritate a reflecțiilor ei s-au focusat pe minte. Cu câteva excepții notabile, nu s-au făcut multe referiri la trup ca atare. În cea mai mare parte, s-a considerat că trupul și sufletul sunt niște realități distincte (chiar separate) și că ceea ce este esențial pentru om se găsește în suflet, nu în trup. Sufletul (minte, rațiune) este esența pură și neschimbătoare a umanului, în timp ce trupul este un fel de aventură josnică ce aparține schimbabilității și temporalității, fiind trecător. Din aceste motive trupul era privit ca o închisoare ce încorseta pentru un timp sufletul.

Treptat, prin contribuțiile unor filosofi de renume (René Descartes, Blaise Pascal, Henri Bergson, Max Scheler, Edmund Husserl) perspectiva negativă față de trup s-a schimbat, ajungându-se până la stadiul de a privi trupul ca pe o expresie a persoanei. Astfel că trupul: nu este doar un corp fizic, ci un organism animat prin care omul interacționează cu lumea senzorială; este singurul *obiect* prin care o persoană conduce și guvernează cele înconjurătoare; este modul prin care o persoană acționează; este cel prin care omul interacționează cu cei din jur; este obiectul experienței unei persoane care își analizează propriul trup în diferitele stadii și situații ale vieții⁵¹. Sintetizând aceste direcții filosofice, Oliver Clément scrie: „...trupul meu este eu și, în același timp, nu este. Într-adevăr, atât de frecvent maschează în loc să dezvăluie persoana... Am primit ceva care mi se impune de parcă ar fi din afară, o parte din energia cosmică ce-mi este dată, dar care, puțin câte puțin, se epuizează. Am primit un anumit patrimoniu genetic, anumite condiții familiale, sociale, culturale, o limbă și niște modalități de exprimare, o lege ca să mă umanizez canalizându-mi, mai mult sau mai puțin, pornirile firii. Sociologia, biologia și, mai ales, psihanaliza pretind că ar avea puterea să descifreze toate acestea, că ar deține cheile acestei taine. Cheile neantului meu sau, mai degrabă, ale irezistibilei mele alunecări spre neant.”⁵².

Această percepție asupra trupului uman (atât din punct de vedere medical, cât și filosofic) impune o cercetare mult mai amplă asupra problemelor

⁵⁰ Cristina GAVRILOVICI, „Sfârșitul vieții la începutul vieții,” în *Medicii și Biserica. Perspectiva ortodoxă contemporană asupra sfârșitului vieții* 6, ed. Mircea-Gelu Buta (Cluj-Napoca: Renașterea, 2008), 80.

⁵¹ Stephen G. POST, *Encyclopedia...*, 324.

⁵² Oliver CLÉMENT, *Trupul morții...*, 10.

de bioetică. Dacă trupul nu este doar un obiect al acestei lumi, dacă el este entitatea care face trimitere la întreaga existență a unei persoane, poate fi oare folosit în diversele practici medicale (transplant de organe, avort, eutanasi⁵³), în media sau în cinematografie fără a avea în vedere dimensiunea pleneră a existenței lui?

Toate aceste deviații au fost și sunt generate de neputința omului de a se ridica din statutul său de făptură căzută în păcat. Neputința lui de a nu vedea în semenul său o persoană, ci doar un obiect, un lucru ce poate fi folosit ca unealtă a plăcerii este una din problemele acute ale contemporaneității. Stăpânit de patimi, omul zilelor noastre se mărginește la materialitatea persoanei, la ceea ce vede, la ceea ce el poate pipăi și nu se străduiește să vadă în celălalt o ființă dihotomică, înzestrată cu suflet rațional. Celălalt îi apare doar ca prilej de desfătare sau de cucerire⁵⁴. Iată, deci cauza vrăjmășiilor din societate, a abuzurilor din cadrul familiilor și a egoismului exacerbă! Astfel că, dacă omul își caută identitatea doar în sine și numai în sine, refuzând să se raporteze la Dumnezeu sau la aproapele său ca la o persoană ce poartă în ea însăși chipul Creatorului, se mărginește la idealul promis simbolic de șarpe în grădina Edenului (*veți fi ca Dumnezeu – Fc. 3, 5*), iar trupul său și implicit al celuilalt reprezintă doar mărginirea închisă, pecetluită de moarte, a creaturii despărțite de Ziditorul ei. Atunci, ca să reluăm vocabularul paulin, duhul omului chiar devine *trupesc*⁵⁵.

⁵³ Interogațiile și răspunsurile la aceste probleme etice pot fi aflate în: John BRECK, *Darul sacru al vieții*, ed. PS. Irineu Pop Bistrițeanu (Cluj-Napoca: Patmos, 2001); Elio SGRECCIA și Victor TAMBONE, *Manual de bioetică* (București: Arhiepiscopia Romano-Catolică, 2001); Jean-Claude LARCHET, *Creștinul în fața bolii, suferinței și morții*, ed. Marinela Bojin (București: Sofia, 2003); IDEM, *Etica procreației în învățătura Sfinților Părinți*, ed. Marinela Bojin (București: Sofia, 2003); Herman T. ENGELHARDT jr., *Fundamentele bioeticii creștine. Perspective ortodoxe*, ed. Mihail Neamțu et al. (Sibiu: Deisis, 2005); Vladimir JANKÉLÉVITCH, *Tratat despre moarte*, ed. Ilie și Margareta Gyurcsik (Timișoara: Amarcord, 2000); Adrian MIROIU (ed.), *Etica aplicată* (București: Alternative, 1995); Oliver CLÉMENT, *Viața din inima morții*, ed. Claudiu Soare (București: Pandora, 2001); Denisa M. PROTOPOESCU et al., *Infertilitatea. Fertilizarea in vitro și reproducerea asistată* (București, Meteora Press, 2001); Dan OPRESCU, *Filosofia avortului* (București: Ed. Trei, 1997); Constantine SKOUTERIS, „Bioetica și modul de viață al Ortodoxiei,” *Altarul Banatului* 1-3, (2007); Ioannis ZIZIOLAS, „Persoana umană și intervențiile genetice I, II,” *Renașterea* 9-10, (2002); Vasile RĂDUCĂ, „Despre transplantul de organe, din punct de vedere ortodox,” *Ortodoxia* 3-4, (2004); IDEM, „Planificarea familială, controlul nașterilor și contracepția,” *Ortodoxia* 1-2, (2006).

⁵⁴ Jean-Claude LARCHET, *Acesta este trupul meu...*, 63.

⁵⁵ Oliver CLÉMENT, *Trupul morții...*, 9.

3. Regăsirea învierii în acest trup al morții

Percepția depersonalizată a trupului uman promovată de societatea contemporană poate fi modificată doar prin conștientizarea chemării pe care omul o are când își asumă launtric învierea lui Hristos. Această chemare ce coincide în spiritualitatea creștină cu despățimirea totală are ca finalitate trezirea în acest *trup al morții*, a *trupului învierii* dobândit prin biruința pascală a Mântuitorului. Prin eliberarea de patimi, omul se poziționează în câmpul asemănării și dă formă chipului dumnezeiesc care este în el începând cu nașterea sa. Însă, datorită morții, acest blestem implacabil care determină sfârșitul oricărui trup însuflețit, puterea creatoare a chipului ceresc, această chemare care înalță pe om spre telosul său, se izbește de mărginire și devine angoasă în fața morții⁵⁶. În acest moment crucial se pierde din vedere faptul că toate au fost destinate învierii. De fapt, se uită cu ușurință că nimic din ceea ce a fost creat de către Dumnezeu, nu a fost zămislit spre moarte, ci spre viață veșnică și înviere. În acest sens, referindu-se la natura paradisiacă a omului, Ioan Chirilă afirmă că „fiecare făptură are în sine verticalitate anastasică, dar nu din sine, ci întru sine ca dar al lui Dumnezeu prin care fiecare are participație la însăși firea lui Dumnezeu [...] iar când auzim cuvântul anastasic ne gândim restrictiv la ceea ce ne-a adus Hristos prin învierea sa, deși acest fapt este veșnic, veșnicie desprinsă din însăși veșnicia lui Dumnezeu [...] deoarece asemănarea este tocmai acest câmp de viețuire în-viere, întru viere veșnică, și așa au fost create toate.”⁵⁷.

Prin urmare, dacă toate au fost create de Dumnezeu spre înveșnicire, atunci în mod firesc toate ar trebui să tindă să realizeze rațiunea pentru care au fost zidite. Mai mult ca orice altă făptură, omul este chemat să răspundă chemării protochipului pentru ca în acest dialog dătător de viață să ajungă să fie viu. Prin actul creației, Dumnezeu a pus început unei legături nemijlocite cu cel care în persoana sa îi purta chipul. Aducerea la viață a trupului omenesc prin suflarea dumnezeiască a reprezentat primul act de manifestare a acestei relații. Din acea clipă omul s-a așezat într-o stare de comunicare/comuniune

⁵⁶ În mod normal certitudinea morții ar trebui să-l determine pe om să caute sensul vieții sale. „În realitatea morții – susține părintele Valer Bel – este pusă sub semnul întrebării, în modul cel mai radical, aspirația omului după împlinire și fericire, sensul vieții și al persoanei umane însăși. De aceea, ea produce teamă.” Valer BEL, „Perspectiva creștină ortodoxă asupra sfârșitului vieții pământești și pregătirea pentru viața veșnică,” în *Medicii și Biserica. Perspectiva ortodoxă contemporană asupra sfârșitului vieții* 6, ed. Mircea-Gelu Buta (Cluj-Napoca: Renașterea, 2008), 69.

⁵⁷ Ioan CHIRILĂ, „Sfânta Liturghie – o slujire care transcende moartea,” în *Medicii și Biserica. Perspectiva ortodoxă contemporană asupra sfârșitului vieții* 6, ed. Mircea-Gelu Buta (Cluj-Napoca: Renașterea, 2008), 39.

directă cu Creatorul său până la căderea sa în păcat⁵⁸. Legătura acestuia cu Dumnezeu nu a încetat nici după aceea, chiar dacă în acea stare de înstrăinare Dumnezeu nu a mai fost cunoscut ca un Dumnezeu personal. Totuși, în calitate de *chip al lui Dumnezeu*, omul a rămas într-o legătură permanentă cu Acesta, chiar dacă el nu vedea acest lucru⁵⁹. Așadar, un alt mod de repoziționare a omului în sfera învierii este actualizarea nemijlocită a chipului ceresc din el care nu este niciodată distrus indiferent de decadența la care poate ajunge vreodată omul.

Regăsirea chipului dumnezeiesc din noi se realizează concomitent prin întoarcerea spre Dumnezeu și prin raportarea corectă la aproapele. Trăirea vieții în Hristos care de altfel este scopul nostru⁶⁰ și implicit adevărata noastră viață, impune fiecărui om o viațuire morală. În viziunea lui Oliver Clément acest mod de repoziționare ascetică a omului în rostul său de chip al slavei celei negrăite trebuie înțeles doar din perspectiva trupului care va învia, a trupului liturgic: „Asceza este efortul – nu unul voluntarist, ci un fel de lăsare în voia harului, de atenție fără tensiune –, de a smulge măștile impregnate pe fața noastră, personajele nevrotice care ne uzurpă vocația personală, într-un cuvânt, efortul de a ne lepăda pieile moarte și a lăsa să urce în noi, în credință și smerenie, viața lui Hristos-înviat, adică suflarea Duhului”⁶¹. Prin viețuirea în Hristos, trupul omenesc stăpânit până atunci de patimi și de dorința posesivității, nu se mai raportează la lume ca la o pradă, ci devine un trup de slujire care prin liturghisire reînnoadă unirea sa (marcată de iubire fraternă) cu aproapele⁶².

Această dimensiune liturgică a persoanei în care fiecare este privit ca *templu a Duhului Sfânt* (1 Cor. 6, 17) sau ca mădular a Trupului mistic a lui Hristos (Rm. 12, 5), a desăvârșit taina iubirii interpersonale și a pus capăt autonomiei sexualității ce antrenează prin publicitate și pornografie doar trupul, nu și persoana. Același teolog sublinia că în perspectiva creștină „sexualitatea trebuie să devină o dimensiune a persoanei, un limbaj al relației dintre persoane, întreaga imensitate a vieții devenind interioară întâlnirii lor și participând astfel la marea binecuvântare divină de la origini așa cum a fost reamintită de Iisus: Bărbatul și femeia devenind *un singur trup* (Fc. 2, 24; Mt. 19, 6) într-o uimitoare relație de față-către-față. Mai mult, această unitate nu înseamnă numai (dar desigur, și) unirea trupurilor, ci întrețeserea a două existențe.”⁶³.

⁵⁸ Valer BEL, *Perspectiva...*, 68.

⁵⁹ Dumitru STĂNILĂOAE, *Teologie Dogmatică Ortodoxă I* (București: EIBMO, 1978), 393.

⁶⁰ Sfântul Vasile susține că „scopul vieții, în vederea căruia facem totul și spre care ne grăbim, este fericita viețuire în vacul ce va să fie. Iar aceasta se împlinește în a ne lăsa stăpâniți de Dumnezeu.” Sf. VASILE CEL MARE, „Omiliile la Psalmi,” în *PSB 17*, ed. Dumitru Fecioru (București: EIBMO, 1986), 309.

⁶¹ Oliver CLÉMENT, *Trupul morții...*, 44.

⁶² Cf. Ștefan ILOAE, „Taina morții ca taină a vieții. Atitudinea creștinului față de moarte,” *Tabor 6* (2007): 3-6.

⁶³ Oliver CLÉMENT, *Trupul morții...*, 66.

Din nefericire, astăzi se obișnuiește ca atracția carnală dintre două persoane să fie satisfăcută sexual fără prea multe impedimente. Această grabă exclude participarea celor doi ca persoane la acest act care este bun în sine⁶⁴. Dorința lor de a se uni fără un conținut afectiv și de durată reduce actul intim la o plăcere strict carnală între două trupuri. Păcatul lor nu este doar o simplă încălcare a unei interdicții, ci mai degrabă o *necunoaștere* a celuilalt în actul pe care Sfânta Scriptură îl numește în chip inspirat *cunoaștere*; transformarea feței omeneste într-un trup, atunci când în mod normal ar trebui ca trupul să fie transformat în față. „A-l descoperi pe celălalt ca persoană înseamnă să-l descoperi în durata lui și nu numai în jocul seducției și în clipa erotică; înseamnă să-l accepți cu trecutul său, dureros poate, dar cu un respect care interzice gelozia; înseamnă să-i ascuți povestea copilăriei, mărturisirea rățăcirilor, durerea și bucuria lentei sale afirmări de sine. Și nu doar să-l asumi în trecutul său, ci să devii responsabil pentru el în viitorul lui. A-l înțelege pe celălalt în durata sa mai înseamnă și să devii răbdător în timp ce pasiunea sau *schimbul dintre două fantezii sau contactul dintre două epiderme* sunt cu necesitate nerăbdătoare”⁶⁵. Această perspectivă corectă de raportare la celălalt transcende nivelul trupesc al omului și impune o responsabilitate reală pentru înveșnicirea aproapei.

După realizarea acestor exigențe care condiționează calea spre veșnicie, omul mai are de trecut un singur obstacol pentru ca trupul său supus stricăciunii să fie veșnic cuprins de slavă: moartea. Din vrăjmaș necruțător ce ținea în robie întreaga omenire (Evr. 2, 15), moartea a devenit prin Hristos un câștig. Biruința pe care Acesta a săvârșit-o asupra morții prin moartea Sa de pe cruce l-a determinat pe Sfântul Apostol Pavel să considere trecerea din acest trup muritor în cealaltă lume *un paradox al devenirii* în care cu cât trecem și cădem, cu atâta devenim și adăugăm (2 Cor. 4, 16-17⁶⁶). În Epistola către Filipeni, același apostol abordează moartea trupească în perspectiva unui câștig. Pentru el, care deja era în Hristos și Hristos trăia în el (Ga. 2, 20), atât viața, cât și moartea erau percepute ca un mod de preamărire a Mântuitorului. De aceea oscila între despărțirea sa de trup și unirea cu Domnul și rămânerea în această stare pentru a fi de folos semenilor (Filip. 1, 22-25⁶⁷). Astfel că, „în viziunea eshatologică a Apostolului

⁶⁴ Sexualitatea nu este rea în sine, „dimpotrivă, pentru că este fundamental bună, bună ca participare a două persoane la Suflarea care poartă lumea, pentru că e cel mai violent limbaj pe care două ființe și-l pot spune, pentru că ea face din cele două ființe *un singur trup* (și este așa, spune Sfântul Apostol Pavel, chiar și în relația cu o prostituată), pentru toate acestea este important ca bărbatul și femeia să devină demni de acest limbaj.”. *Ibidem*, 67.

⁶⁵ *Ibidem*, 70.

⁶⁶ „De aceea nu ne pierdem curajul și, chiar dacă omul nostru cel din afară se trece, cel dinăuntru însă se înnoiește din zi în zi. Căci necazul nostru de acum, ușor și trecător, ne aduce nouă, mai presus de orice măsură, slavă veșnică covârșitoare.”

⁶⁷ „Dacă însă a vieții în trup înseamnă a da roadă lucrului meu, nu știu ce voi alege. Sunt strâns din două părți: doresc să mă despart de trup și să fiu împreună cu Hristos, și aceasta e cu mult mai bine; Dar este mai de folos pentru voi să zăbovesc în trup. Și având această încredințare, știu că voi rămâne și împreună voi petrece cu voi cu toți, spre sporirea voastră și spre bucuria credinței.”

Pavel, viața este o întindere mereu spre moarte, iar moartea este o prelungire a sensului vieții, pentru *aici*, ca și pentru *dincolo*⁶⁸.

Concluzii

Trupul morții și trupul învierii sunt în esență unul și același, deoarece fiecare poartă amprenta chipului lui Dumnezeu și implicit a sufletului omenesc care le viază. Diferența dintre acestea constă în modul de asumare și realizare a asemănării cu Creatorul.

Trupul are aceiași valoare cu sufletul și împărtășesc în unirea lor tainică același telos: îndumnezeire. Acest fapt a fost demonstrat de Însuși Mântuitorul Hristos Care prin învierea Sa a pnevmatizat trupul Său luat din Fecioara Maria și l-a așezat prin înălțarea Sa la cer de-a dreapta tronului slavei.

Depersonalizarea trupului în cadrul societății contemporane determină reducerea sa la un simplu sistem organic, la un obiect, un număr, un caz sau doar la un mijloc de trezire și satisfacere a poftelor. Această deviație în care se realizează disocierea trupului aproape în întregime de persoana căreia îi aparține a fost generată de limitarea vieții omenеști până la moartea sa.

Antropologia creștină oferă lumii o perspectivă reală asupra valorii pe care trupul o are în sine și pune la dispoziție câteva căi prin care orice om poate să-și înveșnicească trupul trecându-l de la nivelul morții la cel al învierii.

⁶⁸ Stelian TOFANĂ, *Sensul morții...*, 8.

INTERVIURI

DESPRE ÎNCEPUTURILE ȘI DESPRE VIITORUL BIOETICII ÎN ROMÂNIA

**Interviu realizat de Maria Aluaș cu Prof. dr. Vasile Astărăstoie,
rectorul Universității de Medicină și Farmacie Gr. T. Popa din Iași**

MA: *Domnule profesor, spuneți-ne, cum a luat naștere preocuparea în România pentru bioetică cine au fost actorii la început, în urmă cu douăzeci de ani, atunci când au început primele discuții și preocupări în acest domeniu.*

VA: În anul 1984, primul care a avut preocupări în acest domeniu, a fost profesorul Gheorghe Scripcaru de la Universitatea de Medicină din Iași; în paralel, un an sau doi după profesorul Scripcaru, doctorul Maximilian a început și el, la București, să dezvolte un cerc de bioetică și apoi o școală de bioetică. Și acestea au fost, să spunem, începuturile bioeticii în România. După care au apărut lucrări de bioetică, iar după anul 1990 aceste preocupări s-au dezvoltat și mai mult. La Universitatea de Medicină și Farmacie Grigore T. Popa, din Iași, s-a introdus un curs de bioetică. La început a fost facultativ, după care a devenit opțional, iar mai apoi obligatoriu. Și începând de prin anii '97-'98 s-a introdus în fiecare universitate de medicină, din Români, un curs de bioetică, alături de psihologie medicală și de sociologie medicală.

MA: *Care erau tipurile de probleme la care trebuia să căutați răspunsuri atunci, prin anii '80? Ce probleme existau în acei ani?*

VA: În acele timpuri era mai mult o dezbatere teoretică. Era foarte dificil să mergi direct spre problemele sistemului de sănătate pentru că a critica un sistem de sănătate însemna deja un gest de dizidență. Prin urmare se discutau mai mult problemele care erau și la nivel general, la nivel global: cum ar fi fost etica sau genetica. Aspecte care nu implicau și sănătatea publică sau o analiză etică a sistemului de sănătate. Era mai mult, să spunem așa, o introducere în bioetică – o introducere a temelor legate de consimțământ - dacă trebuie să existe sau nu, confidențialitate - dar și aici cu prudență - și mai ales de etica noilor tehnologii și a cercetării științifice - dar și aici cu foarte mare prudență pentru a nu crea reacții.

MA: *Cum considerați dumneavoastră că s-au schimbat relațiile medic – pacient în ultimii douăzeci de ani. Ce fel de evoluții sau modificări au apărut în relația medic – pacient?*

VA: Greu de apreciat aceste evoluții. Relațiile dintre medici și pacienți s-au schimbat - dacă este o evoluție sau o involuție, ar fi de discutat. Prin studiile și cercetările de bioetică, într-adevăr, s-a statuat și în România principiul *autonomiei pacientului*, dar nu știu dacă sistemul de sănătate și actorii din sistem au fost pregătiți să înțeleagă această autonomie. Și, la rândul său, pacientul nu a înțeles ce înseamnă această autonomie pentru că au intervenit niște factori care au influențat, în mod radical, această relație. În primul rând, facem referire la modificarea modului de finanțare și de funcționare a sistemului de sănătate. De aici apare tendința de raționalizare a resurselor din partea celor care gestionează sistemul de sănătate și apariția unui fel de conflict: așteptările medicilor cu cele ale pacienților. Apoi și percepția publică, conform căreia medicina poate să rezolve orice tip de problemă medicală, și nu în ultimul rând, faptul că pacientul a devenit din ce în ce mai mult instruit și informat cu privire la intervenții, tratamente și așa mai departe. Gradul lui de așteptare, de la sistemul de sănătate, a crescut foarte mult. Apoi și orgoliul profesioniștilor, care n-au avut puterea de a spune că și medicina este limitată, că nu se poate rezolva orice și că, de ce nu, întotdeauna contează și alți factori, nu doar actul medical strict, în a prezerva starea de sănătate. Mass-media este și ea responsabilă de aceste schimbări, pentru că nu fost pregătită pentru ceea ce avea să apară în acest domeniu. Noi nu avem profesioniști în mass-media care să fie specializați pe domeniul de sănătate. Și cei care există și publică știri sau articole din acest domeniu, cunosc doar niște puncte, părți, dar nu sunt pregătiți să înțeleagă întregul sistem și modul lui de funcționare. Acest fapt a contribuit și el la perturbarea relației dintre medic și pacient. Relația dintre medic și pacient trebuie să se bazeze pe încredere. În momentul în care ai subminat încrederea și factorii adiacenți au subminat această încredere, nici efectul nu mai este același. Atunci vedem că medicii se plâng de pacienți și privesc pacienții ca posibili delatori, iar pacienții se plâng de medici și îi privesc ca pe posibili infractori. Or nu se poate ca o relație de încredere să fie construită pe suspiciune. Mai mult chiar, opinia publică, la noi, reflectă starea societății; or societatea noastră este în acest moment o societate conflictuală. Este o societate care nu acceptă compromisul, care nu acceptă dialogul și care, de fapt, redă principiul bolșevic: cine nu este cu noi este împotriva noastră. Și atunci lucrurile sunt văzute și interpretate doar în alb și negru. Deci nu mai există acea înțelegere care exista înainte și nimeni nu mai încearcă să se pună în pielea celuilalt să vadă cum s-ar simți, iar dialogul nu există deloc. Pentru medicină și mai ales pentru pacienți - mai puțin pentru medici - o asemenea relație perturbată, de fapt, ne pune în pericol siguranța. Pentru că, poți să le prescrii cel mai bun tratament, actul medical are și o componentă etică și dacă ea nu există, chiar cel mai bun tratament nu are efect.

MA: *Citind ceva în acest domeniu, mi-a rămas în minte o imagine cu privire la relația medic - pacient: se spunea că acolo, că în urmă cu cincizeci de ani, medicul nu avea medicația de acum, nu avea tratamentele disponibile în timpurile noastre, de multe ori se limita la a ține pacientul de mână și pacientul era fericit. Era mulțumit cu ce se întâmpla. Acum pacientul are medicamente, tuburi și multe aparaturi și, cu toate acestea, există mereu suspiciunea aceasta de care vorbiți și există neîncredere și mereu medicii sunt acuzați, poate nu atât de pacienți, cât de aparținători.*

VA: Comunicarea și informarea în medicină sunt elemente care construiesc încrederea, inclusiv comunicarea nonverbală. Să nu credeți că, de exemplu, pulsul nu se poate lua foarte bine cu ajutorul unor aparate, dar un pacient se va simți cu mult mai bine în momentul în care medicul îi ia pulsul după metoda clasică, pentru că atunci există atingere. Așa cum copilul mic se simte bine când este luat la piept, când este alăptat, la fel se simt și pacienții. De ce copiii care sunt alăptați nu fac sindromul de hospitalism pe care îl fac și ceilalți, hrăniți prin intermediul alimentației artificiale? Pentru că el, senzorial, percepe afecțiunea și siguranță. De aceea există și reflexele copilului de a îmbrățișa mama, pentru că simte siguranță. Același lucru se întâmplă și în această relație. Or, în momentul de față, de exemplu, s-a decis că o consultație trebuie făcută în 15 minute. Acest lucru l-a decis Casa Națională de Asigurări și decidenții noștri. La o consultație de 15 minute - timp în care trebuie să-i faci și rețeta, să-i treci și toate datele care vin raportate la Casa de Asigurări, să faci și anamneza, să-l și consulți - eu cred că este practic imposibil. Poți să spui că un pacient pe care-l cunoști de mult timp și nu are nimic și a venit numai să te vadă, 15 minute ar fi suficiente. Deci, lipsa de comunicare, datorată lipsei de timp, într-adevăr, duce la dezumanizarea actului medical. Și totodată această hiper-tehnologizare crește și riscul erorilor. Hiper-tehnologizarea și supra-specializarea, fiecare devenind specialist pe o bucațică tot mai mica, nu sunt altceva decât cauze ale erorii - nu mă refer la greșeli, mă refer la erorile medicale, care poate sunt neimputabile, dar care ar fi cu mult mai puține dacă ne-am întoarce la o medicină antropologică și holistică în care, în primul rând, să nu tratezi persoana din fața ta ca pe un obiect, ci ca pe un subiect - un subiect cu care comunică. Se discută foarte mult despre comunicare, se spune foarte mult că trebuie să învățăm, că trebuie să avem cursuri de pregătire în comunicare. Părerea mea este că poți să faci mereu cursuri de comunicare dacă nu poți să transferi în practică modelul în care să ai și timp și să comunică cu pacientul, poți să înveți o mie de tehnici de comunicare, că nu vei reuși și asta ține de fiecare participant în parte - un medic este, poate, mai comunicativ, altul mai puțin - dar măcar trebuie să-ți păstrezi afectul; să dai dovadă de puțină afecțiune și de compasiune pentru cel din fața ta și atunci vei găsi mijloacele adecvate pentru a comunica cu persoana din fața ta. Cât timp, însă, noi formalizăm,

la extreme, consultația și actul medical, medicina se îndepărtează de rădăcinile ei și, vedeți, cu toate progresele științei medicale, cu toate tehnologiile care au apărut, nu reușim. Ne uităm la indicatorii statistici și vedem că în lume, global (nu mă refer numai la România), morbiditatea se reduce într-un loc, dar crește în altă parte, că per global starea de sănătate nu s-a îmbunătățit comparativ cu noile cunoștințe și cu noile tehnologii care au fost introduse pe piață.

MA: *Noi ne aflăm acum la Iași, la cea de-a noua ediție a Conferinței Naționale de Bioetică. Ați spus într-o pauză de cafea că este cea mai reușită conferință națională de bioetică din câte s-au organizat până acum. Și doresc să vă întreb cum percepeți dumneavoastră acum, după nouă ediții și după multe alte întâlniri pe aceste teme, că se schimbă bioetica? Este ceva promițător, este ceva în avantajul pacienților, a medicilor, a studenților în medicină?*

VA: Este promițător, în primul rând, pentru că aceste probleme au ieșit dincolo de un cerc închis care se dorea inițiat, au ieșit în lumea largă. Adică, sunt implicate și pacienți, și, mai ales, corpul medical, dar nu numai. S-a înțeles că, de fapt, trebuie să existe inter și trans-disciplinaritate, că nu-i interesează numai pe medici, că interesează întreaga societate și, atunci eu sunt bucuros că au participat și psihologi, și sociologi, și economiști și teologi sau juriști. Pentru că deja lumea începe să perceapă faptul că este un lucru important pentru viața societății, nu numai pentru viața unei profesii. În al doilea rând, că lumea a înțeles că bioetica este de fapt bunul simț. Bioetica este bunul simț, este o reîntoarcere la umanitatea noastră. Da, poți să teoretizezi, să faci niște reguli, să te raportezi la niște principii, dar, de fapt, în esență este bunul simț, Acela de a disocia între bine și rău, de a-ți analiza acțiunea ta în funcție de acești doi parametri. Da! Este mai dificil acum să definim ce înseamnă binele, ce înseamnă răul – deja este o chestiune subiectivă. De aceea a și crescut nivelul de la an la an, iar anul acesta, repet, a fost o conferință care nici în străinătate și, slavă Domnului, că am mai fost, nu au ajuns la astfel de dezbateri, conținutul lucrărilor a fost bun, și înainte era, dar cel mai important lucru a fost dezbateră. A fost o dezbateră reală, o dorință sinceră de dialog și o transmitere de informație de la fiecare în parte – așa cum percepe fiecare. Și atunci, dacă noi ne vom raporta la principiile morale pe care le-am subiectivat și dacă ne vom analiza activitatea în funcție binele și răul - cum l-am subiectivat noi - atunci bioetica va dispărea. Cât timp o teoretizăm, o închidem într-un cerc de fildeș și începem să spunem că noi, de aici, vă dăm lecții, cât timp nu vom înțelege că toți putem contribui cu partea noastră, va dispărea.

MA: *Cât timp vom considera că avem răspunsuri definitive.*

VA: Definitive și că nu avem îndoieli...

MA: *Care aparțin unei profesii.*

VA: Da. Deci, în momentul în care au dispărut îndoielile și știm că regula este asta, atunci și medicina va dispărea. Eu, personal, sunt unul dintre cei - puțini poate, dar care ne înmulțim - care sunt adversari atât ai ghidurilor și ai protocoalelor, cât și a conceptului atât de difuzat de medicina bazată pe dovezi. Eu sunt poate un nostalgic sau un conservator care mă raportează la medicina individualizată, nu personalizată, ci individualizată. Așa cum au conceput-o părinții medicinei – începând de la Hippocrat, Maimonides și ceilalți, care spuneau că nu există boală, ci există bolnav. Și că bolnavul este o persoană, o persoană care are trup și suflet, o persoană care are niște valori ale sale și eu sunt obligat să-i respect valorile lui, nu să-i impun valorile mele.

MA: *Splendid! O ultimă întrebare. Aș îndrăzni să vă rog să vă gândiți care ar fi, în opinia dumneavoastră, temele viitoarelor conferințe de bioetică sau temele viitoarelor dezbateri de bioetică la noi, în România.*

VA: În primul rând, cred că etica politicilor de sănătate va trebui să constituie o temă. Din păcate încă, poate, nu suntem pregătiți. Nu suntem pregătiți ca etica politicilor de sănătate să implice și decidenții. Or, clasa politică, societatea nefiind pregătită - pentru că, de fapt, clasa politică este emanația societății - nu putem să cerem politicieni mai buni decât este societatea. Nu știu dacă ei sunt pregătiți pentru un asemenea domeniu pentru că politicile de sănătate, la noi, sunt concepute strict ca sănătate publică. Când noi știm foarte clar că acțiunea unui sistem sanitar și actul medical nu influențează starea de sănătate decât într-o proporție de 10-15 %, restul sunt factori culturali, economici, sociali, spirituali. Aceștia sunt factorii care influențează starea de sănătate. Când vom înțelege că politicile de sănătate, pe de-o parte, trebuie să fie intersectoriale - nu strict medicale, ci intersectoriale - și când vom înțelege că aceste politici de sănătate trebuie făcute cu participarea activă a subiecților acestor politici. Să nu aveam atitudinea conform căreia noi știm totul, suntem tehnocrați, voi să executați. Pentru că atunci, într-adevăr, nu vom putea să discutăm despre etica politicilor de sănătate. Dar pași se vor face. Eu sunt un optimist și cred că și societatea românească va ieși din această stare conflictuală, va trece de la sentimentele negative (ură, frică, invidie) la sentimentele pozitive (dragoste, compasiune, altruism), iar politica dialogului și a compromisului vor deveni realități și la noi și atunci vom putea discuta la conferințele de bioetică despre politicile de sănătate și analiza lor etică.

MA: *Vă mulțumesc!*

Transcrierea interviului – Andreea-Iulia Someșan

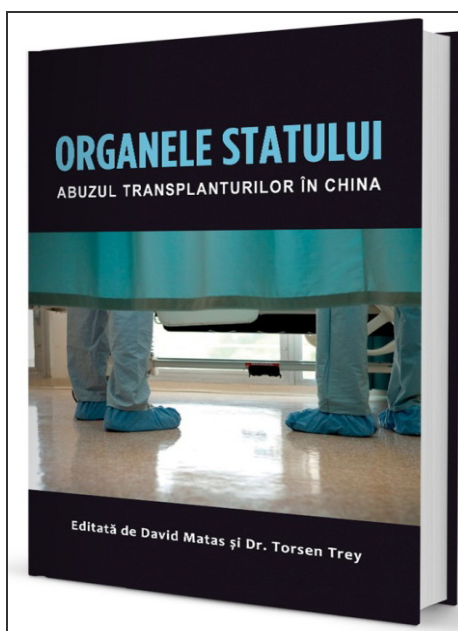
RECENZII – BOOK REVIEWS

David Matas, Dr. Torsten Trey (editori), *Organele Statului. Abuzul transplanturilor în China*, traducere de Gina Sturdza, Ed. Adenium, Iași, 2013, 168 p.

Organele Statului este o culegere de unsprezece eseuri, care abordează din diferite puncte de vedere o temă extrem de delicată și dezbătută în vremurile noastre în întreaga lume: abuzurile cu privire la transplanturile de organe și procurarea de organe lipsită de orice urmă de etică, care se practică în China. Eseurile includ declarații ale martorilor, informații oficiale, date cronologice și analize ale situației din China. Aceste mărturii evidențiază modul în care aceste practici din China afectează standardele etice în întreaga lume. Punctele de vedere ale autorilor arată și modurile în care s-ar putea combate aceste abuzuri, ale prelevării de organe, practicate în China.

Volumul este scris de autori de pe 4 continente, din 7 țări, care provin din diferite medii profesionale, oferindu-ne astfel o abordare amplă și complexă a acestei probleme, cu care se confruntă omenirea, arătând și schimbările care ar trebui să intervină pentru a stopa aceste practici inumane practicate în China.

Primul eseu, semnat de Dr. Torsten Trey, din Statele Unite ale Americii, face o introducere a temei descrise și dezbătute în această carte: problema prelevării și a donării de organe. În majoritatea locurilor de pe glob, donatorii sunt de acord să doneze un organ sau mai multe, exprimându-și consimțământul în acest sens. În China, însă, potrivit declarațiilor oficiale, peste 90% din organe provin de la prizonieri executați.



Acesta este un lucru grav, care reprezintă o încălcare a standardelor medicale occidentale. În China există între 2.000 până la 8.000 de execuții pe an, care ar trebui să asigure organe pentru circa 10.000 – 20.000 de transplanturi anuale. Având în vedere anumiți factori relativi la vârstă, stare de sănătate, boli infecțioase, tipul de sânge și de țesuturi și timpul scurt aflat la dispoziția deținuților, explicațiile oficiale sunt insuficiente pentru efectuarea unui număr atât de multe transplanturi. Acest fapt ne trezește suspiciuni și ne face să credem că ar exista

o altă sursă de proveniență a organelor. Fără un program public și eficient de prelevare și donare de organe, autorul sugerează că există o sursă secretă de organe.

Având în vedere că practicantii *Falun Gong*, aflați în detenție sunt examinați fizic (examinări medicale costisitoare cum ar fi probe de sânge, urină, raze X, ultrasunete), dar în același timp sunt supuși torturilor, neexistând niciun fel de considerație față de condiția de sănătate a acestora, se ridică serioasa întrebare care ar fi scopul acestor examene medicale. Făcându-se referire la raportul de investigație intitulat „Recoltarea sângeroasă”, publicat de David Matas și David Kilgour, autorul sugerează că adepții practicii spirituale *Falun Gong* ar fi cei care asigură această sursă secretă de organe. „Uciderea ființelor umane pentru a le folosi organele, cu scopul asigurării de transplanturi pentru alții... duce medicina transplanturilor, precum și medicina în general, în absurd” (p. 32).

Al doilea eseu, scris de Dr. Arthur Caplan, din Statele Unite ale Americii, se concentrează asupra problemelor etice care rezultă din folosirea organelor deținuților pentru efectuarea de transplanturi. Autorul discută despre fenomenul *turismului* în vederea obținerii unui transplant și a traficului de organe, în general, subliniind că alegerea liberă de a dona organe este „crucială”, iar practica din China, de a recolta organe de la prizonierii executați sau deținuți nu se conformează standardelor etice a lumii. Prin ceea ce se practică în China suntem în fața riscului ca prizonierii să fie condamnați la moarte tocmai pentru a le fi recoltate organele. La final, autorul cere ca această practică de procurare de organe din China să înceteze, făcând apel la întreaga lume să „adopte o poziție fermă față de această sursă inacceptabilă de organe”. „Sistemul actual care se bazează pe organe provenind de la prizonieri executați trebu-

ie să fie schimbat. Dar, acesta nu ar trebui să fie schimbat în următorii trei până la cinci ani. Ar trebui să fie schimbat în următoarele trei până la cinci minute!” (p. 38).

Dr. Ghazali Ahmad, din Malaezia este autorul celui de-al treilea eseu. El descrie situația turismului pentru transplante din Asia, arătând că zonele de interese s-au mutat din India în China. El prezintă dosare medicale ale cetățenilor din Malaezia, care s-au întors din China după ce au fost supuși unei intervenții de transplant. Autorul face următoarele observații: pacienții au fost repede trimiși acasă din China, ieșirile din spital erau deficitare redactate, iar după anul 2006, acești pacienți s-au întors în Malaezia fără niciun document medical. Anul 2006 a fost anul în care au apărut și primele acuzații potrivit cărora organele sunt recoltate de la practicanți *Falun Gong* și a fost publicat primul raport de investigație scris de David Matas și David Kilgour. Rolul acestui eseu a fost acela de a prezenta documente reale care să ateste cele afirmate și să arate că oamenii călătoresc într-adevăr în China pentru a primi organe.

Ethan Gutmann, un jurnalist de investigație din Marea Britanie, semnează cel de-al patrulea eseu și oferă estimări rezultate dintr-un sondaj privind numărul practicanților *Falun Gong* uciși în China ale căror organe au fost transplantate. Autorul descrie și recente schimbări politice intervenite în China, prezentând cazurile Bo Xilai și Wang Lijun, ambii fiind membri ai Partidului Comunist Chinez, posibil să fi cunoscut sau să fi participat la recoltarea de organe de la astfel de deținuți. Eseul se continuă cu citate extrase din declarațiile a aproximativ 40 de martori, pe care i-a intervievat, în legătură cu recoltarea de organe. Se arată, în acest eseu că „ceea ce are loc [în China] este o crimă împotriva întregii umanități... Cel mai important lucru este că nicio instituție vestică nu are autoritatea morală

de a-i permite [PCC] să îngroape întreaga istorie a genocidului în schimbul unor promisiuni de reformă în medicină” (p. 72).

Autorul celui de-al cincilea eseu, Erping Zhang, analist pe probleme juridice și de medicină în China, abordează istoria medicinei de transplant și legile chineze. Autorul oferă o introspecție în cultura chineză și în legislația în domeniul transplantului din China. Prima lege care a permis recoltarea de organe de la prizonierii executați datează din anul 1984. Există o penurie de organe în China, din cauza credințelor confucianiste potrivit cărora corpul trebuie să rămână intact după moarte, fapt ce explică, și lipsa unui program public de donare de organe în China. Sunt descrise diferite forme de abuz în intervențiile de prelevare și de transplant din China, inclusiv recoltarea de organe de la practicanți *Falun Gong*. „Există preocupări serioase întrucât există o lipsă de transparență în ceea ce privește sursa organelor, precum și numărul de execuții care au loc în fiecare an în China. Cine sunt acești prizonieri și pentru ce crimă sunt ei executați?” (p. 86).

Eseul următor este scris de David Matas, Canada, nominalizat la Premiul Nobel pentru Pace. Autorul analizează cifrele și o serie de declarații provenite de la surse din China. Observația sa este că multe dintre cifrele legate de transplanturi, furnizate de către autoritățile chineze nu sunt plauzibile. Pornind de aici, face deducții cu privire la numărul de practicanți *Falun Gong* care ar putea face obiectul recoltării de organe. Deși tehnicile de abordare a acestei teme sunt diferite, concluziile autorului se aliniază, în mare măsură, celor ale celorlalți autori, precum Ethan Gutmann.

Al șaptelea eseu este scris de David Kilgour, nominalizat și el la Premiul Nobel pentru Pace și Jan Harvey, ambii din Canada. Cei doi autori descriu persecuția guvernului chinez împotriva *Falun Gong* și dau

exemple de cazuri concrete de practicanți *Falun Gong* persecutați, ale căror organe au fost prelevate. Ei oferă o cronologie a prelevării de organe din China, eseu încheindu-se cu o serie de sugestii despre cum ar trebui să reacționăm la această temă. ”Nicio acțiune nu poate fi considerată prea puternică pentru a descuraja o practică barbară care calcă în picioare atât temelia demnității umane – respectul pentru corpul uman – cât și esența standardelor etice în medicină” (p. 122).

Autorul celui de-al optulea este eseu, Dr. Jacob Lavee din Israel. El ne mărturisește propria sa experiență, cunoscând situația unui pacient care a călătorit în China, în vederea primirii unui transplant de inimă, pentru un timp de așteptare de două săptămâni. După ce s-a întors în Israel și s-a făcut bine a făcut propriile cercetări și a aflat, astfel, despre prelevarea de organe de la prizonierii din China. Este descris, apoi modul în care a inițiat o metodă care să pună capăt acestui turism pentru transplante, descurajând pacienții să mai apeleze la astfel de practici în China. În același timp a pus propus o lege a transplanturilor în Israel care a generat o creștere a numărului de donări de organe cu peste 60 % într-un singur an. Eseul acesta ne prezintă o soluție uimitoare, născută din proprie inițiativă, de combatere a unei practici inumane. „Abordarea legală israeliană a reușit să-i descurajeze pe cei care aveau nevoie de un transplant, să obțină acest organ din China” (p. 129).

În eseu al nouălea, Dr. Gabriel Danovitch, din Statele Unite ale Americii se referă la procedurile de publicare a lucrărilor științifice care tratează teme legate de prelevare și de transplant, provenite de la societatea științifică din China, de către publicațiile de specialitate occidentale. El a observat o lipsă a de diligență atunci când aceste publicații acceptă lucrări în care autorii

chinezi vorbesc despre „metodele standard”, atunci când se referă la un „glonț în cap”. Astfel de studii nu ar trebui să devină parte a cunoștințelor științifice. Autorul arată că, deși nu putem avea control asupra Chinei, putem cel puțin, decide cine va publica în revistele medicale și nu trebuie să ne abatem de la standardele etice ale cercetării. Prin acest eseu, autorul lansează ideea că medicii din societățile libere au posibilitatea de a respinge și de a condamna, astfel, practicile din China. Autorul recomandă ca publicațiile științifice să nu accepte lucrări despre transplanturi, provenite din China, iar medicilor din China să nu le fie permis să prezinte lucrări și date cu privire la prelevări și la transplanturi, la conferințele de profil, cu excepția cazului în care aceștia declară explicit că rezultatul cercetărilor lor nu provină din efectuarea de transplanturi cu organe de la deținuții executați.

„Nu putem controla evenimentele din China, dar, cel puțin, putem controla conținutul întâlnirilor și al publicațiilor noastre și putem să depunem eforturi pentru ca transplantul de organe din China să-și onoreze locul de membru respectat al comunității internaționale de transplant” (p. 136).

În eseu următor, scris de Dr. Arne Schwarz, din Elveția sunt abordate probleme legate de folosirea medicamentelor utilizate în tratamentele și programele de după efectuarea transplanturilor, testate în studii clinice din China. Companiile farmaceutice care desfășoară studii clinice în China asupra medicamentelor folosite în transplant, cum ar fi cele anti-reject. Pacienții înscriși în aceste studii clinice au fost transplantați cu organe care provin din China, cunoscându-se faptul că 90% dintre organe sunt prelevate de la prizonieri executați, prin urmare existând probabilitatea ca pacienții înrolați în aceste studii clinice să fi fost transplantați cu organe procurat în acest mod, care ar duce apoi la implicații etice și cu privire la medicamentele testate în

aceste studii, iar, mai târziu, ar fi vândute în întreaga lume. Autorul tratează acest subiect complex, referindu-se la unele companii, cu ar fi Roche. El amintește că Organizația Mondială a Sănătății, în principiul director nr. 10 privind transplantul de celule, țesuturi și organe umane, cere să se cunoască sursa organelor transplantate, iar în principiul director nr. 11 cere să existe transparență în folosirea acestora. Autorul face apel la responsabilitatea corporativă de a asigura totodată și standarde etice. „Astfel, în aceste condiții, delegarea procurării de organe unui sistem de transplant abuziv este ceva iresponsabil” (p. 150).

În ultimul eseu al acestei culegeri, Dr. Maria Fiatarone-Singh din Australia, ne povestește propria experiență, despre cum a devenit doctor în geriatrie, cu crezul că poate practica o medicină mai bună. Când a aflat despre prelevarea de organe de la practicanții *Falun Gong* din China a rămas extrem de plăcut surprinsă, și deși nu practica în domeniul transplanturilor, a devenit curioasă și s-a implicat activ în cercetarea acestor probleme. Autoarea a ne relatează cum a fost abordată de către un chinez care pretindea a fi student și care a făcut presiuni asupra ei încercând să o convingă că prelevarea de organe ilegală în China nu există. Acesta susținea că nici masacrul din Piața Tienanmen, din anul 1989, nu a avut loc. Societatea de Transplant din Australia și din Noua Zeelandă (TSANZ) a decis ca programele de formare profesională în transplant din Australia nu vor accepta chirurghi chinezi decât dacă aceștia vor semna un angajament scris, în care să se oblige să nu folosească prizonierii ca o sursă de organe pentru transplanturi, după ce se vor întoarce în China. După ce această decizie a fost implementată în clinicile universitare din Australia, chirurgii chinezi nu s-au mai prezentat la programele de formare în Australia. Autoarea arată și alte metode pe care

medicii le pot folosi în a-și exprima opoziția față de practicile de prelevare și transplant din China. „Ca medici, suntem legați prin jurământul nostru să nu facem rău, iar acest lucru presupune să acționăm pentru a-i proteja pe aceia care sunt răniți de alții. Ca oameni, nu avem dreptul de a face mai puțin de atât” (p. 163).

Acest volum uimitor, prin temele pe care le scoate la lumină, pentru prima oară, prin riscurile pe care și le asumă acești autori, prin atrocitățile și prin suferințele pe care le prezintă, te face să ieși din pasivita-

te și să te întrebi, minunându-te: „Doamne, dar în ce lume trăim?”. Încheiem, totuși, pe un ton optimist, citând-o pe Margaret Mead: „Nu te îndoi niciodată că un grup mic de oameni dedicați poate schimba lumea”.

MARIA ALUAȘ

**Ierotheos Vlahos, *Bioetică și bioteologie*,
traducere de Ieromonah Teofan Munteanu,
Ed. Christiana, București, 2013, 328 p.**

Volumul intitulat *Bioetică și bioteologie* semnat de Ierothos Vlahos, mitropolit de Nafpakos, a apărut într-o primă ediție, în limba greacă, în anul 2005, iar ediția în limba apărând în anul 2013.

Sunt cuprinse teme precum: problemele bioetice și teologia ortodoxă, teme bioetice speciale și anexe. Prima parte a cărții face o trecere în revistă și o clasificare a temelor aflate în atenția bioeticii, în raport cu poziția Bisericii Ortodoxe. În cea de-a doua parte, sunt aduse în atenție unele lucrări publicate în acest domeniu – accentuându-se unele aspecte amintite în capitolul anterior, cât și implicarea Bisericii în elaborarea unor proiecte de lege care să reglementeze aceste teme. Iar ca anexe sunt prezentate două simpozioane organizate sub patronajul Bisericii ortodoxe. Tot în anexe este prezentată și *Declarația privind principiile fundamentale ale bioeticii*, întemeiate pe Tradiția Ortodoxă.



Această abordare încearcă o conciliere între teologia ortodoxă și provocările dezvoltării biotehnologice. Dar, în același timp, după cum susține și autorul, noi nu avem de-a face cu o societate de factură ortodoxă, ci cu una laică și trebuie să se țină cont de acest aspect în colaborarea dintre Biserică și organele legislative, fiind conștienți de faptul că unele dintre propunerile Bisericii ei nu vor fi reglementate din punct de vedere legislativ. Totuși Biserica este datoare să prezinte principiile doctrinei pe care se fundamentează și acționeze astfel încât cadrul legislativ să permită, pe cât posibil, credincioșilor ei să acționeze în conformitate cu conștiința lor.

Faptul că acest volum s-a format ca urmare a prezentării unor cursuri și prelegeri la Academia Eclezială din Vellas, reiese și din caracterul lui pedagogic. Astfel, înainte de expunerea poziției Bisericii Ortodoxe, se începe cu un istoric al apariției biotehnologiilor și a bioeticii vorbindu-se, îndeosebi, despre importanței dezvoltării biotehnologice în contextul ingineriei genetice. Prin urmare, conform definiției date acestui cuvânt, bioetica se naște la confluența dintre medicină și noile tehnologii, încercând să ofere sugestii și răspunsuri la problemele pe care acestea le generează în raport cu viața umană. Astfel, în funcție de tematicile asupra cărora se fixează, bioetica poate viza: începutul, prelungirea și încheierea vieții. Aceste aspecte cuprind întreg parcursul vieții umane și toate problemele bioetice ce pot apărea.

Dat fiind faptul că aceste procedee au o influență, în multe cazuri, decisivă asupra vieții umane, cu repercusiuni asupra trăirilor sufletești, este o datorie morală ca Biserica să-și îndrume credincioșii în deciziile pe care le vor lua. Iar Biserica nu poate să separe problemele de bioetică și propria învățătură dogmatică, fapt pentru care: „Nu poate exista bioetică fără bioteologie.” (p. 55)

Astfel, ea nu se poate limita la un simplu set de reguli privind conduita corectă, ci transcende existența empirică, urmărind îndumnezeirea omului – sfințirea lui – și datorită acestui fapt, perspectiva propusă se distanțează mult de bioeticile seculare ce au în vedere existența umană ca fiind limitată între naștere și moarte.

În schimb, teologia ortodoxă privește viața umană ca un dar al lui Dumnezeu și, deși ea nu se opune, în general, dezvoltării și descoperirilor științifice, vede necesară conlucrarea dintre om și divinitate pentru ca acesta să înfăptuiască ceva. Și, prin urmare, tot ceea ce face omul trebuie să se realizeze în temere de Dumnezeu și cu respect față de creația Sa. Asta deoarece tot ceea ce acesta realizează i se datorează lui Dumnezeu și sufletului, ce purcede de la El, care conferă valoare trupului. (p.83) Or, dependența existenței umane de sufletul care îl pune în mișcare, întreg modul de raportare la existența sa este schimbat, deoarece omul nu poate atenta, prin practicile sale, la viața unui alt individ, din moment ce el nici nu poate să genereze acest principiu mișcător – el lucrează doar cu cele pe care Divinitatea le-a pus la dispoziție, în natură: nici materia nu ar putea exista decât prin creația lui Dumnezeu.

O primă consecință a acestui fapt este necesitatea considerării ca entitate distinctă a embrionului chiar din momentul conceperii lui. Deși medicina și bioeticile seculare au acceptat o marjă de paisprezece zile, până la apariția sistemului nervos, în care să se efectueze experimente pe embrioni și o anumită perioadă până la care se acceptă avortul, Biserica Ortodoxă nu poate admite asemenea practici, deoarece sufletul este pus în acel embrion chiar din momentul conceperii lui și se dezvoltă ca o entitate distinctă față de mamă. Conceperea nu este o lucrare exclusiv umană, ci se realizează prin pronia lui Dumnezeu, care

dă suflare de viață noului individ la întâlnirea gameților, cu colaborarea factorului uman (p. 112).

Însă această relație cu Divinitatea are consecințe și în ceea ce privește modul de raportare a ființei umane la sfârșitul vieții. Pe de-o parte, omul nu are dreptul de a scurta viața cuiva pentru a curma o suferință, deoarece timpul existent până la survenirea morții naturale are o valență deosebită atât pentru muri-bund, cât și pentru apropiții lui. Acest timp îi este dat pentru ca el să-și cerceteze conștiința și să se pregătească pentru întâmpinarea Mântuitorului său și, totodată, se realizează consolidarea relațiilor familiale existând momente de exprimare a afecțiunii și de rostire a ultimelor cuvinte (p. 153). Pe de altă parte, prelungirea vieții cu orice preț și în orice condiții, îi răpește ființei umane posibilitatea de a urma acești pași pregătitori, deoarece în multe cazuri se întâmplă ca ea să fie sedată și să nu fie conștientă în momentul trecerii. În plus, unitățile de terapie intensivă fac imposibilă manifesta-rea afecțiunii din cadrul familiei.

Prin urmare, cu toate că teologia ortodoxă privește viața ca un dar al lui Dumnezeu care trebuie prezervat, ea se opune absolutizării vieții biologice deoarece „Viața omului nu ia sfârșit odată cu moartea trupului” (p. 153). Astfel, dincolo de toate eforturile pentru menținerea lui în viață, pentru ca el să ajungă la pocăință, nu este o greșeală dacă acesta constată zădărnicia

acestor eforturi și optează pentru o moarte naturală. Prin urmare, există diferență frapantă între ceea ce se consideră în lumea secularizată ca fiind o moarte bună (conform conceptului de eutanazie) – o moarte lipsită de suferință – și ceea ce doctrina ortodoxă vede astfel: moartea omului împăcat cu Dumnezeu și care s-a pocăit de păcatele sale. Aceasta din urmă nu exclude neapărat suferința. Experiența mucenicilor spune că orice fel de moarte poate fi bună, atâta timp cât omul este pregătit pentru întâmpinarea lui Hristos.

Perspectiva adusă în atenție în paginile volumului de față, privind problematicile bioetice lasă să transpară respectul față de ființa umană în calitate de creație și necesitatea ca descoperirile din domeniul științific și noile biotehnologii să contribuie la pregătirea acesteia pentru viața de apoi. Astfel, scopul științei nu este doar acela de a ameliora calitatea vieții și de a o prelungi – dacă este posibil – ci ea trebuie să se asigure de faptul că lucrează înspre folosul real al omului. Astfel ea trebuie să vegheze continuu pentru a preveni crearea unei societăți care să promoveze eugenismul, o societate în care doar cei utili și aflați în deplănătatea capacităților își găsesc locul, iar cei considerați a fi nefolositori, li se refuză, însuși dreptul la viață.

ANDREEA-IULIA SOMEȘAN

ACTIVITĂȚILE CENTRULUI DE BIOETICĂ

- Centrul de Bioetică a organizat, în perioada 15-17 octombrie 2014, cursurile de master, susținute de profesorul Ryan Nash, de la Centrul de Bioetică al Universității Statale din Ohio (US), cu următoarele teme: Bioethics as a Translational Field; Do Not Evil: Clinical Discretion and Conciencious Refusals, an Integrative Approach; On the Relief of Suffering. La aceste cursuri au participat studenți ai Facultății de Teologie Ortodoxă din Cluj, masteranzi ai specializării de Bioetică ai aceleiași facultăți, studenți de la Facultatea de Medicină a Universității Iuliu Hațieganu din Cluj, precum și cadre didactice ale celor două universități menționate. Cu ocazia vizitei profesorului Ryan Nash la Cluj a avut loc o întâlnire și o prezentare la Centrul de Îngrijiri Paliative Sf. Nectarie din Cluj, organizată în data de 15 octombrie la orele 17.00. Profesorul american a vorbit despre *Bioetică și Îngrijiri Paliative*, prezentare la care a participat PS Vasile Someșanul, episcop vicar al Arhiepiscopiei Vadului, Feleacului și Clujului, prof. dr. Mirela Maria Gherman Căprioară împreună cu echipa de interdisciplinară care se ocupă de acești pacienți, studenți la medicină și la teologie și cadre didactice interesate de aceste teme.
- Conferința Națională de Bioetică, ediția a IX-a a avut loc în acest an la Iași în perioada 24-26 Octombrie 2013, fiind organizată de Societatea Română de Bioetică, Colegiul Medicilor din România, Universitatea de Medicina și Farmacie Grigore T. Popa din Iași, Centrul de Etică și Politici de Sănătate, Societatea Româna de Anestezie și Terapie Intensivă și Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Sf. Parascheva din Iași. Tema conferinței a fost următoarea: *Provocări etice în practica medicală într-o lume a globalizării*, având următoarele secțiuni: Atitudini etice în terapia intensivă și medicina de urgență; Aspecte etice în îngrijirea pacienților cu prognostic sever; Aspecte etice legate de testarea și terapia bolilor infecțioase; Varia. Având ca invitați nume marcante ale bioeticii românești și internaționale, conferința a abordat teme importante și relevante pentru contextul universitar, social și cultural din România. Contribuțiile membrilor Centrului de Bioetică au fost următoarele: pr. Prof. Ștefan Iloaie a susținut o conferință cu tema: *Trecere, Transfigurare, Taină. Semnificațiile creștine ale morții*; pr. Prof. Ioan Chirilă a avut o prezentare pe tema: Sf. Scriptură,

Cuvântul care tămăduiește sau Scriptură și sănătate; prof. Mircea Gelu Buta a vorbit despre *Conflictele etice care pot apărea în îngrijirea copiilor cu afecțiuni severe*, iar lect. dr. Maria Aluaș a susținut o prezentare pe tema *Calitatea vieții versus sacralitatea vieții. Cum îngrijim pacienții cu prognostic sever*.

- În cadrul programului “Central European Exchange Program for University Studies” (CEEPUS), o inițiativă academică menită să faciliteze schimbul de studenți și profesori între țările Europei Centrale și de Est, au fost invitați, în perioada 11 - 13 Noiembrie, la Centrul de Bioetică al Universității Babeș-Bolyai, profesorii Varga Szabolcs și Czigliany Zsolt, de la Universitatea din Pecs, Ungaria, care au susținut câteva prelegeri pe următoarele teme: *A blessing or a curse? Childbirth in european culture; doctors, healers and midwives in early modern europe end times; The role of the Catholic Church in combatting the crises; Conceptions of life in old testament anthropology; Life and death in the book of psalms; The value of life in the wisdom literature of the Old Testament*. Prelegerile au fost moderate de pr. prof. Ștefan Iloaie, directorul Centrului de Bioetică și de conf. dr. Radu Preda, cadru didactic la Facultatea de Teologie Ortodoxă din Cluj-Napoca. La aceste prelegeri au participat masteranzi și studenți ai Facultății de Teologie Ortodoxă, studenți ai Facultății de Medicină ai UMF Cluj, rezidenți și cadre didactice.
- În data de 4 Decembrie 2013, Centrul de Bioetică al Universității Babeș-Bolyai împreună cu Disciplina de Științe Umaniste și Istoria Medicinii a Universității de Medicină și Farmacie Iuliu Hațieganu din Cluj, au organizat o Masă rotundă cu tema *Aspecte etice privind combaterea stresului la familiile copiilor cu dizabilități*. Au fost invitate cadre didactice de la cele două universități, care au arătat diferite aspecte privind factorii cauzatori de stres ai societății contemporane precum și soluții de combatere a acestuia la copii și la familiile acestora, tratând și tematicile privind dizabilitatea din diferite perspective. La această întâlnire au participat cadre didactice, studenți, rezidenți, medici. Printre cei care au luat cuvântul amintim pe: pr. Ioan Chirilă, UBB Cluj, pr. Ștefan Iloaie, UBB Cluj, Academicianul Petru Derevenco, Ramona Jurcău UMF Cluj, Traian Bocu UMF Cluj, Septimiu Ormenișan UBB Cluj, Maria Aluaș UMF Cluj și alții. Întâlnirea s-a încheiat cu concluzia că astfel de evenimente trebuie să se repete și să se transforme în inițiative de colaborare și de cercetare la nivel local și național.

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;
- minim 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 Cambria 10 pt., la 1,5 rânduri, astfel: autorii, titlul articolului (italic), numele publicației (între ghilimele), editor, volum, număr, an, pagini.

Textul scris cu font Cambria, 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 Cambria, 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 Cambria 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 Cambria 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.

