



STUDIA UNIVERSITATIS
BABEȘ-BOLYAI



BIOETHICA

1/2013

**STUDIA
UNIVERSITATIS BABEȘ-BOLYAI
BIOETHICA**

1/2013
January - June

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
JUNE
1

S T U D I A
UNIVERSITATIS BABEȘ-BOLYAI
BIOETHICA

1

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

CUPRINS - CONTENT - SOMMAIRE - INHALT

Editorial: ȘTEFAN ILOAIE, *Suferința, specific al existenței umane* 5

STUDII

CĂLIN SĂPLĂCAN, *Etica grijii, vulnerabilitate și acces la îngrijiri / Ethics of Care, Vulnerability and Access to Health Care* 11

ANDRADA PÂRVU, ANCA BOJAN, *Dreptul la a doua opinie medicală în viziunea unui lot de pacienți oncologici / The Right to a Second Medical Opinion – A Malignant Patients Group View* 19

SIMONA ȘTEFANA ZETEA, *Dincolo de dialogul surzilor. De la legitimarea la legitimitatea eutanasiei? / Beyond Talking at Cross Purposes. From Legitimizing Euthanasia to Its Legitimacy?* 33

RAMONA JURCĂU, IOANA JURCĂU, NICOLAE COLCERIU, IONEL PAPUC, *Modularea stresului de efort fizic, printr-un preparat fito-energetic, care conține Schisandra Chinensis / Modulation of Physical Stress, through a Phyto Energetical Preparation, Containing Schisandra Chinensis* 51

MIRCEA GELU BUTA, LILIANA BUTA, <i>Îngrijirea copiilor infectați HIV / Teams Facing Childcare Infected with HIV</i>	61
MARIA ALUAȘ, <i>Eugenismul contemporan între realizarea dorințelor și prevenirea dizabilității / Contemporary Eugenics Between Achieving Desires and Preventing Disability</i>	71
VASILE VLAD, <i>Consecințele avortului și spovedania / Consequences of Abortion and the Confession</i>	87

RECENZII - BOOK REVIEWS - COMPTES RENDUS

Beatrice Ioan, Vasile Astărăstoai (Editori), <i>Dileme etice la finalul vieții</i> , Ed. Polirom, Iași, 2013 (MARIA ALUAȘ).....	99
Matthias Beck , <i>Leben-Wie Geht Das?: Die Bedeutung Der Spirituellen Dimension An Den Wendepunkten Des Lebens (Cum Funcționează Viața?)</i> , Ed. Styria Premium, 2012 (IONUȚ BELDEAN)	100
ACTIVITĂȚILE CENTRULUI DE BIOETICĂ	103
INDICAȚII PENTRU AUTORI	105
INSTRUCTIONS TO AUTHORS	107

ȘTEFAN ILOAIE

Editorial:

SUFERINȚA, SPECIFIC AL EXISTENȚEI UMANE

Durerea reprezintă una dintre încercările majore ale omului, fiind prezentă atât în istoria întregii omeniri, cât și a fiecărui om. Adevărul acesta rezultă suficient și din tematica abordată în numărul de față al revistei *Bioethica*. Pacienții oncologici, copiii infectați HIV, dizabilitățile, avortul, interogația legată de eutanasiere, ca și taina îngrijirii celor afectați de boală și suferință reprezintă provocări care îi sensibilizează pe cei încercați în raporturile cu ei înșiși, cu semenii și cu societatea, cu transcendentul. Suferindul se introvertește în interogații fără răspuns, îi așază pe ceilalți – sănătoși și integri sau *mai* sănătoși și *mai* integri – de cealaltă parte a baricadei vieții, percepe o slăbire a dinamismului vieții, formulează nemulțumiri legate de imposibilitatea împlinirii responsabilităților față de cei dragi, dar se poate manifesta și printr-o răzvrătire totală sau parțială față de situație, atitudine determinată de neînțelegerea cauzelor suferinței și, de cele mai multe ori, cu atât mai puțin a finalului acesteia. În fața unor asemenea încercări, reacția omului este imprevizibilă.

Încercarea de acest fel poate să depășească limitele omenești. Există situații în care durerea adâncă dezumanizează, ea având un profund efect asupra percepțiilor suferindului, asupra gândurilor sale, asupra reperelor. Profundă, îndelungată, fără final previzibil, universalizată, grea, acauzală și lipsită de scop, suferința impune introspecția uneori inedită asupra raporturilor consecvente ale suferindului cu realitatea din jurul lui, răstoarnă obișnuințe și mentalități, aruncă în deznădejde și conferă speranță, ne redefiniște ca oameni. Suferindul – mai ales cel care își duce crucea de vreme îndelungată – devine un *altfel de om*, este particularizat și devine *unul dintre puținii*, manifestă, aproape revoltat, un specific al comportamentului care-l deosebește. Suferința desfigurează și particularizează, căci poate fi mai grea decât moartea. Întreaga percepție asupra vieții poate să fie afectată de o modificare – adeseori deloc simplă – a cadrului firesc de existență al persoanei. Și, fiindcă suferința este pusă în imediata apropiere a bolii ori chiar a morții, ea schimbă modul în care este percepută viața însăși.

Mult mai profund decât prin alte experiențe, persoana umană descoperă în durere limite ale existenței biologice, perisabilitate, incertitudine, teamă de necunoscut. Datorită provocărilor serioase pe care le impune, suferința influențează aspecte ale vieții intime.

Atitudinea față de suferință este determinată de valorile pe care persoana îndurerată le posedă și le manifestă, în ciuda noutății totale în care e nevoită să le aplice. Totul depinde de reperele vieții sufletești: ele îi pot determina suferinței un sens, dar o pot și lăsa în afara oricărei logici personale sau transcendente. Și chiar dacă, prin refuzul acceptării ei, durerea poate deveni indicator al îndepărtării de celest, prin asumare ea se metamorfozează și – devenind cruce acceptată de suferind – îl poate duce pe acesta la cer.

În sens creștin, suferința posedă un „potențial izbăvitor”: în ea omul credincios are toate șansele să (re)găsească 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 celălalt să se vindece. În mod tainic, dar concret, creștinul relaționează suferința de păcat: nu există om care să nu sufere, deoarece nu există om care să nu fi păcătuit.

Dacă, în nefirescul ei, suferința produce efecte la fel de nefirești: dureri fizice și contorsionare sufletească, ea posedă caracteristici antinomice. Aspectului negativ, reprezentat de raportarea cauzală la păcat, i se alătură cel pozitiv, în care, datorită ei, ni se descoperă prezența divinității în concretul dureros al vieții, căci Domnul este împreună-prezent cu omul în încercarea trupeză valorizată din punct de vedere duhovnicesc.

Sfântul Apostol Pavel tratează extins problema mângâierii pe care creștinul aflat în neazuri și dureri o are de la Însuși Dumnezeu, afirmând că, în persoana în care se regăsesc din plin încercări și suferințe, este de față Hristos; acolo, alături de durerea omenească, sunt chiar patimile Lui, care aduc însă nu doar pătimire, ci și întărire și mângâiere (*2 Corinteni* 1, 3-7). Identificând prezența divină în încercarea însăși, în puterea de răbdare a durerii sau în scopul pentru care este lăsată, creștinul suferind demonstrează că își asumă crucea lui Hristos, pentru care s-a pronunțat la botez. Cel mai adesea, durerea induce nu numai gândul limitelor expugnabile ale vieții umane, ci și limita ultimă: moartea, iar cel care Îl urmează pe Hristos declară că omul cel vechi nu doar că suferă împreună cu El, ci chiar că se răstignește (*Romani* 6, 3). Dar, în creștinism, răstignirea făcută în Hristos și împreună cu El duce la înviere, transfigurează pământescul în ceresc.

Revelația scripturistică ne descoperă, însă, și un alt sens al acceptării suferinței: în afara oricărui spirit de dreptate, excluzând orice relație între faptă și efectele ei, știindu-se nevinovat, omul este îndemnat să îndure încercările – indiferent care ar fi ele – *de dragul lui Dumnezeu*. În acest înțeles, identificarea suferinței omului cu suferința lui Hristos se realizează la nivel maxim.

Însă, cu toate că este plin de durere în jurul nostru și că ea este purtată de mulți oameni cu încredere în Dumnezeu și ca ascultare față de El, suferința nu-i este specifică statutului ființei umane. Aceasta reiese și din realitatea că ea le-a fost necunoscută primilor oameni pe când erau în rai, din aceea că se nasc copii care suferă înainte ca ei să fi săvârșit vreun păcat personal și – așa cum ne arată exemplul lui Iov – din adevărul că suferința poate fi folosită de diavol ca mijloc de ispitire și de îndepărtare a omului de Dumnezeu, folosindu-se de slăbirea trupului, de sensibilitatea și de slăbirea voinței.

Durerea fizică, pe care medicina modernă încearcă din răspuțeri să o îndepărteze, conține – din punct de vedere moral – câteva specificuri și sensuri care o fac să devină element important pentru viața duhovnicească a omului. Astfel, durerea devine sabie care retează speranța unei înveșniciri a viețuirii omului în această formă. Durerea provoacă la rândul ei suferință, durerea trupeză aduce cu sine cel mai adesea suferința sufletească: nemulțumirea că există determinarea ca faptele să evolueze astfel. Dar, în al doilea rând, pornind de aici, creștinul – avându-L ca model pe Hristos – are șansa de a transforma inutilul și dezagreabilul în util, de a folosi suferința, de a o modifica.

Căci, dacă asupra trupului nu se poate interveni pentru a modifica ceva din realitățile ineluctabile cu care se confruntă, soluția este să se intervină asupra sufletului. Nefericirea poate fi convertită în fericirea de a suferi. Dar aceasta numai în măsura în care suferindul are puterea de a-și asuma încercarea. Căci întâlnim situații în care *omul se revoltă* împotriva suferinței, pentru că nu-i înțelege sensul sau pentru că devine tot mai grea și insuportabilă. Totul depinde de libertate, de credință, dar și de stăpânirea de sine și de puterea asumării suferinței. Convertirea suferinței din încercare și limită a trupului ori a sufletului se realizează numai prin credință, prin încredere, prin lăsarea voii omului în voia lui Dumnezeu. De aceea întâlnim creștini cărora trupul însuși le devine „străin”: „Doamna doctor, de azi-noapte eu nu mai sunt aici decât cu trupul, cu sufletul sunt dincolo”.

Este dificil, chiar imposibil de-i judecat pe semenii care nu își înțeleg suferința, deoarece nu se poate cunoaște suficient starea sufletească pe care au avut-o înainte de încercare și cea pe care o au în timpul suferinței, încercările prin care trec, experiențele și efectele acestora, bagajul fizico-psihic-intelectual, influența societății, întâlnirile cu cei apropiați și, cu atât mai puțin, credința și calitatea acesteia. Pe cât este de dificil, pe atât este de dorit ca asemenea suferinzi să fie îndemnați la căutarea și descoperirea unei finalități transcendente, a unui „dincolo” care începe deja aici, a unei „odihne” și a unei liniștiri pe care nu o poate da nici această viață și nici suferința irațională.

Aici se descoperă realitatea că adevărații sfătuitori ai suferințelor sunt rari și că ei devin „misionari” care pătrund încet prin ușa sufletului bolnavului și așază acolo, discret – prin cuvânt, tăcere, gest și privire – darul deschiderii și al înțelegerii.

Biserica afirmă și un sens comunitar al suferinței, destul de puțin recunoscut și cu atât mai puțin perceput astăzi. Apostolul Pavel afirmă că un organism este structurat, în întregul lui, din diferite părți care îl compun și care, ființial, comunică între ele, comunicarea pe care o inițiază sau o transmit mai departe determinând importanța părții în cadrul întregului (*1 Corinteni 12, 12-25*). Dar suferința însăși devine comună, pentru toate organele, atunci când unul dintre ele suferă, așa cum toate se bucură când unul are împlinire (*1 Corinteni 12, 26*). Stadiul de suferință al unei persoane devine suferință a tuturor, care împărtășesc încercarea și sunt alături de suferind. De fapt, Hristos Însuși ne cheamă lângă patul bolnavului – pentru a-i sta alături și a-l îmbărbăta, pentru a-l însoți cu dragostea și cu prezența noastră – și chiar ne va judeca pentru aceasta: „Veniți binecuvântații Părintelui Meu... că bolnav am fost și M-ați cercetat...; Duceți-vă de la Mine... că bolnav... am fost și nu M-ați cercetat” (*Matei 25, 34-35. 41. 43*).

Astfel, paradoxul suferinței continuă: în ea găsim durere, lacrimă, suspin și interogare fără răspuns. Dar, ea unește persoanele întreolaltă, sporește comuniunea, întărește legătura cu Creatorul și, printr-o teribilă revenire în noi înșine, prin așezarea durerii în iubirea față de Dumnezeu – „iubirea pe toate le suferă..., pe toate le rabdă” (*1 Corinteni 13, 7, s.n.*) – suferința ne transfigurează.

STUDII

ETICA GRIJII, VULNERABILITATE ȘI ACCES LA ÎNGRIJIRI*

CĂLIN SĂPLĂCAN¹

ABSTRACT. *Ethics of Care, Vulnerability and Access to Health Care.* Based on the ethical evaluation of a case study, the article refers to the ethics of care in order to articulate two perspectives of health care: the first one aims at medical care remedies, so as the removal of the so called life obstacles, while the second one concern the daily care needed to ensure life continuity. This distinction highlights the limits of discourses that emphasize autonomy and independence, with the purpose of providing an answer for social problems related to vulnerability and dependence.

Keywords: *Care, Vulnerability, Dependence, Access to health care, Ethic of care*

REZUMAT. Pornind de la evaluarea etică a unui studiu de caz, articolul face referință la etica grijii pentru a articula două perspective ale îngrijirilor medicale: prima vizează îngrijirile reparatorii, adică înlăturarea a ceea ce face obstacol vieții, cea de a doua vizează îngrijirile de zi cu zi necesare asigurării continuității vieții. Această distincție subliniază limitele discursurilor care valorizează autonomia și independența, pentru a propune un răspuns problemelor sociale în situație de vulnerabilitate și de dependență.

Cuvinte cheie: *grijă, vulnerabilitate, dependență, acces la îngrijiri, etica grijii*

Pornind de la un studiu de caz se vor evalua problemele etice. Prima etapă va da seama de caracterul etic al situației (analiza situației). A doua etapă consistă în obiectivarea situației, pentru a formula problemele etice de manieră generală

* Acest articol a fost realizat în cadrul Proiectului „Studii postdoctorale în domeniul eticii politicilor de sănătate” POSDRU/89/ 1.5/S/61879 cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013. Tema 3: „Perspective etice și determinanți ai accesului persoanelor și grupurilor vulnerabile la servicii de sănătate”.

¹ *Cercetător postdoctoral Centrul de Etică și Politici de Sănătate, UMF „Gr.T. Popa”, Iași / Lector dr., Universitatea „Babeș-Bolyai”, Cluj-Napoca, Facultatea de Teologie Greco-Catolică, Adresa: 26, str. Moșilor, 400001 Cluj-Napoca, E-mail: calinsaplacan@hotmail.com*

(obiectivarea etică). A treia etapă va face referință la actorii implicați în situație și motivațiile acțiunilor lor (subiectivarea). În cea de a patra etapă, situația se va înscrie într-un proces de deliberare care să permită capacitatea proiectării unui viitor comun și să deschidă calea unor comportamente care să susțină acest viitor.

Studiu de caz

Un pacient în vârstă, bolnav de Alzheimer, este tratat acasă în cadrul serviciilor medicale de îngrijiri la domiciliu. Pacientul este preluat de serviciul de urgență din cauza tulburărilor de comportament. La cererea fiului acestuia, i se promite că nu va exista din partea personalului medical o îndârjire terapeutică. Internat fiind, pacientul refuză să se alimenteze și să bea. I se introduce o sondă nazogastrică pe care pacientul o smulge de mai multe ori. Pacientul este legat de pat, iar încercarea personalului medical de a-i reintroduce sonda și opoziția acestuia, duc la atingerea corzilor vocale și imposibilitatea pacientului de a mai vorbi. Pacientul moare, în incapacitate de a mai comunica cu fiul său, acesta din urmă fiind puternic culpabilizat.

Analiza situației etice ne prezintă faptul că pacientul nu dorește să fie internat și refuză tratamentul. Se impune următoarea întrebare: putem administra un tratament pe care pacientul îl refuză? Dacă privit dinspre pacient, acest lucru pare să contravină unor idealuri precum demnitatea și libertatea pacientului, privit dinspre medic, nu înseamnă decât a-ți face datoria de a salva o viață. Putem surprinde de asemenea anumite neînțelegeri:

- neînțelegeri culturale ce privesc definiția îndârjirii terapeutice,
- neînțelegeri privind îngrijirea la domiciliu și cea de la spital,
- neînțelegeri privind distincția și articularea dintre „cure” și „care”.

Obiectivarea etică. Există o violență a situației: pacientul moare la spital legat, în incapacitatea de a mai vorbi. Mai mult această situație contrastează cu cererea fiului său de evitare a îndârjirii terapeutice. Principiile etice care pot fi evocate în fața acestei violențe a situației sunt libertatea, autonomia, buna tratare a pacientului. De asemenea simțim anumite divergențe datorate diferențelor între tratamentul la domiciliu (care) și cel de la spital (cure). Ceea ce este în cauză este tocmai sprijinul global al pacientului.

Subiectivarea etică scoate la iveală motivațiile fiecărui actor implicat. Care sunt frontierele dintre îngrijirea la domiciliu și cea instituțională? Tulburările de comportament (manifestate prin violența pacientului) fac necesară trecerea de la îngrijirile la domiciliu la spitalizare. Astfel, în fața problemelor de sănătate ale pacientului, există un răspuns instituțional ce are la bază legea sănătății.

Motivațiile și intervenția personalului medical sunt date de raportul la viață (viața cu orice preț), dar și de evitarea suferințelor. Pentru personalul medical a nu pune sonda gastrică este similară cu a nu acorda îngrijiri medicale. Întrebarea lor era legată de necesitatea unei noi intervenții din moment ce pacientul o refuză.

Spitalizarea pacientului afectează legăturile familiale nu numai datorită diferențelor de mediu, ci și datorită răspunsului instituțional. Tatăl refuză spitalizarea, iar fiul se vede obligat să o facă datorită violenței acestuia. Mai mult răspunsul instituțional îi pare fiului în contradicție cu cererea formulată de el.

Comprehensiunea. Cazul prezentat incită la regândirea conceptului de îngrijire. A crea mijloace de comunicare performante și a clarifica competențele. Acest lucru permite restabilirea unei încrederi între pacient, aparținători și corpul medical, precum și o recunoaștere mutuală. Mai mult aceste mijloace pot crea solidarități care să consolideze cunoașterea drepturilor pacientului, rolul fiecăruia, precum și legăturile dintre pacient, familie și spital. Toate aceste direcții deschid calea unei reflecții privind actul de a îngriji.

Pentru acesta vom face o scurtă prezentare a originii conceptului de „care” ce face loc unei abordări din perspectiva vulnerabilității și dependenței, dar și unei abordări ce ține cont de solitudine, empatie, grija față de celălalt.

„Care”: originile unui concept

Termenul „care” își are originea în limba engleză, fiind tradus în limba română² prin „grijă”.

Începând cu Carol Gilligan³ termenul „care” devine un concept. Acesta fost gândit de autoare mai întâi ca un concept de psihologie socială, pentru a desemna o etică practică a grijii față de celălalt, pornind de la comportamentul și gândirea feminină, opusă unei gândiri filosofice morale abstracte fondată pe drept și justiție specifică mai degrabă gândirii masculine. Interesul acesteia din urmă pentru reguli și legi, spune autoarea, instaurează o distanță afectivă în raport cu ceilalți. Nu este cazul unei gândiri care pornește de la grijă, opunând astfel perspectiva realistă a persoanei (ceea ce este) celei idealiste (ceea ce ar trebui să fie). În demersul ei, autoarea încearcă să evite o abordare binară masculin-feminin și o răsturnare a valorilor masculine spre cele feministe, considerând grija atât o practică socială cât și o morală fondată pe drept. În consecință, conceptul de grijă nu trebuie înțeles ca fiind opus celui de dreptate, ci ca o redefinire a dreptății având ca centru grija. Acest concept a fost utilizat în domenii din cele mai diferite: politică, filozofie, științe sociale, etică și medicină.

Joan Tronto, va prelua conceptul de „care” definindu-l ca „o activitate caracteristică speciei umane care include tot ceea ce facem pentru a menține, continua sau repara „lumea” noastră în așa fel ca să putem trăi pe cât de bine

² Pentru o abordare istorico-filosofică mai profundă a acestui termen, precum și a problemelor etice pe care le ridică trimitem la Mihaela Frunză, „Etica grijii” in http://sacri.ro/_/files/texte/eticagrijii.htm

³ Carol Gilligan, *Une voix différente*, Paris, Flammarion, 2008.

posibil. Această lume include trupurile noastre, individualitățile noastre (*selves*) și mediul nostru, pe care-l Țesem Țmpreună Țntr-o plasă complexă ce susține viața”⁴.

Autoarea extinde conceptul de *care* de aspectele de Țngrijire Țntre două persoane la aspecte sociale și politice.⁵ Pentru Tronto conceptul și valoarea griji⁶ au fost marginalizate, iar extinderea menționată este concretizată nu numai prin recunoașterea valorii „care”-ului, ci și prin denunțarea procesului de marginalizare.

Interesul nostru pentru termenul „care” este datorat utilizării acestuia Țn etica sănătății. Vom Țncepe demersul nostru cu clarificările conceptuale aduse de Françoise Collière.⁷ La nivel de Țngrijiri medicale, autoarea face distincția Țntre „care” și „cure” Astfel „cure” este definit Țn raport cu Țngrijirile reparatorii care vizează Țnlăturarea a ceea ce face obstacol vieții (actul medical), iar „care” este definit Țn raport cu Țngrijirile de zi cu zi necesare asigurării continuității vieții. Această distincție subliniază limitele discursurilor care valorizează autonomia și independența, pentru a Țncerca să aducă un răspuns problemelor sociale Țn situație de vulnerabilitate și de dependență.

Vulnerabilitatea constituie o provocare pentru oameni deoarece pe de o parte aceasta permite acestora să se recunoască limitați, fragili, iar pe de altă parte să recunoască faptul că sunt dependenți de ceilalți. Din această perspectivă, solicitarea de ajutor pe care bolnavul o face medicului este totodată recunoaștere a vulnerabilității și recunoaștere a dependenței față de celălalt. Cel mai adesea această recunoaștere a vulnerabilității se face prin intermediul unei etici normative ce reglementează accesul la servicii medicale ca un drept uman fundamental. Țn ciuda importanței evidente a recunoașterii drepturilor unui pacient, aceasta nu implică Țn mod necesar sentimentul de compasiune, de empatie și de solitudine cu celălalt. O abordare pur normativ-instituțională lasă pe din afară raporturile interpersonale și o atenție față de ceea ce trăiesc persoanele. Mai mult ele nu lasă loc de exprimare persoanelor vulnerabile. Conceptul de grijă permite Țnțelegerea a ceea ce este dificil exprimabil, faptul că o persoană este vulnerabilă.

⁴ «Une activité caractéristique de l’espèce humaine qui inclut tout ce que nous faisons en vue de maintenir, de continuer ou de réparer notre «monde» de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde inclut nos corps, nos individualités (*selves*) et notre environnement, que nous cherchons à tisser ensemble dans un maillage complexe qui soutient la vie.» Joan Tronto, „Care démocratique et démocratie du care”, in *Qu’est-ce que le care ?*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2009, p. 37.

⁵ Joan Tronto, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, Ed. La Découverte, 2009.

⁶ Această muncă spune autoarea, cel mai adesea specifică muncii femeilor (educația copiilor, Țngrijirea bolnavilor, munca domestică, munca necalificată, etc.) este o activitate devalorizată din punct de vedere social.

⁷ Françoise Collière, *Soigner, le premier art de la vie*, Paris, InterEditions, 1996.

Această recunoaștere este cu atât mai importantă cu cât societățile noastre opun adesea autonomia, vulnerabilității sau dependenței⁸. Autonomia reprezintă capacitatea unei persoane de a se governa singură, de a dispune liber de propria voință. Aceasta presupune capacitatea de judecată, de alegere, libertate de a accepta sau a refuza un tratament. Vulnerabilitatea desemnează etimologic o rană sau posibilitatea de a fi rănit. Vulnerabilitatea nu face referire numai la aspectul potențial (care poate fi rănit), ci și asupra condițiilor de posibilitate (riscul de a fi rănit) și a condițiilor de realizare (faptul de a fi rănit).⁹ La nivel de sănătate, vulnerabilitatea depinde de factori bio-culturali, economici, sociali sau politici. Această vulnerabilitate ne face dependenți unii de ceilalți. Una din cauzele dependenței sunt bolile¹⁰: accidentele cerebrale, afecțiunile ale sistemului nervos central, afecțiuni articulare, etc. Studiul de caz prezenta o persoană bolnavă de Alzheimer. Persoana îngrijită, este deja dependentă de familia ei. În plus, beneficiind de îngrijiri medicale la domiciliu, aceasta se află într-o stare de dependență față de personalul medical. Spitalizarea ei în urgență, nu face decât să ajute încă o dependență celorlalte. Dacă la acest lucru se mai adaugă faptul că spitalizarea nu este pregătită dinainte, sau nu este dorită de către persoană (așa cum era în studiul de caz), ea poate fi percepută ca și un abandon din partea familiei sau uneori ca o sancțiune. Aceste cauze ale dependenței pot să inducă și probleme psihice.

Etica grijii vizează articularea celor două perspective: o perspectivă etică normativă bazată pe egalitatea și drepturile pacientului și o perspectivă etică a grijii pornind de la termeni precum sollicitudinea, compasiunea, vulnerabilitatea celuilalt, grija față de celălalt, empatia. Cum să legăm dreptatea de grijă?

Termenul de **acces la îngrijiri** de sănătate este mult mai larg decât cel de acces la servicii de sănătate. Ultimul termen desemnează relația dintre beneficiar (pacientul) și serviciul medical. Aceasta este concretizată prin posibilitatea pentru primul de a primi îngrijiri medicale atunci când le solicită, fără să fie constrâns, iar pentru al doilea, capacitatea de a furniza serviciile medicale la solicitarea pacientului¹¹. În acest caz instituirea unor politici și structuri instituționale drepte este esențială. Însă, accesul la îngrijiri așa cum este văzut din perspectiva unei etici a grijii, adică luând în considerare vulnerabilitatea și dependența, permite o reconsiderare a acestuia. Referindu-ne la studiul de caz menționat, observăm o anumită dependență în viața cotidiană a pacientului de mediul familial. Este

⁸ Nu trebuie opuse autonomia și dependența. Această perspectivă reducătoare, deoarece autonomia noastră este întotdeauna o autonomie limitată.

⁹ Marc-Henry Soulet, „Reconsidérer la vulnérabilité”, in *Empan*, 2005/4, nr.60, p.24.

¹⁰ Aceste boli se pot avea ca și consecințe grade diferite de dependență și durate diferite.

¹¹ Acest subiect a fost deja dezvoltat în Călin Săplăcan, „Appeal to justice in access to health services for vulnerable individuals and groups”, in *Social Research Reports*, 2013, vol. 24, p. 16-24.

preferabil ca pacientul, acolo unde este posibil, să rămână la domiciliu din cauza legăturilor afective cu cei apropiați și a familiarității pacientului cu mediul în care trăiește. Intervenția exterioară serviciului de îngrijiri la domiciliu, poate fi considerată de către pacient o jenă sau chiar ca un pericol. În unele cazuri, când situația o impune este necesară spitalizarea, deci renunțarea la domiciliu a pacientului. Integrarea structurilor instituționale trebuie pregătită cu grijă. Aspectul psihologic joacă un rol esențial, constând în acceptarea noului „domiciliu”¹², dar și în relațiile afective cu personalul medical din spital. Dependenței afective a pacientului față de mediul familial și față de persoanele din familie, i se adaugă dependența de față de personalul medical din spital. Această dependență se exprimă până în gesturile cele mai intime (toaletaj, îmbrăcare, eliminare urină și fecale, investigații medicale, etc.) pe care personalul medical le înfăptuiește și la care pacientul poate reacționa violent (ca și în studiul de caz). Riscurile la care se supune personalul medical este cel al răului tratament. Munca în echipă este esențială în acest caz, muncă ce trebuie să lase loc și familiei. Dependența pacientului de structurile instituționale riscă să aibă consecințe asupra celor apropiați, în special asupra familiei. Observăm în studiul de caz că fiul pacientului are un comportament parental față de propriul tată, inversând rolurile simbolice care-i legau. Această schimbare a rolurilor produce la fiul pacientului o culpabilizare, ce ne face să ne gândim la o reactivare a problematicii oedipiene. Această culpabilizare se manifestă cel mai adesea printr-o investire excesivă a membrilor familiei (fiul în cazul nostru). Rolul medicilor în acest caz este de a-i ajuta pe membrii familiei să susțină afectiv pacientul. Această muncă nu este deloc ușoară dat fiind faptul că ea trebuie să țină seama de structura relației dintre tată și fiu (părinți și copii).

Concluzii

Pornind de la studiul de caz evocat la început, conceptul de „care” permite o reevaluare a îngrijirilor medicale. În cele din urmă putem defini conceptul de „care” astfel:

- o activitate care constă în a avea grijă de persoanele vulnerabile și dependente. Această activitate nu se limitează la aspectul medical al îngrijirii, ea atingând toate domeniile vieții.
- o poziție etică și politică. Propunerile relative unor politici de sănătate având ca fundament conceptul de „care” nu au fost tratate aici, nefiind scopul pe care ni l-am propus.

În perspectiva structurării unei etici a grijii, vulnerabilitatea este considerată ca fiind specifică condiției noastre umane. Dacă nu poate exclude raportul la

¹² Este cel mai adesea cazul persoanelor în vârstă.

dreptate, conceptul de grijă („care”) a transformat raportul la etică prin integrarea unor valori precum vulnerabilitatea, sensibilitatea, dependența, solitudinea. Importanța răspunderii solicitărilor persoanelor vulnerabile subliniată de etica grijii, trebuie să depășească un raport strict contractual sau tehnic cu celălalt.

Accesul la îngrijiri, în aceste condiții, se vede schimbat. El depășește aspectul instituțional al serviciilor pentru a face loc acestei munci invizibile din punct de vedere social. Această muncă a fost subliniată tradițional prin rolul femeilor în creșterea copiilor, îngrijirea bătrânilor, a persoanelor cu handicap, a bolnavilor, etc. Elementul educațional este esențial în conștientizarea conceptului de „care”. O astfel de abordare implică o schimbare la nivel de politici de sănătate: vulnerabilitatea nemaifiind caracteristica persoanelor și grupurilor țintă (persoane cu handicap, persoane vârstnice, romi, etc.), ci trăsătură a condiției noastre umane. Această schimbare de paradigmă etică, nu trebuie separată de aspectele tehnice, economice, sociale și politice.

BIBLIOGRAFIE

- Collière, F., *Soigner, le premier art de la vie*, Paris, InterEditions, 1996.
- Frunză, M., „Etica grijii” in http://sacri.ro/_/files/texte/eticagrijii.htm
- Gilligan, C., *Une voix différente*, Paris, Flammarion, 2008.
- Săplăcan, C., „Appeal to justice in access to health services for vulnerable individuals and groups” in *Social Research Reports*, 2013, vol. 24.
- Soulet, M-H., „Reconsidérer la vulnérabilité” in *Empan*, 2005/4, nr.60.
- Tronto, J., „Care démocratique et démocratie du care”, in *Qu'est-ce que le care ?*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2009.
- Tronto, J., *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, Ed. La Découverte, 2009.

DREPTUL LA A DOUA OPINIE MEDICALĂ ÎN VIZIUNEA UNUI LOT DE PACIENȚI ONCOLOGICI

ANDRADA PÂRVU¹, ANCA BOJAN²

ABSTRACT. *The Right to a Second Medical Opinion – A Malignant Patients Group View.* During centuries, seeking for a second medical opinion was considered being a concession for a patient and after that, in the middle of the XXth century it becomes a patient's right. Second opinion may have a critical influence on the diagnosis, treatment and prognosis. Seeking a second medical opinion or providing one can cause ethical or legal dilemma. Few studies were done in Romania based on knowing and observing patient's rights. As we know, there is no research about second medical opinion recommended by doctors or asked by the patients. In our country this right is protected by Patient's Right Law and by Medical Deontological Code. In an European regular report "The Empowerment of the European Patient – Options and Implications", in the "patient's rights" category, out of 31 countries, Romania was situated in 22-27th position because our country failed to implement patient rights recognized by law and restricted or obstructed patients' rights to second medical opinion. The article reveals the results of a pilot study conducted in Cluj-Napoca Hematology Clinic that has the purpose of evaluating patient's view about seeking a second medical opinion. We have done semi-structured interviews with 40 malignant patients. All of them had a suspicion on their medical care (investigations, diagnosis, treatment or prognosis accuracy), but only two patients asked for a second medical opinion, even if 20% of patients surveyed said they get less than half of doctor's explanation. Patients who did not request a second medical opinion motivated by the fact that it is not a common practice in the Romanian medical system, have not thought about it or did not know whom to ask. Asked to describe the attitude of their doctor if he would know that the patient asked another medical opinion, 32.5% of patients felt that their doctor would show empathy, 30% that the doctor would have a disapproving reaction and 37.5% could not answer. Regarding the characteristics of patients who would require a second opinion, there is a statistically significant association between level of education and the desire to seek a second medical opinion. On the basis of this study, a number of seminars for physicians can be conceived to improve the knowledge and application of patient rights in practice and on the other hand informational campaigns for patients regarding their rights.

Keywords: *Right to a Second Medical Opinion, Patient Rights*

¹ Asist. Univ. Dr., Departament Hematologie, U.M.F. "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca

² Conf. Dr., Șef Departament Hematologie, U.M.F. "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca, Director Medical Institutul Oncologic "Ioan Chiricuță" Cluj-Napoca

REZUMAT. De-a lungul secolelor, căutarea unei a doua opinie medicală a fost considerată a fi o concesiune făcută pacientului, după care, pe la mijlocul secolului al XX-lea devine dreptul unui pacient. A doua opinie medicală, poate avea o influență critică asupra diagnosticului, tratamentului și a prognosticului. Căutarea unei a doua opinie medicală sau furnizarea uneia poate cauza dileme etice sau legale. Câteva studii au fost efectuate în România, bazate pe cunoașterea și respectarea drepturilor pacientului. După cum știm, nu există nici o cercetare cu privire la a doua opinie medicală recomandată de medici sau solicitată de către pacienți. În țara noastră acest drept este protejat prin *Legea Dreptul pacientului* și prin *Codul de Deontologie Medicală*. Într-un raport european intitulat « Abilitarea pacientului european – Opțiuni și implicații », la categoria « drepturile pacientului », din 31 de țări, România se afla în poziția 22 - 27, deoarece țara noastră nu a reușit să pună în aplicare drepturile pacienților recunoscute de lege și a restricționat sau obstrucționat dreptul pacienților la o a doua opinie medicală. Articolul prezintă rezultatele unui studiu pilot efectuat în Cluj-Napoca la Clinica de Hematologie, cu are scopul de a evalua opinia pacienților cu privire la o a doua opinie medicală. Am făcut interviuri semi-structurate cu 40 de pacienți. Toți au avut o suspiciune cu privire la îngrijirea lor medicală (investigații, diagnostic, tratament sau precizia prognozei), însă doar doi pacienți a cerut o a doua opinie medicală, chiar dacă 20 % dintre pacienții intervievați au spus ca au înțeles mai puțin de jumătate din explicațiile medicului. Pacienții care nu a solicitat o a doua opinie medicală au fost motivați de faptul că aceasta nu este o practică obișnuită în sistemul medical românesc, nu s-au gândit la asta sau nu au știut pe cine să întrebe. Întrebați să descrie atitudinea medicul lor dacă el ar fi știut că pacientul a cerut o altă opinie medicală, 32,5 % dintre pacienți au considerat că medicul lor ar arăta empatie, 30% că medicul ar avea o reacție de dezaprobare și 37,5 % nu au putut răspunde. În ceea ce privește caracteristicile pacienților care au cerut o a doua opinie, există o asociere semnificativă statistic între nivelul de educație și dorința de a căuta o a doua opinie medicală. Pe baza acestui studiu, pot fi concepute o serie de seminarii pentru medici, cu scopul de a îmbunătăți cunoașterea și aplicarea drepturilor pacienților în practică și pe de altă parte și în alte campanii de informare a pacienților cu privire la drepturile lor .

Cuvinte cheie: *Dreptul la a doua opinie medicală, Drepturile pacienților*

A solicita o a doua opinie medicală reprezintă procesul prin care este posibilă consultarea oricărei instituții medicale sau oricărui medic disponibil pentru a compara, a confirma sau a revizui un prim diagnostic sau un anumit tratament propus. Procesul este de o importanță majoră în cazul pacienților care suferă boli grave, debilitante sau incurabile.³ A cere sau a oferi o a doua opinie

³ Cifaldi L, Felicetti V, Cristina G, *The second opinion in oncology*, in "Recenti Progressi in Medicina", 101, 7-8, 2010, p.299-302.

medicală reprezintă un proces cu multe implicații etice și legale. De-a lungul timpului, solicitarea unei a doua opinii medicale de către pacient a fost interpretată ca o favoare acordată pacientului sau, începând cu a doua jumătate a secolului XX, ca un drept al pacientului⁴ și a produs diferite reacții în rândul medicilor - de la dezaprobare, dezamăgire, ofensă, respingerea pacientului, până la înțelegerea gestului făcut de bolnavul respectiv⁵.

A cere o a doua opinie medicală reprezintă un act care poate fi inițiat de către pacient, dar și de un medic. Vashitz și col. consideră a doua opinie medicală ca fiind un instrument în sprijinul luării unei decizii medicale, un argument pentru efectuarea sau modificarea unui tratament. A doua opinie medicală poate influența diagnosticul, tratamentul sau prognosticul unui pacient. În urma luării în calcul a celei de-a doua opinii medicale există beneficii pentru pacient, pentru medicul curant și pentru unitatea sanitară în cadrul căreia are loc actul medical. Astfel, în urma celei de-a doua opinii pacientul poate beneficia de optimizarea tratamentului sau de evitarea unor potențiale riscuri, medicul poate fi mai puțin expus unor acuzații de malpraxis, iar unitatea sanitară poate beneficia de creșterea calității actului medical și de economii materiale datorate evitării tratamentelor sau intervențiilor chirurgicale inutile. În ultimii ani, în țările vestice, a cere o a doua opinie medicală a devenit un gest comun în practica medicală de zi cu zi, chiar și societățile de asigurări medicale (publice sau private) au început să ceară a doua opinie medicală pentru a verifica dacă într-adevăr sunt necesare anumite investigații sau tratamente costisitoare. Multe studii publicate recent își propun să cerceteze beneficiile clinice ale solicitării celei de-a doua opinii medicale, motivele pentru care pacienții și-ar dori acest lucru, caracteristicile pacienților care și-ar dori o a doua opinie, mijloacele tehnologice care ar facilita acest proces și reglementarea unui cadru legal și etic pentru consultarea unui alt specialist în domeniu.⁶

Solicitarea din partea pacientului de a primi o a doua opinie medicală este un drept al acestuia și o caracteristică a autonomiei pacientului. În țările în care există o tradiție a medicinei paternaliste (Europa de Est, Extremul Orient, America de Sud), chiar dacă actuala legislație se centrează pe autonomia pacientului și consimțământul informat, solicitarea unei a doua opinii medicale reprezintă un act mai rar întâlnit care ar putea leza membrii corpului medical sau ar putea afecta relația de încredere medic-pacient. Există în literatură puține studii cu

⁴ Axon A, Hassan M, Niv Y, Beglinger C, Rokkas T, *Ethical and legal implications in seeking and providing a second medical opinion*, in „Digestive Disease”, 26, 1, 2008, p.11-7.

⁵ Greenfield G, Pliskin JS, Feder-Bubis P, Wientroub S, Davidovitch N, *Patient-physician relationships in second opinion encounters - the physicians' perspective*, in „Social Science & Medicine”, 75,7, 2012, p. 1202-12.

⁶ Vashitz G, Davidovitch N, Pliskin JS, *Second medical opinions*, in „Harefuah: Journal of the Israeli Medical association”, 150, 2, 2011, p.105-10.

privire la atitudinea medicilor față de a doua opinie medicală. Un studiu calitativ efectuat în Israel are la bază 35 de interviuri efectuate cu chirurghi ortopezi și neurologi care au dezvăluit percepția lor față de a cere părerea altui specialist referitor la un pacient: acest lucru le poate modifica medicilor imaginea profesională, le conferă vulnerabilitate, multe ori se simt ofențați, dezamăgiți, stânjeniți, au tendința de a trimite pacienții să fie tratați în continuare de medicii care au oferit a doua opinie. Medicii intervievați au declarat că de cele mai multe ori se luptă să-și păstreze autoritatea profesională, autonomia profesională și un anumit grad de paternalism în luarea deciziilor medicale. Medicii au adăugat faptul că pacienții lor, de cele mai multe ori ascund fiecărui dintre medici faptul că au mai obținut și o altă opinie medicală. Studiul pledează pentru comunicarea sinceră între cei doi parteneri ai actului medical și pentru o atitudine echilibrată din partea medicilor, aceștia trebuind să fie conștienți și să respecte dreptul pacientului la o a doua opinie care lărgeste și întărește relația de încredere medic-pacient.⁷

Oncologia reprezintă o disciplină medicală complexă în cadrul căreia zilnic medicii și pacienții se confruntă cu probleme medicale, manageriale și psihosociale. Majoritatea pacienților oncologici sunt în ziua de astăzi bine informați din variate surse (pagini web, ziare, reviste). Această mixtură de informații mai mult sau mai puțin veridice poate produce un grad de confuzie asupra pacientului îndemnându-l la a solicita o a doua opinie medicală.⁸ Tattersall și col. au studiat pe un lot de pacienți oncologici internați la Sydney Cancer Centre frecvența solicitării celei de-a doua opinii medicale, scopul și rezultatul solicitării, precum și caracteristicile pacienților solicitanți. Rezultatele au arătat că din 1892 de pacienți nou diagnosticați (pe parcursul a doi ani calendaristici), 6,5% au solicitat a doua opinie medicală. Motivele solicitării au fost obținerea informațiilor legate de tratament, reconfirmarea veridicității diagnosticului sau a corectitudinii tratamentului, insatisfacția cu privire la informațiile oferite de medicul curant oncolog. 52% dintre pacienții care au cerut a doua opinie medicală au declarat că au obținut informații noi în timpul consultației. 41% au declarat că a doua consultație a diferit față de prima, fiind mai lungă și că al doilea oncolog le-a răspuns mai bine așteptărilor. Caracteristicile pacienților care au solicitat o a doua opinie medicală au fost: pacienți cu mai multe studii, mai tineri și de sex feminin. O concluzie a studiului se referă la faptul că mulți pacienți au fost interesați de echipe multidisciplinare de tratament și de ghidurile clinice de tratament, dar puțini le-au și citit.⁹ Referitor la aceste ghiduri clinice, sunt autori care pun sub

⁷ Greenfield G, 1202-12.

⁸ Vashitz G, *op. cit.*, 105-10.

⁹ Tattersall M, Dear R, Jansen J, Shepherd H, Devine R, Horvath L, Boyer M. (2009), *Second opinions in oncology: the experiences of patients attending the Sydney Cancer Centre*, in „Medical Journal of Australia”, 191, 4, p. 209-212

semnul întrebării oportunitatea solicitării unei a doua opinii medicale atâta timp cât există ghiduri clinice. S-a demonstrat însă și că a doua opinie medicală se poate referi la care ghid se potrivește mai bine situației clinice a pacientului.¹⁰

Spitalele universitare de renume mondial au servicii specializate în a oferi a doua opinie medicală. Acestea pun la dispoziția potențialilor pacienți și servicii on-line, gratuite prin care se pot introduce datele medicale ale pacientului urmând ca medici specializați în patologia respectivă să ofere gratuit o a doua opinie. Pacientul poate să aleagă ulterior obținerii opiniei să se trateze sau nu în serviciul medical respectiv.¹¹ Un astfel de program al Johns Hopkins Hospital (SUA) a modificat diagnosticul la 15% dintre pacienții care s-au adresat și a modificat planul de tratament în 70% din cazuri.¹²

În majoritatea țărilor cu un sistem medical bine organizat, procesul de solicitare a celei de-a doua opinii medicale este statuat în codurile profesionale. În Statele Unite ale Americii, în Codul de Etică Medicală al AMA (American Medical Association) se precizează că a doua opinie medicală poate fi solicitată de medic sau de pacient. Medicul o poate solicita atunci când consideră că poate ajuta în acordarea asistenței medicale și în primul rând trebuie să explice pacientului motivul pentru care solicită acest lucru și apoi fie să recomande un alt specialist în domeniu, fie să ofere pacientului libertatea de a alege singur un al doilea specialist. Medicul trebuie să pună la dispoziția pacientului toată documentația necesară confratelui său solicitat să ofere opinia sa. Codul AMA stipulează faptul că al doilea medic își poate asuma responsabilitatea tratamentului bolnavului și că în același timp este nepotrivit ca primul medic să nu mai dorească să ofere îngrijire pacientului pentru că acesta a mai solicitat o părere.¹³

În România, dreptul la a doua opinie medicală este stipulat în Codul de Deontologie Medicală al Colegiului Medicilor și în Legea nr. 46/2003, Legea Drepturilor Pacientului¹⁴. Art. 30 din Codul de Deontologie Medicală stipulează: “În toate situațiile medicul va respecta dreptul pacientului de a obține o a doua

¹⁰ Moumjid N, Gafni A, Bremond A, Carrere MO, *Seeking a second opinion: do patients need a second opinion when practice guidelines exist?*, in „Health Policy”, 80, 1, 2007, p.43-50.

¹¹ Johns Hopkins Medicine, *Medical Second Opinion Program*. Disponibil la: http://www.hopkinsmedicine.org/second_opinion/. (Accesat la 10.06.2013)

¹² WorldCare Second Opinion, Disponibil la: <http://www.worldcare.com/second-opinion.html> (Accesat la 10.06.2013)

¹³ American Medical Association, *Opinion 8.041 – Second Opinions*, Disponibil la: <http://www.ama-assn.org//ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion8041.page>. (Accesat la 10.06.2013)

¹⁴ Parlamentul României, *Legea 46/2003, Legea drepturilor Pacientului*, Disponibil la: <http://www.spitalcftm.ro/Legea%20drepturilor%20pacientului.pdf> (Accesat la 10.06.2013)

opinie medicală.” Articolele 27-29 ale Codului se referă la consultul în echipă. Art. 28 arată că “în situația în care este necesar, medicul, cu consimțământul pacientului (...) va solicita părerea unuia sau mai multor medici, cu care se poate consulta, pentru luarea celor mai adecvate măsuri în interesul pacientului”.¹⁵

În România există puține studii referitoare la cunoașterea și respectarea drepturilor pacienților. Conform studiului bibliografic efectuat nu există studii referitoare la dreptul pacientului de a solicita o a doua opinie medicală.

Puținele date referitoare la respectarea drepturilor pacienților în țara noastră sunt puse la dispoziție de începând din 2004 de The Health Consumer Powerhouse, partener al Comisiei Europene care alcătuiește la intervale regulate de timp un amplu raport, “The Empowerment of the European Patient – Options and Implications”. Raportul are ca scop evaluarea unui număr de 18 indicatori grupați în patru categorii (drepturile pacientului, informarea pacientului, tehnologia în domeniul sănătății și bugetul în domeniul medical). Evaluarea acestor categorii oferă o imagine a îngrijirii pacienților în diferite sisteme de sănătate din diferite țări ale Uniunii Europene. Ultimul Raport, bazat pe analiza datelor din 31 de țări (membre ale Uniunii Europene, plus Norvegia și Elveția, plus țări candidate la aderare) a fost dat publicității în 2009. În ceea ce privește drepturile pacienților, România se situa pe locul 22-27 la egalitate cu Regatul Unit, Irlanda, Croația, Spania și Macedonia, pe primul loc în clasament fiind Elveția. Raportul menționează faptul că țările din coada clasamentului au dovedit slăbiciuni în implementarea drepturilor pacientului legiferate, restricționează sau îngreunează dreptul pacientului la o a doua opinie medicală sau la a intra în posesia propriilor acte medicale.¹⁶

Material și metodă

Lucrarea de față își propune să prezinte câteva rezultate preliminare referitoare la dreptul pacientului la o a doua opinie medicală. Rezultatele pe care le vom prezenta fac parte dintr-un studiu mai amplu efectuat în cadrul Universității de Medicină și Farmacie “Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca, studiu prospectiv transversal referitor la cunoașterea și respectarea drepturilor pacienților cronici și a modului în care încălcarea acestor drepturi se poate repercuta asupra adaptării psihologice la boală.

Am analizat datele culese de la un prim lot pilot de 40 de pacienți internați și tratați în Clinica Hematologie Cluj.

¹⁵ Colegiul medicilor din România, *Codul de Deontologie Medicală*, Disponibil la: <https://www.cmb.ro/legislatie/codulDeontologic/cod.pdf> (Accesat la 10.06.2013)

¹⁶ Health Consumer Powerhouse, *The Empowerment of the European Patient 2009 - Options and Implications*, Disponibil la: <http://www.healthpowerhouse.com/files/EPEI-2009/european-patient-empowerment-2009-report.pdf>, (Accesat la 23.11.2011)

Criteriile de includere ale pacienților în studiu au fost: vârsta de 18 ani împlinită, exprimarea consimțământului de participare voluntară la studiu după ce au primit explicații cu privire la acesta, pacienți cu diagnostice maligne hematologice bine stabilite și cunoscute de pacienți, vechimea diagnosticului de minim 3 luni. Criterii de excludere: pacienți care refuză participarea la studiu. Subiecții incluși în studiu au fost aleși aleator dintre pacienții internați și tratați în Clinica Hematologie Cluj-Napoca.

Aspecte etice: pacienții au semnat formularul de consimțământ informat specific studiului. Pacienților li s-a garantat dreptul de a întrerupe discuția sau aplicarea chestionarelor/testelor sau de a se retrage din studiu în cazul în care ar resimți vreun efect advers de orice natură.

Metodologia de studiu, formularul de consimțământ informat și grila de interviu au fost aprobate de Comisia de Etică a UMF "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca.

Instrumentul de culegere a datelor a fost interviul semistrukturat, conform unei grile conținând întrebări centrate pe următoarele teme: cunoașterea de către pacienți a diagnosticului și conștientizarea severității acestuia, cunoașterea Legii Drepturilor Pacientului și a principalelor drepturi stipulate în aceasta, modul de comunicare a diagnosticului și respectarea legislației în vigoare referitor la procesul de comunicare medic-pacient, accesul la propriile informații medicale, la a doua opinie medicală, modul în care familia interferă în comunicarea medic-pacient, în procesul de luare a deciziilor medicale, dreptul pacientului de a refuza un tratament sau o analiză.

Interviurile și aplicarea chestionarelor a fost realizată în perioada martie-noiembrie 2012 de către o persoană neutră, cu formare în domeniul socio-uman. S-a utilizat un limbaj neutru și s-a evitat utilizarea jargonului medical.

Datele au fost prelucrate calitativ și cantitativ utilizând softurile Microsoft Excell și SPSS.16. Analiza cantitativă a folosit teste statistice nonparametrice ca urmare a verificării condiției de normalitate (grafice de cuantile Q-Q plot, testul lui Shapiro-Wilk, calculul asimetriei, al coeficientului de boltire precum și al erorilor standard asociate lor).

Testele neparametrice utilizate au fost testul Mann-Whitney pentru evaluarea diferențelor pe două grupuri și testul Kruskal-Wallis în cazul comparațiilor multiple.

Nivelul de semnificație ales în cazul tuturor testelor a fost $\alpha=0.05$. Condiția ca testul statistic utilizat să fie semnificativ a fost ca nivelul de semnificație observat p să fie mai mic decât 0.05.

Ipoteza nulă (H_0) a testului Mann-Whitney, respectiv Kruskal-Wallis a fost că grupurile independente provin din aceeași populație.

În studiul existenței unor posibile asocieri între două variabile nominale sau studiul diferențelor între proporțiile unei caracteristici pe grupuri s-au utilizat tabelele de contingență cu frecvențe absolute și relative (%) pe linii și coloane.

Semnificația statistică a asocierii a fost dată de testul Chi Square (Hi-pătrat) dacă cel mult 20% din frecvențele teoretice au fost mai mici sau egale decât 5, sau testul exact al lui Fisher, în caz contrar.

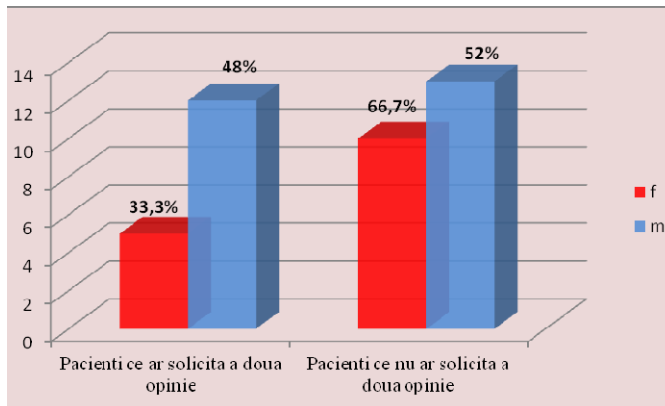
Pentru prelucrarea statistică s-a utilizat mediul pentru calcule statistice și grafică R versiunea 2.15.0, cu interfața grafică Rcmdr versiunea 1.8-3, IBM SPSS v.21 (trial version).

Rezultate

Pentru a iniția în timpul interviului discuția despre a doua opinie medicală, fiecărui pacient interviuat i s-a solicitat să-și imagineze o situație în care este tratat de un medic hematolog și pacientul are suspiciunea că acel medic a greșit ceva (analizele solicitate, diagnosticul, prognosticul, tratamentul). Ulterior, pacienții au fost întrebați dacă s-ar gândi să ceară și părerea altui medic. Din cei 40 de pacienți intervievați, 17 (reprezentând 42,5 % din pacienții din lotul studiat) au răspuns că s-ar gândi să solicite a doua opinie medicală, în timp ce 23 de pacienți (57,5 %) nu s-ar gândi să facă acest lucru.

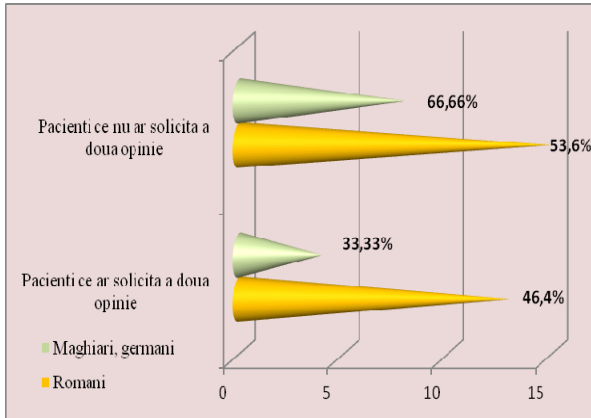
Unul dintre dezideratele studiului a fost să analizeze dacă există anumite caracteristici ale pacienților care se gândesc să obțină o a doua opinie medicală. Pentru aceasta, s-a analizat dacă există asocieri semnificative statistic între dorința de a afla a doua opinie medicală și caracteristici demografice ca: sexul, etnia, statusul marital sau gradul de școlarizare al pacientului.

Procentul pacienților de sex masculin care ar solicita o a doua opinie medicală este mai mare (48%) decât cel al pacientelor (33,3%) care ar face acest lucru, graficul nr. 1. Nu s-a găsit o asociere semnificativă statistic între sexul pacientului și dorința pacientului de a afla o a doua opinie (Coeficient Pearson Chi-Square, $p=0.364 > 0.05$ -ne semnificativ statistic).



Graficul 1. Relația între sexul pacientului și dorința de a solicita o a doua opinie medicală

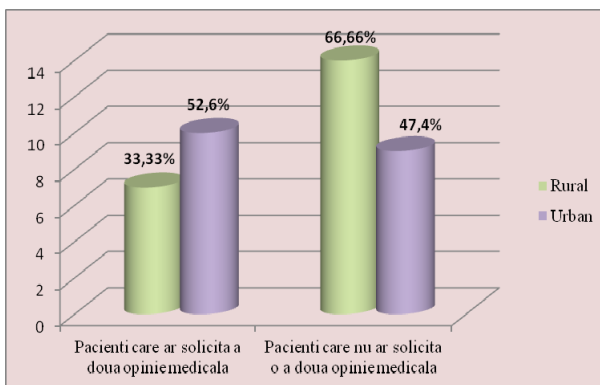
În funcție de etnie, pacienții români au răspuns într-un număr mai mare că ar dori să solicite o a doua opinie medicală (46,4%), fața de pacienții aparținând minorităților etnice maghiară și germană (33,33%), graficul nr. 2. Nu s-a găsit o asociere semnificativă statistic între etnia pacienților și dorința de a solicita o a doua opinie medicală (Testul Exact al lui Fischer, $p = 0.291$, $p > 0.05$ -ne semnificativ statistic).



Graficul 2.

Relația între etnia pacientului și dorința de a solicita o a doua opinie medicală

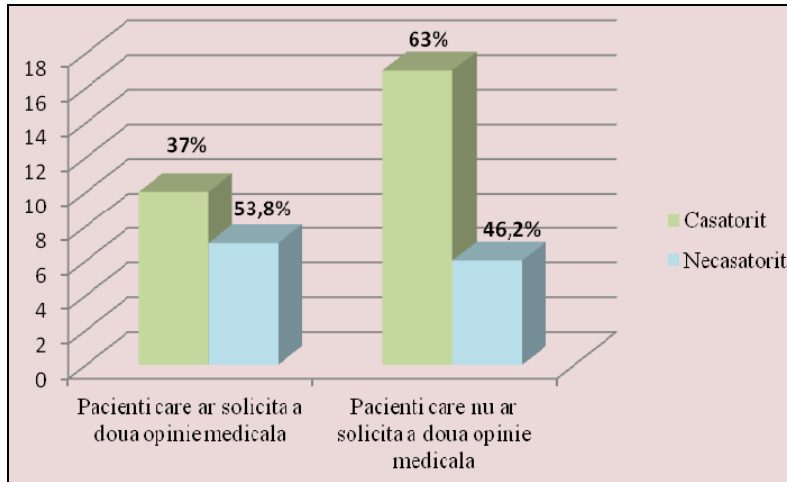
A fost analizată și relația existentă între mediul de proveniență al pacienților și intenția de a solicita o a doua opinie medicală în caz de suspiciune că medicul curant a greșit ceva în stabilirea diagnosticului sau a conduitei terapeutice. Procentul pacienților provenind din mediul urban care ar cere părerea altui medic este mai mare (52,6%) decât cel al pacienților provenind din mediul rural care ar face acest lucru (33,33%), graficul nr. 3. Potrivit calculelor, nu s-a găsit o asociere semnificativă statistic între mediul de proveniență al pacienților și dorința de a solicita o a doua opinie medicală (Coeficientul Pearson Chi-Square, $p = 0.218$, $p > 0.05$ -ne semnificativ statistic).



Graficul 3.

Relația între mediul de proveniență al pacientului și dorința de a solicita o a doua opinie medicală

Au fost analizate opiniile pacienților și în funcție de statusul marital. Astfel, mai mulți pacienți necăsătoriți au tendința de a cere o a doua opinie medicală (53,8 %), față de 37% dintre pacienții căsătoriți care doresc acest lucru, graficul nr. 4. Nu s-a găsit o asociere semnificativă statistic între statusul marital al pacienților și dorința de a solicita o a doua opinie medicală (Coeficientul Pearson Chi-Square, $p=0,314$, $p >0.05$ -nesemnificativ statistic).

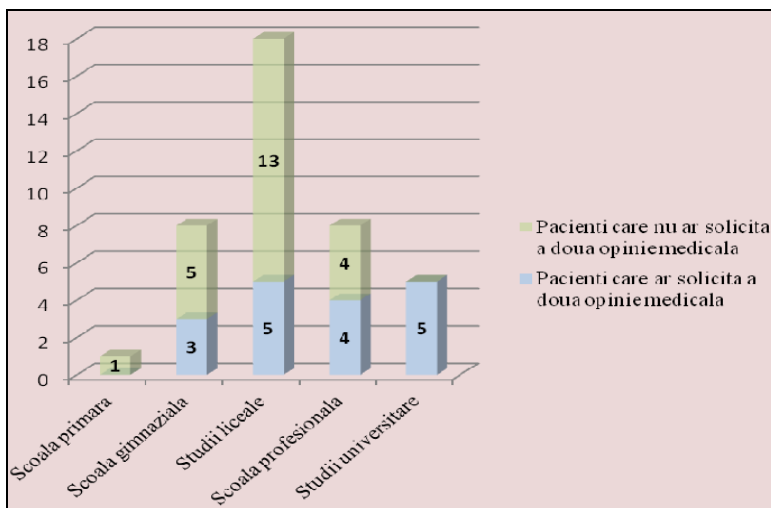


Graficul 4. Relația între statusul marital al pacientului și dorința de a solicita o a doua opinie medicală

A fost cercetată relația dintre gradul de școlarizare al pacienților și dorința de a afla o a doua opinie medicală. Gradele de școlarizare au fost grupate în 5 categorii (absolvenți de școală primară -1 pacient, absolvenți de gimnaziu -8 pacienți, absolvenți de liceu -18 pacienți, absolvenți de școală profesională -8 pacienți, absolvenți de studii superioare -5 pacienți).

Se remarcă faptul că toți pacienții cu studii universitare și peste două treimi dintre cei cu studii liceale ar solicita o a doua opinie medicală, graficul nr. 5. Efectuând calculele statistice, se observă că există o asociere semnificativă statistic între nivelul de școlarizare și dorința de a solicita o a doua opinie medicală (Testul exact al lui Fischer, $p=0,037$, $p < 0.05$, semnificativ statistic).

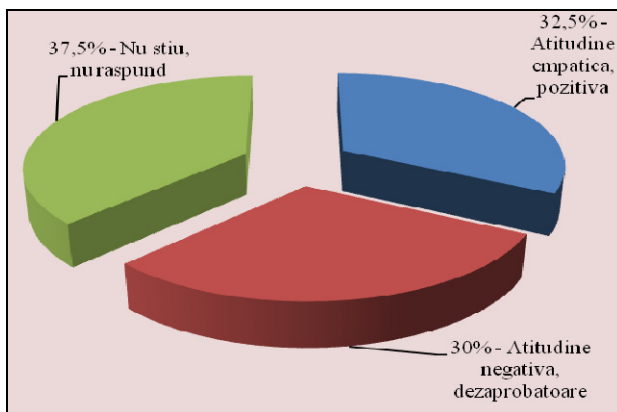
S-a cercetat și posibila asociere între vârsta pacienților și dorința de a cere o a doua opinie medicală. Vârstele pacienților incluși în studiu au fost cuprinse între 18 și 79 de ani. Pacienții care și-au exprimat intenția de a solicita o a doua opinie medicală au avut mediana vârstei de 49 de ani, iar cei care nu consideră necesar acest lucru, mediana vârstei de 52 de ani. Nu s-a demonstrat o asociere între vârsta pacienților și dorința de a solicita o a doua opinie medicală (Testul Mann-Whitney, $p = 0,468$, $p >0.05$ -nesemnificativ statistic).



Graficul 5. Relația între gradul de școlarizare al pacientului și dorința de a solicita o a doua opinie medicală

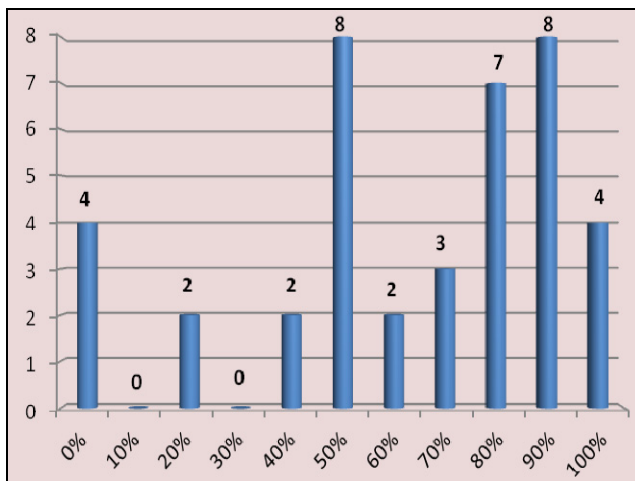
Toți pacienții intervievați au admis că au avut o suspiciune referitoare la rezultatul investigațiilor, veridicitatea diagnosticului, corectitudinea tratamentului sau a prognosticului. Cu toate acestea, doar doi pacienți au cerut propriu-zis o a doua opinie medicală. Întrebați de ce nu au făcut mai mulți acest lucru, mulți pacienți au admis că aceasta nu este o practică obișnuită în sistemul medical românesc și că nu s-au gândit la așa ceva. Au existat și pacienți care au recunoscut că s-au temut să nu afle medicul care îi trata că ar dori o a doua opinie pentru a nu se supăra. Alți pacienți nu au știut unde să ceară o a doua opinie spunând că ar fi preferat o altă instituție medicală, în Cluj neexistând un al doilea centru de hematologie.

În continuarea interviului, li s-a solicitat pacienților să-și imagineze că au cerut o a doua opinie medicală și medicul curant a aflat acest lucru, apoi au fost rugați să descrie care cred ei ca ar fi prima reacție a medicului lor în momentul în care acesta ar afla că pacientul a solicitat opinia altui coleg. Răspunsurile au diferit, ele putând fi încadrate în 3 categorii, echilibrate ca număr de pacienți: pacienți care cred că medicul lor ar avea o atitudine pozitivă sau empatică față de gestul lor („medicul ar înțelege”, „medicul ar considera normal pentru o boală gravă să se ceară și părerea altcuiva”, „medicul s-ar gândi că și el ar face la fel în situația unui diagnostic grav”), pacienți care consideră că medicul ar avea o atitudine negativă sau dezaprobatoare („ar reacționa probabil urât”, „doamna doctor s-ar supăra”, „logic că nu-i place”, „nu s-ar simți bine”) și pacienți care nu știu să răspundă sau nu știu cum ar reacționa medicul lor în această situație - graficul nr. 6.



Graficul 6. Opiniile pacienților în legătură cu atitudinea medicilor în situația în care ar afla că pacienții au solicitat a doua opinie medicală

Rezultatele trebuie interpretate în contextul în care sunt pacienți care declară că nu au înțeles foarte bine explicațiile medicului despre boală, analize, tratament, prognostic. Pentru a aprecia gradul de înțelegere a acestor explicații, pacienții au fost rugați să scaleze de la 0 la 100 (în care 0 reprezintă o totală neînțelegere a explicațiilor medicului și 100 o înțelegere deplină a explicațiilor medicului). Rezultatele (prezentate în graficul nr. 7) arată faptul că 4 pacienți nu au înțeles nimic din informațiile comunicate de medic, 20% dintre pacienți au înțeles sub 50% din explicațiile medicului, respectiv jumătate dintre pacienți au înțeles peste 80% din explicațiile medicului.



Graficul 7. Gradul în care pacienții au înțeles informațiile transmise de medic (axa verticală - nr pacienți, axa orizontală - procentul de explicații înțelese)

Discuții

Dreptul pacientului de a solicita o a doua opinie medicală este unul dintre drepturile fundamentale, fiind stipulat în România atât în Legea Drepturilor Pacientului¹⁷, cât și în Codul Deontologic al Colegiului Medicilor¹⁸.

Există puține studii în țara noastră referitoare la cunoașterea de către pacienți a drepturilor lor și respectarea acestora. Amplul Raport al Comisiei Europene *The Empowerment of the European Patient – Options and Implications* arată că România se situează pe locul 22-27 din 31 la capitolul respectarea drepturilor pacientului și alături de țările din coada clasamentului restricționează sau îngreunează dreptul pacientului la o a doua opinie medicală sau la a intra în posesia propriilor acte medicale.¹⁹ Acest clasament se corelează cu rezultatele studiului nostru care a demonstrat că doar 2 pacienți din 40 au cerut o a doua opinie medicală, cu toate că toți cei 40 intervievați au declarat că au avut o suspiciune referitoare la rezultatul investigațiilor, veridicitatea diagnosticului, corectitudinea tratamentului sau a prognosticului. 20% dintre pacienții intervievați declară că au înțeles sub jumătate din informațiile medicului (10% din pacienți neînțelegând nimic). Puși în fața unui scenariu în care ar avea suspiciuni cu privire la veridicitatea diagnosticului sau corectitudinea tratamentului și întrebați dacă ar cere o a doua opinie, 17 pacienți (reprezentând 42,5 % din pacienții din lotul studiat) au răspuns că s-ar gândi să solicite a doua opinie medicală.

Pacienții care nu au solicitat o a doua opinie medicală motivează prin faptul că aceasta nu este o practică obișnuită în sistemul medical românesc, nu s-au gândit la așa ceva, nu au știut unde să o solicite. Într-adevăr, în România nu se pun la dispoziția pacienților servicii care oferă a doua opinie medicală la fel ca în alte țări care au servicii specializate, unele dintre acestea oferind chiar gratuit, on-line astfel de opinii.^{20, 21}

Alți pacienți declară că s-au temut să nu afle că au solicitat a doua opinie medicul care îi trata. Rugați să descrie atitudinea medicului lor în cazul în care acesta ar afla că pacientul a solicitat o altă opinie medicală, 32,5 % dintre pacienți au considerat că medicul lor ar dovedi empatie, 30% că medicul ar avea o reacție dezaprobativă, iar 37,5% nu pot răspunde.

Referitor la caracteristicile pacienților care ar solicita a doua opinie, există o asociere semnificativă statistic între nivelul de școlarizare și dorința de a solicita

¹⁷ Parlamentul României, *op. cit.*, p. 3.

¹⁸ Colegiul medicilor din România, *op. cit.*, p. 5-6.

¹⁹ Health Consumer Powerhouse, *op. cit.*, p. 28.

²⁰ Johns Hopkins Medicine, *op. cit.*, p.1.

²¹ WorldCare Second Opinion, *op. cit.*, p.1.

și o a doua opinie medicală, pacienții cu studii liceale sau universitare dorind într-un procent mai mare să o solicite. Comparând datele cu un studiu efectuat în Australia, caracteristicile pacienților australieni care au solicitat o a doua opinie medicală au fost: mai multe studii, mai tineri și de sex feminin.²²

Concluzii

Având în vedere rezultatele studiului, este necesară o mai bună informare a pacienților cu privire la drepturile lor și o îmbunătățire a comunicării medic-pacient. Pacienții trebuiesc informați referitor la dreptul lor de a solicita o a doua opinie medicală și trebuie să li se faciliteze acest lucru.

Este necesară de asemenea și o informare a medicilor despre dreptul pacienților la o a doua opinie și la cauzele pentru care aceștia nu o cer, precum și la faptul că există pacienți care nu înțeleg sau înțeleg într-un procent scăzut informațiile transmise de medic.

Rezultatele studiului pot sta la baza structurării unor programe de formare continuă pentru medici în domeniul cunoașterii drepturilor pacientului și dobândirii unor abilități de comunicare cu pacientul.

Mulțumiri

Autoarele mulțumesc domnului Nicolae Deac pentru implicarea în culegerea datelor care au stat la baza acestui studiu.

²² Tattersall M, *op. cit.*, 209-212.

DINCOLO DE DIALOGUL SURZILOR. DE LA LEGITIMAREA LA LEGITIMITATEA EUTANASIEI?

SIMONA ȘTEFANA ZETEA¹

ABSTRACT. *Beyond Talking at Cross Purposes. From legitimating Euthanasia to its Legitimacy?* We have become aware that the supporters and the opponents of euthanasia often are unable to communicate because they use specific languages and rely on different value systems. Therefore, in the essay *Beyond Talking at Cross Purposes. From Legitimating Euthanasia to its Legitimacy?*, we want to reflect on the argumentation of the supporters of euthanasia and on the human and religious motivations of its opponents. In our opinion, although we might understand some of the arguments of those who are receptive to euthanasia (e.g. the human fear of the own suffering, the compassion for someone else's pain, the desire of controlling the own life and of self-determination), not all their arguments are equally legitimate (e.g. although it might be justifiable that incurable people want to die because they fear that they are a burden to their relatives and friends, there is no legitimation for a third person or an authority to use euthanasia for economic reasons). However, in our opinion, it is not enough that the opponents of euthanasia (and among them the Church) only provide teachings on the subject. They should also use efficient and concrete measures to give support to those who suffer and who might be tempted to ask for euthanasia. There should be formations for individuals and hospital staffs as well as human and spiritual support for incurable or elderly people¹ and their relatives. In our opinion, if the supporters of the practice and the legalisation of euthanasia listened to the arguments of their opponents and if the latter added to their arguments an efficient support for the sick, their relatives or the hospital staff, there could be a beginning of a fruitful dialogue.

Keywords: *Euthanasia, Good death, Suffering, Compassion, Human dignity, Therapeutic insistence.*

REZUMAT. Conștientizând faptul că adeseori susținătorii și oponenții practicii eutanasiei nu reușesc să dialogheze pe această temă întrucât folosesc un limbaj distinct și au ca puncte de referință sisteme de valori diferite, în articolul Dincolo

¹ Lect. dr. Universitatea „Babeș-Bolyai” Cluj, Facultatea de Teologie Greco-Catolică;
e-mail: simona_zetea2005@yahoo.fr; adresă poștală: str. Moșilor 26, 400001 Cluj.

de dialogul surzilor. De la legitimarea la legitimitatea eutanasiei? Îmi propun să reflectez asupra motivațiilor care par a susține în viziunea celor dintâi legitimitatea acestei practici și asupra temeiurilor umane și religioase pornind de la care cei din urmă o pun sub semnul întrebării. Consider că, dacă o parte din rațiunile deschiderii indivizilor către această practică pot fi la limită înțelese (v. teama individului față de propria suferință sau compasiunea față de durerea altcuiva, dorința de control asupra propriei persoane și de autodeterminare etc.), nu toate argumentele vehiculate în favoarea eutanasiei pot fi considerate la fel de îndreptățite (dacă s-ar mai putea justifica dorința unui bolnav incurabil de a muri de teamă de a nu-și împovăra anturajul, nu este la fel de îndreptățită decizia unor terți sau unor autorități de a eutanasia un individ din rațiuni economice de pildă). Socotesc însă deopotrivă că nu este de ajuns ca opoziția eutanasiei (între care se numără și Biserica) să transmită simple învățături pe această temă, fiind necesar de asemenea ca ei să vină cât mai eficient și concret în sprijinul celor care, suferind, ar fi tentați să ceară eutanasierea, prin inițiative în domeniul formării indivizilor și personalului medical bunăoară, dar și prin acordarea de suport uman și spiritual bolnavilor incurabili și vârstnicilor², respectiv aparținătorilor acestora. Consider că, dacă adepții practicii eutanasiei și legalizării ei ar pleca urechea la argumentația celor care au o poziție defavorabilă acestei practici și dacă aceștia din urmă nu s-ar mărgini la simpla argumentare a propriei poziții, venind eficient în sprijinul bolnavilor, aparținătorilor, personalului medical etc., dialogul ar putea începe a fi mai rodnic.

Cuvinte cheie: Eutanasiere, Moarte bună, Suferință, Compasiune, Demnitate umană, Încrâncenare terapeutică

INTRODUCERE

Sensul echivoc al conceptului de eutanasiere, cauza unui dialog al surzilor?

Ce este eutanasierea? Sensul literal al cuvântului „eutanasie” este acela de „moarte bună” (etimologic, termenul „eutanasie” provine din grecescul *eu* = bine, bun și *thanatos* = moarte, de la Thanatos, zeul morții la greci), de unde se naște azi o anumită ambiguitate. Termenul pare a fi fost întrebuițat pentru prima dată de Suetonius în *Viețile celor doisprezece Cezari*, desemnând o „moarte ușoară”, iar uzul său modern este atribuit de istoricii problemei lui Francis Bacon, care afirma că îndatorirea medicului nu este numai aceea de a vindeca bolnavul, ci și aceea de a-i da

² În articolul de față mă voi referi cu precădere la aceste categorii vorbind despre practica eutanasierii, chiar dacă o parte din reflecțiile mele sunt aplicabile și altor categorii.

Îngrijirile necesare pentru a muri mai ușor și fără durere, neabandonându-l la capătul drumului; în pofida faptului că luarea sa de poziție este uneori instrumentalizată de susținătorii eutanasiei (vorbesc aici de eutanasiu în sensul în care va fi acest termen utilizat cu precădere în cele ce urmează, adică acela de administrare a morții de către o persoană altelea, cu sau fără acordul său), Bacon nu recomandă sub această denumire altceva decât însoțirea atentă a muribundului, o „moarte blândă, fără durere” – un vis al omului de pretutindeni și dintotdeauna de altminteri – ceea ce azi am desemna tocmai prin sintagmele „tratarea durerii”, „medicină paliativă” – văzând-o în strânsă legătură cu „cealaltă eutanasiu”, după cum spune el, „moartea bună” în sensul în care presupune pregătirea sufletului pentru marea trecere; în fapt – dincolo de felul în care este vehiculat acest concept azi, în civilizația vitalității – sintagma „moarte bună” este legată în mod tradițional de ideea unei morți bine pregătite, mai cu seamă din punct de vedere spiritual – presupunând adică acceptarea condiției de muritor, dar și convingerea că omul nu este deplin stăpân asupra vieții și morții – și care survine totodată în mijlocul celor apropiați – muribundul beneficiind de sprijinul lor material și spiritual. Abia pe la sfârșitul veacului al XIX-lea conceptul începe să desemneze și actul de a produce cuiva o moarte ușoară, acest sens tinzând să se impună în conștiința publică. Dat fiind faptul că sensul său tradițional nu s-a uitat cu totul însă, astăzi conceptul de eutanasiu desemnează atât „actul de a provoca moartea cu scopul de a scuti omul de suferință”, cât și „moartea ușoară și liniștită a celui care se stinge”. Dacă din punct de vedere creștin aceasta din urmă este moartea bună și demnă, din perspectiva susținătorilor practicării și legalizării eutanasiei demnă și bună este moartea pe care este omul stăpân, având inclusiv posibilitatea de a-și scurta suferința.³

În acest context, studiind modul în care își argumentează propriile poziții susținătorii și oponenții eutanasiei, cercetătorul care dorește să-și păstreze un minim grad de obiectivitate abordând acest subiect simte inevitabil că, în bunul caz în care un atare dialog este posibil, acestuia îi lipsește ceva. Un atare sentiment m-a însoțit și pe mine în lecturile mele în domeniu și pentru aceea aș dori ca textul de față să se situeze măcar cu un pas în afara a ceea ce s-ar putea numi un „dialog al surzilor”. Cert este că mai mult ca oricând astăzi – dat fiind progresul medicinei și capacitatea tehnicii medicale de a crește aproape nelimitat speranța de viață – medici și teologi, biologi și jurnaliști, filozofi și juriști, dar și nespecialiști discută despre caracterul rațional sau irațional, moral ori imoral al eutanasiei, despre legitimitatea sau lipsa de legitimitate a acesteia. Reprezentanți ai tuturor acestor domenii și ai altora au ceva de spus asupra acestei probleme care ne privește pe fiecare.

³ Adriano Pessina, *Eutanasiu. Despre moarte și alte lucruri*, Cluj-Napoca: Editura Renașterea 2009, p. 15-27; V. Cristina Deaconescu, „Eutanasiu în proiectarea sa multidisciplinară”, *Revista română de bioetică*, vol. 3, nr. 4, octombrie – decembrie 2005, <http://www.bioetica.ro/bioetica/ie2/info.jsp?item=9948&node=1498>; Patrick Verspieren, *Face à celui qui meurt. Euthanasie, acharnement thérapeutique, accompagnement*, Paris: Desclée de Brouwer 1984, p. 140-142.

Convinsă fiind de acest lucru, nădăduiesc ca în studiul de față să pot oferi o perspectivă în stare a îmbogăți abordarea strict medicală și bioetică a subiectului. Aceasta este intenția de la care pornesc în articolul meu, propunându-mi să abordez și evaluez o serie de argumente în favoarea eutanasiei și a legalizării ei și să le citesc și cântăresc în cheia unor valori umane și religioase pe care mi le asum, nădăduind ca rigoarea științifică pe care caut să o imprim studiului meu să nu aibă de suferit din această pricină. Socotind eutanasia drept un rău obiectiv, pornind de la afirmarea valorii supreme a vieții și realității că aceasta este un dat, un mister care ne precedă și depășește (pentru că Dumnezeu îi este obârșia și scopul, din perspectivă creștină), nu pot face totuși abstracție de caracterul rațional sau cel puțin comprehensibil al unei părți din motivațiile celor care solicită eutanasia pentru ei înșiși ori pentru apropiați de-ai lor. Mă întreb însă dacă posibilitatea de a legitima astfel această practică poate conferi pur și simplu legitimitate eutanasiei și dacă toate argumentele vehiculate în favoarea acestei practici și, mai ales, a legalizării ei au aceeași greutate rațională și valoare morală. O astfel de evaluare îmi propun să ofer în cele ce urmează, intenționând deopotrivă ca, analizând poziția oponenților eutanasiei, să subliniez care ar fi elementele care i-ar conferi mai multă legitimitate și valoare, încredințată fiind că, dincolo de adevărul obiectiv al mesajului lor, acesta se cere validat printr-un sprijin concret acordat celor în dificultate, fără de care învățătura riscă să rămână stearpă.

De la legitimarea la legitimitatea eutanasiei? Pentru noi orizonturi de dialog. Tentative de legitimare a eutanasiei: de la tema de durere și compasiunea față de cel în suferință la rațiuni economice

Susținătorii practicii eutanasiei, depenalizării și legalizării ei își justifică poziția pornind de la o serie de argumente, unele mai încărcate de subiectivitate, altele mai raționale, unele mai lesne de înțeles și acceptat, altele mai puțin, unele mai umane, altele mai degrabă tributare mentalității consumist-utilitariste dominante⁴. O abordare cât de succintă a acestei probleme trebuie să privească, după câte cred, cel puțin trei paliere, cel al alegerilor private, cel al opiniei publice și, în fine, cel al sferei legislative (sau presiunilor asupra acesteia), chiar dacă, după cum se va vedea mai jos, argumentele astfel categorisite se întrepătrund în bună măsură.

Motivații personale în favoarea practicii eutanasiei

Astfel, cel mai des citate motivații personale pentru opțiunea în favoarea eutanasiei și chiar solicitarea ei ar fi: (1) neputința omului de a accepta lipsa de autonomie biologică, respectiv frica de mecanismele care întrețin viața dincolo de

⁴ Relativ la eutanasiu ca expresie a unui sistem de valori deviant m-am exprimat în contribuția intitulată *Moartea întru demnitate, o sintagmă ambivalentă?* în curs de publicare în volumul celui de-al X-lea Seminar de medicină și teologie (Bistrița 13-15 mai 2011).

stadiul ei rațional; (2) incapacitatea de a tolera simptomele fazei terminale a bolii, cum ar fi: durerea, apneea, anorexia, constipația; (3) dorința de a gestiona propria moarte, de a nu pierde controlul asupra propriei ființe, respectiv de a avea posibilitatea de a lua decizii până la capăt în mod personal cu privire la sine; (4) teama de a reprezenta o povară pentru alții; (5) lipsa de sens, așteptări, speranță, sentimentul zădărnicii vieții.⁵

Putem remarca în această listă de argumente fără îndoială elemente încărcate de subiectivitate, mai mult sau mai puțin controlabile de către o terță persoană; bolnavul incurabil sau terminal, bătrânul suferind sunt cei care se confruntă până la urmă cu durerea fizică și toată simptomatologia inconfortabilă, dar și cu teama în ceea ce privește lipsa de autonomie, spitalizarea sau conectarea la aparate, respectiv cu sentimentul lipsei de sens ori impresia de a constitui o povară pentru cei din jur, suferințe cel puțin la fel de grele precum cele fizice. Dat fiind acest fapt, la acest nivel este de aceea nejustificat sau de-a dreptul neîndreptățit să emitem judecăți de valoare asupra deschiderii sau chiar opțiunii unei persoane în favoarea eutanasiei. În funcție de propriile valori – umane sau religioase – putem fără doar și poate să afirmăm la nivel de principiu caracterul obiectiv rău, obiectiv ilegal al eutanasiei, dar nu avem dreptul și competența de a-i judeca pe cei care aleg în favoarea ei; pe de o parte, nu putem eluda libertatea individului în astfel de alegeri, confruntarea directă cu suferința fizică și sufletească putându-se constitui în plus într-o serioasă circumstanță atenuantă în ceea ce privește responsabilitatea în raport cu gândul sau chiar gestul favorabile eutanasiei, iar, pe de alta, judecata îi aparține în ultimă instanță lui Dumnezeu. Ceea ce stă în schimb în puterea noastră este faptul de a veni în ajutorul bolnavului sau vârstnicului care, într-o suferință atroce, și-ar putea dori eutanasierea prin: simpla prezență, gesturi de alinare, ușurarea durerii prin mijloace medicale, dar și prin sprijinirea lui în a înțelege că boala nu-i reduce cu nimic valoarea. O atare atitudine este unica formă posibilă de împărtășire a suferinței celui alt.

Rațiuni ale deschiderii opiniei publice față de eutanasi

În ceea ce privește motivele ce stau la baza deschiderii opiniei publice către practica eutanasiei, cel mai des invocate ar fi: (1) teama oamenilor că ei înșiși ori ai lor s-ar putea confrunța cu o boală incurabilă; (2) frica de a nu putea accepta în astfel de cazuri dureri insuportabile; (3) teama de slăbirea iremediabilă și incontrollabilă a organismului; (4) îngrijorarea indivizilor că și-ar putea împovăra familia în caz de boală gravă, incurabilă sau bătrânețe prelungită, lipsită de autonomie; (5) teama de a supraviețui fără a trăi în mod veridic.⁶

⁵ Silviya Aleksandrova, "Îngrijirile paliative și eutanasi se exclud reciproc?", *Revista română de bioetică*, vol. 6, nr. 4, octombrie – decembrie 2008, <http://www.bioetica.ro/bioetica/ie2/info.jsp?item=10463&node=1775>.

⁶ Silviya Aleksandrova, "Îngrijirile paliative" ...

Observăm că putem citi oarecum în paralel argumentația individuală și cea comunitară în favoarea eutanasiei. De remarcat ar fi totuși că în cazul acestui al doilea șir de justificări lipsește un element esențial pe care l-am întâlnit mai sus, și anume confruntarea reală cu suferința și boala, ceea ce anulează eventualele circumstanțe atenuante ale deschiderii față de practica eutanasiei pe care le-am menționat. După cum vom vedea mai jos, paralelismul continuă și în cazul argumentelor militanților pro eutanasiie la nivel legislativ, opinia publică fiind simultan alimentată de aceștia și totodată generatoare de inițiative legislative, într-un cerc vicios nelipsit de legătură cu actuala cultură utilitaristă dominantă.

Argumentația susținătorilor depenalizării și legalizării eutanasiei

Între motivațiile care stau la baza încercărilor de legalizare a eutanasiei s-ar putea aminti:

(1) compasiunea față de dependența bolnavului incurabil ori terminal față un echipament medical de menținere artificială a vieții; (2) mila față de suferința individului; (3) ideea recunoașterii autodeterminării pacientului sau a libertății de voință a pacientului în a decide în funcție de propriile convingeri și valori asupra posibilității de a suporta suferința, asupra calității și demnității ultimelor sale clipe de viață; (4) dorința evitării unor cheltuieli excesive ale familiei, anturajului larg, ale societății; (5) recunoașterea frumuseții vieții și demnității omului etc.⁷, pornind adesea de la ideea că este „imoral să tolerezi, să accepți sau să impui suferința”⁸;

Din nou am putea remarca paralelismul dintre argumentația susținătorilor legalizării eutanasiei cu aceea a indivizilor și opiniei publice și cred că revenirea mobilurilor deschiderii față de eutanasiie se poate explica în bună măsură prin încercările (dacă nu chiar presiunile) militanților în favoarea eutanasiei de a impresiona (și totodată convinge) – pornind de la cazuri care stârnesc compasiune – opinia publică de justețea inițiativelor lor în sfera legislativă; după părerea mea sunt în schimb prea puțin „exploatate” de către cei care militează împotriva practicii eutanasiei pildele aceluia care-și asumă în mod demn suferința și moartea naturală, mărturia lor putând în fapt constitui un argument mai puternic decât orice teorie⁹.

⁷ Cristina Deaconescu, *Eutanasiia*; Constantin Bogdan, *Eutanasiia și suicidul asistat medical, din nou în actualitatea dezbaterii internaționale*, <http://www.bioetica.ro/bioetica/ie2/info.jsp?item=9487&node=1355>.

⁸ V. “Manifestul privind eutanasiia din 1974”, publicat în *The Humanist apud Comisia națională de bioetică a BOR*, “Avortul, eutanasiia, transplantul de organe”, www.provitabucuresti.ro/docs/bioetica/bioetica.BOR.pdf (în continuare Avortul, eutanasiia).

⁹ Personal, am redat o atare mărturie a unui tânăr preot și călugăr care și-a însoțit în ultimele luni de viață mama suferind de cancer în contribuția pentru volumul deja menționatului Seminar de medicină și teologie de la Bistrița.

Revenind însă, principalul argument în favoarea legiferării acestei practici este acela că nimeni nu are dreptul de a impune unei persoane care suferă și-și exprimă în mod repetat și conștient dorința de a muri să continue să trăiască în durere, omul având dreptul la autodeterminare în ceea ce privește propria sa viață sau moarte, pornind de la convingerile și valorile sale¹⁰. Avem aici în primul rând de-a face cu abandonarea principiului sacralității vieții în favoarea promovării unei așa-zise „sacralități a autonomiei decizionale”, semn al unei răsturnări de valori în societatea noastră, relativ la care însă m-am exprimat cu alte prilejuri. Putem remarca deopotrivă frecvența cu care este vehiculată noțiunea de compasiune în sfera luptei pentru legalizarea eutanasiei; dincolo de orice disertații asupra sistemului de valori îmbrățișat de susținătorii eutanasiei, m-aș limita să spun că, pentru mine, compasiune înseamnă înainte de toate a suferi împreună cu cel aflat în durere și, prin urmare, ne putem întreba în ce măsură suprimarea persoanei prin eutanasiere este într-adevăr o probă a disponibilității anturajului sau societății în a înțelege și a-și asuma suferința individului.

Ar merita însă remarcată deopotrivă schimbarea de perspectivă în ceea ce privește punctul (4) al celor trei serii de argumente. Dacă în cazul primelor două am putea admite la rigoare că avem de-a face cu raționamente de bun simț, în cea de-a treia nu mai este vorba decât cu foarte multă indulgență despre așa ceva și aici putem constata mai degrabă amprenta societății materialist-utilitariste în care trăim (sau pe care, și prin astfel de poziții, o construim). În fine, tot cu o schimbare de perspectivă ne confruntăm și la punctul (5), aparent mai favorabilă susținătorilor legalizării eutanasiei, căci dacă primele două linii de argumentație par a da mărturie despre incapacitatea de a mai recunoaște frumusețea și valoarea vieții, cea de-a treia o clamează. În fapt însă, administrarea morții – fie și la cerere, dar încă mai puțin în cazurile în care, pacientul devenind inconștient, acordul lui se poate cel mult presupune sau în acelea în care subiectului eutanasiat nu i se cere în fapt acordul – nu este și nu poate fi o recunoaștere a frumuseții și însemnătății vieții, căci moartea nu poate fi în nicio circumstanță o valoare superioară vieții, în această categorie înscriindu-se eventual împlinirea vieții, cunoașterea fericirii, a păcii etc., chiar asumarea senină a morții, care rămâne însă în sine un rău.

La lista de argumente de mai sus am mai putea adăuga un al șaselea, extras din celebrul Raport privind eutanasia (doc. 9898), cunoscut și sub numele de „Raportul Marty” (prezentat în Adunarea parlamentară a Consiliului Europei în 2003 și stârnind luări de poziție din partea diferitelor asociații care susțin valoarea vieții și propun drept alternativă la eutanasiere îngrijirile paliative)¹¹ și anume neconcordanța între cadrul legislativ și practică în domeniul eutanasiei – aceasta fiind pusă în

¹⁰ V. Conseil de l'Europe, Assemblée Parlementaire, Doc 9898 (10 sept. 2003), Euthanasie, <http://www.assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/WorkingDocs/Doc03/FDOC9898.htm> (în continuare Raport Marty).

¹¹ Constantin Bogdan, *Eutanasia*.

aplicare în fapt, chiar dacă este ilegală în multe dintre statele europene, și nefiind decât arareori pedepsită; raportul susține în acest sens că, în condițiile lipsei unui cadru legislativ clar în domeniul eutanasiei, s-ar putea naște abuzuri, pe care legalizarea acestei practici le-a putea cel puțin limita, dacă nu înlătura cu totul.¹² În ceea ce privește acest argument, rămâne cel puțin interesant faptul că raportul Marty afirmă primatul dreptului¹³ asupra celui al vieții. Mai mult, cererea morții de către un pacient incurabil sau administrarea sa de către un terț la solicitarea lui nu este considerată în acest document drept o nesocotire a demnității vieții, dreptul la viață garantat prin *Declarația drepturilor omului* neavând a fi absolutizat, potrivit acestui document, ci corelat cu acelea la autodeterminare, la scutirea de tratamente inumane, respectiv la integritate fizică și morală și respectarea vieții private¹⁴, alegerea fiecărui individ în ceea ce privește propria viață sau moarte neavând a fi judecată, ci respectată, chiar dacă diferă de la om la om în circumstanțe asemănătoare;¹⁵ chiar dacă suntem chemați într-adevăr să respectăm libertatea indivizilor, avem, iată, din nou de a face cu relativizarea principiului sacralității vieții și afirmarea principiului autonomiei decizionale. Pentru a susține acest drept la autodeterminare în domeniul practicii eutanasiei, documentul mai afirmă că penalizarea de către societate a atitudinii favorabile eutanasiei nu este relevantă în sine, aceasta schimbându-și în timp perspectiva și asupra sinuciderii bunăoară: dacă odinioară aceasta era penalizată de toți, astăzi alegerea individului este respectată în acest domeniu fără a se emite judecăți de valoare. Potrivit documentului, atitudinea aceasta ar trebui cultivată și în domeniul eutanasiei, alegerea individului având a fi respectată.¹⁶ În opinia mea, cu toate că în abordarea acestor probleme asistăm indubitabil la o evoluție a mentalităților, avem în continuare de-a face cu rele obiective, pe care însă, este adevărat, în virtutea propriei libertăți de a alege, fiecare rămâne liber să le îmbrățișeze, după cum a fost întotdeauna. Ducându-și mai departe argumentația în favoarea depenalizării eutanasiei, același raport Marty – căutând a contracara obiecția că administrarea eutanasiei ar contraveni deontologiei medicale – afirmă că aceasta este încălcată și prin practicarea avortului care este totuși legalizat în numeroase țări de mulți ani deja.¹⁷ Cu toate că avem de-a face cu o stare de fapt, urmărind acest raționament, ne putem pe drept cuvânt întreba din nou în primul rând cum se poate justifica un rău cu alt rău; apoi, ducând reflecția mai departe, ne putem întreba deopotrivă dacă aceia care propun un atare argument iau în calcul și comparația între consecințele psihologice ale unui avort pentru mamă (și tată chiar) și acelea ale eutanasierii pentru rudele și membrii personalului medical care au

¹² Raport Marty (v. rezumat și art. II.I.2; II.VIII.61).

¹³ V. Raport Marty (rezumat și art. I.3; II.IX.61).

¹⁴ V. Raport Marty (rezumat și art. I.7; II.I.6; II.III.17-18; II.IV.44; II.VIII.50).

¹⁵ V. Raport Marty (rezumat și art. I.8).

¹⁶ V. Raport Marty.

¹⁷ V. Raport Marty.

solicitat-o sau aplicat-o. Mai mult, urmărind argumentele acestea, gândul mă duce la o aserțiune a abatelui Pierre, care spunea cam așa: „Văzând de toate, sfârșim prin a ne obișnui cu orice; obișnuindu-ne cu de toate, sfârșim prin a accepta orice; acceptându-le pe toate sfârșim prin a socoti bun orice și socotindu-le bune pe toate sfârșim prin a legaliza orice”¹⁸. În fine, înșirând și alte posibile argumente în favoarea eutanasiei, același raport face deopotrivă referire la rezultatele unor sondaje de opinie realizate în țările UE care arată că majoritatea populației ar fi favorabilă legalizării acestei practici. Chiar dacă avem din nou de-a face cu o stare de fapt,¹⁹ nici acest lucru nu legitimează în sine practica eutanasiei și legalizarea ei, căci adevărul și dreptatea nu sunt în chip necesar apănajul majorității.

Semne de întrebare asupra legitimității eutanasiei, pornind de la fundamente umane și religioase. Scurtă încercare de evaluare a argumentației vizând legitimarea eutanasiei

Am văzut mai sus o serie de argumente în favoarea eutanasiei înregistrate la nivel individual, comunitar și legislativ și am făcut deja, punctual, o serie de observații pe marginea lor. Voi încerca în cele ce urmează o sintetică evaluare a acestora, punându-le în paralel. Cu toate că, după cum s-a văzut, unele dintre argumente se suprapun pe cele trei paliere, apreciez că nu pot fi investite toate cu aceeași valoare și că simplul fapt că revin nu este un criteriu etic suficient pentru acceptarea lor. Așa de pildă, cred că:

- dacă se poate înțelege întrucâtva faptul că, suferind cumplit, un individ își poate dori moartea, nu este nicidecum justificat să îi dorească moartea altcineva – fie că este vorba de un membru al familiei, un medic sau o instanță juridică ori socială – sau să presupună în mod obligatoriu că respectivul și-ar dori-o, nici măcar în cazul în care s-a exprimat pe această temă în circumstanțe de luciditate, dar încă mai puțin atunci când a făcut-o condiționat fiind de durere sau nu a făcut-o nicidecum și nici nu o mai poate face;

¹⁸ De fapt, simpla legalizare a eutanasiei nu constituie, așa după cum o afirmă de altminteri același raport în contextul în care prezintă (cu incomparabil mai puțină angajare) argumentele contra eutanasiei, o garanție în ceea ce privește evitarea abuzurilor, frontiera între eutanasia voluntară și cea involuntară fiind extrem de fină și, odată deschisă poarta legalizării eutanasiei, medicii putând fi convingși (sau poate constrânși) să o administreze și în cazul în care nu ar fi cu adevărat „necesar”, din rațiuni economice, sociale sau chiar politice bunăoară. V. Raport Marty.

¹⁹ V. Raport Marty; pt. rezultatele a varii sondaje pe tema deschiderii față de legalizarea și practicarea eutanasiei v. Creștere îngrijorătoare în Olanda a cazurilor de eutanasia, <http://www.catholica.ro/2010/08/14/crestere-ingrijoratoare-in-olanda-a-cazurilor-de-eutanasia/>; George Cristian Curca, Eutanasia: o radiografie în interiorul profesiei medicale – studiu comparativ la studenți la medicină și la medici, *Revista română de bioetică*, vol. 6, nr. 2, aprilie – iunie 2008, <http://www.bioetica.ro/bioetica/ie2/info.jsp?item=10385&node=1735>; Sondaggi e statistiche in tema di eutanasia, <http://www.radioradicale.it/sondaggi-e-statistiche-in-tema-di-eutanasia/>; Constantin Bogdan, Eutanasia; Cristina Deaconescu, Eutanasia.

- dacă s-ar mai putea înțelege solicitarea eutanasierii de către unii indivizi în situații speciale (v. cazurile de durere insuportabilă, experimentarea sentimentului de a fi pierdut sensul vieții) și practicarea eutanasiei la cerere de către medici în astfel de cazuri, este pur și simplu intolerabilă decizia arbitrară a unor terți privind eutanasierea unui individ sau chiar a unor categorii din rațiuni economice, sociale, rasiale etc.; când spun „s-ar mai putea înțelege” nu intenționez să îmi asum o poziție favorabilă eutanasiei, pe care personal, datorită convingerilor mele religioase, o socotesc un rău obiectiv, cum deja am afirmat, ci doar să iau în calcul circumstanțele atenuante care ar putea în anumite cazuri scădea responsabilitatea indivizilor în cererea sau practicarea ei;

- dacă o persoană ar mai putea să ceară eutanasierea de teamă să nu-și împovăreze material, fizic, spiritual etc. familia, este de-a dreptul condamnat ca ea să fie suprimată de propria familie sau colectivitate pornind de la ideea că a devenit o povară cu neputință de susținut de către anturaj sau societate sau că, nemaifiind utilă, și-a pierdut în cadrul acesteia orice valoare;

- dacă un om se mai poate teme de lipsa de autonomie și de dependența de aparate, familia, personalul medical și legislatorul nu au dreptul să facă altceva decât să lupte pentru viața celui om până la capăt (atât cât lupta este rezonabilă, respectându-i-se simultan dreptul la viață și dreptul la moarte, adică înlăturându-se deopotrivă varianta eutanasiei și cea a încrâncenării terapeutice), investind cu generozitate resurse și energii în vederea apărării valorii supreme a vieții;

- în fine, dacă o persoană aflată în situația de a îndura o suferință cumplită ar putea socoti că a muri i-ar salvargarda demnitatea, nimeni din afară nu are dreptul să gândească astfel și să acționeze în consecință; mai mult, date fiind condițiile complexe de suferință în care se află un bolnav incurabil, este greu de afirmat că dorința de fi eutanasiat pe care o declară este rațional exprimată. În opinia mea, diferența este dată tocmai de experimentarea durerii, care s-ar putea constitui în circumstanță atenuantă pentru atitudinea de deschidere față de eutanasiere a celui în cauză, fără a justifica însă practicarea ei de către terți, mai cu seamă în contextul progresului socio-cultural actual, dar și al dezvoltării medicinei paliative ca alternativă viabilă în lupta cu durerea pentru bolnavii terminali, muribunzi etc., respectiv al existenței unor resurse umane și materiale suficiente pentru însoțirea bolnavilor terminali și în genere a vârstnicilor, muribunzilor, persoanelor cu dizabilități, cu condiția practicării respectului și iubirii față de celălalt, dreptății și solidarității.

Temeiuri umane și religioase ce relativizează legitimitatea eutanasiei

După ce am urmărit mai sus încercările de legitimare a practicii eutanasiei la nivelul alegerilor personale, al opiniei publice și al inițiativelor legislative și le-am evaluat succint, voi încerca în cele ce urmează să merg mai în profunzime, întrebându-mă asupra legitimității deschiderii față de eutanasiere și față de practicarea ori legalizarea acesteia, pornind de la o serie de fundamente pur umane și o seamă de valori religioase. Sunt conștientă de faptul că acestea din urmă nu au aceeași

relevanță pentru toți cei interesați de această problemă (cercetători sau simpli cititori); pe de o parte, menționez însă că nu pot face abstracție de ele în acest studiu, date fiindu-mi convingerile religioase, iar, pe de alta, nădăjduiesc ca, în virtutea formării mele, acestea să poată constitui și pentru alții o cât de mărunță ocazie pentru întregirea propriei perspective asupra eutanasierei.

Întâi de toate, referindu-mă la sfera alegerilor individuale pro eutanasiere, mă întreb asupra legitimității acestei opțiuni în condițiile în care a apela la o atare practică pur și simplu nu-i îngăduie persoanei să-și trăiască stadiul final de dezvoltare, căci – ne place ori nu, perioada premergătoare morții este un timp de reflecție și creștere, pe care în mod tradițional omul îl întrebuințează pentru refacerea sau consolidarea unor relații (el având a-și ocupa până la capăt și cu toată responsabilitatea locul unic în familie și societate), dar și pentru pregătirea spirituală a momentului trecerii (legată sau nu de anumite convingeri religioase); o atare moarte – bine pregătită și „trăită” în mijlocul celor apropiați, respectiv cu susținerea lor – este ceea ce desemnează oponentii practicii eutanasierei drept „moarte bună și demnă”, după cum am văzut mai sus. Or, prin eutanasiere, acest parcurs este frânt nefiresc și omului i se răpește ceva din ceea ce este și trebuie să devină; aceasta pentru că, dacă în fața morții enigma condiției umane își atinge culmea, după cum afirmă unul din documentele conciliului Vatican II în chip inspirat, ceva din lăuntru nostru ne dă posibilitatea să întrezărim dincolo de evenimentul morții niște orizonturi cu totul noi în raport cu existența mundană; din această perspectivă, pentru mulți, chiar și dintre aceia care nu au îmbrățișat de-a lungul vieții o credință, apropierea morții constituie un prilej de pregustare a unei alte dimensiuni, cu adevărat complinitoare. Omeneste vorbind, prin deschiderea față de practica eutanasierei vârstnicului sau bolnavului incurabil, de pierdut nu are astfel numai persoana care moare (pregătirea pentru moarte fiind pentru oricare dintre noi o etapă a vieții), ci și anturajul său (căci parcursul premergător morții are însemnătatea lui atât în acceptarea despărțirii de cel apropiat, cât și în păstrarea amintirii lui). Pe de altă parte, trecând la un alt nivel, ne putem întreba în ce măsură este legitimă practica eutanasierei câtă vreme contravine eticii medicale care pretinde nevătămarea nimănui și poruncii lui Dumnezeu care interzice omuciderea. Privind lucrurile mai profund dintr-o perspectivă religioasă (v. creștină), aș mai spune că misterul morții și învierii lui Cristos, certitudinea nemuririi sufletului și a învierii ar trebui să pună pentru credincios misterul suferinței și morții într-o nouă lumină, dându-i puterea nu doar de a-și accepta condiția pieritoare, dar și de a se încredința cu totul planului lui Dumnezeu în moarte, ca și de-a lungul întregii vieți²⁰; nu voi dezvolta însă aici mai mult această idee, care ar pretinde un spațiu mai larg pentru aprofundare.

²⁰ Ioan Paul al II-lea, “*Evangelium vitae*”, http://www.vatican.va/edocs/ITA1217/_PN.HTM (în continuare EV), 67; Vatican II, “Constituția pastorală privind Biserica în lumea contemporană”, *Gaudium et spes*, <http://www.catholica.ro> (în continuare GS) 18; Silviya Aleksandrova, *Îngrijirile paliative*; Raport Marty (art. II.VIII.50-54).

În ceea ce privește deschiderea societății față de practica eutanasiei, mă întreb din nou, situându-mă tot la simplul nivel uman pentru moment dacă – deși este adeseori motivată prin ideea compasiunii față de cel bolnav – eutanasia nu cumva în realitate vădește o falsă milă sau o perversitate a acestui sentiment (fiind mai degrabă o marcă a faptului că anturajul nu este în stare să-i suporte durerea). Aceasta pentru că o compasiune veridică nu poate produce suprimarea celuilalt, ci rodește îndeobște solidaritatea, animând dorința și puțința de a-i împărtăși suferința. Această pretinsă compasiune este cel puțin îndoielnică (dacă nu reprobabilă) atunci când vine din partea rudelor care firesc ar fi să-și însoțească cu iubire și răbdare apropiatul suferind sau din partea medicilor care, prin specificul profesiei lor, ar trebui să poarte de grijă bolnavului pe tot parcursul suferinței sale, chiar și în starea terminală, chiar și în condițiile în care acesta suferă de o boală incurabilă sau are o dizabilitate severă. Trecând într-un alt registru al valorilor, dintr-o perspectivă religioasă, am putea spune că numai Dumnezeu dispune de viața unui om nevinovat, respectiv că nimeni și nimic (nicio persoană, nicio instituție investită cu putere) nu poate autoriza medicul să suprimă sau distrugă viața cuiva, el fiind chemat, dimpotrivă, să salveze viața pacientului. Într-un discurs ținut cu ocazia unui Congres de chirurgie din 1948, papa Pius al XII-lea dezvolta după cum urmează această idee, a cărei valabilitate poate fi lesne recunoscută și de cei care nu îmbrățișează neapărat valorile religioase: „Medicul în calitate de persoană particulară nu poate să ia niciun fel de măsură și nici să încerce vreo intervenție fără de consimțământul pacientului. Medicul nu are asupra pacientului decât acele puteri și drepturi pe care acesta i le conferă, fie în chip explicit, fie în chip implicit și în mod tacit”. Până aici, spusele sale ar putea fi ușor instrumentalizate și de către susținătorii practicii eutanasiei ca un argument în favoarea poziției lor, vorbind de caracterul suveran al consimțământului pacientului. Dar papa continuă: „În ceea ce-l privește, pacientul nu-i poate conferi medicului mai multe drepturi decât are el însuși, pentru că, la rândul-i, pacientul nu este stăpân absolut asupra-i, asupra propriului său trup, asupra propriului său spirit. Prin urmare, nu poate dispune de acestea în mod liber, după bunul plac”. Aici ar putea interveni primele divergențe între cei care susțin eutanasia și cei care i se împotrivesc, cei dintâi militând în favoarea ei tocmai în virtutea dreptului de autodeterminare al omului. Or, dacă este adevărat că libertatea este un element definitoriu pentru persoana umană, în virtutea căruia ea poate alege să facă orice, este la fel de adevărat că nu orice alege este spre propriu-i bine; omul poate opta, în sfera morții, ca și în orice altă circumstanță a vieții, pentru bine sau rău. Această libertate de alegere nu constituie totuși punctul ultim de referință pentru valoarea gesturilor umane, valoarea sau non-valoarea lor fiind dată de binele și răul obiective pe care le implică, de intenția care animă fiecare astfel de gest, de circumstanțele în care este săvârșit, de condiționările care-l însoțesc, de gradul de responsabilitate al individului, de rezultatul său, de consecințele pe termen scurt sau lung etc. Și dacă este adevărat că în fapt omul poate dispune de viața sa (în sensul că-i stă în puțință să se sinucidă bunăoară ori să ceară să

i se administreze moartea, sens în care, da, avem stăpânire asupra noastră), este la fel de adevărat – și este un lucru de bun simț, iar nu unul care ține neapărat de un sistem de valori religioase să recunoaștem aceasta – că în principiu nu poate dispune de ea. Este astfel pentru că, obiectiv vorbind, viața ne vine de altundeva (sau de la Altceineva pentru cei care îmbrățișează o credință religioasă), fiind un mister care ne precedă și depășește. În acest sens nu suntem stăpâni asupra-ne. Papa Pius al XII-lea arată că limitarea drepturilor despre care am vorbit puțin mai sus în legătură cu medicii îi privește și pe reprezentanții legali ai bolnavilor. El afirmă deopotrivă că opțiunea pro eutanasiu este deosebit de gravă atunci când este făcută de către terțe persoane, de medici sau oameni ai legii pentru cei care nici măcar nu au solicitat-o și nu și-au dat consensul pentru administrarea ei. Abordând aceeași problemă, un alt papă, Paul al VI-lea, afirma deopotrivă într-un discurs ținut în 1975 la Colegiul internațional de medicină psihosomatică: „Având în vedere valoarea fiecărei persoane umane, am dori să amintim faptul că este de datoria medicului să se pună întotdeauna în slujba vieții și să o asiste până la sfârșit, fără a accepta vreodată eutanasiu sau a renunța la acea datorie specific umană de a o ajuta să-și împlinească întru demnitate parcursul omenesc”; ceea ce exprimă aici o autoritate ecleziastică este din nou o valoare general umană, despre care dă mărturie deja lumea antică, prin jurământul lui Hipocrate, repetat de fiecare medic în parte. Dincolo de orice perspectivă moralizatoare, conciliul Vatican II leagă refuzul eutanasiei pur și simplu de respectul față de persoana umană, definind-o, alături de alte aspecte ce se opun vieții (omuciderea, genocidul, avortul, suicidul, tortura, condițiile inumane de viață și muncă, detenția arbitrară, deportarea, sclavia, prostituția, traficul de femei și tineri), drept „o rușine”, ceva ce „otrăvește civilizația umană”, respectiv „o gravă jignire adusă onoarei Creatorului”. Dar nu este necesar să fim creștini (și nici catolici) pentru a recunoaște valoarea vieții; în fapt, reprezentanți ai multor altor confesiuni, dar și ai lumii laice militează, după cum voi arăta mai jos, împotriva eutanasiei. Uzurpând prin eutanasiu dreptul lui Dumnezeu, ca o reiterare a tentației dintâi, încălcând pur și simplu dreptul la viață, valoare fundamentală pentru societate, omul nu doar că nu apără demnitatea vieții ori morții, așa cum pretind simpatizanții ori susținătorii acestei practici, dar se face inevitabil artizan al nedreptății și morții; or, acestea nu pot fi recunoscute drept valori: pur și simplu „astfel viața celui mai slab este pusă în mâinile celui mai puternic; în societate se pierde simțul dreptății și este retezată de la rădăcină încrederea reciprocă, fundament al oricărei relații autentice între persoane”. Mai mult, dacă este adevărat că mereu avem de învățat din istorie, reflectând asupra eutanasiei, nu putem neglija nicidecum legătura dintre această practică și regimul nazist, chiar dacă unora le place să sublinieze diferența dintre eutanasiu involuntară și cea voluntară și nici să nu întrevădem riscul răspândirii unor practici eugenice și al unor abuzuri tocmai prin legalizarea eutanasiei. Iar dacă, neținând cont de toate acestea, unii totuși afirmă dreptul personalului medical la a administra moartea în numele libertății și demnității omului, ar fi de spus că această poziție se întemeiază pe o concepție foarte

individualistă asupra libertății și restrictivă, dacă nu distorsionată, asupra demnității. Să nu ne gândim decât la ce ar putea trezi în mintea pacienților unui spital vestea că medicul căruia îi sunt și ei încredințați a administrat unui confrate spitalizat eutanasia, fie și în condiții cu adevărat speciale, fie și la cerere. Să ne gândim deopotrivă că, în condițiile legalizării sau practicării eutanasiilor, persoanele cu dizabilități care se socotesc o povară pentru alții sau cei cu probleme mai puțin grave de sănătate, dar cu tendințe suicidare s-ar putea simți foarte tentate „să profite” de această „șansă”. „Porunca «Să nu ucizi» este cu adevărat temeliea unei societăți care încearcă să-i respecte și să-i ajute să trăiască pe bolnavii săi, pe bătrânii săi, pe handicapații săi și pe aceia care trec printr-o fază tranzitorie sau prelungită de atracție spre moarte”. Fără doar și poate bolnavul terminal, ca și persoanele cu dizabilități au nevoie de iubire și compasiune, care însă pot și trebuie să găsească forme de exprimare veridice (între acestea nenumărându-se eutanasia). Cei aflați în această situație au nevoie să fie înțeleși și susținuți de către ceilalți în încercare – aceștia fiind chemați să le ofere solidaritate și motive de speranță – iar nu suprimați ca și când viața lor nu ar mai prețui nimic. Dincolo de ceea ce ar putea crede opinia publică, deși respinge eutanasia, Biserica nu susține ceea ce se numește încrâncenarea terapeutică, adică strădania de a reanima pacientul și de a-i prelungi cu orice preț viața prin varii tratamente și intervenții în condițiile în care aceasta se îndreaptă în chip firesc spre finalul său. Vorbim despre utilizarea unor mijloace terapeutice proporționate, care se cer administrate în urma unui discernământ etic și cu toată competitivitatea profesională, asistarea presupunând îngrijirea medicală, umană, spirituală etc. până la sfârșit a bolnavului terminal, dar și asumarea acestei dimensiuni constitutive a omenității noastre care este moartea.²¹

Legitimitate eutanasiilor este pusă sub semnul întrebării și de faptul că creștinii nu sunt singurii care militează pentru o legislație vizând apărarea vieții bolnavilor și muribunzilor; „viața este un bun și o valoare laică, ușor de recunoscut de toți cei care sunt conduși de dreapta judecată și de adevărul obiectiv”.²² Eutanasia este considerată și în mediul civil incompatibilă cu drepturile omului. Astfel, articolul 3 din *Declarația universală a drepturilor omului* sună așa: „Orice ființă umană are dreptul la viață, la libertate și la securitatea persoanei sale.”²³ A recunoaște dreptul fundamental la viață

²¹ Nu voi dezvolta însă mai mult aici aceste aspecte, ele urmând a fi dezbătute în studiul *Pe muchie de cuțit. Dreptul la viață/ dreptul la moarte. Principii pentru utilizarea unor mijloace terapeutice proporționate*. V. Elio Sgreccia, „Dignità dela morte ed eutanasia”, în *Il valore della vita. L'uomo di fronte al problema del dolore, della vecchiaia, dell'eutanasia. Atti del 54° corso di aggiornamento culturale dell'Università Cattolica* (Roma 2-7 settembre 1984), Milano: Vita e pensiero 1985, p. 141-144; 146; Gen 2; EV 66-67; GS 19; 22; 27; Patrick Verspieren, *Face à celui qui meurt*, p. 107-108; 160-163; Raport Marty.

²² Elio Sgreccia, Victor Tambone, „Manual de bioetică”, <http://www.profamilia.ro/culturavietii.asp?manual=72>; Elio Sgreccia, „Dignità dela morte”, p. 147.

²³ „Declarația drepturilor omului”, http://www.onuinfo.ro/documente_fundamentale/declaratia_drepturilor_omului/.

al fiecărui om și a afirma demnitatea umană, respectiv egalitatea dintre indivizi face vinovată orice atentare la viața cuiva de către altcineva, care pune în discuție însuși fundamentul conviețuirii sociale.²⁴ Există în fapt o serie de luări de poziție ale unor foruri laice împotriva eutanasiei. Astfel, în *Declarația privind eutanasia*, Asociația medicală mondială arată că „actul deliberat de a pune capăt vieții unui pacient, fie și la cererea pacientului sau a aparținătorilor, este neetic” (ceea ce nu împiedică medicul să respecte dorința pacientului „de a permite ca procesul morții să-și desfășoare cursul său natural în fazele terminale ale bolii”). *Convenția asupra drepturilor omului și biomedicinii* de la Oviedo, din 1997, arată la rândul-i că drepturile și interesele ființei umane sunt superioare celor ale societății și științei. În plus, dată fiind vocația medicilor de a sluji viața și ținând cont de principiile eticii medicale (a păstra viața și a reduce durerea, a urmări beneficiul pacientului și a nu-l vătăma), practicarea eutanasiei este incompatibilă cu profesia de medic, în pofida părerii unora de a acționa prin eutanasiere în favoarea pacientului sau din respect față de voința acestuia. Aceasta pentru că a ucide nu poate însemna în nicio circumstanță a urmări binele cuiva și sacralitatea vieții este un principiu universal acceptat, fundament al întregii etici occidentale. Mai mult, după cum am arătat și mai sus, în lumina istoriei, eutanasia poate fi înțeleasă ca element al unei mișcări de discriminare socio-antropologică (v.uciderea unor persoane cu dizabilități, a unor bolnavi cronici, a unor persoane suferind de forme grave de demență, a nou-născuților cu malformații etc.)²⁵.

Dincolo de atitudini simplu moralizatoare, pentru o mai veridică slujire a vieții

Dar nu cred că este de ajuns să afirmăm pur și simplu ilegitimitatea eutanasiei, pornind de la valori umane sau religioase. Socotesc dimpotrivă că, mai mult decât forurile civile, cele ecleziale ar trebui să-și susțină învățătura printr-un sprijin practic acordat bolnavilor terminali și vârstnicilor – care ar putea, în absența unui atare ajutor, solicita eutanasierea – și aparținătorilor lor – care adeseori capitulează în suferință tocmai pentru că sunt lăsați să se lupte singuri cu ea.

Întâi de toate, socotesc că ar fi oportun să existe o preocupare a comunităților creștine pentru formarea îndepărtată a oamenilor în vederea acceptării misterului morții; credința creștină, prin afirmarea valorii mântuitoare a suferinței și proclamarea misterului învierii lui Cristos, poate aduce un răspuns adecvat la frământările cu privire la sensul suferinței ori morții și ajuta indivizii să își asume boala sau senectutea, respectiv să accepte momentul natural al morții. O cateheză menită a pregăti din vreme omul pentru moarte, dezvăluindu-i sensul veridic, va

²⁴ Raport Marty.

²⁵ George Cristian Curca, *Eutanasia*; Silviya Aleksandrova, *Îngrijirile paliative*; Adriano Pessina, *Eutanasia, passim*; GS 18.

trebuie să prezinte viața ca o pregustare și totodată o pregătire a veșniciei; viața de dincolo este distinctă de cea de aici, dar nu lipsită de legătură cu aceasta, prin harul lui Dumnezeu fiindu-ne dat să gustăm încă de aici ceva din viața de dincolo, prin alegerile de fiecare clipă în favoarea binelui și împotriva răului: „fiece clipită a vieții, trăită întru har și cheltuită întru dăruire, este de pe acum plină de dimensiunea învierii, constituind de pe acum o biruință asupra morții”. În fapt, dacă credința noastră ca și creștini ar fi suficient de puternică, nu ne-am teme de suferință și moarte (început, iar nu sfârșit), vrând a le îndepărta cu orice preț sau a o anticipa pe cea din urmă pentru a scăpa de cea dintâi, iar mărturia noastră i-ar putea întări și pe alții în confruntarea cu ele. Cu toate acestea, credincioși și necredincioși, aproape toți resimțim revoltă înaintea suferinței și teamă înaintea morții, uitând de valențele lor mântuitoare. În orice caz, în suferință, singurătatea atârnă greu: chiar dacă nimeni nu-și poate la propriu asuma durerea altcuiva și chiar dacă fiecare murim până la urmă singuri, pornind de la propria noastră dorință de a avea în durere și în pragul morții alături pe cineva putem înțelege strigătul mut sau chemarea explicită a bolnavilor și vârstnicilor de a fi însoțiți pe calea durerii și trecerii.²⁶

Comunitatea creștină poate și trebuie să contribuie în mod concret la această „însoțire” a bolnavilor terminali, a vârstnicilor, dar și a familiilor lor. Fie că muribunzii își trăiesc ultimele zile acasă ori în spital, între aparatele medicale și o echipă de tehnicieni, au nevoie deopotrivă de o susținere morală și spirituală adecvată, atât din partea membrilor familiei, cât și a fraților întru credință. Dacă asistența medicală este importantă, totuși nu este singura care contează. Mai mult, chiar și atunci când tehnica medicală nu mai poate face nimic prin mijloacele sale, prezența celor apropiați muribundului este un fel de terapie, de la o simplă strângere a mâinii și până la rugăciune. Susținerea comunității nu poate să se reducă doar la acordarea sacramentului maslului și rostirea rugăciunilor la căpătâiul celui decedat de către preot. Pentru o asistare eficientă a muribunzilor, aparținătorii sau cei care vor să facă acest serviciu (poate fi vorba de voluntari care să suplinească parțial sau întărească prezența familiei, eventual să pregătească lucrarea clericilor, dar și de adevărate echipe, integrând psihologi și preoți – mai ales în spitale sau centre de îngrijire paliativă) trebuie să fie inițiați, având a învăța caracteristicile și etapele trăirilor psihologice înaintea morții: respingerea, revolta, nevoia de împărtășire, deprimarea, acceptarea. Cu o minimală formare și multă bunăvoință, membrii comunității creștine ar putea ușura mult durerea bolnavilor și aparținătorilor. Pe de altă parte, cei care asistă muribunzii au la rândul-le mult de învățat de la aceștia, căci trăirea suferinței este întotdeauna o lecție de viață.²⁷

Biserica se poate deopotrivă implica în formarea membrilor personalului sanitar, care, prin deschiderea față de anumite valori religioase sau chiar asumarea

²⁶ Elio Sgreccia, *Dignità della morte*, p. 152-153; Patrick Verspieren, *Face à celui qui meurt*, p. 168.

²⁷ Elio Sgreccia, *Dignità della morte*, p. 155-156.

lor, pot contracara mentalitatea deschisă eutanasiei. Desigur, miza nu este într-atât inocularea unor valori religioase personalului medical, cât asumarea unei corecte înțelegeri a noțiunii de moarte demnă de om și a principiilor aferente (utilizarea corectă a terapiei durerii, acordarea de asistență proporționată, obligativitatea acordării asistenței primare etc.). Este important ca medicii să înțeleagă necesitatea de a-și păstra identitatea profesională, deontologia cerându-le să acționeze în orice circumstanță în chip responsabil și potrivit conștiinței, spre binele veridic al pacientului în situația sa concretă, nelăsându-se pradă unui mai mult ori mai puțin subtil sistem manipulator sau tentației de a se crede atotputernici în lupta cu boala și moartea: medicii trebuie să respecte întotdeauna demnitatea persoanei umane și să promoveze un dialog plin de încredere cu pacientul. În plus, medicul are datoria de a se preocupa de îngrijirea acestuia sub toate aspectele, nu numai cel terapeutic, ajutându-l să beneficieze de toată asistența umană, dar și spiritual-religioasă de care poate avea nevoie; pentru aceasta este nevoie și de o formare etică a medicilor, respectiv de o pleneră formare umană, care să includă asumarea unei viziuni asupra vieții și morții, iar Biserica și-ar putea-o asuma parțial, alături de alte instanțe educative.²⁸

În chip de concluzii

Ce putem numi obiectiv o „moarte bună”, o „moarte demnă”?

- aceea pe care omul pune deplin stăpânire, înlăturând suferința, dependența de aparate, prelungirea vieții dincolo de stadiul rațional sau care le este administrată unor indivizi în suferință, la cerere ori doar presupunându-le acordul (iar uneori chiar fără un atare acord, pornind de la criteriile economice sau sociale arbitrare)?

- aceea pe care omul și-o asumă în chip firesc – ca o încheiere naturală a vieții de aici și prag necesar al unei alte vieți, pornind de la ideea că viața nu ne aparține cu totul, fiind un mister care ne depășește sau un dar al lui Dumnezeu – cu tot preludiul său de suferință fizică și sufletească, pregătindu-se pentru ea în mijlocul apropiaților săi și susținut fiind de aceștia?

În opinia mea, dincolo de încercările de legitimare a practicii eutanasiei, aceasta rămâne un rău obiectiv. Poate că, în anumite condiții de suferință atroce este cu putință de înțeles ca un om să-și dorească moartea, cu toate că nu lipsesc exemple cunoscute și mai puțin cunoscute de persoane care își asumă cu dăruire până la capăt suferința fără dorința de a-și anticipa sfârșitul. Este însă dificil de înțeles cum ar putea familia să-i dorească moartea în aceleași condiții în loc să se preocupe să-l însoțească mai degrabă pe calea suferinței, împărtășindu-i-o (aceasta fiind până la urmă sensul veridic al compasiunii). Este deopotrivă greu de acceptat ca un medic să nesocotească principiile etice ale profesiei sale administrând moartea unui pacient în loc de a-i acorda până la capăt îngrijirea

²⁸ Elio Sgreccia, *Dignità dela morte*, p. 156-158; Patrick Verspieren, *Face à celui qui meurt*, p. 117-118.

necesară. În fine, în condițiile progresului economic, social, cultural fără precedent este dificil de înțeles cum ar putea societatea actuală să promoveze practica eutanasiei mai degrabă decât susținerea persoanei, antrenând resursele (umane și financiare) necesare în acest sens.

Dacă omul de azi este tentat să creadă că poate dispune de viață și moarte după bunul plac, ar merita reflectat la faptul că nici bolnavii, nici aparținătorii lor, nici medicii, nici legislatorul, nici societatea ca atare nu pot dispune totuși de viață; ar putea dispune de ea numai în măsura în care existența li s-ar datora. Pentru că viața este un mister care ne depășește (un dar de la Dumnezeu pentru creștini), niciun om nu poate face ce vrea în principiu nici măcar de propria sa viață; spun în principiu, pentru că în fapt, are libertatea de a se sinucide bunăoară sau pretinde eutanasierea (chiar dacă în acest caz responsabilitatea sa poate fi atenuată de o serie de circumstanțe, aceasta nu conferă legitimitate respectivei alegeri și actului în sine). Cu atât mai puțin ar avea dreptul un medic sau orice altă persoană ori instanță să ridice viața vreunei persoane: „cel care nu poate da cuiva un drept, nu i-l poate lua; așadar, cel care nu poate da cuiva viața nu i-o poate lua”. Dincolo de aceste principii însă, în orice reflecție ori dialog asupra legitimității practicii eutanasiei ar trebui să se țină cont de istoricul problemei și de potențialele riscuri pe care le implică; astfel, pe de o parte, nu se poate neglija legătura acestei practici cu nazismul, iar, pe de alta, nu se poate eluda perspectiva ca ea să devină oricând din nou parte a unei mișcări de discriminare socială și antropologică. Viața este și rămâne un dar și o valoare supremă, recunoscută ca atare de creștini și necreștini.

Administrarea morții la cerere nu poate fi în nicio circumstanță o valoare superioară vieții, astfel de valori fiind numai împlinirea existenței pământești, bucuria, pacea, asumarea morții. Dacă anturajul unui bolnav incurabil sau al unui vârstnic care și-ar putea dori eutanasierea, personalul medical și membrii societății vor într-adevăr să intervină spre a ușura suferința acestora, ei o pot face în chip legitim acordându-i un suport afectiv, medical, spiritual etc. real și constant. În fapt, experiența arată că în condițiile în care pacientului i se acordă o îngrijire atentă, deschiderea spre eutanasiere se atenuază sau dispare; o posibilă soluție deja atestată o constituie în acest sens centrele de îngrijire paliativă. În ultimă instanță însă, boala, dizabilitatea, lipsa de autonomie, decăderea fizică sunt parte a existenței umane și se cer asumate în chip personal și solidar, dincolo de orice influență a mediului socio-cultural și chiar legislativ; dacă acestea nu sunt valori în ele însele și este legitim să luptăm împotriva lor ca suferinzi și împreună cu suferinzii, totuși trebuie recunoscut, pe de o parte, faptul că practica eutanasiei este departe de a fi o biruință asupra durerii și morții, iar pe de alta, că acestea nu sunt lipsite de sens și valoare; în prezența lor viața umană nu-și pierde nicidecum demnitatea.²⁹

²⁹ Adriano Pessina, *Eutanasia*, p. 11-13; 12-28; 105-115; Avortul, eutanasia.

MODULAREA STRESULUI DE EFORT FIZIC, PRINTR-UN PREPARAT FITO-ENERGETIC, CARE CONȚINE SCHISANDRA CHINENSIS

RAMONA JURCĂU¹, IOANA JURCĂU^{2*},
NICOLAE COLCERIU³, IONEL PAPUC⁴

ABSTRACT. *Modulation of Physical Stress, through a Phyto Energetical Preparation, Containing Schisandra Chinensis.* *Background.* Energetic phytotherapy has proven to have beneficial effect on anxiety and blood cortisol, being regarded as a liquid acupuncture (LA). *Aims.* Through this study, we aimed to evaluate the modulation of stress induced by an intense and short term physical effort on sedentary persons. *Methods.* Chosen subjects (n = 22) were selected based on the requirements of the study. Stress was represented by an short term physical effort, achieved with a cycloergometer 839e Monark Ergomedic. State of anxiety and salivary cortisol were the evaluated parameters. Chosen phytotherapeutic preparation content Schisandra chinensis (SSP). Statistical evaluation was done on the basis of Student test. *Results.* State of anxiety and salivary cortisol were reduced immediately pre-and poststress for subjects who were administered SSP, compared with subjects who did not follow any treatment. *Conclusions.* 1) State of anxiety and salivary cortisol were significantly reduced in the immediately pre-and post effort moments, under the SSP influence, compared to the untreated subjects. 2) SSP influence on the state of anxiety is significantly more intense than on salivary cortisol, in the immediately pre-and poststress moments. 3) There were differences between the treated and untreated subjects , both for dynamic evolution of anxiety and salivary cortisol. 4) SSP could be used in modulation of stress caused by a short term physical effort, in sedentary persons.

Keywords: *Stress, Intense physical exertion, Anxiety, Salivary cortisol, Energetic phytotherapy, Schisandra chinensis*

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

² Spitalul Clinic de Copii, Cluj-Napoca. Autor corespondent.

³ Catedra de Viticultură, Universitatea de Științe Agricole și Medicină Veterinară, Cluj-Napoca.

⁴ Disciplina de Semiologie, Universitatea de Științe Agricole și Medicină Veterinară, Cluj-Napoca

REZUMAT. *Premize.* Fitoterapia energetică s-a dovedit că are efecte benefice asupra anxietății și cortizolemiei, fiind considerată o acupunctură lichidă (AL). *Obiective.* Prin acest studiu, ne-am propus să evaluăm modularea stresului indus de efortul fizic intens și de scurtă durată, la subiecți sedentari. *Metodă.* Subiecții aleși (n=22) au fost selectați conform cerințelor studiului. Stresul a fost reprezentat de un efort fizic intens și de scurtă durată, realizat cu un cicloergometru Ergomedic 839e Monark. Au fost evaluate starea de anxietate și cortizolul salivar. Preparatul fitoterapiv ales a conținut Schisandra chinensis (PSS). Evaluarea statistică s-a făcut pe baza testului Student. *Rezultate.* Starea de anxietate și cortizolul salivar au fost diminuate imediat pre- și poststres la subiecții cărora li s-a administrat PSS, comparativ cu subiecții care nu au urmat nici un tratament. *Concluzii.* 1) Starea de anxietate și cortizolul salivar au fost semnificativ reduse, în momentele imediat pre și post efort, sub influența PSS, comparativ cu subiecții netratați. 2) Influența PSS asupra stării de anxietate a fost semnificativ mai intensă decât asupra cortizolului salivar, în momentele imediat pre- și poststres. 3) Între loturile PSS și martor, au existat diferențe, atât pentru evoluția dinamică a anxietății, cât și pentru cea a cortizolului salivar. 4) PSS ar putea fi folosit în modularea stresului cauzat de efortul fizic de scurtă durată și intens, la persoane sedentare.

Cuvinte cheie: Stres, Efort fizic intens, Anxietate, Cortizol salivar, Fitoterapie energetică, Schisandra chinensis

Introducere

În cadrul acestui studiu, s-a folosit o metodă de regenerarea energetică a organismului, pe principiul celor 5 elemente, realizată prin extracte de plante, pe principiul fitoterapiei energetice, considerată ca o acupunctură lichidă (AL). Pentru acest studiu, s-a folosit un preparat care conține Schisandra chinensis (PSS). SS este o plantă din medicina tradițională chineză, folosit de mii de ani ^{5,6,7} pe scară largă pentru efectele sale clinice sedative, tonice⁸ și adaptogene⁹.

⁵ Su T, Mao C, Yin F, Yu Z, Lin Y, Song Y, Lu T., *Effects of unprocessed versus vinegar-processed Schisandra chinensis on the activity and mRNA expression of CYP1A2, CYP2E1 and CYP3A4 enzymes in rats*, in "J Ethnopharmacol". 2013;19;146(3):734-43.

⁶ Xu XM, Li L, Chen M., "Studies on the chemical constituents of Schisandra pubescens". Zhong Yao Cai. 2009;32(9):1399-401.

⁷ Liu GT. Pharmacological actions and clinical use of fructus schizandrae. Chinese Medical Journal. 1989;102(10):740-749.

⁸ Xu H, Gan J, Liu X, Wu R, Jin Y, Li M, Yuan B., *Gender-dependent pharmacokinetics of lignans in rats after single and multiple oral administration of Schisandra chinensis extract.*, in "J Ethnopharmacol." 2013;13 [Epub ahead of print].

Premize

Fitoterapia energetică este o sursă de echilibrare și de reducere a efectelor produse de stres, însă influența ei asupra stresului indus de efortul fizic la persoane sedentare, este mai puțin cunoscută.

Obiective

Prin acest studiu, ne propunem evaluarea influenței fitoterapiei energetice, prin intermediul unui preparat, asupra stresului produs de efortul fizic acut și intens, la persoane sedentare, prin investigarea comparativă a anxietății și a cortizolului salivar.

Materiale și metode

Studiul și măsurătorile au fost efectuate în luna iulie 2013 la Cabinetul de Medicină Generală nr. 122 din Cluj-Napoca.

a) Loturi

Participarea tuturor subiecților la acest studiu a fost voluntară. Subiecții au fost testați pe cicloergometrul Ergomedic 839e Monark. Selecția subiecților a fost făcută pe baza chestionarului pentru detectarea stării de anxietate STAI X₁. Subiecții selectați au fost sedentari. Din studiu au fost excluse persoanele cu afecțiuni psihice, terapii cortizonice, precum și cele cu dependențe de alcool, tutun, droguri, cafea.

Au fost explorate două loturi: lotul martor (M), la care nu s-a administrat nici o terapie și lotul experimental (E), la care s-a folosit terapia energetică PSS. Ambele loturi au fost supuse aceluiași tip de stres cauzat de efortul fizic intens și de scurtă durată.

b) Subiecții

Numărul de subiecți dintr-un lot a fost de 11 (5 bărbați, 6 femei), atât pentru E, cât și pentru M. Media de vârstă a fost de $31,1 \pm 3$ pentru E și de $32,8 \pm 4$ pentru M (Tabelul I). Participanților li s-a cerut să nu consume alcool, cafea, să nu fumeze și să nu folosească nici o medicație și nici un antioxidant în preziua stresului fizic și pe durata studiului.

Tabelul I.

Numărul și genul subiecților pe loturi

<i>Lotul</i>	<i>Stres experimental (E)</i>	<i>Martor (M)</i>
<i>Nr. subiecți</i>	<i>11</i>	<i>11</i>
<i>Media de vârstă</i>	<i>$31,1 \pm 3$</i>	<i>$32,8 \pm 4$</i>
<i>Genul</i>	<i>feminin (5) masculin (6)</i>	<i>feminin (5) masculin (6)</i>

⁹ Kang YH, Shin HM. *Inhibitory effects of Schizandra chinensis extract on atopic dermatitis in NC/Nga mice*, in "Immunopharmacol Immunotoxicol", 2012;34(2):292-8.

c) *Design-ul studiului*

Pentru *stresul* cauzat de efortul fizic, s-a ales ca model un exercițiu fizic intens, de scurtă durată, pe cicloergometru. Înaintea testării fizice, participanții au urmat o încălzire musculară de 8 min, pe bicicleta ergonomică, ajustată la 40 watt. După o pauză de 6 min, a urmat testarea propriu-zisă realizată pe un cicloergometru ERGOMEDIC 839E MONARK. Testul de efort în trepte a fost efectuat la o rată de pedalare de 80 de rotații/ min, începând cu o putere de 40 W, timp de patru minute, urmată de o creștere treptată de putere până la 40 W la fiecare patru minute și continuat până la apariția senzației de oboseală.

PSS a fost administrat în cantitate de 4 picături de trei ori pe zi, la orele 8.00-12.00-16.00, timp de 21 zile.

Programul de determinare a indicatorilor a fost același pentru loturi, fiind următorul: momentul 1 = prima determinare, bazală, (Pre Stres 1 = T_1) - a fost efectuată în preziua testului, dimineața la ora 8.00; momentul 2 = a doua determinare - (Pre Stres 2 = T_2) - în dimineața stresului, la ora 8.00, cu 30 min înaintea începerii probei; momentul 3 = a treia determinare (Post Stres 3 = T_3) și momentul 4 = a patra determinare (Post Stres 4 = T_4) - la 15 min, respectiv la 24 ore după efort.

d) *Explorări*

Determinările au constat în măsurarea unui parametru psihic (starea de anxietate) și a unui parametru endocrin (cortizolul salivar). Ca referință au fost considerate valorile lotului la care nu s-a administrat PSS, lotul M, și momentul T_2 .

- Evaluarea psihologică

Pentru anxietate (A) s-a folosit chestionarul de autoevaluare STAI, formele X1, X2 (inventarul de anxietate stare - trăsătură)¹⁰. Scorurile pentru STAI variază de la un scor minim de 20 la un scor maxim de 80 în ambele scale, A - Stare și A - Trăsătură. Subiecții răspund la fiecare item al STAI, evaluându-se ei înșiși pe o scală cu 4 puncte. Scala A - Stare este balansată cu 10 itemi cotați direct și 10 cotați invers; itemii cotați invers în scala A - Stare sunt: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. Scala A - Trăsătură are 13 itemi cotați direct și 7 cotați invers, în acest caz nefiind posibilă realizarea unei scale balansate; itemii cotați invers în scala A - Trăsătură sunt: 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19.

Proprietățile psihometrice ale STAI sunt bune, cu un Crombach $\alpha^{11,12}$ de 0,89, mai mare decât valoarea convențională de 0,70.

¹⁰ Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene PR, Vagg PR, Jacobs AG. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y). Consulting Psychologists Press. Inc. Palo Alto. 1983, 235.

¹¹ Cronbach, LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951;12:297-334.

¹² Cronbach, LJ. My current thoughts on coefficient alpha and successor procedures. Educational and Psychological Measurement. 2004;64:391-418.

- *Explorarea hormonală*

Evaluarea cortizolului salivar a fost făcută la laboratorul Sinevo din Cluj-Napoca, prin metoda imunochimică cu detecție prin electrochemiluminiscentă (ECLIA)^{13,14}.

e) *Evaluarea statistică*

- Rezultatele obținute, au fost analizate folosind aplicația SPSS 13.0.
- Pentru examinarea continuă a datelor s-a folosit *testul t Student*.
- Datele au fost considerate *semnificative* la un $p < 0,05$.

Rezultate

Menționăm că *valorile de referință* au fost ale M, iar *momentul de referință* a fost considerat T₂.

a) *Anxietatea*, pentru M, a fost semnificativ crescută la momentul T₂, atât față de T₃ ($p < 0,05$), cât și față de T₄ ($p < 0,01$). Pentru E, creșterea valorilor parametrului la T₂ a fost ne semnificativă comparativ cu T₃ și T₄. La toate momentele peri-stres, valorile anxietății au fost semnificativ mai mari la M decât la E (T₂M - T₂E, $p < 0,03$; T₃M - T₃E, $p < 0,01$) (Fig. 1). Nu au existat diferențe semnificative, între genuri, ale valorilor anxietății.

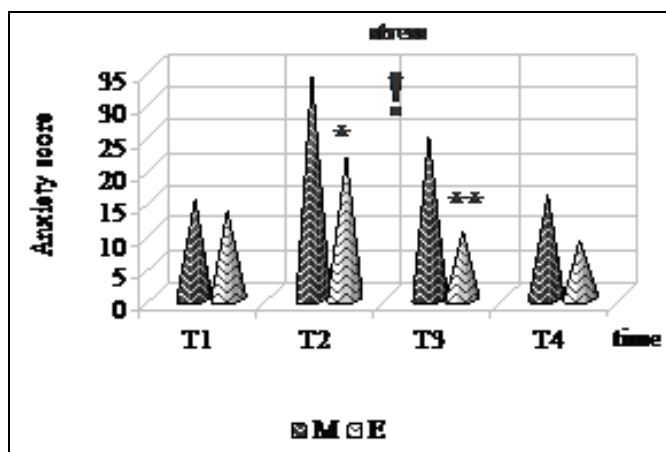


Fig. 1. – Modificările scorului anxietății, sub influența PSS, în stresul cauzat de efort fizic intens și de scurtă durată * $p < 0,03$, ** $p < 0,01$, * = T₂M - T₂E, ** = T₃M - T₃E
„stres” = momentul efortului fizic intens și de scurtă durată

¹³ Carrozza C, Corsello SM, Paragliola RM, Ingraudo F, Palumbo S, Locantore P, Sferrazza A, Pontecorvi A, Zuppi C. Clinical accuracy of midnight salivary cortisol measured by automated electrochemiluminescence immunoassay method in Cushing's syndrome. *Ann Clin Biochem.* 2010;47:228-232.

¹⁴ http://www.energy.sk/ro/menu_x2686x.asp

- b) *Cortizolul salivar (C)*, pentru M, a crescut semnificativ, de la T₂ la T₃ ($p < 0,03$), iar post-stres, la T₄, valorile parametrului au continuat să fie moderat semnificativ mai mari față de cele pre-stres, T₂ ($p < 0,05$). Pentru E, creșterea valorilor parametrului la T₂ a fost ne semnificativă comparativ cu T₁ și T₃. La toate momentele peri-stres, valorile pentru M ale cortizolului salivar au fost semnificativ mai mari decât la E (T₂M - T₂E, $p < 0,04$; T₃M - T₃E, $p < 0,02$) (Fig. 2). Nu au existat diferențe semnificative ale valorilor cortizolului salivar între genuri.

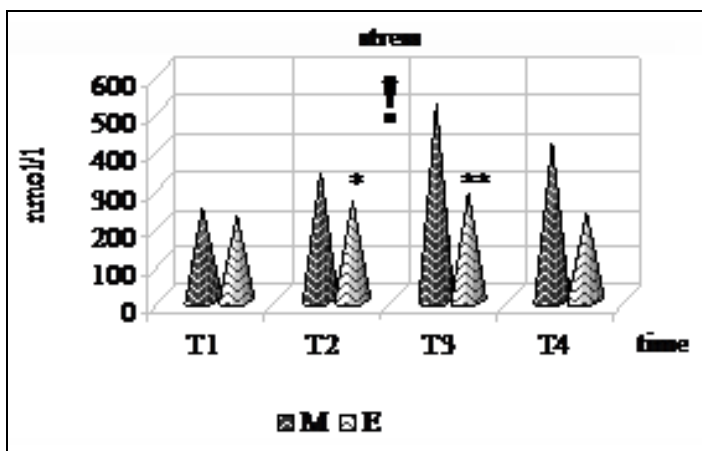


Fig. 2. – Modificările cotizolului salivar, sub influența SCC, în stresul cauzat de efortul fizic intens și de scurtă durată M = Lotul martor, E = Lotul experimental,
 * $p < 0.04$, ** $p < 0.02$, * = T₂M - T₂E, ** = T₃M - T₃E
 „stress” = momentul efortului fizic intens și de scurtă durată

- c) *Compararea evoluției peristres, a indicatorilor analizați*, arată rezultatul terapiei cu PSS asupra dinamicii valorilor parametrilor, la M față de E. Astfel, la lotul tratat cu PSS, impactul stresului a fost redus, diferențele față de M fiind semnificative la T₂ și T₃, atât pentru anxietate ($p < 0,03 = T_2M - T_2E$, $p < 0,01 = T_3M - T_3E$), cât și pentru cortizolul salivar ($p < 0,04 = T_2M - T_2E$, $p < 0,02 = T_3M - T_3E$). (Fig. 3). La T₃, impactul PSS s-a dovedit a fi semnificativ intens asupra stresului analizat, atât pentru anxietate ($p < 0,01$), cât și pentru cortizolul salivar ($p < 0,02$).

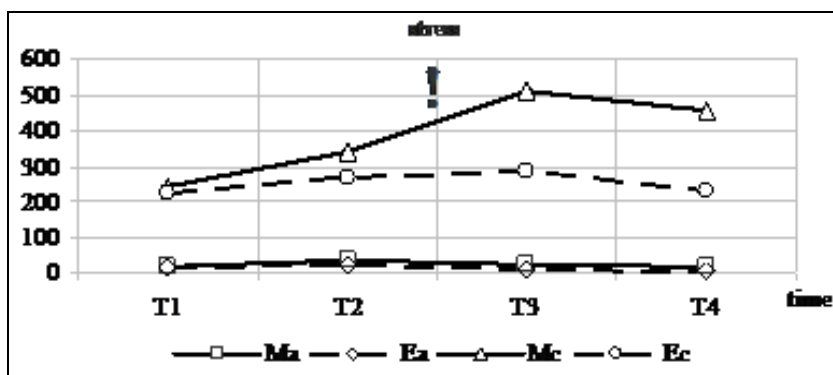


Fig. 3 – Compararea variațiilor parametrilor studiați.

Loturi: Ma = Martor - anxietate, Mc = Martor - cortizol salivar,
Ea = Experimental PSS - anxietate, Ec = Experimental PSS - cortizol salivar
„stress” = momentul efortului fizic intens și de scurtă durată

- d) *Diferențele procentuale între momentele T_2 și T_3 pentru M și E, scot în evidență momentele impactului cel mai puternic pe care PSS utilizat îl are asupra indicatorilor studiați. Pentru E, are impactul cel mai intens asupra anxietății la T_3 ($p < 0.01$), iar asupra cortizolului salivar tot la T_3 ($p < 0.02$). Se remarcă faptul că impactul este semnificativ mai intens asupra anxietății decât asupra cortizolului salivar, pentru E ($p < 0.03$) (Fig. 4).*

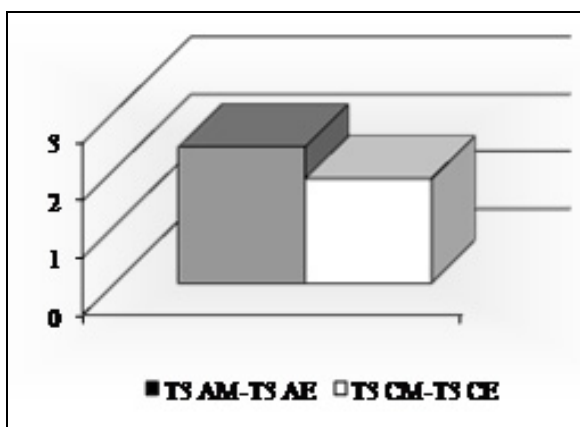


Fig. 4 – Diferențele procentuale între M și E, la momentele T_2 și T_3 , pentru anxietate și cortizolul salivar

Loturi: AM = Martor - anxietate, CM = Martor - cortizol salivar,
AE = Experimental PSS - anxietate, CE = Experimental PSS - cortizol salivar

Discuții

Deși SSe are o lungă istorie de utilizare medicală în sistemul tradițional chinez, târziu Vestul a început să înțeleagă posibilitățile ei farmacologice și aplicații clinice¹⁵.

Numeroase studii de acupunctură arată că eliberarea de neurotransmițători (ex. serotonina), poate afecta starea emoțională a individului^{16,17}. Există studii clinice, cu dovezi ale efectelor de protecție a SS contra stresului și simulative, precum și ale mecanismelor moleculare de acțiune asupra proceselor metabolice și a altor mecanisme de reglare a sistemului neuroendocrin¹⁸. SS este adesea menționată ca un exemplu de plantă medicinală cu utilizare în medicina modernă chineză, cu rolul de a crește capacitatea de muncă fizică și de a oferi un efect de protecție anti-stres, împotriva un spectru larg de factori nocivi¹⁹. Ea are multe efecte terapeutice care decurg din său tonic, sedativ, activități²⁰.

Adaptogenii sunt plante medicinale care cresc rezistența la stres, concentrarea, performanță și rezistența în timpul oboseală²¹.

Studiul prezent se înscrie într-o serie de alte studii pe care autorii le-au realizat în domeniul stresului legat de efortul fizic la persoanele sedentare^{22,23,24,25}.

¹⁵Sinclair S. Chinese herbs: a clinical review of Astragalus, Ligusticum, and Schizandrae. *Alternative Medicine Review: A Journal of Clinical Therapeutics*. 1998;3(5):338-344.

¹⁶Akyoshi J. Neuropharmacological and genetic study of panic disorder, *Nihon Shinkei Seishin Yakurigaku Zassi*, 19:93-9.Ninan, 1999.

¹⁷Ninan PT. The functional anatomy, neurochemistry and pharmacology of anxiety, *J Clin Psychiatry*. 1999;60 (Suppl 22):12-17.

¹⁸Panossian AG. Adaptogens in mental and behavioral disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2013;36(1):49-64.

¹⁹Panossian A, Wikman G. Pharmacology of Schisandra chinensis Bail.: an overview of Russian research and uses in medicine. *J Ethnopharmacol*. 2008 ;23;118(2):183-212.

²⁰Zhu S, Wang Y, Chen M, Jin J, Qiu Y, Huang M, Huang Z. Protective effect of schisandrin B against cyclosporine A-induced nephrotoxicity in vitro and in vivo. *Am J Chin Med*. 2012;40(3):551-66.

²¹Panossian A, Wikman G, Kaur P, Asea A. Adaptogens exert a stress-protective effect by modulation of expression of molecular chaperones. *Phytomedicine*. 2009a Jun;16(6-7):617-22.

²²Jurcău R, Jurcău I, Bodescu C. Modificările frecvenței cardiace și cortizolului salivar în stresul cauzat de efortul fizic intens și de scurtă durată, la persoane sedentare. *Palestrica Mileniului III*. 2012a;13(2):101-105.

²³Jurcău R, Jurcău I, Bodescu C. Modularea anxietății și cortizolului salivar în stresul cauzat de efortul fizic, cu ajutorul unui preparat fitoterapic care conține Rhodiola Rosea. *Palestrica Mileniului III*. 2012b; 13(3):213-218.

²⁴Jurcău R, Jurcău I. Influence of a green tea extract product on oxidative stress and muscle fatigue sensation in sedentary people subjected to physical exercise. *Palestrica Mileniului III*. 2013a;14(2):90-95.

²⁵Jurcău R, Jurcău I. Influence of moderate physical exertion on subacute low back pain, after *Symphytum officinale* ointment treatment. *Palestrica Mileniului III*. 2013b;14. In press.

a) *Anxietatea*

Efectul pe care acupuncturii și fitoterapiei energetice îl are asupra anxietății a constituit o preocupare constantă în cercetarea de specialitate. Efectele anxiolitic SS s-ar putea fi legate activitatea anti-stres prin modularea hiperactiv axei HPA²⁶.

Rezultatele obținute prin testarea anxietății, sub acțiunea AL prin utilizarea PSS, sunt concordante cu datele oferite de recente studiile legate de modificările acestui parametru sub acțiunea SS. Diferența față de studiile existente, o constituie faptul că, în timp ce acestea arată efectul SS asupra anxietății în general, studiul nostru a dovedit efectul de diminuare a anxietății induse de stresul produs de efortul fizic și de scurtă durată la subiecți sedentari.

b) *Cortizolul salivar*

Legătura dintre acupuncturii și fitoterapiei energetice și *cortizol* a fost analizată în multe studii din literatura de specialitate.

Efectul benefic de protecție anti-stresul al adaptogenilor este legat de reglarea homeostaziei prin mai multe mecanisme de acțiune asociate cu axa hipotalamo-hipofizo-adrenală și de control al mediatorilor cheie de răspuns la stres, cum ar fi cortizol și oxid nitric (NO)²⁷, asupra cărora are un efect de reducere²⁸.

Rezultatele obținute, prin testarea pe care am realizat-o asupra cortizolului salivar, sub acțiunea PSS, sunt concordante cu datele oferite de cele mai recente studii legate de modificările cortizolului sub acțiunea SS. Diferența față de studiile citate, o constituie faptul că, în timp ce acestea arată acțiunea PSS asupra cortizolului sanguin, studiul nostru a dovedit efectul de diminuare a cortizolului salivar, la subiecți sedentari supuși stresului indus de efortul fizic intens de scurtă durată.

²⁶ Chen WW, He RR, Li YF, Li SB, Tsoi B, Kurihara H. Pharmacological studies on the anxiolytic effect of standardized Schisandra lignans extract on restraint-stressed mice. *Phytomedicine*. 2011;18(13):1144-7.

²⁷ Panossian A, Wikman G. Evidence-based efficacy of adaptogens in fatigue, and molecular mechanisms related to their stress-protective activity. *Curr Clin Pharmacol*. 2009b;4(3):198-219.

²⁸ Panossian A, Wikman G. Pharmacology of Schisandra chinensis Bail.: an overview of Russian research and uses in medicine. *J Ethnopharmacol*. 2008;23;118(2):183-212.

Concluzii

1. Starea de anxietate și cortizolul salivar au fost semnificativ reduse, în momentele imediat pre- și post efort, sub influența PSS, comparativ cu subiecții netratați.
2. Influența PSS asupra stării de anxietate a fost semnificativ mai intensă decât asupra cortizolului salivar, la PSS, în momentele imediat pre- și poststres.
3. Intre lotul supus tratamentului cu PSS și lotul netratat, martor, au existat diferențe, atât pentru evoluția dinamică a anxietății, cât și pentru cea a cortizolului salivar.
4. PSS ar putea fi folosit în modularea stresului cauzat de efortul fizic de scurtă durată și intens, la persoane sedentare

Conflicte de interese

Nimic de declarat.

Confirmare (Acknowledgement)

Finanțarea studiului a fost obținută din sponsorizări.

ÎNGRIJIREA COPIILOR INFECTAȚI HIV

MIRCEA GELU BUTA¹, LILIANA BUTA²

ABSTRACT. *Teams Facing Childcare Infected with HIV* (human immunodeficiency syndrome) are exposed daily to ethical dilemmas, especially in matters of professional secrecy, confidentiality and sharing information, both with the child and their family, and in relation to other professionals and caregivers. This disease, which we look after but not heal the sick induce exclusion, through fear of contagion, by gravity, often inducing a stigmatization of the persons concerned. Suffering interferes with life and projects of the sick person, especially sexuality, couple relationship and with children. In addition to complex situations encountered in clinical practice are constantly weighed child dependency and parental authority, respect patient confidentiality which is appropriate and possible endangerment of another, the unpredictable impact of information and lack of information risks.

Keywords: *Child, HIV, Bioethics*

REZUMAT. Echipele confruntate cu îngrijirea copiilor infectați HIV (sindromul imunodeficienței umane) sunt expuse zilnic cu dileme etice, mai ales în problemele secretului profesional, confidențialității relației medicale și împărtășirea informației atât cu copilul și familia sa, cât și în relație cu ceilalți profesioniști și îngrijitori. Această boală transmisibilă, pe care o putem îngriji dar nu și vindeca, induce excluderea celui bolnav, prin frica contagiunii, prin gravitatea sa, inducând frecvent o stigmatizare a persoanelor în cauză. Suferința interferează cu viața și proiectele persoanei bolnave, mai ales sexualitatea sa, relația de cuplu și copii. Pe lângă situațiile complexe întâlnite în practica clinică, se găsesc constant puse în balanță dependența copilului și a autorității parentale, respectul confidențialității ce se cuvine pacientului și eventuala punere în pericol a altuia, impactul imprevizibil al unei informări și riscurile absenței informării.

Cuvinte cheie: *Copil, HIV, Bioetică.*

¹ Medic primar Pediatrie, Doctor în Științe Medicale, Prof. Univ., Facultatea de Teologie Ortodoxă UBB Cluj-Napoca, e-mail: butamircea@yahoo.com

² Medic primar Pediatrie, Doctor în Științe Medicale, Spit. Jud. de Urgență Bistrița, e-mail: libuta@yahoo.com

Echipele confruntate cu îngrijirea copiilor infectați HIV (sindromul imunodeficienței umane) sunt expuse zilnic cu dileme etice, mai ales în problemele secretului profesional, confidențialității relației medicale și împărțirea informației atât cu copilul și familia sa, cât și în relație cu ceilalți profesioniști și îngrijitori.

Înainte de discuta aceste probleme, este necesar să insistăm asupra specificității infecției HIV. Este vorba de o boală stigmatizantă, din cauza profilului pacienților considerați „*cu risc*” (homosexuali, toxicomani, parteneri multipli, prostituție etc.)

O persoană infectată devine obiectul interogărilor de suspiciune, atât din partea personalului de îngrijire, cât și din partea populației în general: „*Cum ai căpătat-o?*” Iată o întrebare care face ca un bolnav să fie mai întâi „*vinovat*” și abia după aceea „*victimă*”. În pediatrie, originea materno-fetală predominantă a infecției îndreaptă această interogație asupra mamei.

Boala induce excluderea prin frica contagiunii, chiar dacă la ora actuală singurele moduri de transmitere identificate rămân calea sexuală, calea parentală și calea materno-fetală. De asemenea ea induce excluderea prin gravitatea sa potențială, dar și prin lipsa unui tratament curativ, chiar dacă prognosticul persoanelor afectate s-a ameliorat mult în ultimii ani.

Infecția HIV interferează în viața persoanei afectate, mai ales în sexualitatea sa și proiectarea de viitor, în relația de cuplu, în relația cu copiii etc.

În epidemiologia sa actuală, această patologie atinge atât populația de origine africană, cât și populația caucaziană, confruntând îngrijitorii din sănătate cu probleme de comunicare, mai ales despre reprezentarea bolii, determinanții săi și mijloacele de îngrijire.

Medicul pediatru este pus în situația de a încerca să protejeze copilul, în respectul dreptului acestuia, dar și a părinților săi, cât și în respectul deontologiei medicale.

1. Dileme etice ale infecției HIV în practica pediatrică

Există câteva situații cu care medicul pediatru se confruntă în practica curentă și în care este obligat să găsească răspunsuri satisfăcătoare atât pentru pacient, cât și pentru anturaj.

De exemplu, medicul trebuie să știe cum va proceda în situația în care un n.n. se naște dintr-o mamă seropozitivă care nu dorește să-l informeze pe tatăl care nu cunoaște această stare de fapt. Iar întrebările continuă:

Este acceptabil ca un copil seropozitiv să nu fie informat de propriul său diagnostic atunci când părinții nu doresc aceasta?

Ne putem permite să nu informăm părinții unui adolescent minor, în caz de expunere la risc cu HIV?

Este acceptabil ca un copil seropozitiv să nu fie informat de propriul său diagnostic atunci când părinții nu doresc aceasta?

Ne putem permite să nu informăm părinții unui adolescent minor, în caz de expunere la risc cu HIV?

Se poate respecta în toate cazurile dorința părinților de a nu informa comunitatea (medicul curant, creșa, medicul școlar, profesorii, asistenta, kinetoterapeutul etc.) despre sero-pozitivitatea copilului sau despre supravegherea specifică a copiilor cu care acesta vine în contact? Ce trebuie scris în carnetul de sănătate? Există interes sau prejudiciu pe termen lung?

Iată o mulțime de dileme etice cu care putem să ne confruntăm și care se plasează între textele legislative existente și interesul persoanelor, între interesul individual și colectiv, toate din cauza privilegierii unei persoane (a pacientului), în detrimentul unei alte persoane, totul supus principiului superior al secretului medical.

În abordarea problemelor trebuie să se aibă în vedere și să se discute avantajele, dar și inconvenientele anumitor alegeri atât pe termen scurt, cât și pe termen lung.

2. Bazele deontologice ale secretul medical

De regulă, rezultatele unor analize sau diagnosticul trebuie prezentat doar pacientului, într-un cadru care să-i asigure confidențialitatea, acesta decizând mai departe ce va face. Altfel, bolnavul poate fi stigmatizat, expus, umilit și judecat. Aceste sentimente îi pot afecta evoluția stării de sănătate, deoarece boala fizică va fi agravată de o afecțiune psihică. Datoria medicului de a atenua neplăcerile sociale legate de boala pacientului său este stipulată în legile ce protejează drepturile pacientului, precum și în codurile deontologice ale medicilor.

Art.13. Secretul medical este obligatoriu. Interesul societății (prevenirea și combaterea epidemiilor, bolilor venerice, bolilor cu extindere în masă) primează față de interesul personal.

Art. 14. Obiectul secretului este tot ceea ce medicul, în calitatea lui de profesionist, a aflat direct sau indirect în legătură cu viața intimă a bolnavului, a familiei, a aparținătorilor, precum și probleme de diagnostic, pronostic, tratament, circumstanțe în legătură cu boala și cele mai diverse fapte și chiar și rezultatul autopsiei.

Art. 15. În situația în care legea sau o curte judecătorească obligă medicul să dezvăluie aspecte cuprinse în secretul medical, aceasta nu constituie o abatere. Poliția sau procuratura nu pot înlocui decizia judecătorească.

Art. 16. Medicul răspunde disciplinar pentru destăinuirea secretului.

Art. 17. Secretul profesional trebuie păstrat și față de aparținători, de colegi și cadre sanitare neinteresate în tratament.

Art. 18. Secretul persistă și după terminarea tratamentului sau moartea pacientului.

Art.19. În comunicările științifice, cazurile vor fi în așa fel prezentate, încât identitatea bolnavului să nu poată fi recunoscută.

Art. 20. Mass-media are voie să intre în unitățile sanitare doar cu acceptul medicului șef de secție, al medicului curant și al pacientului, cu respectarea confidențialității.

Art. 21. Certificatele medicale și medico-legale vor fi eliberate numai la cererea persoanei examinate, reprezentanților săi legali sau la cererea unei instanțe de judecată.

Art. 22. Evidențele medicului (registru, fișe, foi, condici, procese verbale) trebuie păstrate ca materiale secrete.

Pentru ca reglementările în vigoare probabil n-au fost de ajuns, în cazul persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA există prevederi speciale. Astfel există Legea 584/2002 privind măsurile de prevenire și combatere a maladiei SIDA și de protecție a persoanelor infectate cu HIV. La capitolul privind confidențialitatea se precizează la Art. 8:

(1) Păstrarea confidențialității datelor privind persoanele infectate cu HIV sau bolnave de SIDA este obligatorie pentru:

a) Angajații rețelei sanitare;

2) În cazul medicilor, informațiile cu privire la statusul HIV/SIDA al unui pacient trebuie să fie comunicate între specialiști, pentru a se asigura acuratețea diagnosticelor și conduitelor medico-chirurgicale.

3) Pacientul este obligat să informeze medicul curant că este infectat HIV, atunci când este în cunoștință de cauză.

O altă reglementare (Ordinul 912 /1992) prevede faptul că: „*Activitatea de declarare a infecției HIV se face cu respectarea anonimatului și secretului profesional*”. Iar Ordinul 889/1998 specifică: „*Se interzice precizarea statusului HIV pe certificatul prenatal*”.

Desigur, simpla existență a acestor reglementări nu garantează respectarea lor. Este bine de știut faptul că persoanele seropozitive au parte de tratamente aproape inumane din partea semenilor și uneori chiar a medicilor care refuză să-și îngrijească de teamă că se pot infecta.

Pentru o persoană suspectă de infecție HIV, calvarul poate începe din momentul în care face testul. Perioada care trece din momentul recoltării și până la aflarea rezultatului poate fi extrem de stresantă. Medicul poate interveni chiar din momentul în care recomandă testarea. Odată cu recomandarea sau cu recoltarea, medicul poate să-i ofere pacientului o serie de informații cu privire la virus. Bine informat, pacientul poate face distincția între infecția cu virusul HIV și boala SIDA. De asemenea, poate afla că în ultimii ani se poate vorbi mai mult de o boală cronică, decât de o maladie care ucide în termen scurt. Desigur, informarea poate fi făcută de medicul de familie cu privire la orice boală. E un mod de a scăpa de mituri precum „*TBC fac doar săracii*”, încurajându-i astfel pe pacienți să se ajute singuri.

3. Șocul diagnosticului nu motivează pacientul

Codul deontologic al medicilor recomandă ca prognosticul grav să fie împărtășit pacientului cu prudența și tact, ținându-se cont de starea sa psihică.

Comunicarea unui diagnostic privind o boala cu prognostic rezervat ar trebui făcută numai după investigații minuțioase și repetate. Sunt medici care atunci când primesc un rezultat pozitiv (în sensul confirmării unei suspiciuni de boală) prefera să repete analiza înainte de a-i comunica pacientului diagnosticul. Chiar dacă este costisitoare și necesită timp, o astfel de metodă poate fi benefică pentru bolnav. Nu de puține ori, diagnostice rezervate au fost infirmate de analize ulterioare. Desigur, bucuria pacientului în astfel de situații este mare, însă adesea nu poate depăși în intensitate efectele șocului inițial.

De altfel este de dorit să evităm șocul comunicării unui diagnostic grav.

Există mentalitatea conform căreia pacienții trebuie speriați pentru a fi motivați să respecte indicațiile medicului. Ei bine, astfel de practici pot să-i descurajeze pe pacienți și să-i demobilizeze în lupta lor cu boala. Fiecare bolnav are o structură psihică proprie, astfel încât o soluție de comunicare particulară nu poate fi extinsă celorlalți pacienți.

Desigur nu e nevoie ca medicul să fie psiholog sau magician pentru a ghici firea pacientului, poate însă adopta o atitudine care să vină în întâmpinarea nevoilor acestora. Vorbind cu bolnavul despre istoricul bolii sale, medicul poate afla cum anume a reacționat acesta în fața altor situații, dacă are rude bolnave în familie și a căror situație l-a marcat etc.

Sunt pacienți pentru care numai suspiciunea de boală este extrem de traumatizantă, fie că au avut părinți sau frați care au suferit de aceeași maladie, fie că au o imagine sumbră a suferinței pe care o vor parcurge. În aceste cazuri, infirmarea suspiciunii de boală nu este suficientă, ei trăind mereu cu teama că se vor reîmbolnăvi sau că medicii nu le-au pus bine diagnosticul. Din nou, atitudinea binevoitoare, inspirarea încrederii, empatia medicului pot face minuni.

4. Situații întâlnite în practica cotidiană

Situația 1: *Ce trebuie să facă un medic pediatru, în fața unui sugar, născut de o mamă seropozitivă, când tatăl nu este informat despre acest diagnostic, iar mama nu dorește ca acesta să știe?*

Iată o situație, care nu este pe departe rară. Într-un studiu efectuat pe 80 de nou-născuți, în anul 2000 (C. Dollfus, N. Trocme) s-a constatat că tatăl era informat despre sero-positivitatea mamei în 55 din 80 de cazuri, neinformați în 10 cazuri, și cu adevărat neinformați în 15 cazuri. În 61 de cazuri din 80, tatăl împărțea domiciliul cu mama în momentul nașterii copilului.

Pentru aceste sarcini, seropozitivitatea a fost diagnosticată în cursul sarcinii în 25% dintre cazuri. Această informație nu a fost întotdeauna împărtășită și tatălui copilului, de teama violențelor conjugale sau abandonului.

Dintr-un număr de 281 de femei având o relație de cuplu stabilă în momentul nașterii, 68% dintre ele au preferat să nu-și informeze partenerul, iar dintr-un număr de 90 de femei care și-au informat partenerul, 27% au avut regrete, au fost supuse violenței conjugale sau au fost părăsite. Unele femei au preferat să se separe de tatăl copilului, sustrăgându-se astfel acestor probleme.

Există situații de femei seropozitive, multipare și a căror copii figurează în evidențele medicale, dar a căror tată nu este cunoscut. O altă categorie de femei trăiesc singure, împreună cu copiii lor, ignorând statutul serologic al partenerului.

Până în momentul nașterii femeia gravidă se află într-o relație particulară cu medicul său, tatăl nefiind prezent decât atunci când femeia dorește. În momentul nașterii copilului, pediatru este dator să ofere ambilor părinți o informație clară și sinceră cu privire la starea de sănătate a acestuia, întrucât, secretul medical nu-și mai găsește locul în această situație.

Cum se pot justifica urmărirea evoluției bolii, tratamentul, bilanțurile biologice, fără divulgarea patologiei mamei. În calitate de medic al copilului, noi îi datorăm acestuia protecție, adică asigurarea că va beneficia de tratament și de supraveghere medicală, dar în egală măsură să-și păstreze pe cât posibil, părinții.

Problema riscului de contaminare a partenerului, cu ocazia relațiilor sexuale neprotejate, din cauza absenței informației, reprezintă o problemă recurentă, care ridică multe controverse în ceea ce privește menținerea secretului profesional. Este vorba de imposibilitatea verificării fiabilității declarațiilor pacientului, referitor la diverșii subiecți contaminați, ineficacitatea strategiilor de prevenție și îngrijire legate de pierderea încrederii în relația medic-pacient et.

Este important totuși, ca membrii corpului medical să-și continue munca cu persoanele seropozitive, convingându-le în a deveni responsabile față de parteneri. Pe de altă parte este important ca mesajele de prevenire HIV să sublinieze importanța noțiunilor de responsabilitate, respect și solidaritate.

Dacă violarea secretului profesional este sancționată penal, o incriminare a neasistenței, poate fi reținută împotriva unui medic care refuză violarea secretului medical față de un partener sexual cunoscut. Coerența legii dă prioritate principiului secretului. Raportul sexual într-un cuplu este dificil de calificat ca și crimă împotriva integrității corporale a persoanei.

În practică, medicii ar trebui să încerce o încurajare a femeii, ca să discute cu partenerul său, propunându-i-se la nevoie chiar un mediator. În îngrijirea multidisciplinară mamă-copil, se încearcă cu ajutorul unei fișe standardizate, ca medicul să dispună de informații despre situația conjugală și cunoașterea de către tatăl copilului a seropozitivității maternale, cu ocazia primei consultații pediatrice, care are loc în prima săptămână din viață.

Desigur, mama este în mod sigur prezentă la această consultație, ceea ce reduce riscul de conflict imediat. În schimb secretul poate dura ani de zile.

Situația 2: *Unui copil sau adolescent seropozitiv poate să nu i se comunice diagnosticul, atunci când părinții săi se opun?*

De regulă, un copil seropozitiv nu este niciodată informat de diagnosticul său. Proportia de copii informați crește după vârsta de 12 ani. Argumentele deseori invocate sunt vârsta fragedă, când el nu poate înțelege gravitatea bolii, cât și răgazul necesar părinților pentru a-și asuma propria lor boală. Dar mai mult decât aceste realități specifice, comunicarea diagnosticului se integrează adesea într-o relevare de secrete de familie, ale cărei mize sunt mult mai puternice și în care tăcerea cântărește greu pentru acești copii.

O informare pragmatică incompletă (*virus-apărare imunitară*) este deseori suficientă pentru cei mai tineri. Unii dintre adolescenți refuză însă tratamentul corespunzător, cât și informările din partea profesioniștilor.

În Charta internațională a drepturilor copilului se subliniază dreptul acestuia la informare, adaptat nivelului său de înțelegere. Informarea copilului despre boala sa, permite instaurarea unui climat de încredere, explicându-i-se mult mai bine mizele și piedicile tratamentului deseori grele de suportat. Totuși, dacă medicul este părtaș la această informare, el nu o poate face fără acordul părinților.

Unii dintre adolescenți declară că au aflat singuri despre boală citind prospecte de medicamente, din presă sau de la emisiuni televizate. A ajuta părinții să abordeze acest subiect cu copilul lor implică de multe ori ajutorul unui psiholog. În această discuție, trebuie oferită copiilor ocazia și dreptul de a pune întrebări, fără a ignora că adesea ei se autocenzurează pentru a-și proteja familia. În unele cazuri, adolescenții cărora li se propune o informare mult mai aprofundată despre boala lor cer un răgaz, înțelegând, totuși, că poarta spre dialog este deschisă.

Situația 3. *Ne putem permite neinformarea părinților unui adolescent în caz de accident de expunerea la HIV?*

În principiu, minorii nu pot beneficia de nici o îngrijire sau tratament fără știrea părinților și în absența consimțământului acestora. Secretul medical dispare în fața autorității parentale. Ori aceste nevoi de îngrijire „fără știrea părinților” sunt deseori legate de activitatea sexuală a minorului, care releva de fapt intimitatea sa.

El este informat de posibilitatea îngrijirilor confidențiale, pentru a evita riscul refuzului tratamentului, propunându-i se de asemenea să-și aleagă un adult referent. Concomitent se comunică măsurile de gratuitate a îngrijirilor, stipulate prin lege.

Situația 4. *Trebuie respectată uneori dorința părinților de a nu comunica sero-positivitatea lor sau a copilului diferitelor echipei de îngrijire?*

Aceasta reprezintă dreptul părinților de a nu se divulga o astfel de informație, dar pe de altă parte, aceasta riscă să fie prejudiciabilă în anumite situații (de exemplu în caz de urgență sau pentru o ședință de psihoterapie). În principiu, nu poate exista un secret între medicii care contribuie la diagnosticul și tratamentul aceluiași bolnav. Acesta este secretul „împărțit”, care este, de fapt, o noțiune legală.

Desigur, noțiunea de echipă medicală este uneori puțin extensibilă, după cum trăim în fiecare zi experiența secretelor nepăstrate, fapt pentru care „paranoia” părinților poate fi într-adevăr justificată.

A consimți dorința de neinformare din partea familiei față de un centru medico-psiho-pedagogic face ca munca psihologică să fie în zadar, căci sero-positivitatea, chiar netransmisă la copil, cât și întreaga istorie și dinamică familială a bolii devin esențiale în înțelegerea problemelor.

Problema medicului școlar și a școlii este încă un caz particular cu care suntem frecvent confrunțați. Textele sunt clare, nu există obligația informării și de câțiva ani majoritatea tratamentelor se efectuează în două prize cotidiene, suprimând problema carantinei. Totuși, este de dorit identificarea unei persoane de încredere, care poate înțelege obligațiile sale de confidențialitate.

Desigur este de înțeles că un copil seropozitiv nu mai constituie deloc un risc pentru colectivitatea școlară, cât și pentru frații săi, căci nu există alte căi de transmitere a virusului decât situațiile de risc bine cunoscute: raporturi sexuale, transmitere parentală (sânge cu sânge), sarcină.

Situația 5. *Ce trebuie scris sau omis din carnetul de sănătate al copilului cu privire la HIV?*

Majoritatea familiilor nu doresc să apară în carnetul de sănătate, date referitoare la infecția HIV. Desigur, sero-pozitivitatea mamei poate fi un secret față de anturaj, inclusiv al copilului, cu atât mai mult cu cât aceștia sunt necontaminați.

Pentru copiii de vârstă școlară, carnetul de sănătate circulă între diferite instituții, fapt pentru care nu poate fi considerat confidențial. Beneficiile teoretice ale notificărilor precise ar putea fi de exemplu în cazul copiilor contaminați, ca în situații de urgență, diagnosticul să fie clar, iar tratamentul prescris compatibil și adaptat. Pentru copiii expuși la un tratament profilactic pre sau post natal să fie un ajutor pentru farmacovigilență.

Probabil că pentru nici un om nu este ușor să afle că are o boala cu transmitere sexuală, ca are o afecțiune cronică, care-i va pune viața în pericol. Cu atât mai greu îi este când află acest diagnostic, ca și cum ar afla că a răcit și când vede că ceilalți își dau coate.

În concluzie, într-o unitate medicală este mai puțin timp disponibil pentru menajarea bolnavilor, totul se face contra cronometru, iar spațiile sunt adesea înghesuite, pacienții neavând intimitate. Și totuși, puțina bunăvoință din partea medicilor îl poate transforma pe bolnav într-un pacient încrezător, cooperant.

În timp ce pentru medic e doar un diagnostic, poate mai optimist decât în cazul altor bolnavi, pentru cel ce îl primește e un soc, o prăbușire a lumii sale.

Povara unui secret medical este astăzi unul dintre elementele cele mai grele de suportat în viața unui copil seropozitiv și al familiei sale. Această vigilență este un exercițiu în toate momentele care afectează mai ales calitatea vieții persoanelor bolnave. Pe de altă parte așteptările societății în materie de informare și împărtășirea informației sunt mereu în creștere. Totuși în domeniul infecției cu HIV, nu s-au înregistrat progrese majore în ce privește imaginea persoanelor infectate. Tăcerea și excluderea rămân realități pe care noi trebuie să le influențăm să evolueze.

BIBLIOGRAFIE

- Bonnet D., *Au-delà du gène et de la Culture*, in „Hommes et Migration” 2000; 1225:23-38.
- Dollfus C., Trocme N., Stengel L., Tabone M.D., Leverger G., *Les dilemmes du partage d'information dans la prise en charge de l'infection a HIV chez l'enfant*.
- Hanoun B., *Secret: droits et devoirs des professionnels*, in „Le Journal du sida” 1995; 75-76:44-5.
- Păcurar A., *Diagnosticul, ca o etichetă*, www.psihocenter.ro

Rouyère A., *Secret médical et obligation d'assistance contre un danger en matière de HIV: un dilemme juridique. La Lettre de l'Infectiologie 2001; Tome XVI (4): 121-3.*

Codul deontologic al medicului, www.cnas.ro

EUGENISMUL CONTEMPORAN ÎNTRE REALIZAREA DORINȚELOR ȘI PREVENIREA DIZABILITĂȚII

MARIA ALUAȘ*

REZUMAT. Dezbaterile pe tema manipulării genetice, a cercetărilor pe embrioni umani, a clonării sau a eutanasiei au devenit din ce în ce mai dese în zilele noastre. Promițând fiecărui individ reproducerea a ceea ce e mai bun din el însuși, prin selecția genetică a embrionilor destinați să devină, într-o zi, ființe umane, știința mai poate respecta oare vreunul din principiile eticii medicale? Bioetica reclamă norme și reglementări pentru a putea prezerva viața și nu doar pentru a o perfecționa cu orice preț. Progresul tehnicii poate el să aducă omul în fața conștiinței și a umanității sale? Sau omul viitorului va fi dezbrăcat de caracteristicile strămoșilor săi, trebuind a fi definit în funcție de altele?

De ce vorbim despre eugenism în contextul evitării sau preîntâmpinării dizabilității? Iată o întrebare, pe care vom încerca să arătăm că nu este doar de ordin științific.

Cuvinte cheie: Eugenetica liberală, Dizabilitate, Discriminare, Eugenism.

ABSTRACT. *Contemporary Eugenics between Achieving Desires and Preventing Disability.* The debate on genetic manipulation, human embryo research, cloning and euthanasia have become increasingly more common nowadays. Promising to each individual reproduction of what the best of himself, through genetic selection of embryos destined to become, one day, human beings, science can it even respect one of the principles of medical ethics? Bioethics advertising rules and regulations in order to preserve life, not just to improve it to any price. Could bring technical progress the man in front of its consciousness and humanity? Or the man of the future will be stripped of his ancestors characteristics, must be defined by others?

Why talking about eugenics in the context of avoiding or preventing disability? Here is a question that we will try to show that it is not only a scientific one.

Keywords: Liberal Eugenetics, Disability, Discrimination, Eugenics

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

Proiectul de „îmbunătățire a rasei umane”, care definește eugenismul, a descalificat întotdeauna practicile criminale din trecutul câtorva țări, și nu este doar cazul Germaniei naziste, așa cum avem tendința să credem. Ideile eugeniste au apărut încă din Antichitate, fiind aplicate uneori (cazul Spartei, unde nou-născuții malformați erau aruncați în prăpastie). Nu au dispărut niciodată complet, renăscând în epoci diferite, sub diverse forme, dar cu aplicații marginale. Numai la finele secolului al XIX-lea a existat o adevărată teoretizare a eugenismului. Astfel, în anul 1883, cuvântul *eugenetics* a fost folosit de Sir Francis Galton (1822-1911), plecând de la grecescul *εὐγενής*, naștere bună. Etimologic, *eugenismul* (sau *eugenetica*) se dorea a fi *știința nașterilor bune*¹. Deși a suferit un fel de “recuperare” în era tehnologică, observăm că termenul de „eugenetică”, nu este nou.

În societatea contemporană asistăm, însă, la un mare paradox: pe de o parte avem responsabilitatea de a ne îngriji persoanele cu dizabilități², iar pe de altă parte politicile sociale din ultimele decenii au ca deziderat reducerea sau evitarea dizabilității. Prin urmare suntem în fața posibilității de a deschide practicile de tip eugenetic, devenite posibile prin dezvoltarea tehnostiințelor, care au pus în mâna omului noi instrumente tehnice și cunoștințe științifice aprofundate. Noua genetică, spre exemplu, prospectează posibilitatea de a interveni asupra ADN-ului, în timp ce noile tehnici de fecundare artificială permit intervenția asupra embrionilor neimplantați încă în uterul matern.

1. Un nou semnificat al termenului „eugenetică” în societatea contemporană

Eugenetica astăzi se distanțează de semnificatul “clasic” pe care-l avea în anii 1900. Astfel, în timp ce în primele decenii ale secolului al XX-lea eugenismul avea ca intenție prevenirea reproducerii ființelor umane reținute ca “neadecvate genetic” (prin încurajarea de a alege partenerul în conformitate cu standarde determinate sau prin sterilizarea obligatorie a pacienților cu boli mintale³, spre exemplu, sau a celor ce purtau gene neconforme cu idealuri determinate de sănătate, până la a se ajunge la crime în masă în epoca nazistă), puțini astăzi ar mai vorbi despre *eugenetică* pentru a defini practici considerate “de îmbunătățire” de către opinia publică.

¹ Dominique Aubert-Marson, *Les politiques eugénistes aux Etats-Unis dans la première moitié du XXe siècle*, in «Médecine sciences», vol. 21, n° 3, 2005, p. 320.

² A se vedea *Convenția Organizației Națiunilor Unite din 26 septembrie 2007 privind drepturile persoanelor cu dizabilități*, ratificată de România prin *Legea 221 din 11 noiembrie 2010*, publicată în « Monitorul oficial » 792 din 26 Noiembrie 2010 (M. Of. 792/2010), în special, art. 5 unde este interzisă orice formă de discriminare pe criterii de dizabilitate.

³ Dominique Aubert-Marson, *art. cit.*, p. 321.

Suntem așadar în fața adevăratului și singurului semnificat al eugeneticii: *eugenetica liberală*. În epoca contemporană această expresie «se referă la îmbunătățirea genetică necoercitivă care nu ar reduce autonomia copilului»⁴. Cu alte cuvinte, noua *eugenetică liberală* este liberă de orice intervenție a statului și se referă numai la alegerile făcute de părinți, asupra viitorilor lor copii. «Mișcarea eugenetică a secolului al XX-lea se naște din propunerea de a îmbunătăți umanitatea, sau cel puțin de a promova starea de bine a anumitor colectivități. Eugenetica liberală este însă departe de asemenea ambiții. Nu este o mișcare de reformă a societății, ci un mod în care părinții privilegiați încearcă să aibă tipul de copii pe care și-i doresc, și să-i înzestreze cu calități care să-i ducă la succes, într-o societate competitivă»⁵. Această temă prinde rădăcini în mentalitatea publică: copilul trebuie “dotat pentru a avea succes” pentru că societatea cere acest lucru și societatea însăși influențează “dorința” părinților. Ideea de a îmbunătăți capacitatea copilului încă din faza prenatală arată cât de mult societatea este influențată de condiționările standardelor sănătății.

În contextul nostru cultural, dizabilitatea este considerată ca fiind o povară socială. Acest concept este exemplificat de cazul lui George⁶: comportamentul său agitat este, pentru mama sa, un motiv de rușine în fața celor cu care interacționează, mama controlează copilul, în mod obsesiv, pentru a evita *ieșirile* acestuia, pentru că ea însăși nu se simte confortabil în raporturile ei sociale. În loc să încerce să înțeleagă cauzele acestui comportament și a condiției de hiperactivitate în care se găsește copilul, mama nu face decât să afirme necesitatea de a-l ține cât mai izolat. Disconfort, dificultate, obstacol, rușine: iată anumite reacții pe care condiția de dizabilitate o poate provoca. Și care, cu tehnologiile actuale, poate fi evitată, încă din faza prenatală.

⁴ M.J. Sandel, *Contro la perfezione. L'etica nell'età dell'ingegneria genetica*, Vita e Pensiero, Milano 2007, p. 81.

⁵ *Ibid*, p. 83.

⁶ George este un supporter al echipei naționale de fotbal, nu a pierdut nicio partidă. Spune tuturor că visul său este acela de a juca într-o zi în naționala de fotbal a României. Acum are 10 ani și este în clasa a V-a. La școală, de fapt, George este mereu agitat, distrage atenția colegilor, nu își face temele, își pierde lucrurile și profesorii îi fac mereu observații mamei cu privire la comportamentul fiului. Acasă nu este niciodată liniștit, toți îi fac observații și nimeni nu vrea să rămână prea mult în preajma lui. Problema fundamentală este că în toate relațiile sale, mai ales în cele cu adulții este mereu agitat, iar dacă nu este în centrul atenției, face orice pentru a fi observat de toți. Este dificil de înțeles, chiar dacă este un copil inteligent, probabil suferă de ADHD, o tulburare comportamentală care afectează mai ales copiii. Acest lucru l-a spus psihologul școlar, care i-a făcut un diagnostic potențial, după o serie de întâlniri, cerute insistent de profesori. La aceste întâlniri George era mereu distrat și agitat, iar mama încerca să-l controleze, ca și cum ar dori să evite să se facă de rușine în fața psihologului, tatăl fiind dezinteresat, aproape absent din această scenă, chiar dacă era de față. Părinții nu mai știu ce să facă, cum să se comporte, nu înțeleg prea bine cum trebuie să abordeze această problemă și nu consideră că George suferă de vreo boală. Comportamentul lor poate fi considerat neadecvat, din punct de vedere educativ, întrucât nu abordează corect situația prezentă și viitoare a copilului lor.

În ce constă, însă, din punct de vedere tehnic, posibilitatea de cunoaștere, selecție și intervenție asupra embrionului? Înainte de a răspunde la aceste interogații, să vedem, schematic, ce înțelegem când vorbim despre *diagnosticul prenatal*.

2. Metode de diagnostic prenatal

Una dintre metodele diagnostice cele mai cunoscute constă în analiza *cariotipului* (examenul cromozomilor)⁷, are scopul de a identifica alterațiile numărului cromozomilor sau a formei lor. În marea parte a cazurilor este vorba de anomalii ocazionale care se verifică încă de la concepere, fără să fie posibilă o prevenție și, în general, nicio terapie. Analiza *cariotipului* este făcută prin recunoașterea și controlul formei cromozomilor din nucleul celulelor, după ce au fost numărați, în cele 23 de perechi caracteristice. Anomaliile cromozomice pot fi identificate în timpul sarcinii cu ajutorul cariotipului pe celule obținute prin prelevarea vililor coriali (*vilocenteza*), pentru că sunt unicele celule obținute ușor care conțin patrimoniul genetic al fătului. Controlul anomaliilor în numărul sau în forma cromozomilor are consecințe mai mult sau mai puțin grave asupra sănătății fătului și apoi a nou-născutului. O anomalie a numărului cromozomilor, foarte cunoscută, spre exemplu, este trisomia 21 care cauzează Sindromul *Down*: cariotipul fătului are 47 cromosomi, prezentând un cromozom 21 în plus. Există o probabilitate naturală a anomaliei cromozomice a fătului pentru toate cuplurile, care este corelată, de obicei, cu vârsta mamei. Totuși, niciun cuplu nu este imun în fața posibilității erorilor cromozomice existente încă de la concepere.

Anomaliile congenitale fetale pot fi clasificate în trei categorii: anomaliile cromozomice, bolile ereditare și malformațiile fetale; nicio boală ereditară nu poate fi identificată numai prin analiza ADN-ului obținută, în general, din vilii coriali. În sfârșit, diagnoza multor malformații fetale rezultă din ecografie, chiar dacă nu trebuie să uitat faptul că multe anomalii anatomice sau funcționale pot fi recunoscute numai după naștere.

Analiza genelor este în schimb posibilă numai prin tehnici sofisticate de biologie moleculară (analiza ADN) care sunt rezervate cuplurilor cu risc.

Screening-l genetic se folosește numai pentru gameți și constă într-o analiză a patrimoniului genetic al viitorului părinte, fiind finalizat cu evaluarea *probabilității* de a da naștere unui copil afectat de o boală genetică.

În sfârșit ecografia, prin noi dezvoltări tehnico-științifice, a permis punerea la punct a anumitor tehnici diagnostice de înaltă precizie, bazate pe măsurarea

⁷ A se vedea, Huret JL, Leonard C, Savage JRK, Chromosomes, Anomalies Chromosomiques, in *Atlas of Genetics and Cytogenetics in Oncology and Haematology*, May 2000, <http://atlasgeneticsoncology.org/Educ/PolyMecaFr.html>, accesat la 10 iunie 2013.

ecografică a anumitor parametri și pe rezultatul anumitor examene hematocimice. Aceste teste clasificate ca fiind *screening*, nu dau, așadar, un răspuns exact, ci au o valoare statistică (foarte precisă) care poate trimite spre examene mai profunde.

Pot intra în metodele de diagnoză prenatală și ecografia în cel de-al doilea trimestru de sarcină (ecografia morfologică) care poate evidenția eventuale malformații sau anomalii fetale și *ecocardiografia fetală* care analizează inima fătului nu numai din punct de vedere anatomic ci și din punct de vedere dinamico-funcțional.

Primul lucru pe care-l notăm este că marea parte a testelor nu indică o *certitudine*, ci o *probabilitate*. Prin urmare, părinții nu pot fi siguri că acest copil va fi cu siguranță bolnav. În numele acestei *probabilități*, putem noi decide, în mod responsabil, asupra vieții viitorului copil?

În al doilea rând, cum am observat mai sus, pentru anumite boli a căror existență certă e dovedită, nu este posibilă nici prevenția, nici terapia. În acest caz este oportun să avem toate aceste informații înainte de naștere? Și cât cântăresc aceste informații în decizia de a recurge la întreruperea sarcinii? Se cunoaște că multe anomalii, cu toate instrumentele tehnologice de înaltă precizie disponibile, sunt cunoscute numai după naștere.

Pentru a ne da seama de situațiile delicate descrise, să ne confruntăm cu câteva cazuri ipotetice care exemplifică unele dintre posibilitățile realizabile astăzi.

Luăm cazul unui cuplu care, apelând la o tehnică de reproducere asistată medical, precum FIVET (fecundare in vitro și transferul embrionului), descoperă, prin intermediul diagnozei pre-implant, posibilitatea de a da naștere un copil afectat de o boală. În acest caz, se face o alegere între embrionii produși (în număr mai mare) cu scopul de a selecta pe cei vitali și pe cei mai sănătoși, în caz că există unii afectați de o oarecare boală. În momentul în care este posibilă o selecție, se verifică transferul unui număr de embrioni inferior numărului celor produși, selecție bazată pe criteriul sănătății și al vitalității. Embrionii rămași sunt crio-conservați și folosiți, mai târziu, în cazul în care prima tentativă de implant eșuează. Toate aceste operații comportă un pasaj central: cel de la autocontrolul reproducerii (stabilit de cuplu) la un control al materialului genetic efectuat de medici și de biologi.

Din punct de vedere etic, pe baza problemelor relevate de acest tip de practică, suntem în fața uneia dintre principalele obiecții cu privire la procedura FIVET în sine: producerea *in vitro* de embrioni supranumerari implică o selecție a unor embrioni, în defavoarea altora, considerați a fi mai puțin vitali, care urmează a fi, apoi, sacrificați pentru atingerea obiectivului, adică a sarcinii. Selecția, la rândul ei, presupune o decizie implicită asupra vieții altuia.

Luăm acum cazul unui cuplu care descoperă că fătul femeii însărcinate este afectat de o patologie. Acest lucru este posibil datorită disponibilității examenelor prenatale precum *amniocenteza* sau *vilocenteza*. Una dintre ipoteze este cea a întreruperii sarcinii, așa-numitul avort *terapeutic*, un atribut folosit pentru a indica actul realizat, în scop terapeutic, care va masca în schimb, adevăratul semnificat al termenului. Este vorba despre un avort, care nu va fi terapeutic pentru nimeni, dacă sănătatea femeii nu este amenințată, actul nu se califică ca terapie nici pentru femeie, nici pentru făt, fiindu-i, de fapt, interzisă venirea pe lume.

Urmărind un filon al dezbaterilor bioetice, profesorul italian Simone Pollo, în lucrarea cu titlul exemplificativ pentru tema noastră, *Scegliere chi nasce* (*Alegem cine să se nască*), cu privire la interogațiile etice ale reproducerii umane ca alegere, afirmă că: «Embrionul și fătul sunt organisme pre-personale care pot deveni persoane umane individualizate, dar pe parcursul procesului reproductiv nu sunt încă. [...] Faptul că prin codul genetic putem distinge între un embrion și altul nu înseamnă că îi individualizăm pe unul și pe celălalt așa cum am individualiza două persoane»⁸. O afirmație de acest fel justifică *a priori* orice intervenție efectuată pe embrion sau pe făt, indiferent dacă sunt sănătoși (întreruperea sarcinii în cazul unui copil nedorit) sau bolnavi (în cazul fie a selecției pre-implant, fie a diagnozei pre-natale).

Problema diagnozei pre-implant, totuși, nu se reduce și nu duce numai spre tema avortului. Așa cum observa Habermas⁹, până acum dezbaterile filosofice asupra liceității folosirii experimentale a embrionilor, sau a efectuării diagnozei pre-implant, s-a îndreptat spre tema avortului. După Habermas, însă, diagnoza pre-implant nu are aceleași motivații (pro sau contra) avortului: «În cazul refuzului unei sarcini nedorite, dreptul la autodeterminare al femeii intră în conflict cu nevoia de tutelă a embrionului. În celălalt caz [*apelul la diagnoza pre-implant*], apărarea vieții celui ce se va naște intră în conflict cu «cântărirea beneficiului» de către părinți, care doresc să aibă un copil, dar renunță la implant în cazul în care embrionul nu corespunde standardelor de sănătate determinate»¹⁰. Părinții, așadar, supunând embrionul unui control genetic, se gândesc deja la posibilitatea de a decide eliminarea sa și se bazează implicit – dar și conștient – pe un parametru calitativ. Acest concept e ceea ce Habermas numește «reproducerea sub rezervă»¹¹, «instrumentalizarea unei vieți umane [...] după preferințe și orientările de valoare stabilite de terți»¹². Viața viitorului copil va fi decisă, așadar, în baza rezultatului unui test genetic, demnitatea copilului ca

⁸ S. Pollo, *Scegliere chi nasce*, Guerini Studio, Milano 2003, p. 57.

⁹ J. Habermas, *Il futuro della natura umana*, Einaudi, Torino 2002.

¹⁰ *Ibid.*, p. 33.

¹¹ *Ibid.*

¹² *Ibid.*

persoană umană nu mai este intrinsecă, ci depinde de o alegere subiectivă a altora: «Existența sau neexistența este decisă în baza criteriului unui potențial “a fi așa” mai degrabă decât altfel»¹³. Totuși, din această perspectivă, problema nu privește doar întreruperea sarcinii, deși se referă la viața prenatală determinată de preferințe, dorințe și alegeri ale părinților.

Ce caracterizează atunci ființa umană? Doar un posibil deficit? Dacă răspunsul ar fi fost alternativ, așa cum s-a observat mai sus, atunci și un adult căruia i-a fost amputat un braț sau îi lipsește ceva, nu ar mai avea dreptul să mai trăiască.

În această perspectivă nu dorim să ne poziționăm contra oricărui tip de diagnostic pre-natal sau pre-implant: intervențiile terapeutice care respectă specificul uman sunt licite și chiar trebuie făcute. Și e necesar ca acest respect să fie datorat ființei umane chiar de la începutul existenței sale, adică de la concepere. Intervențiile care, în schimb, pun în pericol sănătatea și viața fătului, deși îndreptate spre un scop *terapeutic* trebuie făcute cu mare grijă și nu sunt considerate a fi licite, în momentul în care nu respectă demnitatea celui conceput. Faptul că embrionul conceput nu posedă calități determinate nu îl face mai puțin demn de respect și de tutelare.

În momentul în care «ceea ce contează nu este prezența unui embrion, ci tipul de alegeri și de acțiuni la care recurg femeile în procesul reproductiv»¹⁴, nu există nici măcar o diferență între faptul că embrionul este sănătos sau bolnav. Dacă alegerea este cea care determină prezența ființei umane în stadiul embrionar, atunci o alegere motivată de riscul efectivei sau posibilei boli a embrionului în cauză va fi luată în considerare, în această optică de gândire. Și dacă dizabilitatea este considerată a fi o categorie socială, se va continua raționamentul pe dihotomia sănătos/bolnav, uitând faptul că valoarea persoanei nu constă și nu derivă din modul său de a fi sănătos sau bolnav, ci din calitatea sa de a fi ființă umană.

3. Omul condiționat

Omul care trăiește în societate, în mod inevitabil, absoarbe anumite condiționări, exigențe sau modele ale acesteia. Faptul de a trăi într-o societate determinată îl marchează din punct de vedere istoric, trăiește aici și acum, într-o societate determinată țară și într-o organizare socială, politică și economică determinată.

Chiar dacă poate părea banal, este necesar să observăm cum abordarea dizabilității este variabilă de la o țară la alta, de la o societate la alta, de la secol la altul¹⁵.

¹³ *Ibid.*

¹⁴ S. Pollo, *op. cit.*, p. 35.

¹⁵ A se vedea Henri-Jacques Sticker, *Les Les métamorphoses du handicap. De 1970 à nos jours*, Presses Universitaires de Grenoble, 2009.

Condițiile economice ale unei țări influențează inevitabil alocarea resurselor în diferite sectoare, în același mod în care condițiile economice ale celulei sociale celei mai mici, nucleul familial, pot să aibă influență asupra deciziilor luate de un cuplu în a înfrunta situația referitoare la dorința de a aduce pe lume un copil.

Societatea occidentală contemporană este, în mare parte, implicată în politici regionale și statale menite să integreze persoanele cu dizabilități, pe de o parte, iar pe de altă parte se observă reversul medaliei: refuzul dizabilității și implicit a persoanelor cu dizabilități. Acest refuz este, în primul rând, de tip psihologic, dar și de tip organizativ-operativ. Încercăm să clarificăm conceptul. Astfel, chiar dacă avem dificultăți în a o admite, persoana cu dizabilități integrată într-un context social, crează un oarecare disconfort. Disconfortul poate fi o dificultate în a recunoaște că ne găsim într-o situație ordinară. Noua perspectivă care este deschisă de Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (2001, 2006)¹⁶, a Organizației Mondiale a Sănătății, în schimb, ne permite să constatăm cum nu dizabilitatea este cea care ne creează dezgust și disconfort, întrucât dizabilitatea nu este altceva decât o relație a persoanei cu mediul său, cu contextul social: factorii ambientali pot să rezulte ca fiind bariere sau facilitatori, în funcție de condiția în care se găsește persoana. Doar dezgustul și disconfortul meu sunt cele care creează dizabilitate, în măsura în care se impun ca bariere și nu ca facilitatori între persoane și mediul lor înconjurător sau contextul social. În cazul lui George, spre exemplu, atitudinea mamei este o barieră, un inhibitor al vieții sociale a copilului, dar și în formarea personalității sale, dacă ar fi înțeles că familia este cea care trebuie să sprijine copilul și să devină un facilitator, ar fi fost un suport constant care-l sprijină, evitând astfel riscul căderii în izolare și în singurătate profundă.

Dar ochiul societății cu privire la persoana cu dizabilități nu se limitează numai la sfera raporturilor interpersonale, deși se referă și la raportul dintre structuri și persoană. Foarte frecvent apar episoade în care persoana cu dizabilități nu poate beneficia de serviciile care ar trebui să-i permită să se miște, din cauza lipsei accesibilității sau cea a lipsei suportului adecvat (spre exemplu un lift blocat).

Pentru un cuplu care află că urmează să aducă pe lume un copil afectat de o patologie, panorama socială nu se prezintă deloc favorabilă, una dintre primele dificultăți este tocmai aceea de a primi și de a da naștere unui copil pe care societatea, într-o oarecare măsură, nu îl va accepta, nu îl va integra. Putem afirma că tema acceptării se pune ca o întrebare cheie a întregii problematice prezentate. Are ca surse principale, pe cea socială, adică acceptarea persoanei cu dizabilități din partea societății, și cea imediată și intimă, adică acceptarea copilului cu dizabilități din partea părinților.

¹⁶ OMS, *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, www.who.int/classifications/icf/, accesat la 10 iunie 2013.

Percepția persoanei cu dizabilități ca o *povară* este bariera care face imposibil și foarte dificilă acceptarea altuia, în primul rând, atunci când bariera este constituită, întâi de familie, de cuplul care nu recunoaște valoarea raportului cu copilul lor, dacă acesta va fi afectat de o oarecare dizabilitate.

Dizabilitatea comportă costuri sociale care, cad, în primul rând, asupra familiei. Prin urmare, în cazul femeii care poartă în pânțece un copil cu risc crescut de a dezvolta o patologie, cuplul s-ar putea comporta diferit, în funcție de condiția lor economică. Acceptarea ar putea să depindă și de previziunea cu privire la viața viitoare a copilului, în momentul în care părinții nu vor mai fi: societatea va ea fi capabilă să-l accepte, să-l integreze și să-i asigure o existență demnă, acestei persoane? Vor exista structuri care să-l îngrijească? Vor fi fonduri pentru a suporta costurile economice ale acestor structuri? Așa cum se poate observa, costurile sociale sunt mereu în discuție: costuri pe care, fie părinții, fie societatea trebuie să le suporte. Prin aceste interogații nu facem altceva decât să descriem fapte. Nu facem evaluări morale sau judecări de valoare. Aspectele economice sunt întotdeauna aspecte importante cu care se confruntă societatea actuală.

Acceptarea este, de altfel, și mai problematică în momentul în care apare la orizont un alt argument: problema lui “după noi”, expresie folosită frecvent când se vorbește despre dizabilitate, pentru a indica situația în care se va găsi persoana cu dizabilități în momentul în care părinții sau rudele nu vor mai exista. Întrebarea nu se referă numai la problema locuinței, ci se referă la gestiunea globală a persoanei, în toate situațiile de viață. Preocuparea părinților vine din conștientizarea faptului că fiul sau fiica lor nu va putea să-și gestioneze singur și în mod autonom, viața, iar această preocupare se poate transforma într-un adevărat coșmar atunci când se gândesc la viața viitoare a copilului lor aflat în condiția de dizabilitate, în care acesta ar trebui să trăiască fără a fi sprijinit. Faptul de a nu avea nicio siguranță cu privire la etapele existențiale prin care copilul va trebui să treacă determină părinții să aibă o atitudine de neîncredere și de teamă cu privire la ce s-ar putea întâmpla. Din acest motiv, aflați în situația în care se văd singuri, fără niciun sprijin real din partea societății, părinții aflați în fața unei astfel de alegeri, recurg cel mai des la varianta avortului *terapeutic*. Pentru a răspunde la o problemă atât de delicată, se dorește o schimbare de atitudine și de mentalitate, o schimbare a modelului cultural, pentru a putea înțelege și accepta persoana cu dizabilități, ca fiind o persoană ca oricare alta. Dar și că se iau măsuri pentru a construi structuri de susținere pentru persoanele cu dizabilități, atât la nivel de asistență la domiciliu, la cel de integrare în muncă cât și la integrarea socială sau alte facilități, de ordin fiscal pentru a ajuta din punct de vedere material, familiile care au nevoie de sprijin.

Practicile eugenetice, în cazul diagnozei prenatale, vizează anticiparea, într-o oarecare măsură, a ceea ce F. Compagnoni numea «sindromul respingerii»¹⁷, care apare în anumite cazuri, când se acționează în faza prenatală, când credem că se acționează asupra a ceva ce nu există încă.

Eliminarea bolii genetice se rezolvă prin eliminarea celui afectat, încă din faza de dezvoltare fetală. Ceea ce Compagnoni sublinia este problema pregătirii generațiilor viitoare cu privire la aceste teme: «Într-o cultură comercializată, mediatică și tehnologică educația pentru respectarea vieții rănite nu este automată. Dimpotrivă, este de așteptat contrariul. Va fi totuși necesară o implicare în acest domeniu pentru pregătirea viitorului unei societăți mai puțin solidare și, prin urmare, mai inumană»¹⁸. Soluția ar putea consta într-o formare specifică a părinților și a celor ce lucrează în domeniul sanitar, alături de legi care să reglementeze protecția persoanelor cu dizabilități și a asociațiilor care se ocupă de interesele acestora. Problema este că reglementarea legală a acestor teme ar duce spre două aspecte la care trebuie să ne gândim: un bine de apărat, dar și categorisirea persoanelor cu dizabilități ca persoane ce trebuie protejate. Dizabilitatea însă nu constituie, de fapt, o categorie socială, ci o posibilitate care ne privește pe *oricare* dintre noi. Se vorbește, în mod eronat, de politici sociale pentru “dizabili”, pentru că toate ființele umane s-ar putea găsi în condiții de dizabilitate, iar politicile sunt pentru noi toți, în calitate de ființe umane. Nu există politici numai *pentru* dizabili, ci pentru *ca noi* am putea să ne aflăm în condiții de dizabilitate, în orice moment al existenței noastre, pentru perioade mai lungi sau mai scurte de timp. Nu putem nega, însă, că dizabilitatea crează probleme pentru societatea contemporană, existând două riscuri extreme: a trata “pe cel diferit” ca fiind “egal” cu ceilalți, ar putea să-l facă să se simtă și mai diferit, iar protejându-l mai mult ar crea o discriminare. De fapt nu există “egali” și “diferiți” (cine? ce? de la cine? de la ce?), ființele umane au în comun aceeași condiție care trebuie să se raporteze la noi toți, la mediul înconjurător și la societate, atât cât capacitățile individuale ne permit să o facem.

4. Dorință și acceptare

«Cunoașterea faptului că sarcină este cu un posibil risc, din cauza defectelor genetice sau că viitorul copil ar putea să se nască cu boli genetice [...] produce o lovitură, la nivel psihic, asupra dorinței interne de stabilitate personală, într-un anume sens. de omnipotență și asupra nevoilor normale»¹⁹, spunea M.

¹⁷ F. Compagnoni, *Diagnosi genetiche prenatali*, in C. Bresciani (a cura di), *Genetica e medicina predittiva: verso un nuovo modello di medicina?*, Giuffrè, Milano 2000, p. 176.

¹⁸ *Ibidem*, p. 177.

¹⁹ M. Cusinato, *Il vissuto psicologico*, in C. Bresciani (a cura di), *Genetica e medicina predittiva: verso un nuovo modello di medicina?*, Giuffrè, Milano 2000, p. 199.

Cusinato abordând, din punct de vedere psihologic, această tematică. Aspectul psihologic pare a fi fundamental într-o dezbatere de acest tip, întrucât majoritatea alegerilor se bazează pe dinamicile vieții de zi cu zi. Posibilitatea sau faptul de a avea un copil cu dizabilități poate reprezenta, ca prim impact, un atac la propria autostimă. Părintele simte cum se prăbușește identitatea personală, rolul, așteptările sale și ale celui căruia îi va da viață. O sarcină presupune, în mod inevitabil, o așteptare care nu e numai temporară: este o așteptare în care cine așteaptă se transformă, își reorganizează propria ierarhie de valori și crează așteptări. Spre exemplu, pentru mama care se gândește la copilul ei, imaginarul care îi proiectează ființa umană pe care o poartă în pânțece, dorințele cu privire la propria viață și a vieții celui ce va veni, sunt dinamici frecvenți și aproape inevitabile, naturale în perioada de sarcină. Un rezultat neașteptat reprezintă – dincolo de considerațiile bune – o ruptură. Se compromite o lume, o adevărată lume mentală care s-a constituit, puțin câte puțin, în timpul lunilor de așteptare.

Decizia de a aduce pe lume un copil (în momentul în care este vorba de decizie ca un fel de alegere programată și nu în cazul în care conceperea este neașteptată, deși dorită și prospectată de cuplul conjugal) poate masca, încă de la început, diverse motivații care nu întotdeauna intră într-o situație de stabilitate ale cuplului: dorința de a avea un copil poate fi un mijloc pentru a umple o nevoie (fie a femeii, fie a cuplului) sau pentru a salva un raport conjugal problematic. În anumite părți ale lumii, copilul este încă adus pe lume pentru a avea cine să muncească pentru familie. Sau poate reprezenta o demonstrație de superioritate masculină în momentul în care este înțeles ca obligație pentru femeia ce are un singur rol: cel de mamă. De fapt, dintotdeauna, se fac planuri cu privire la aducerea pe lume a unui fiu. Dorințele inițiale pentru a avea un copil devin, progresiv, în cursul sarcinii, proiecte pentru acest copil. În momentul în care un test genetic indică posibilitatea de a aduce pe lume un copil cu dizabilități, totalitatea dorințelor, ale așteptărilor, ale emoțiilor, speranțelor sunt puse la grea încercare. "Proiectul" inițial este destabilizat: nașterea nu va mai satisface așteptările inițiale și va începe să asume proporțiile unei poveri, a cărei cauză este atribuită, în primul rând, părinților înșiși. Iată cum se profilează pierderea stimei de sine, agravată de simțul de pedeapsă și de furia neputinței: diagnosticarea unui defect genetic este adesea trăită ca o «sentință fără apel»²⁰. Nașterea unui copil dizabil poate suscita un sentiment de rușine: rușine pentru propria incapacitate, rușine pentru falimentul propriu și rușine în fața societății. Tot acest mecanism se agravează dacă se consideră copilul ca proiect ce trebuie să răspundă la exigențe determinate și care relevă o dată în plus, o situație de disconfort și de instabilitate în cuplu. Cu atât mia mult cu cât, spre exemplu, transmiterea bolii genetice depinde de unul dintre soți, sentimentul de vină îl va cuprinde și mai mult pe acesta.

²⁰ *Ibid*, p. 203.

Responsabilitatea pentru aducerea pe lume a unui copil, știind că există riscul de a-i transmite o boală genetică, sau pentru nașterea copilului cu dizabilități, asumă proporții mari și se resimte ca o povară imensă, dificil de susținut. «Cunoașterea faptului că procesele mutațiilor genetice au loc independent de voința persoanelor nu oferă, de obicei, nicio ușurare părinților constrânși să înfrunte realitatea defectelor genetice»²¹. Se va trece apoi și la atribuirea vinovăției: simțindu-se cu *defecte*, părinții (sau un părinte mai mult decât celălalt) pot să găsească cauze externe, inevitabile, pentru a se elibera de vină: Dumnezeu, destinul, hazardul sau «forțe biochimice» care au intervenit în dezvoltarea genetică. Faptul de a ne gândi că boala are un vinovat și atitudinea fatalității pot scoate cuplul din invincibilul sentiment de neputință. Și iată cum, dintr-un infinit paradox, apar două atitudini excesive față de natură: pe de o parte controlul excesiv asupra a ceea ce putem numi dezvoltare naturală a fătului, prin tehnici de diagnostic și instrumente electronice, pe de alta senzația de imposibilitate, de alterare a legilor naturale, percepția de a se găsi în interiorul unui sistem de necontrolat. Dorința de a fi mamă, confruntându-se cu dizabilitatea, poate să se modifice până la a se transforma în opusul ei: dorința de a se elibera de copil. Sentimentul de vinovăție, totuși, se schimbă: dacă înainte era un sentiment de vinovăție de a fi adus pe lume un fiu bolnav, acum este un sentiment de vinovăție pentru a fi apelat la întreruperea sarcinii, deși părea soluția cea mai bună. Avortul și amintirile acestuia rămân pentru femeie un fapt traumatizant, în orice circumstanță «cu tot cu un bagaj de remușcări, rușine și vină, remușcare pentru un copil neavut, cu puternice sentimente de vinovăție»²².

Dinamicile psihologice joacă un rol decisiv în temele discutate până acum, dar chiar și condiția pe care o putem numi “istorică” este determinantă. Să luăm două cazuri ipotetice: ne imaginăm un cuplu care are deja un copil, care au o situație economică bună și care au o rudă afectată de sindromul Down, pe care o iubesc mult. Nașterea unui copil bolnav a acestui cuplu, deși boala ar fi gravă, nu va reprezenta o povară foarte mare de care să se elibereze imediat, putând avea și o atitudine de acceptare a acestuia. Ne gândim, în schimb, la un cuplu tânăr, cu condiții economice precare, care descoperă o sarcină nedorită. Evaluează posibilitatea unui avort cu motivația că acest copil nu e dorit, dar decid să-l aducă totuși pe lume. Urmare a unor examene clinice, descoperă că viitorul copil va fi afectat de sindromul Down. În acest caz, în care copilul nu era nici dorit și în plus este și bolnav (ca și cum boala ar duce la o agravare a condiției sale), va fi dificil să se verifice un proces de acceptare a acestuia.

²¹ *Ibid.*

²² *Ibid*, p. 205.

Schimbând condițiile istorice pentru o ființă umană rămâne în discuție posibilitatea venirii sau nu pe lume a acesteia. Este condiția “primitivului” care modifică modul în care îl considerăm pe viitorul nou-născut, este condiția care îl consideră sau nu ființă umană pe cel aflat în pântece: dacă nu există condiții pentru a-l aduce pe lume se simt ușurați de o povară a conștiinței dacă se consideră că ființa umană începe să fie considerată astfel numai de la o anumită fază a dezvoltării. Deriva guvernează o argumentare de acest tip: se evaluează în baza rezultatelor dorite modificând premisele în mod funcțional. Dacă copilul nu este dorit și dacă boala acestuia determină neacceptarea sa, este ușor să se afirme că ceea ce poartă în pântece nu este o ființă umană, ci numai un material biologic, și în plus “cu probleme”. În mod natural, când copilul nu este dorit, este dificilă acceptarea, în cazul în care se prospectează posibilitatea ca acesta să fie bolnav.

O altă contradicție a acestor dinamici este următoarea: unei dorințe de a avea un copil cu orice preț se opune o eugenetică mascată, deoarece dorința de a avea acest copil, constă în dorința de a avea un copil *sănătos*.

Pare să se profileze o soluție a acceptării: o acceptare conștientă, cu siguranță nu imediată, ponderată, fundamentată pe ideea că schimbarea nu este condiția pentru a avea un copil. Deși cu un deficit (genetic, fizic, mental) este o ființă umană, chiar dacă cu defecte de capacitate. Ceea ce se schimbă este condiția socială, economică, psihologică, existențială a părinților.

5. Nașterea de la fapt la alegere

Scurta panoramă a prezentării de până aici ne-a arătat o transformare a experienței: schimbarea modului de a alege. În timp ce alegerea de a elimina pe cineva a fost mereu posibilă, aici ne găsim în fața unei alegeri bazate pe o cântărire a valorilor despre care vorbea Habermas: copilul nu este dorit pentru că este afectat de o patologie. Ființa afectată de o patologie sau cea care este posibilă purtătoare a unei patologii riscă să fie discriminată în alegerea definitivă făcută de un cuplu, față de un terț.

James Watson, biologul care împreună cu Francis Crick a descoperit structura ADN-ului - citați de Michael Sandel²³ - susține că nu este nimic greșit sau problematic din punct de vedere moral în așa-numita “îmbunătățire genetică”, cu condiția să fie liber aleasă de cei interesați și să nu fie impusă de Stat. A susținut, în primii ani ai secolului al XX-lea, că “femeile ar trebui să fie libere să recurgă la avort pentru orice motivație de tip genetic, inclusiv pentru faptul că fiul sau fiica ar putea fi dixelesici, sau lipsiți de talent muzical sau prea scunzi pentru a juca

²³ M.J. Sandel, *Contro la perfezione. L'etica nell'età dell'ingegneria genetica*, Vita e Pensiero, Milano 2007, pp. 77-78.

basket”²⁴, precizând că dacă s-ar descoperi o genă a homosexualității, o femeie care ar ști că poartă în pântece un copil cu această genă, ar avea libertatea să recurgă la avort. Ceea ce propunea era o discriminare pe criterii biologice: de la discriminarea rasială și culturală se trece la discriminarea bazată pe caracteristici genetice.

Printr-un argument bazat pe facultatea părinților de a pune în act alegerea liberă personală se acceptă implicit justificarea eliminării unei persoane cu dizabilități: dacă părinții decid că viața fiului cu dizabilități nu va fi *pentru el* demnă de a fi trăită, embrionul va fi eliminat (în cazul unei diagnoze preimplant) și dezvoltarea fătului va fi oprită (în cazul unei diagnoze prenatală). Copilului nu-i va fi dată nicio posibilitate de a se naște.

Se ridică aici o altă întrebare: dacă alegerea de a duce la termen o sarcină știind că viitorul copil ar putea să se găsească într-o condiție de dizabilitate, cuplul ar putea să decidă nașterea acestui copil? În acest caz alegerea cuplului ar fi judecată negativ de către societate, iar cuplul ar putea simți, indirect, responsabilitatea morală de a fi adus pe lume un copil cu dizabilități condamnându-l la o viață dificilă și fără șanse egale cu a celorlalți copii. Răsună aici ecourile teoriilor cu privire la *calitatea vieții*, teorii care califică persoana umană ca având anumite activități, precum autoconștiința, capacitatea de a relaționa cu alții, exercițiul libertății etc., și alocă prezența demnității vieții numai în prezența anumitor condiții.

Motivat de ceea ce putem numi o morală a compasiunii, apare un *utilitarism* mascat: posibilitatea de a alege presupune alegerea “celui mai bun” și îndepărtarea celui ce nu corespunde standardelor dorite în numele viziunii unei vieții dificile, grele și plină de obstacole pentru cel ce se va naște cu șanse scăzute. În numele libertății a celor ce aleg, se suprimă libertatea unui terț, a cărui condiție este însăși existența acestuia. Și alegerea riscă să fie făcută în numele unui standard de sănătate definit de societatea în care noi trăim. În momentul în care există posibilitatea de a alege, ambele întrebări sunt deschise: de ce să alegem aducerea pe lume a unui copil? De ce să alegem să-i suprimăm viața? În acest context apare necesitatea motivării deciziei pentru nașterea unui copil, eveniment care dintotdeauna a fost primit de părinți. Justificarea a de ce se naște: iată marele paradox prospectat de societatea contemporană.

6. Concluzii

Așa cum am observat pe parcursul acestei prezentări, noile mijloace tehnologice deschid accesul la informații cu privire la patrimoniul genetic: se deschide posibilitatea nu numai a *terapii*, dar și a *îmbunătățirii* în baza dorințelor

²⁴ Watson citato da Sandel, ivi, p. 78.

subiective și personale a celor care au facultatea de a alege. Pericolul constă în a nu mai fi capabili să trasăm o delimitare clară între «prevenirea nașterii unui copil bolnav grav și decizia eugenică de a îmbunătăți patrimoniul ereditar»²⁵.

În timp ce se dezvoltă *screening*-ul genetic, cercetările care aprofundează dinamicile cu privire la consilierea genetică (cu participarea echipei de geneticieni, medici și psihologi) rămân blocate sau nu sunt realizate din cauza lipsei de fonduri²⁶.

O alocare a resurselor pentru programe de cercetare terapeutică care să evite calea preferențială a „selecției negative” a copiilor cu malformații sau afectați de boli genetice ar reduce și recurgerea, în masă, la o serie nenumărată de teste efectuate în timpul perioadei de sarcină (unele nu întotdeauna necesare).

Se profită de un paradox, apelându-se la noile tehnologii, apar răspunsuri, dar și noi întrebări. Așa cum afirma Habermas «cercetarea pe embrioni și diagnoza preimplant produc confuzii mai ales pentru că exemplifică pericolele evocate de metafora unei “eugeneticici selective” asupra rasei umane»²⁷.

Ne găsim în fața unei întoarceri la un „*eugenism individual*”²⁸ – pentru a folosi cuvintele lui Bompiani -, privat, dependent de o alegere personală, orientată de dorințele unui cuplu. Acest eugenism vine, însă, ascuns în mod voit în spatele motivațiilor pietiste “umanitare”: se contrapune scopului (copilul sănătos) și mijlocului care distruge scopul însuși (spre exemplu întreruperea unei sarcini ca urmare a unui diagnostic prenatal care relevă posibilitatea unei afecțiuni a viitorului copil).

Continuă însă să se folosească termeni precum «viață greșită» (*wrongful life*)²⁹ pentru a indica o viață afectată de o boală sau se consideră dizabilitatea ca fiind o categorie discriminatorie. Așa cum afirma, pe drept cuvânt, Sandel: « Să apreciem copiii ca fiind daruri și binecuvântări nu înseamnă pasivitate în fața bolii și a suferinței. A avea grijă de un copil bolnav sau cu dizabilități nu diminuează capacitățile sale naturale, ci este o condiție a dezvoltării acestora»³⁰. Altfel spus, a avea grijă de un copil bolnav este una dintre condițiile pentru ca acest copil să aibă condiții de viață mai bune, în ciuda existenței unei deficiențe sau a unei dizabilități. Idealul de sănătate este ireal, tocmai pentru că nu definește o condiție permanentă a omului: normalitatea nu este sănătatea, ci constă în posibilitatea pentru om de a fi sănătos sau bolnav, de a se găsi în condiții de dizabilitate mai mult sau mai puțin prelungite în orice moment al vieții sale.

²⁵ J. Habermas, *op. cit.*, pp. 22-24.

²⁶ M. Cusinato, *Il vissuto psicologico di fronte alla predizione genetica* in C. Bresciani (a cura di), *Genetica e medicina predittiva: verso un nuovo modello di medicina*, Giuffrè, Milano 2000, pp. 198-199.

²⁷ *Ibid*, p. 3

²⁸ A. Bompiani, *Genetica e medicina prenatale*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli 1999, p.283.

²⁹ C. Bresciani, *Diagnosi genetiche predittive*, in C. Bresciani, *Genetica e medicina predittiva: verso un nuovo modello di medicina?*, Giuffrè, Milano 2000, p. 134.

³⁰ M.J. Sandel, *op. cit.*, p. 56.

Dacă dizabilitatea este ceva ce se interpune în atingerea scopului de a avea o condiție a sănătății, remediul nu este acela de a încerca să eliminăm subiectul care se găsește într-o astfel de condiție ci în îndepărtarea condiției care creează dizabilitate.

Rămânem însă în fața deciziei, precum cea pe care trebuie să și-o asume cuplurile din exemplele noastre, care are o relevanță nu numai psihologică, ci mai cu seamă existențială. Din acest motiv soluția cu privire la dizabilitate se încadrează în reflecția cu privire la condiția umană. Pasajul crucial de la naștere ca *fapt* la naștere ca *alegere* presupune o regândire antropologică a condiției umane și o recuperare a semnificatului de primire a vieții, fie ea și cu dizabilități sau imperfecțiuni. Persoana care se va naște nu va fi altceva decât o ființă umană, asemenea nouă înșine.

CONSECINȚELE AVORTULUI ȘI SPOVEDANIA

VASILE VLAD¹

REZUMAT. Autorul prezintă câteva aspecte legate de consecințele morale ce derivă din alegerea de a recurge la întreruperea sarcinii, în situația în care viitorul copil nu este dorit de acea femeie. Biologia, științele medicale și biotehnologiile moderne, pe lângă modelul cultural și biografic, oferă noi elemente de cunoaștere asupra tainei de început a vieții astfel încât să fie cu puțință clasificarea și fundamentarea morală în ceea ce numim avort. După prezentarea argumentelor științifice și culturale, autorul prezintă și învățătura Bisericii, care condamnă avortul voluntar considerându-l ca suprimare a vieții. „El este o violare directă a dreptului fundamental la viață a ființei umane și constituie o crimă abdominală. Trebuie să se vorbească deschis despre suprimarea vieții prin avort și despre gravitatea ei morală, datorită ușurinței cu care se recurge astăzi la această practică criminală și datorită indiferenței morale create de o cultură hedonistă și utilitaristă, fiica materialismului teoretic și practic care a generat o mentalitate abortivistă reală și proprie. Eliminarea vieții copilului nedorit care trebuie să se nască a devenit un fenomen destul de răspândit, finanțat de banul public și facilitat de legislații. Toate acestea fac pe mulți să nu mai simtă nici o răspundere pentru viața care trebuie să se nască și să banalizeze o vină gravă.

Cuvinte cheie: Avort, Taina Sfintei Spovedanii, Consecințele morale ale avortului

ABSTRACT. *Consequences of Abortion and the Confession.* The author presents some aspects of the moral consequences arising from the choice of resorting to abortion, when the future child is not wanted by the woman. Biology, medical sciences and modern biotechnology, in addition to cultural and biographical model, provides new elements of the knowledge on mystery of begin of life, in order to be possible the classification and moral fondements of what we call abortion. After presenting the scientific and cultural arguments, te author presents the Church position, thar condemns deliberate abortion, considering it as suppression of life. „It is a direct violation of the fundamental right to life of human being and is a crime. We need to speak openly about the suppression of life through abortion and its moral seriousness, because of the facility with which it is used today and due to criminal and moral indifference created by a

¹ Pr. Lect. Dr., Facultatea de Teologie Ortodoxă, Universitatea Aurel Vlaicu, Arad, Disciplina de Teologie Morală și Bioetică.

hedonistic and utilitarian culture, daughter of theoretical and practical materialism which generated a real mentality on abortion. Removing unwanted child's life, who must be born, became a fairly common phenomenon, financed by public funds and facilitated by laws. All these make many not to feel any responsibility for that life and to trivialize a serious fault.

Keywords: *Abortion, Confession, Moral Consequences on Abortion*

Avortul a fost cunoscut și practicat încă de pe vremea sumerienilor. Lumea antică, cu excepția celei greco-romane, socotea avortul ilicit și imoral. Tradiția ebraică și creștinismul au socotit și sancționat avortul ca pe unul din cele mai grave păcate. *Didahia* sau *Învățătura celor Doisprezece Apostoli* (sec. al II-lea) poruncește: „să nu faci otrăvuri, să nu ucizi copil în pântece, nici pe cel născut să nu-l ucizi². Canonul 91 al Sinodului Trulan considera avortul drept omucidere: „pe cele lepădătoare de făt prin doctorii și pe cele care primesc otrăvuri omorătoare de prunci, le supunem pedepsei ucigașului”.

Epoca modernă a inițiat printre alte teze și ideea că omul este o făptură fundamental autonomă, cu drepturi depline asupra propriului său trup și asupra așezării sale în existență. Lumea și omul sunt realități lipsite de orice fel de transcendență divină. Prin urmare avortul nu poate fi sancționat moral întrucât este doar o chestiune ce ține de opțiunea și decizia femeii sau cel mult de cea a familiei. Pe această linie de gândire s-a inițiat partida avorționistilor care a încercat și încearcă acreditarea diferitelor teze prin care să arate că pruncul avortat nu este de fapt o persoană umană deplină, astfel încât orice sancționare morală din partea societății nu este îndreptățită și nu poate fi susținută. În acest sens s-au încercat diferite argumentări de ordin cultural, filosofic și medical menite a îndreptăți avortul. Bunăoară, s-a afirmat că persoana umană nu are o valoare intrinsecă absolută, ci doar valoarea pe care i-o atribuie istoria, tradiția și geografia în care s-a născut. Iar dacă aceste realități contextuale cărora le aparține consideră avortul licit, atunci pretenția de a numi întreruperea voluntară a sarcinii drept pruncucidere este nejustificată. Față de această perspectivă ar fi de observat că definirea conceptului de persoană umană doar din punctul de vedere al culturii căreia îi aparține duce la concluzii pe cât de aberante pe atât de periculoase la adresa umanității. Sunt culturi, spre exemplu, în care femeia nu este considerată persoană umană deplină, ci doar un fel de avorton al unui embrion ce trebuia să devină bărbat dar care a urmat o triectorie de dezvoltare care l-a făcut să fie în cele din urmă femeie. Sau, în alte spații istorice și geografice, femeia apare

² *Învățătura celor doisprezece Apostoli, II,1*, în vol. P.S.B. I, traducere Pr. Dumitru Fecioru, Editura Institutului Biblic și de Misiune al Bisericii Ortodoxe Române, București, 1979, p. 26.

doar un complement al bărbatului. Ori justificarea avortului în baza unei tradiții culturale istorice ori geografice, poate da drept de cetate orișicărei monstruoșității – de exemplu, uciderea femeilor în culturile amintite întrucât nu sunt persoane depline. Partida avorționiștilor a încercat normalizarea și impunerea avortului prin argumente de tip etico-filozofic. Astfel în țările anglo-saxone s-a impus filozofia și etica utilitaristă și procedurală. Conform acesteia, autoritatea publică, reprezentând voința majorității, stabilește statutul fiecărei persoane, deci și a embrionului, precum și ceea ce este moral și imoral. Însă, prin acceptarea unor astfel de teze nu doar că ne situăm într-un relativism etic absolut, dar se dă drept de cetate bunăoară crimelor naziste și comuniste. Ele nu mai pot fi condamnate de vreme ce nu există un adevăr mai înalt decât voința colectivă majoritară a maselor care au optat pentru astfel de tip ideologic.

Biologia, științele medicale și biotehnologiile moderne oferă noi elemente de cunoaștere asupra tainei de început a vieții astfel încât să fie cu puțință clasificarea și fundamentarea morală în ceea ce numim avort. Astfel se știe că unirea celor doi gameți (celulele seminale procreative a bărbatului și a femeii) se întâmplă în trompe. Oul format se numește zigot. El se divide în 2,4,8, etc., celule. Începe migrarea spre uter, care durează 6 zile. Ajuns prin divizare la 100-200 de celule, oul se va numi blastulă, nidându-se (fixarea pe peretele uterului) în ajunul zilelor 6-9 de la concepere. În stadiul de blastulă mai multe celule se polarizează în două părți – o parte formând stratul trofoblastic (ce va deveni placentă) și o parte care vor alcătui embrionul propriu-zis. În stadiul de blastulă avem stadiul de totipotență – adică, orice celulă recoltată din blastulă se poate înmulți formând o blastulă identică cu cea de la care s-a recoltat celula; tot în acest stadiu – două blastule pot fuziona, formând una singură. Din momentul nidației, totipotența încetează lăsând loc diferențierii histologice (adică a specializării funcțiilor celulare). Momentul implantării (nidației) marchează începutul sarcinii ca stare maternă. Cele descrise, sunt numite stadii preembrionare. La sfârșitul celei de a doua săptămâni de la concepere este constituit discul embrionar, baza formării embrionului. După cea de-a patra săptămână este începută circulația cardiovasculară, iar organele principale sunt formate. În săptămâna a opta sunt prezente funcțiile neuromusculare, iar în săptămâna a douăsprezecea apar semnele activității celulelor nervoase. După cele trei luni de viață embrionul se va numi fetus până la terminarea vieții intrauterine.

Cunoașterea stadiilor de viață intrauterină a repus problema avortului și-a experimentelor neterapeutice pe embrioni, pe noi coordonate. Psihologi, medici, juriști și unii teologi s-au polarizat în jurul ideii că până la momentul individualizării (ziua a opta după unii, a paisprezecea după alții) nu am avea de-a face cu o persoană umană și prin urmare atât experiențele pe această „viață organică” umană cât și avortul nu sunt condamnabile. Spre exemplu, J. L. Malherbe, directorul Institutului de Studii de Bioetică al Universității din Louvain, propunea două

premise în abordarea temei avortului. Cea dintâi, afirmația că de la concepere la individualizare, embrionul va fi *viață organică*, aparținând speciei umane, dar nu o persoană individuală, și, cea de-a doua, că de la începutul individualizării, embrionul poate fi considerat cel mult doar o *persoană potențială*.

Observăm, din punct de vedere creștin, că distincția de mai sus este arbitrară. Credem că nu numărul de celule este cel care fundamentează conceptul de persoană umană. O astfel de distincție poate pune în discuție statutul de persoană a noului născut. Aceasta pentru că se știe că din cele aproximativ 60 de milioane de celule ale unui trup adult se pierd zilnic „suficient de multe ca să umple o farfurie de supă” sau că din punct de vedere chimic elementele constitutive ale noului născut pot fi cu totul altele decât ale embrionului primar³. Ori evaluarea persoanei doar din perspectiva stadiilor evolutive organice somatice ne-ar putea duce la concluzia că omul este *întotdeauna o persoană potențială* ceea ce firește diluează și relativizează cu totul noțiunea de om (persoană). Morala creștină evaluează embrionul nu doar dintr-un punct de vedere filosofic, cultural ori psihologic și funcțional, ci fundamentându-se înainte de toate pe conceptul de natură mamă. Astfel, embrionul atât înainte cât și după nidare este *de natură umană*: „embrionul, ca atare, are parte de această natură. El nu se face embrion uman, el apare ca embrion uman (...). Transcendența sa (fundamentul ultim al drepturilor sale), nu este primită de embrion din partea cuiva; el o posedă totală, sau în potență, prin sine, prin existența sa personală, din momentul apariției (conceperii) sale” (Jean Louise Brogues)⁴. Acesta este motivul pentru care orice dispunere ori manipulare arbitrară asupra embrionului, fie din partea părinților, fie a comunității, fie a oamenilor de știință, este un atentat la adresa persoanei.

Avortul este, așadar, crimă indiferent dacă are loc în faza preembrionară sau în cea embrionară. Asemenea, embrionul nu poate fi vândut, nici cedat, nici constitui obiect de experiență, ori de manipulare și nici nu poate fi suprimat indiferent de motivație.

Mai există, însă, două aspecte foarte delicate în problema avortului. Este vorba despre avorturile „spontane” și avorturile „medicale”. Unii dintre geneticieni și medici consideră că în cadrul procesului de reproducere, în primele luni ale vieții foetale, au loc avortări spontane ale mai multor ovule fertilizate. Trupul femeii elimină spontan embrioni care nu sunt viabili. Într-un studiu, *Reflecții teologice asupra poziției Bisericii Catolice*, J.M Pohier, sublinia: „Prin urmare, mecanismele pur naturale ale reproducerii sunt organizate în așa manieră, încât eliminarea embrioanelor neviabile este una din funcțiile lor și nu putem considera că în asemenea cazuri ar fi vorba de ființe umane”, chiar dacă este

³ Lyall Watson, *Moartea ca linie a vieții*, Editura Humanitas, București, 1994, p. 40.

⁴ Pr. Prof. Vasile Răducă, *Bioetica, familia și morala creștină*, in “Studii teologice” nr. 3-4, 1999, p. 109.

vorba de o materie produsă în trupul omenesc⁵. Din cauze mai puțin cunoscute, în mod spontan unii embrioni mor în primele zile de viață în pântecul mamei și tot în mod spontan sunt avortați. Alteori ei mor după mai multe săptămâni de viață, ori după 3-4 luni, și este nevoie de intervenția medicului pentru avortarea lor din trupul mamei. Este oare femeia (familia) vinovată în asemenea cazuri? Sau, în cazul „embrionului neviabil” (malformații majore de structură somatică) avem de-a face cu o ființă umană sau nu, și deci e vorba de un avort al unei persoane? La amândouă întrebările Biserica Ortodoxă răspunde prin „Rugăciunea la femeia care a lepădat pe cel zămislit” și prin rânduiala canonică de oprire de la împărtășanie vreme de un an pe femeia (familia) ce suferă un avort spontan. Aceasta întrucât este vorba de o judecată a lui Dumnezeu (la modul general) cu familia respectivă. Un embrion nu se elimină „spontan” nici nu suferă malformații majore fără „știrea lui Dumnezeu”, „știre” care se manifestă ca judecată tocmai în această îngăduință a tragediei avortului numit spontan. Ceea ce rațiunea umană medicală numește „mecanism pur natural al reproducerii” sau „embrion neviabil” sau „avort spontan” are defapt în dedesupt o rațiune mult mai profundă decât aparentul hazard orb. Este vorba de acumularea unui mod existențial (al multor generații poate) care a însemnat devierea de la sensul și finalitatea cu care o familie și un neam au fost aduse la existență, trădare de destin ce se materializează în așa numitele „avorturi spontane”.

Pe linia rațiunii medicale, Dr. Paul Chuchard, profesor la École des Hautes Études din Paris, este de părere că în cazul embrionilor cu malformații majore de natură somatică nu avem de-a face cu o persoană umană. El scrie: „un ou nu este omenesc decât dacă în aptitudinile sale genetice el ar putea să conducă la dezvoltarea creierului. Un embrion nu este omenesc decât dacă el are un creier, chiar dacă acesta prezintă anumite insuficiențe... Dacă, din punct de vedere genetic, embrionii s-ar prezenta cu anormalități foarte mari din momentul zămislirii, putem spune că ei nu au fost niciodată ființe umane. Dacă e vorba de o acțiune târzie care a împiedicat creșterea creierului, putem spune că din acel moment, ca persoană umană, embrionul este mort (...). Asemenea embrioni vor fi eliminați prin avorturile voluntare, nu spre a face cuiva plăcere, ci pentru că ei vor fi incompatibili să mai stabilească relații personale cu lumea oamenilor. Aceasta ne face să înțelegem că, pe parcursul celor nouă luni de viață intrauterină, embrionul poate suferi accidente care vor putea să-l desfigureze în așa măsură, încât să nu mai fie din nefericire embrion uman (deci o persoană în potență) ci o masă de carne cu formă umană uneori care se va înscrie pe linia altor forme de „risipire” a structurilor somatice de proveniență omenească, risipire care are însă drept scop viața însăși”⁶.

⁵ Conform, *Ibibem*, p. 110.

⁶ *Ibidem*

Rațiunea medicală de mai sus care justifică și îndreptățește avortul voluntar medical în cazul malformațiilor majore ale embrionului, dacă este acceptată de glasuri sporadice ale unor moraliști și eticieni creștini⁷, nu este acceptată și este condamnată de conștiința Bisericii. Unul din părinții atoniți (Epifanie Theodoropoulos) spune că acceptarea avortului medical motivat de malformații, e similar cu acordul uciderii unui copil sau adult ajuns în stare vegetativă, fără conștiință de sine, din pricina degradării creierului, în urma unui accident sau a unei boli grave. Părintele Arsenie Boca răspundea unei mame puse în situația alegerii medicale între viața copilului din pânțece și viața sa, că nu poate sacrifica viața copilului și că Dumnezeu are nevoie pe pământ de astfel de mame gata de jertfă, astfel încât nu o va lăsa să moară. Iar dacă va îngădui să moară jertfa ei va fi un martiriu. Papa Pius al XII-lea sublinia în 1954 – subliniere inclusă de Academia de Pontificală pentru viață, inițiată în 1994, în *Carta lucrătorilor sanitari* – că: „viața este un bun prea fundamental ca să poată fi pusă pe cântar cu anumite inconveniente, fie ele extrem de mari”.

Așadar, conștiința Bisericii dintotdeauna a condamnat și condamnă avortul voluntar considerându-l ca suprimare a vieții. „El este o violare directă a dreptului fundamental la viață a ființei umane și constituie o crimă abdominală. Trebuie să se vorbească deschis despre suprimarea vieții prin avort și despre gravitatea ei morală, datorită ușurinței cu care se recurge astăzi la această practică criminală și datorită indiferenței morale create cu privire la ea de o cultură hedonistă și utilitaristă, fiica materialismului teoretic și practic care a generat o mentalitate abortistă reală și proprie. Eliminarea vieții copilului nedorit care trebuie să se nască a devenit un fenomen destul de răspândit, finanțat de banul public și facilitat de legislațiile permissive și garantiste. Toate acestea fac pe mulți în mod fatal, să nu mai simtă nici o răspundere pentru viața care trebuie să se nască și să banalizeze o vină gravă (*Carta, 85, 86 art. 140*).

Sindromul post-avort și tămăduirea avortului

Odată săvârșit avortul aduce după sine așa-numitul sindrom post-avort, adică totalitatea stărilor psihice apărute imediat sau după un anumit interval de timp după avort⁸. Acest sindrom apare în majoritatea cazurilor cu întârziere. Imediat după avort, femeia încearcă un sentiment în care vinovăția este amestecată

⁷ „Există însă avorturile medicale pentru care omul este responsabil în parte, sau deloc, și a avorturilor spontane, pentru care omul nu are nici o responsabilitate”(V. Răducă, p.110).

⁸ În general sindromul reprezintă „totalitatea semnelor și a simptomelor care apar împreună în cursul unei boli, dându-i nota caracteristică” cf. *DEX – Dicționarul explicativ al limbii române*, Ed. Univers Enciclopedic, 1998, p. 991; despre sindromul postavort a se vedea pe larg în vol. Dr. Christa Todea-Gross și Pr. Prof. dr. Ilie Moldovan, *Îndrumarul medical și creștin despre viață al Federației Organizațiilor Pro-Vita din România*, Ed. Renașterea, Cluj-Napoca, 2008, p. 219-221.

cu „ușurarea” – în sensul că a „scăpat” din „încurcătura” în care i se pune viața și viitorul prin copilul nedorit. Apoi, prin negare și reprimare, femeia evită să înțeleagă și să accepte că avortul reprezintă *ucidere reală* a unei persoane umane, amăgindu-se cu ideea că purta în pânțele doar un „produs de concepție”, un „produs organic” alcătuit din mai multe sau mai puține celule. Însă, după aproximativ cinci ani, alteori zece sau douăzeci de ani, apar zguduiri și treziri interioare ale conștiinței, iar sentimentele de vinovăție din ce în ce mai acute, reprimare atâta timp, ies la suprafață. Evenimente legate de nașterea unui copil al ei sau al unei persoane apropiate favorizează realizarea a ceea ce înseamnă un avort – respectiv femeia vede pe viu că n-a fost vorba de un simplu produs organic celular ci de un *copil real*⁹. Acum încep problematizările și muștrările de conștiință. În cazul în care femeia trece prin crize existențiale (boli incurabile, eșecuri în familie, copii nerealizați, sărăcie materială) acestea favorizează și mai mult declanșarea acută a sindromului psihic post-avort, (sindrom) pe care îl purta de fapt în ea și pe care ani la rând l-a negat și l-a reprimat. Doctorul Christa Todea-Gross prezintă o sinteză a simptomelor caracteristice sindromului post-avort: depresii nervoase cu tentative de suicid; tulburări de somn; insomnii și vise terifiante (căderi în gol, urmăriri, naștere de copii morți, ruși sau înfometaji, etc.); tulburări în alimentație; tulburări afective, sentimente de frustrare; atacuri frecvente de plâns și strigăte desperate; gânduri/tentative de sinucidere izvorâte din tristețe, lipsă de speranță, inutilitate; destrămarea relațiilor interpersonale cu partenerul, cu copiii, cu prietenii; răceală emoțională, pesimism; atacuri de panică; tulburări de memorie; dificultăți de concentrare; pierderea interesului pentru activitățile desfășurate; sindromul „aniversării”; psihoze acute; reacții schizofrenice; sentimentul de vinovăție; predispoziție pentru boli de dependență; consum de alcool sau/și droguri; dereglări sexuale¹⁰. Aceste stări psihice, prezente mai frecvent și în forme mai acute la adolescente (întrucât „ele au un psihic mai labil” și sunt mai marcate de „teama” de părinți, profesori și prieteni) duc adesea la sinucidere¹¹. Doctorul Antun Lisec consideră că urmările avortului pot fi regăsite nu numai asupra mamei care a avortat ci și asupra familiei căreia îi aparține, asupra personalului medical care a efectuat avortul și asupra societății în general¹².

⁹ Dr. John C. Willke și Barbara H. Willke, *Avortul. Întrebări și răspunsuri*, traducere Larisa Iftime, Ed. Provita Media, București, 2007, p. 50.

¹⁰ Dr. Christa Todea-Gross, *op. cit.*, p. 214-215. Sinteza simptomelor psihice ale sindromului post-avort a fost realizată după: Dr. med. Antun Lisec, *Iubește copilul și lasă-l să trăiască*, Conferință, Sibiu, 2000; Dr. John C. Willke, Barbara H. Willke, *op. cit.*, p. 50; Dr. med. Rudolf Ehmman, *Mijloace anticoncepționale, Efecte secundare fatale despre care nu se vorbește. Un bilanț critic din punctul de vedere al unui ginecolog*, Conferință, Dresda, 22.09.1990, la Congresul internațional „World Federation of Doctors Who Respect Human Life”, p. 28.

¹¹ *Ibidem*, p. 215.

¹² Dr. Antun Lisec, *Iubește copilul și lasă-l să trăiască*, Conferință ținută la Sibiu, 2000, după Christa Todea-Gross, *op. cit.*, p. 217-219.

Astfel, mai devreme sau mai târziu, spune Dr. Antun Lisec, femeia care avortează se va confrunta cu următoarele stări psihice: depresii, sentimente de vinovăție, insomnii și vise grele (înfrișătoare), atacuri de anxietate, frustrare, pierderea respectului de sine, degradarea propriului psihic, apariția răcelii emoționale și a pesimismului, pierderea motivației, dereglări sexuale. Pot apărea și dereglări comunicaționale cu cei din jur și în mod aparte cu soțul și copiii deja născuți. Uneori apar și reacții psihotice acute, reacții schizofrenice, psihoză afectivă, depresie cu pierderea memoriei, dificultăți de concentrare, predispoziție pentru plâns. Dacă și tatăl a consimțit și a determinat voința mamei la omorârea copilului, aceste urmări apar și la el. Toate acestea duc obligatoriu la degradarea relațiilor familiale și la destabilizarea căsniciei. În mod deosebit răceala emoțională a părinților și stările nevrotice cauzate de omorul prin avort sunt resimțite și de copiii născuți ai familiei. Specialiștii în domeniu au denumit consecințele avortului asupra fraților născuți „sindromul supraviețuitorului”. Dr. John Willke notează: copiii, de obicei, știu că mama este însărcinată. Ei mai știu când mama devine ne-însărcinată. Acest lucru poate duce la apariția sindromului supraviețuitorului, sindrom asemănător cu situația evreilor care au supraviețuit holocaustului. Este o *vină* irațională, dar reală: „de ce eu am fost salvat și ceilalți au fost uciși?” S-a observat o teamă a copilului față de mamă și o lipsă de încredere în ea. La început, un copil mic, simțind că se apropie venirea unui frățior, nu se bucură imediat. Dar când bebelușul respectiv dintr-odată dispăre, copilul simte o teamă instinctivă, organică, structurală, ce se manifestă fie prin sentimentul că prezența lui este suficientă în viața familiei și că îi stă în puteri „să-i înlătore pe ceilalți”, fie, dacă percepe că mama a fost factorul activ în eliminarea frățiorului, printr-un sentiment de frică față de ea¹³.

Consecințele avortului pot fi identificate și în situațiile de abuz ale părinților asupra copiilor născuți. Traumele psihice rezultate din violența pe care o presupune uciderea prin avort șubrează stabilitatea relației părinți-copii iar aceștia din urmă sunt adesea victimele abuzului părinților (bătaie, molestare sexuală)¹⁴. Simptomele psihice ale sindromului post-avort pot apărea și în rândul corpului medical care „execută” propriu-zis „sentința” condamnării la moarte a pruncului nenăscut. Numeroși doctori, asistente medicale și farmaciști sunt afectați de tulburările depresive enumerate mai sus. Toate acestea se răsfrâng negativ și asupra familiilor lor, întrucât este vorba de o pâine a cărei proveniență este „preț de sânge (viață)”¹⁵.

¹³ Dr. John Willke și Barbara H. Willke, *op. cit.*, p. 59.

¹⁴ Dr. Philip Ney, *Relationship Between Abortion*. Child Abuse, Canada, Jour. Psychiatry, volumul 24, 1979, p. 610-620, cf. Dr. John Willke, *op. cit.*, p. 59-60.

¹⁵ Dr. Christa Todea-Gross scrie: mulți medici ginecologi recunosc că au atacuri de panică în urma efectuării avorturilor și că sunt dependenți de tratamente medicamentoase; ei spun că după ce efectuează un avort simt că preiau asupra lor o „greutate” imensă; unii au coșmaruri, iar cei mai mulți cad în depresii nervoase, *op. cit.*, p. 216.

Tămăduirea de deprimarea rezultată din avort nu este deloc ușoară. Spațiul medical aproape că neglijează acest lucru¹⁶. De fapt lumea medicală este cel puțin în derivă și într-o imposibilitate în fața sindromului post-avort. Devreme ce ea practică uciderea prin avort ca pe o meserie, prima ei reacție nu poate fi alta decât cea de negare și reprimare a orișicărei responsabilități etice. Ar fi greu de acceptat ca pe un coridor de spital să se alătore două uși de cabinet, una indicând „aici se avortează (ucid) copiii” și pe cealaltă „aici se tratează (consiliază) mamele care și-au ucis (alături) copiii!”. Ce s-ar putea spune mamelor care solicită uciderea copilului din pânțe în cel de-al doilea cabinet? Că nu s-a întâmplat nimic și că ceea ce s-a scos din ele nu a fost tocmai om? Sau, că de vreme ce legislația declară avortul licit, actul n-ar mai avea semnificație morală și, prin urmare, orice sentiment de vinovăție ar fi nejustificat? Sau, că femeia este un univers autonom și față de cer și față de cei din jur, și, prin consecință, îi aparține trupul și tot ceea ce se produce în el? Ori, poate, să se prescrie rețete în care să se specifice că trebuie normalizată ideea că nu mai există un adevăr (asupra vieții nenăscute) mai înalt decât preferințele individuale și arbitrare ale insului? Sau, poate, dimpotrivă, că ceea ce s-a întâmplat în cabinetul morții este într-adevăr o crimă, iar doctorii sunt mercenari plătiți uneori pentru a ucide, iar alte ori pentru a salva viețile oamenilor? Iată de ce majoritatea psihologilor și psihiatrilor nu pot fi de mare ajutor în aceste cazuri, precum nici medicamentele psihotropice¹⁷. Psihologul, scrie Dr. Christa Todea-Gross, este neputincios în fața sindromului post-avort (ce ar putea spune un psiholog unei femei a cărei conștiință este încărcată cu 20 de avorturi), iar medicamentele și șocurile electrice, proprii psihiatriei, deși ajută într-o oarecare măsură la nivel psiho-somatic totuși nu rezolvă problema conștiinței apăsate de păcat¹⁸. În ultimul timp au apărut și în România centre de consiliere și terapie care, acționând într-o perspectivă creștină printr-o echipă de psihologi, asistenți sociali, medici și preoți duhovnici, pot fi de mare ajutor pentru ieșirea din sindromul post-avort¹⁹. Tămăduirea deplină poate veni doar prin

¹⁶ „nu am găsit în literatura de specialitate (din România), scrie Dr. Christa Todea-Gross, decât o superficialitate în tratarea problemelor emoționale de după avort; sunt descrise în special sentimente de eliberare, mai puțin cele psihice negative”, *op. cit.*, p. 219.

¹⁷ Dr. John C. Willke, *op. cit.*, p. 60.

¹⁸ Dr. Christa Todea-Gross. *op. cit.*, p. 217.

¹⁹ Pot fi amintite în acest sens asociațiile Pro-vita, cu filiale în întreaga țară care, pe lângă obiectivul principal – salvarea copilului nenăscut de la avort – nu neglijează grija pentru mamele care deja au avortat. Unul din modelele de lucru ale centrelor de consiliere psihologică prezintă tămăduirea în cinci pași (etape): 1 – depășirea fazei de negare – respectiv avortul trebuie adus în conștiința femeii și trebuie să accepte că a fost părtașă la uciderea propriului ei copil; 2 – femeia trebuie să-și deplângă copilul pierdut – să verse lacrimi, să poarte doliu, la fel ca și în cazul că ar fi pierdut copilul iubit și deja născut; 3 – spovedania și efortul de a obține iertarea lui Dumnezeu; 4 – sprijinirea femeii de a ierta și pe cei care i-au influențat decizia spre avort; 5 – sprijinirea femeii de a-și lucra propria iertare printr-un canon rânduit de duhovnic.

dezlegarea și iertarea păcatului pruncuciderii. Părintele Ilie Moldovan răspundea unei astfel de situații: „pocăința trebuie să fie pe măsura păcatului săvârșit, iar în cazul unui avort, care este un păcat mare, de moarte, pocăința trebuie să fie la fel de mare pentru a fi iertat omul de către Dumnezeu”²⁰. Scaunul spovedaniei are o importanță covârșitoare. Pe de o parte mama ucigașă trebuie să aibă pocăința coresponszătoare, iar pe de altă parte, preotul duhovnic să aibă discernământul canonic autentic. Pocăința mamei începe cu conștientizarea cât mai deplină a faptului că în avort este vorba de cea mai odioasă crimă de pe fața pământului și că aceasta îi aparține ei. Apoi, că stările specifice sindromului post-avort sunt pe deplin meritate și că răul major nu sunt ele ci avortul ca atare. Ceea ce trebuie vindecat întâi este avortul și abia apoi depresia din avort. Adică actul tămăduirii nu se rezumă la acționarea asupra consecințelor ci trebuie ca prin ele să se coboare la cauza care a generat boala. Suferința din formele sindromului post-avort este pronia lui Dumnezeu prin care El cheamă omul la schimbarea minții, la schimbarea concepției de viață și la căutarea iertării, singura capabilă în fapt să vindece persoana de rănilor aduse vieții sale de către avort.

Următorul pas pe calea tămăduirii este înțelegerea autentică a iertării din spovedanie. Părintele Ilie Moldovan vorbește despre posibila *iertare invalidă* în scaunul spovedaniei²¹. Ea apare în cel puțin trei situații. Întâi, în cazul în care femeia se spovedește de păcatul avortului fără să-i conștientizeze gravitatea reală, părăndu-i-se că a fost îndreptățită spre un astfel de act – este vorba de situația în care femeia încearcă să argumenteze „necesitatea” și „justețea” deciziei de avort dat fiind condițiile existențiale în care s-a produs. Cu alte cuvinte într-o situație similară ar face la fel. În acest caz păcatul este funcțional și orice dezlegare din partea unui preot în taina Spovedaniei este invalidă (conform principiului canonic „nu poți dezlega ceea ce în fapt nu a încetat a se înfăptui”). Chiar dacă femeia se spovedește de avort după 30 de ani de la săvârșirea lui și ea nu mai poate naște conform rânduielilor firii pentru a face un nou avort, îndreptățindu-și păcatul de atunci dezvăluie că nu s-a modificat nimic în concepția ei de viață, și, prin urmare, în spiritul ei avortul este funcțional – adică l-ar săvârși din nou! A doua situație de iertare invalidă în spovedanie privește canonul rânduit. Acesta nu trebuie privit nici de către preot și nici de către penitent ca simplu mijloc de ispășire, de „satisfacere” și de compensare a unei ordini morale abstracte tulburată de păcat. Ce ar putea echivala cu viața copilului avortat? Ce „pedeapsă” ar satisface (și pe cine?) o rânduială existențială iremediabil rănită prin avort (cine ar fi fost copilul avortat și cu ce s-ar putea compensa prezența lui în existență?); ce rost i-a gândit Dumnezeu pentru viața pământească în momentul în care l-a creat – poate acela de tămăduitor al sidei, al cancerului, ori al perspectivelor ideologice criminale, ori

²⁰ Dr. Christa Todea-Gross, *op. cit.*, p. 212.

²¹ *Ibidem*, p. 429.

rostul unui vizionar al armoniei sociale, ori poate al unui preot sau al unui sfânt?)? Așadar, canonul înseamnă mai mult și altceva decât pedeapsă și ispășire compensatoare! El trebuie să ducă persoana în hotarele harului dumnezeiesc, respectiv să o încadreze în ritmul liturgic al existenței. Păcatul nu se vindecă decât adăugând harului lui Dumnezeu exercițiul virtuții contrare păcatului săvârșit. Prin urmare „nu poți fi iertat păstrând rodul crimei” – adică nu poți fi iertat îndeplinind spovedania în latura ei formală și apoi întorcându-te la același mod de viață păcătoasă. Femeia care a avortat trebuie să aibă pocăință cel puțin atât de mare pe cât sunt rănilor pe care păcatul ei le-a pricinuit vieții. Astfel, încadrarea ei într-un ritm sacru de viață – canoane de rugăciune, asceza postului, milostenie până la sărăcirea materială de sine, asumarea orișicărei cruci a suferinței, trăirea cinstită și responsabilă a vieții conjugale, asumarea unei atitudinii intransigente față de avort în dialogurile cu copiii și societatea – să nu i se pară pedeapsă sau corvoadă ci, dimpotrivă, spații ale libertății și împlinirii. Nu trebuie uitat că urmările unui avort nu se încheie după câțiva ani ci se întind până la capătul istoriei – un copil pierdut înseamnă dispariția a generații după generații de oameni, fiecare cu rostul lor înaintea lui Dumnezeu față de lume! Prin urmare și canonul pentru avort, deși păcatul se iartă și se dezleagă real în Taina Spovedaniei, rămâne ca un mod de a fi întreaga viață pământească.

În sfârșit, iertarea din Spovedanie ar putea fi nu invalidă, ci fără rod, în situația în care femeia ce a avortat și care trăiește dinamica pocăinței în hotarele canonului primit, se îndoiește de iubirea iertătoare a lui Dumnezeu. Este vorba de deznădejdea din păcat. Conștientizând gravitatea păcatului sufletul ei este cuprins de *tristețea cea rea a deznădejzii* prin care diavolul o ispitește spre o pocăință redusă la sentimente de vinovăție atât de zdrobitoare încât nu mai poate vedea învierea din harul lui Hristos. Duhul deprimării cuprinde atât de profund bietul suflet încât nu-l mai lasă să simtă că plânsul are și un alt registru decât cel pentru păcat, respectiv acela din dorul după desăvârșire („fericiți cei ce plâng”). În această situație femeia care a avortat și s-a spălat în apele învierii din spovedanie, trebuie să știe că Dumnezeu nu se preface doar că iartă ci o face la modul cel mai real cu putință. A ierta pentru Dumnezeu înseamnă lucrarea Lui creatoare prin care distruge o realitate trecută și căzută din viața omului și o face din nou a vieții. În ochii lui Dumnezeu femeia care și-a ucis pruncul în pântec și care a fost dezlegată și iertată în spovedanie și se află în hotarele canonului (adică a Învierii) nu mai este o ucigașă. Când prezentul este sfânt nu mai există trecutul păcătoasă. Să ne gândim în acest sens la Sfânta Maria Egipteanca. Ea nu a fost doar o desfrânată notorie ci, foarte probabil, și una care în repetate rânduri și-a ucis rodul pântecelui desfrânat. Însă spovedania ia dăruit iertarea, iar hotarele unei vieți de canon au făcut-o sfântă. Dumnezeu n-a privit-o în pustietatea Iordanului nici o clipă ca pe o ucigașă ci ca pe o candidată la sfințenie și la împărăție. La fel, o altă sfântă, Taisia (+430) care fusese prostituată într-o casă de desfrâu; după ce este

câștigată la Dumnezeu prin starețul Pafnutie își arde averea adunată din curvie în mijlocul cetății și urmează drumul pocăinței asumându-și bucuria canonului. Trei ani de zile petrece în izolare desăvârșită a chiliei strigând neîncetat: „Cel ce m-ai zidit Dumnezeule, miluiește-mă”. Și gusta puțină pâine și bea apă cu măsură odată pe zi. Iar după trei ani starețul Pafnutie a mers la marele Antonie pentru a-l întreba dacă Dumnezeu a primit pocăința aisei. Avva Antonie, chemându-și ucenicii le-a poruncit ca fiecare să se închidă în chilia lui și să-L roage pe Dumnezeu pentru a le descoperii starea celei ce fusese desfrânată și implicit ucigașă de copii prin avort. Iar Dumnezeu arată Avvei Pavel cel Simplu o vedenie: cerurile erau deschise și un pat așternut cu țesuturi scumpe și strălucind de slavă, pe care-l păzeau trei fecioare cu fețe prealuminate și o cunună era pe patul acela. Acestea văzându-le Avva Pavel și-a zis: „patul și cununa nu sunt gătite altcuiva decât părintelui meu Antonie”. Și a venit către dânsul un glas zicându-i: „nu părintelui Antonie îi sunt gătite acelea, ci Taisiei, cea care a fost desfrânată”²². Așadar, iertarea lui Dumnezeu însemnează deschiderea Împărăției pentru cel cu pocăință autentică. Și atunci, cramponarea unor mame, ucigașe de copii prin avort, de a rămâne, și după spovedanie și după ce și-au statornicit viața în hotarele harului dumnezeiesc și a ascezei, în tânguirea deznădăjduită, înseamnă o cursă a diavolului care împinge bietul suflet în deznădejde ca păcat împotriva Duhului Sfânt. Ori harul dumnezeiesc al tainei pironeste păcatul, iar lucrarea smerită a omului de a rămâne în har saltă viața în bucuria Împărăției. Prin urmare spovedania autentică și integrarea și încadrarea liturgică a vieții nu mai lasă loc duhului deprimării în viața omului.

²² Sfânta Taisia, *Proloagele, Octombrie, Ziua a 8-a*, Ed. Mitropoliei Olteniei, Craiova.

RECENZII - BOOK REVIEWS

Beatrice Ioan, Vasile Astărăstoae (Editori), *Dileme etice la finalul vieții*, Ed. Polirom, Iași, 2013

Acest volum cuprinde materiale pregătite de un grup de cercetători postdoctorali, din cadrul proiectului finanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013, sub coordonarea Universității de Medicină și Farmacie Gr. T. Popa din Iași, prin Beatrice Ioan și Vasile Astărăstoae.



Volumul cuprinde teme care tratează teme bioetice la finalul vieții. Astfel prima parte prezintă diverse perspective filosofice și religioase asupra morții, încercări de definire a fenomenului morții și conceptul de moarte cerebrală.

Partea a doua arată complexitatea problemelor etice și medicale privind finalul vieții, fiind reliefate aspecte care se interpun între eficiența actului terapeutic și trăirile personale ale acestor pacienți, cum ar fi: tratamente inutile la finalul vieții, tematica îngrijirilor paliative și adaptarea psihologică la finalul vieții.

Decizii privind tratamentele medicale în stările terminale și așa numita *directivă în avans*, cu toate particularitățile specifice, sunt prezentate, pe larg, în partea a treia.

Partea a patra ne expune complexitatea temei transplantelor de organe, cu aspecte juridice și etice care se prezintă în fața acestor probleme, factorii psihologici ai consimțământului de donare de organe după deces, percepțiile și credințele cu privire la donarea și la transplantul de organe, donarea de organe post-mortem, cu reprezentările mediatiche și promovarea prin campanii publice și aspecte privind calitatea vieții a pacienților care suferă de insuficiență renală cronică.

În afara celor doi coordonatori menționați, ceilalți autori sunt: Lacrima Rodica Boilă, avocată și cadru didactic la Universitatea Petru Maior din Târgu Mureș, Departamentul de Științe Juridice, Economice și Administrative, Silvia Dumitraș, medic primar la Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Sfânta Maria din Iași, Mariana Enache, medic specialist epidemiolog, Iași, Cristina Gavriluță, cadru didactic al Facultății de Filosofie și Științe Social/Politice a Universității Alexandru Ioan Cuza din Iași, Rodica Gramma, cadru didactic la Universitatea de Medicină și Farmacie din Chișinău, Andrei Holman și Adina Karner-Huțuleac, cadru didactice al Facultății de Psihologie a Universității

Alexandru Ioan Cuza din Iași, Ștefana Moisă, medic specialist în Pediatrie la Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Sfânta Maria din Iași, Andrada Pârvu, cadru didactic al Universității de Medicină și Farmacie Iuliu Hațieganu din Cluj-Napoca, Vladimir Poroș, medic specialist la Clinica de Urgențe Chirurgicale a Spitalului Clinic de Urgențe Sf. Ioan din Iași, Gabriel Roman, preot și doctor în teologie și Irina Streba, medic primar legist la Institutul de Medicină legală din Iași.

MARIA ALUAȘ

Matthias Beck, *Leben-wie geht das?: Die Bedeutung der Spirituellen Dimension an den Wendepunkten des Lebens (Cum funcționează viața?)*, Ed. Styria Premium, 2012

Autorul răspunde aceste întrebări pledând că înțelegerea ce i-o atribuim coordonează întreaga sa funcționare. Pornind de la înțelegerea biologică, observăm inevitabil pluridimensionalitatea acesteia. Viața în sens biologic nu este singura dimensiune a existenței. Pentru a explica acest punct de vedere, autorul ne poartă prin toate etapele ei, de la concepția omului până la finalul vieții. Așezarea capitolelor cărții nu urmează nici pe departe doar ordinea dezvoltării biologice a omului. Dacă inițierea în înțelegerea mecanismelor de funcționare a vieții e dată de biologie și genetică, descoperim destul de rapid că acestea nu sunt și singurele dimensiuni normative ale vieții. Activarea trăsăturilor genetice este un proces ce se desfășoară în timp și mai ales în spațiu, cu concursul experiențelor umane.

Așadar, adăugăm pe manifestul de călătorie procesele de maturare psihologică ale individului, cu întrebările inerente despre sens, absolut și existență. Stări care nu întâmplător au loc preponderent în ultima perioadă a vieții. Dimensiunea care se adaugă de la sine acum, este aceea a religiosului, dimensiune normativă în toate etapele sale. *Viața umană ignoră ceva ce pare de la sine înțeles, precum lumina și adesea trecut cu vederea: Divinul.*

Matthias Beck este om de știință, medic, filosof și teolog. Stilul în care reușește să îmbrace dialogul dintre trup și suflet este unul netensionat și ușor informal, nedorind a oferi un studiu de cercetare științifică biologică ori un tratat teologic. Însă, coerența ideatică și claritatea argumentelor aduse servesc exemplar scopului propus de a pune împreună

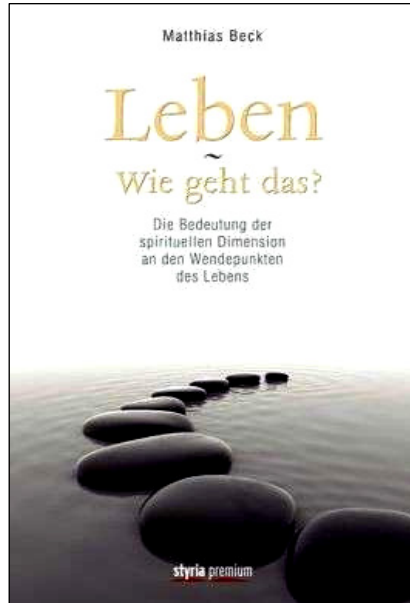
întrebările existențiale ale vieții cu cunoștințele medicale și științifice. Competența multiplă a autorului și poziția ocupată în diverse organisme etice, medicale și teologice la nivel european oferă certitudinea informațiilor prezentate dar și gravitate temei.

Abordarea unui discurs natural, reprezintă punerea în scenă ideală a interdisciplinarității subiectului, atingând concret și nepărtinitor publicul țintă. Iar afirmații precum *O inimă bate de la sine – esențialmente nimeni nu știe exact de ce*, sprijină și mai mult sinceritatea necesară înțelegerii modului de funcționare a vieții. Atingerea temei realizărilor din timpul vieții este un atu pentru o publicație într-o lume ușor dezorientată.

Astfel, avem în față un ghid de călătorie într-o viață care e posibil să ne surprindă cu complexitatea elementelor sale constitutive, însă, după cum spune și autorul, esențial o viață cu un scop și o direcție.

În rândurile următoare vă oferim un dialog cu autorul acestei cărți.

1. Cui nu i se adresează întrebarea *Leben – wie geht das?*¹ și toată dezbateră pe care o generează? Există vreo categorie care iese de sub incidența acestei întrebări?



Se adresează tuturor. De la nou-născut, trece prin copilărie și criza pubertară, surprinde povara vieții adulte și se așează asupra suferinței și bolilor bătrâneții, împreună cu probleme psihologice precum puținătatea timpului, frica, păcatul și vina.

2. Sunt experiențele din sfârșitul vieții normative sau reprezentative pentru a considera valorile și succesul din viață în conformitate cu acestea?

Chiar dacă experiențele de sfârșit ale vieții sunt caracteristice unei anumite părți din viață, întrebările adresate în acest timp sunt priviri lucide asupra sumarizării vieții și a viitorului inevitabil. Așadar, în acest fel, este crucial ca adresarea lor să se petreacă la fiecare vârstă. Și se pare că ele sunt reprezentative pentru întreaga existență umană.

3. În ce fel căutarea scopului ultim întreprinsă de Viktor Frankl se aplică în medicina modernă?

Din păcate, din cauza schimbării de paradigmă în abordarea medicală, dacă nu ești un discipol al căutării de sens, cruciada tehnică asupra iminentului nu ține cont și de immanent. Sau cel puțin nu încă.

4. Care este următorul pas în înțelegerea științifică a vieții?

Dacă scopul medicinei este vindecarea, atunci așezată lângă felul în care persoanele în vârstă din hospice-uri și uni-tăți de îngrijire paliativă își obțin cu ade-

¹ *Leben – Wie geht das? – Viața – cum funcționează?*

vărat vindecarea, aș spune că dezvoltarea neurofiziologiei și a influențelor gândirii asupra sănătății și a percepției suferinței mai degrabă decât a durerii.

5. Ce urmează după epigenetică?

Activarea anumitor condiții medicale este strâns legată de epigenetică. Și printre acești factori epigenetici se află gândurile, sentimentele, experiențele și așa mai departe. Cercetarea în acest domeniu este încă la început și ar fi necesari aproximativ 20-30 ani pentru a se dezvolta și a fi capabili să o implementăm în terapie. Dar după aceea epigenetica ar fi într-o strânsă legătură deterministă cu neurofiziologia.

6. Cum vă vedeți cartea aplicată, tradusă în politici publice?

Încerc să explic că dacă trăim într-o lume capitalistă, îmbrățișarea credințelor creștine în politicile publice de sănătate va aduce numai beneficii sistemului, făcând-ul

mai eficace, mai eficient contabil și mai prosper. Așadar, dacă acestea sunt și scopurile politicii, atunci atribuirea unui sens vieții se va reflecta în cele din urmă în legi și politici de sănătate. Nici un sistem filozofic sau vreo altă religie nu constituie atât de mult pentru personalism precum creștinismul. În creștinism veți întâlni toate nevoile și caracteristicile vieții umane. Așadar viața și creștinismul sunt foarte strâns legate împreună.

Cartea intitulată *Leben – Wie geht das?* scrisă de Pr. Prof. Dr. Matthias Beck a fost publicată în anul 2012 la editura Styria Premium și este prima carte dintr-o serie destinată explicării fenomenelor simple ale existenței umane. A apărut de asemenea în 2013 și continuarea, *Glauben – Wie geht das?*, carte care urmează a fi prezentată în numărul viitor al revistei Centrului de Bioetică.

IONUȚ BELDEAN

ACTIVITĂȚILE CENTRULUI DE BIOETICĂ

Simpozionul anual de la Bistrița, ediția a XII-a, pe tema *Medicii și Biserica Bistrița*, a avut loc în acest an în zilele de 13 și 14 Mai 2013, la Hotel Metropolis, fiind organizat de Arhiepiscopia Ortodoxă Română a Vadului, Feleacului și Clujului, Facultatea de Teologie Ortodoxă a Universității Babeș-Bolyai din Cluj-Napoca, Consiliul Județean Bistrița-Năsăud prin Centrul Județean pentru Cultură, Biblioteca Județeană Bistrița-Năsăud împreună cu Societatea Română de Bioetică, Uniunea Medicală Balcanică din România, Asociația Medicală Română - Filiala Bistrița-Năsăud și Spitalul Județean de Urgență Bistrița. Temele prezentate la această ediție au fost: *Comunicarea cu pacientul în fază terminală și familia acestuia, Problematika medicală, juridică și teologică a stărilor terminale, Aspecte medicale, juridice și teologice asupra morții cerebrale, Atitudini sociale și ale mass-mediei privind suferința și finalul vieții la persoanele publice, Biserica în spital (Diaconie, Taumaturgie)*. La acest eveniment a participat I.P.S. Andrei Andreicuț, mitropolitul Clujului, Maramureșului și Sălajului, Dan Puric, care a vorbit despre *Suferința din închisorile comuniste*, precum și Pr. prof. dr. Ioan Chirilă, UBB Cluj, Prof. Vasile Astărăstoae, UMF Gr. T. Popa, Iași, Prof. Dan Dumitrașcu, UMF Iuliu Hațieganu Cluj, Heinrich Schnatmann, Internationales Bildungs und Sozialwerk (Germania), Mihai Valica, Universitatea Albert Ludwig din Freiburg (Germania), Pavel Chirilă, Fundația Sf. Irina din București etc. Evenimentul a fost organizat de prof. dr. Mircea Gelu, iar în a doua zi a manifestărilor științifice a fost prezentat și volumul omagial „*Medicină și Teologie*”, apărut la Editura Presa Universitară Clujeană, ed. prof. univ. dr. Alexandru Moraru și pr. lect. univ. dr. Gabriel Viorel Gârdan. Volumul cuprinde studii care încearcă să contureze personalitatea doctorului Gelu Buta, fiind prezenți autori precum: Andrei Marga, Vasile Astătăstoae, IPS Teodosie, PS Vasile Someșanul, Stelian Tofană, Dan Ciachir, Alexandru Vidican, Ioan Dâmbu, Adrian Onofreiu, Dorin Diaconescu, Nicolae Feier, Elena M. Cîmpan, Ana Tătar, Cornel Cotuțiu, Alexandru Cățcăuan, Jean Pădureanu, Victor Știr, Dan Puric, Olimpiu Nușfelean, Ioan Pinte, Virgil Rațiu ș.a. „Mircea Gelu Buta este un om de suflet, pentru suflete, echilibrat și elegant prin modul de a fi, prin felul de a se raporta la cei din jur, mai cu seamă la sutele și miile de pacienți cărora le-a insuflat nădejdea în continuare a vieții, într-un mod decent, în spiritul moralei creștine; este un dascăl apreciat, un coleg apropiat, deschis, săritor la nevoile fiecăruia, a romanian genthleman, o personalitate puternică, cu reală vizibilitate în țară și străinătate”, spun coordonatorii volumului.

*

În cadrul programului “Central European Exchange Program for University Studies” (CEEPUS), a devenit o tradiție ca de câteva ori pe an să ne fie prezentate teme și dezbateri actuale care privesc aspecte legate de bioetică sau de justiție socială. Astfel, la data de 30 mai 2013 am primit și vizita prof. Petra Steinmar Posel de la Universitatea din Viena, Austria, care ne-a prezentat două cursuri pe tema: *Dreptatea într-o lume limitată. Durabilitate – Etică – Spiritualitate*.

Exigența pentru durabilitate, pentru un stil de viață nou și durabil, precum și o cultură economică și durabilă este o temă actuală și frecventă în zilele noastre. Dar ce este ceea ce numim „dezvoltare durabilă” – cum o putem defini? Și care sunt principalele provocări cărora trebuie să le facem față astăzi? Cât de conștient este cetățeanul european de existența acestor probleme (în special cel din România și din Austria)? Ce face atât de dificilă schimbarea modului nostru de viață și cadrele noastre economice, pentru a realiza o societate mai justă și mai durabilă? Prelegerile susținute de prof. Petra Steinmar Posel au încercat să găsească răspunsurile adecvate la aceste întrebări. Un aspect important a fost legătura dintre tema dezvoltării durabile și teologie. În această serie de prelegeri ipoteza de la care s-a plecat a arătat că criza ecologică cu care ne confruntăm pleacă de la o criză spirituală. Pentru a rezolva problemele noastre ecologice și pentru a forma o societate mai justă și mai durabilă putem pleca de la exemplele date de marii maștri spirituali ai umanității.

*Provocarea definitorie a secolului al XXI-lea va fi să se confrunte cu realitatea că umanitatea împărtășește un destin comun pe o planetă aglomerată. Că soarta comună va necesita noi forme de cooperare la nivel global, un punct fundamental simplu, pe care mulți lideri mondiali nu au fost încă capabili să-l înțeleagă sau să-l adopte (Jeffrey Sachs, *Common Wealth. Economics For A Crowded Planet*, 2008).*

INDICAȚII PENTRU AUTORI

Articole

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

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

Textele vor fi însoțite de :

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

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

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

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

Regulile de citare

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

Recenziile

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

Note

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

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

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

Articles

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

Title (maximum 80 characters; all caps; bold)

The texts will be accompanied by:

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

References: are listed at the end of the article, in alphabetical order, with Times New Roman font, 10 pt, 1.5 lines spacing, as follows: authors, article's title (italic), the name of the publication (double quotes), editor, volume, number, year, pages. Materials can be sent via e-mail, as an attachment, formatted doc. + pdf. at centruldebioetica@yahoo.com

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

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.