



STUDIA UNIVERSITATIS
BABEŞ-BOLYAI



BIOETHICA

1/2012

YEAR
MONTH
ISSUE

(LVII) 2012
JUNE
1

STUDIA UNIVERSITATIS BABEȘ-BOLYAI BIOETHICA

1

Desktop Editing Office: 51ST B.P. Hasdeu, Cluj-Napoca, Romania, Phone + 40 264-40.53.52

CUPRINS – CONTENT – SOMMAIRE – INHALT

ȘTEFAN ILOAIE, Editorial: *Frumusețile și limitele tehnologiei* * Editorial:
Beauty and the Limits of Technology..... 3

STUDII

YORDANIS ENRÍQUEZ CANTO, Bioetica latinoamericană ca dialog democratic.
Considerații critice * *Latin American Bioethics as Democratic Dialogue.*
Critical Considerations..... 9

MIRCEA GELU BUTA, LILIANA BUTA, Lupta pentru etica vieții * *Fighting*
for Life Ethics..... 25

IUSTIN LUPU, IOAN ZANC, MIHAI LUPU, Atitudini față de eutanasiu în
funcție de religiozitatea și afilierea religioasă declarată, la studenții
mediciniști din Cluj-Napoca * *Attitudes towards Euthanasia by Religiosity*
and Religious Affiliation in Medical Students from Cluj-Napoca, Romania.... 33

ALA OJOVANU, VITALIE OJOVANU, Bioethics and Dentistry: The Establish-
ment of Essential Subjects * *Bioetica și stomatologia: stabilirea subiecților*
esențiali 59

FLORIAN-MIRCEA ZDROBA, Fertilizarea in vitro – o perspectivă a bioeticii
actuale * *In Vitro Fertilization - a Perspective of Current Bioethics* 65

MARIAN PĂTRAȘCU, Simbolul porumbelului și importanța lui pentru familia
contemporană * *Dove Symbol and Its Importance for the Contemporary
Family* 81

DIN ACTIVITĂȚILE CENTRULUI DE BIOETICĂ *
ACTIVITIES OF THE BIOETHICS CENTRE 85

ȘTEFAN ILOAIE

Editorial:

FRUMUSEȚILE ȘI LIMITELE TEHNOLOGIEI

Tehnologiile moderne sunt caracterizate de ineditul lor. Văzute, distorsionat, ca având scopul doar în ele însele, ele ajung să nu-l mai mulțumească pe om, doritor permanent de înnoire, de creșterea confortului, de depășirea stadiului științific și tehnologic actual. Din ce în ce mai multe realizări științifice și tehnice, imposibile altădată, funcționează astăzi și multe dintre ele vor fi, în scurtă vreme, schimbate cu altele și mai noi, pe care abia le bănuim acum. Astfel, se vorbește deja despre roboții-prieteni ai omului, prezenți în casă sau pe stradă, care vor realiza, de la distanță, prin internet, contactul vizual direct al părinților cu copilul din casă, cu medicul de familie sau cu banca, facilitându-i omului existența.

Știința și tehnologia au devenit realități atât de puternice încât se vorbește – pe bună dreptate, mai ales în câmpul bioeticii – despre jocul „de-a Dumnezeu”: sunt oameni care creează, efectiv, ori care judecă și hotărăsc viața și moartea, acțiuni care îi sunt specifice Creatorului și pe care, prin rațiune, i le-a făcut cunoscute – în parte – și omului. Există și exagerări – care își au punctul de plecare în anumite realități concrete –, formulate mai nou inclusiv sub formula *tehnopanica*: spaima omului în fața tehnologiilor sau teama omului credincios față de rațiunea manifestată prin descoperirea științifică. A devenit o obișnuință, dar, este, de fapt, un paradox, că tehnica, cea prin care se desfășoară noutatea, îi oferă omului nu numai panică, ci și starea de mulțumire, de încântare, că folosirea obiectului produs de ea trece dincolo de atitudinea de mirare a omului, liniștindu-l prin puterea pe care i-o acordă

Dar, excluzând aceste exagerări, descoperim totuși posibilitatea îmbinării rațiunii și credinței în viața omului postmodern, care – în funcție de înțelegerea propriei credințe, e adevărat: dacă are una – se poate manifesta, deodată, credincios, dar și folositor al tehnologiei. Dacă vedem această rezolvare doar ca una moralizatoare, venind dinafara sistemului științific și tehnologic, și nu una provocată și cuprinsă în miezul proceselor, se va ajunge din nou la aplicarea unei rețete reci, exterioare, distante, care riscă să păstreze și să adâncească criza relativismului etic actual, consecință a pluralității ideologiilor prezente în societate și a dezvoltării „moralei post-tradiționale seculare”.

Rațiunea l-a făcut pe omul postmodern să aibă sentimentul că stăpânește tot mai multe segmente ale cunoașterii tainelor vieții universului și ale vieții sale. Această stăpânire a lumii externe și a celei interne îl face pe om unic, dar acțiunile

așezate sub stăpânirea sa, pe care el o manifestă prin puterea minții, reprezintă depășirea unor realități care erau posibile pentru înaintașii „omului recent” (după expresia lui Horia-Roman Patapievici). Dacă Dumnezeu i-a dat omului actual, din acest punct de vedere, o putere mai mare decât celui dinaintea sa, este la fel de adevărat că i-a acordat și o responsabilitate mai mare. Descoperirile științifice și tehnologice, ca efecte ale folosirii rațiunii, îi conferă omului sentimentul puterii exterioare, dar nu îi anulează datoria morală interioară a aplicării rezultatelor tehnologice în anumite limite, care sunt și etice și morale. Din modul în care omul își impune sieși aceste limite, care altădată erau impuse de o autoritate exterioară lui, se citesc reperele valorice pe care el le posedă.

Ineditul tehnologic surprinde deoarece, așezat între folosirea în sens pozitiv și în sens negativ a rezultatelor științifice, omul este obligat să decidă în situații în care nu are alte repere, nici măcar unele de factură religioasă. Singurul punct de sprijin par să-l constituie *propriile sale valori*. În măsura în care acestea – dar care sunt ele și cine le conferă valabilitate? – vor avea preponderență în viața omului, în aceeași măsură actul decizional va fi unul pozitiv; dar: „pozitiv” față de care dintre reperele posibile? Exemple foarte la îndemână din domeniul bioeticii ne descoperă adevărul că unul dintre criteriile valide pentru păstrarea unui echilibru între propunerea făcută de cercetările tehnologice și valoarea vieții umane este responsabilizarea omului cu privire la deciziile pe care el le ia.

S-au scurs câteva secole de când cercetarea s-a despărțit de demersul teologic al cunoașterii. Autonomia pe care a primit-o i-a conferit însă și pierderea unui anumit echilibru ontologic și moral, de a-i sluji omului – creatură a lui Dumnezeu – și binelui. Așa s-a ajuns la încercarea, devenită tot mai clară în ultimele două decenii, de formulare a unor limite ale aplicabilității tehnologiilor, granițe care se revendică – în funcție de propunător – fie direct din credință, fie din „învecinarea” cu aceasta, în ceea ce se numește „morală/ etica tehnologiilor”, „etica științifică”, „bioetica” ș.a. Aceasta pentru motivul că lipsa limitelor poate duce la ceea ce teologul Olivier Clément numea „fatalitate tehnocratică”, plecând de la considerentul că tot ceea ce tehnic – prin rațiune – e posibil, trebuie să fie și realizat.

Paradoxal, însă, după aplicarea principiilor Iluminismului și declanșarea unei rupturi între rațiune și credință, între știință/ tehnologie și teologie, secolul 20 a adus cu sine o încercare de împăcare a celor două, iar începutul de mileniu trei propune așezarea lor la masa discuțiilor. Iar aceasta reprezintă o speranță în plus pentru cei temători de imensul val al tehnologizării excesive.

Ceea ce a determinat o asemenea schimbare de optică este dezvoltarea biotehnologiilor și aplicarea acestora la om, cu temerea legată, *optimist*, de imposibilitatea omenirii de a stăpâni efectul acestei aplicații și, *pesimist*, de previziunea distrugerii omului de către om printr-o nestăpânită dorință de cunoaștere. Tehnologiile moderne aplicate prin intermediul medicinei introduc însă un relativism al vieții, în ciuda faptului că s-au născut tocmai din dorința de a-i sluji cât mai bine acesteia; facilitarea unor acțiuni și servicii aduse omului are, însă, toate șansele să se transforme în înlocuirea lui.

Îmbinată cu credința, care așază centrul de atenție într-un „dincolo”, folosirea rezultatelor tehnologice se transformă din scop în mijloc, impunând stabilitate în locul relativismului infiltrat în viață. În ultima perioadă se afirmă, din ce în ce mai limpede, că – dacă manifestările rezultate din aplicarea metodelor tehnologice vor continua să fie considerate sensuri în sine, fără a fi dublate de puterea duhovnicească a transcendentului – ele nu vor descoperi, fundamental, altceva, oricât de importante ar fi rezultatele științifice ale cercetărilor, decât tocmai lipsa unui sens și *nevoia noastră de sens*.

Privită în sensul autentic al raportului omului cu divinitatea, tehnica este bună în sine, fiind un rezultat al căutării adevărului, al cercetării celor necunoscute, al depășirii cunoașterii precedente. În afara relației cu divinul însă, ea îl transformă pe om din utilizator în sclav, iar exemplele cele mai simple, cum ar fi folosirea telefonului mobil, sunt la îndemâna tuturor. Provocarea pe care *tehnofobia* i-o așază omului înaintea conștiinței este aceea că, deși rezultatul tehnicii se datorează acțiunii raționale și chiar spirituale a subiectului uman, acesta – în ciuda caracterului său duhovnicesc – se lasă supus obiectului, se supune lucrului, *se reifică*. Puterea tehnicii este tot mai sporită datorită slăbiciunii umane!

În mod principal, puterea de acțiune umană nu contravine intervenției lui Dumnezeu în creație, cercetarea și descoperirile sunt lăsate din voia Creatorului, iar omul își folosește forța de introspecție și de extrospecție în baza statutului său de ființă creată după chipul lui Dumnezeu. Dar, din chipul divin rezultă caracteristici ale demnității umane de care omul modern nu poate să nu țină seama. Marea și, în fond, singura problemă a tehnicii este scopul pentru care este ea folosită, dacă servește cu adevărat omului ca ființă relaționată în Dumnezeu sau dacă, dimpotrivă, provoacă și întreține îndepărtarea de El. Pe de altă parte, adeseori, împlinirea unui scop imediat bun în sine nu face parte din scopul la fel de bun pe termen lung și în plan general, dar relaționat cu credința în Dumnezeu. Ar trebui să privim spre exemplu, ceva mai critic, dezvoltarea tehnologiilor de transplant la om care, în cele mai multe cazuri, în loc să prelungească viața, nu fac decât să prelungească suferința.

Este deja dovedit ca o himeră idealul că *a trăi mai bine* este identic cu *a suferi mai puțin*, că a avea totul la dispoziție înseamnă a nu-ți lipsi nimic, că a trăi mai mult reprezintă a trăi veșnic. Ecuația primește o altă valoare însă, dacă tehnologia este subsumată scopului creștin al existenței omului, acela de a-L cunoaște și a se întâlni cu Dumnezeu, de a-i fi folositoare aproapei – fiind aplicată în dragostea fraternă față de el –, de a proteja lumea și creația pentru a I-o prezenta Creatorului, pregătită fiind de marea întâlnire. În acest ultim sens, tehnicile de transplantare amintite devin mijloace prin care se dovedește iubirea de semen și prin care prelungirea vieții, chiar suferindă, e prilej pentru pregătirea și lucrarea mântuirii. Căci – din punct de vedere creștin, dar nu numai – tehnica nu deține vreun scop în sine, ci ea slujește persoana umană, care o folosește corect și fără probleme din punct de vedere moral numai dacă ea, persoana, își identifică scopul vieții în veșnicie. Altminteri, tehnica nu are limite și subjugă.

STUDII

BIOETICA LATINOAMERICANĂ CA DIALOG DEMOCRATIC. CONSIDERAȚII CRITICE

YORDANIS ENRÍQUEZ CANTO*

ABSTRACT. The author of this article describes the main directions of development of bioethical debate in the Ibero-American context. There are shown also the foundations of these positions and also the main authors who describe and analyze the bioethical issues specific to Latin America. Based on local problems, there are proposed solutions that could be globally valid for all human persons, regardless of geographical, cultural, social, economic or political contexts.

Keywords: *Ibero-American Bioethics, Consent, Ethical conflicts.*

REZUMAT. Autorul acestui articol arată principalele direcții de dezvoltare a dezbaterii bioetice în contextul latinoamerican. Sunt indicate și fundamentele acestor poziții și totodată autorii de referință care descriu și analizează temele bioetice specifice Americii Latine. Plecând de la probleme locale se propun soluții care să fie valabile la nivel global pentru toate persoanele umane, indiferent de contextele geografice, culturale, sociale, economice sau politice din care provin.

Cuvinte cheie: *Bioetica latinoamericană, consens, conflicte etice.*

1. Introducere

În prefața unui text recent¹ care cuprinde contribuții cu privire la dezvoltarea istorică a bioeticii ibero americane, Engelhardt jr. arată că: „în orice caz, bioetica s-a transformat relevând faptul că nu este una singură, ci mai multe, cu istorii diferite și diverse concepții pe care se fundamentează. Pe de o parte, faptul acestei transformări este datorat forței culturii locale, iar pe de alta, contribuțiilor și influențelor unor determinate persoane și a unor evenimente locale speciale. În consecință, pentru a aprecia caracterul diversificat al dezvoltării bioeticii în toată lumea, este nevoie să privim cu atenție modul în care ea s-a format la nivel local. Bioetica are o evoluție

* PhD in Bioetica, Centro di Ateneo di Bioetica. Università Cattolica di Milano, yordanienriquez@yahoo.it.
Traducere din limba italiană de Maria Aluaș.

¹ Volumul menționat este un punct de referință pentru acest studiu, punând în comun vocile celor care au participat la fondarea și la dezvoltarea bioeticii în America Latină, în Caraibe și în Peninsula Iberică. Textul oferă o privire de ansamblu asupra nașterii bioeticii în aceste regiuni. PESSINI L, DE BARCHIFONTAINE C, LOLAS STEPKE F (a cura di). *Ibero-American Bioethics. History and Perspectives*, New York: Springer; 2010.

care provine de la autori diferiți în interiorul a diverse culturi”². Volumul menționat, care este primul dintr-o serie ce se focalizează în a conserva caracterul dezvoltării bioeticii în contexte culturale, afce o tentativă în identifica o mapă a „bioeticilor” în America Latină. După Engelhardt importanța urmăririi cu atenție a modului în care bioetica se formează într-un context istorico-cultural transformându-se în „diverse bioetici” este dată de faptul că aspirația la o bioetică globală este cu atât mai mult disputată cu cât este mai mult luată în serios exigența unui pluralism etic. În acest mod filosoful american contrapune posibilitatea unui consens global, cu privire la bioetică, unei diversități de perspective locale. Afirmațiile sale nu numai că subliniază pluralitatea contextelor diferite în care s-a dezvoltat bioetica, ci și legitimitatea „bioeticilor” în dauna, uneori, a conținutului lor substanțial.

A reflecta astăzi asupra problematicilor bioeticii într-un oarecare context cultural sau geografic, pleacă de la premiza că acestea sunt globale și că interesează pe toți oamenii. Faptul că aceste teme îi interesează pe toți nu putem spune că ar fi o exprimare în sens figurat tocmai pentru că „cercetările științifice și aplicarea lor sunt făcute posibile datorită finanțării economice a muncii chiar și a celui mai modest dintre contribuabili; (...) pentru că acestea condiționează stilurile de viață (și sărăcia) și în țări care sunt excluse din aceste procese în mod activ; (...) pentru că modifică calitatea resurselor ce privesc întreaga planetă; (...) pentru că, prin forța persuasivă a „faptelor”, delimitează un anume ideal al omului și prin urmare o anumită imagine a cât de mult aspiră la perfecționarea sa și a mediului în care trăiește”³. Cu toate că este o problemă globală nu se exclude existența unui mod specific de punere a problemelor, de acest fel, în America Latină⁴ sau, în general, în țările în curs de dezvoltare. Acest element sugerează, de altfel, că nu există realități geografice care într-un anume mod să fie imune la provocările tehnostiințelor.

O obiecție la această ultimă afirmație este aceea că anumite dezavantaje ale tehnostiințelor pot să găsească terenul fertil pentru o dezvoltare mai complexă depinzând de factorii sociali și economici ai diverselor țări. Pe scurt, convingerea prevalentă că există problematici bioetice care aparțin contextelor determinate. De fapt, este cunoscut faptul că caracteristicile socio economice ale țărilor aflate în curs de dezvoltare influențează relevanța anumitor rezultate în fața altora. În acest sens, spre exemplu, s-ar putea sugera că rezultatele corelate accesului la resursele medico-sanitare să constituie o problemă urgentă în țările latinoamericane mai mult decât în țările europene. În mod egal, este clar că problemele legate de tehnologiile de vârf, în fond, nu privesc realitatea latinoamericană conformată, din țări cu resurse economice scăzute și cu un nivel de dezvoltare tehnologică inferior mediei europene. Această poziție riscă să nu fie precisă deși accesul la resursele sanitare este, fără

² Engelhardt H. T. Jr., *Foreword* in PESSINI L, DE BARCHIFONTAINE C, LOLAS STEPKE F (a cura di). *Ibero-American Bioethics...*: V-VI, p. VI.

³ Pessina A, *Bioetica. L'uomo sperimentale*. Milano: Mondadori; 2006: 37.

⁴ A se vedea MAINETTI JA, PIS DIEZ G, TEALDI JC. *Bioethics in Latin America*. In Lustig A (a cura di). *Bioethics Yearbook*, vol. 2 *Regional development in Bioethics: 1989-1991*. Dordrecht: Kluwer Academic: 83-96.

îndoială, o temă importantă în țările latinoamericane, nefiind o problemă exclusivă a țărilor în curs de dezvoltare, din moment ce se întâlnesc și în societățile cu un înalt nivel de dezvoltare tehnologică. Cât privește, în schimb, problema folosirii tehnostiințelor, marea parte a țărilor latinoamericane dispun de aparatură medicală de vârf accesibilă, contra cost, la fel ca orice țară dezvoltată, este suficient să se țină cont, spre exemplu, de progresul tehnicilor de reproducere asistată care în ultimii ani a determinat o creștere a numărului de clinici acreditate care fac parte din grupul „Red Latinoamericana de Reproduccion Asistida”⁵. Ținând seama de aceste precizări, putem să afirmăm fie universalitatea temelor care au legătură cu bioetica, fie influența contextului în modul lor de a apărea și de a se manifesta, conferindu-le caracteristici speciale chiar dacă sunt departe de a oferi o omogenitate cu privire la problematicile etice referitoare la om.

Dacă temele de bioetică sunt, în fond, similare, fără a ține seama de contextul din care provin de ce trebuie să le luăm în considerare dintr-o perspectivă locală precum cea a Americii Latine? Aceasta este întrebarea care ghidează gândirea anumitor autori latino americani care încearcă să propună o poziție serioasă, care să plece de la considerarea contextului în care iau naștere temele de bioetică. Rațiunile de a examina asemenea teme plecând de la „o perspectivă locală” sunt multe. Anumiți autori, spre exemplu, indică riscul extrapolării modului de a concepe bioetica într-un context diferit de cel latinoamerican afirmând că „anumite trăsături asociate cel mai des acestei discipline sunt o consecință a faptului că își au originea într-o anumită cultură și la un moment specific al evoluției acelei culturi. A ține cont de acest punct de vedere este recomandabil întrucât orice extrapolare acritică a contextului latinoamerican ar putea să se dovedească a fi inadecvată sau de-a dreptul dăunătoare”⁶. Alți bioeticieni⁷ arată că examinarea acestor teme bioetice dintr-o „perspectivă locală” ar ține seama de factori care și-ar lăsa amprenta asupra soluției. De altfel, identifică ca motivație profitul pe care l-ar avea bioetica, în general, de la ceea ce este posibil de învățat din dificultățile specifice conviețuirii în America Latină.

Motivațiile delimitate mai sus ar putea fi valide, însă este necesar să facem o observație asupra unei probleme de metodă. Ca premiză trebuie să evidențiem faptul că pentru a răspunde la problema relativă la luarea în considerare a unei „perspective locale” este necesar să distingem două aspecte strict legate de modul special de a pune problemele de bioetică. Distincția trebuie făcută între un element formal, adică peculiaritatea cu care se pun problemele într-un context social specific, precum cel al țărilor latinoamericane și unul substanțial, adică problema identității omului înăuntrul unei practici de tip tehnologic care poate varia uneori în funcție de circumstanțe. Pentru aceste motive, în fața interesului pentru „bioeticile locale” se naște întrebarea dacă o problemă globală, precum cea a interesului bioetic,

⁵ Redlara, *Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida* 2007. Santiago de Chile; 2007 (accesat la 23.06.2010, <http://www.redlara.com/imagenes/arq/Registro%202007.pdf>).

⁶ Lolas STEPKE F. *Bioetica*. Santiago de Chile: Impresos Universitaria; 1999, p. 15.

⁷ Luna F., *Bioethics and vulnerability. A Latin American View*. Amsterdam: Rodopi; 2006: 46-47. Pentru o vastă aprofundare a se vedea: SALLES A, BERTOMEU M J. (a cura di). *Bioethics: Latin American perspectives*. Amsterdam: Rodopi; 2002: 1-6.

poate găsi răspunsurile ținând seama doar de criterii de tip local. Cu privire la aceasta, se dorește a se lua în considerare poziția teoretică care prospectează bioetica ca pe un „dilog democratic”⁸ între părțile aflate în conflict într-o dezbatere, concepută ca „forma de utilizare a dialogului pentru a articula și pentru a rezolva pe cât posibil dilemele generate de științe și de tehnostiințe. Expresia „dialog” trimite la participarea la practici sociale discursive sau deliberative în care participanții se recunosc ca interlocutori legitimi și ajung la un acord, respectându-se”⁹. Scopul acestui studiu este acela de a propune anumite considerații critice relative la această poziție teoretică împărtășită de anumiți autori. Studiul nu are pretenția de a fi exhaustiv limitându-se la anumiți autori din aria latinoamericană precum: Josè A. Mainetti¹⁰, Fernando Lolas Stepke¹¹, Delia Outomuro¹² e Florencia Luna¹³. Tezele lor vor fi confruntate accentuând, în special, analiza argumentărilor bioeticienei Florencia Luna care a dezvoltat această poziție teoretică.

2. O lectură a bioeticii latinoamericane

Studiul Florenciei Luna – sociolog de formație – este o tentativă sugestivă de a răspunde problemelor concrete, puse de tehnologie în societatea latinoamericană de azi. Laitmotivul operei sale este analiza acestor problematici și modul în care sunt puse într-o „societate în curs de dezvoltare” și diferențele față de societățile avansate. Câteva dintre textele sale reflectă „obsesiile pentru faptul de a trăi în sud”¹⁴, întrupate într-un corp social contrasemnăt, în opinia sa, de paternalism, de lipsa autonomiei femeilor, de intoleranță și autoritarism. Florencia Luna scrie inspirându-

⁸ Între autorii care împărtășesc aceasta poziție teoretică, a se vedea: LOLAS STEPKE F. *Temas de Bioética. Una introducción*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2002: 20-23; LOLAS STEPKE F ET AL. *Investigación en salud: dimensión ética*. Santiago de Chile. Andrés; 2006, 18; SKOHN LONCARICA A E OUTOMURO D. *La enseñanza universitaria de la bioética: la experiencia en la facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires*. ENGELHARDT D ET AL (a cura di). in *Bioética y humanidades médicas*. Buenos Aires; Biblos 2004: 51-62, 53; LEON CORREA FJ. *Enseñar bioética: como transmitir conocimientos, actitudes y valores*. Acta Bioethica 2008; 14: 11-18, 14; LEON CORREA FJ. *La bioética latinoamericana en sus textos*. Santiago de Chile; 2008 (accesat la 23.06.2010, <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/bioeticalatin.pdf>).

⁹ Lolas STEPKE F., *Temas de Bioética*..., : 21.

¹⁰ Josè A Mainetti este un medic argentinian de formație și director al Școlii latinoamericane de Bioetică.

¹¹ Unul dintre exponenții cei mai importanți al unei astfel de viziuni este Fernando Lolas Stepke, director al programului regional de bioetică al Organizației Panamericane a Sănătății.

¹² Bioetician argentin și profesor la Facultatea de Medicină a Universității din Buenos Aires, UBA.

¹³ Florencia Luna este doctor în filosofie, cercetător și profesor universitar la FLACSO “Facultad Latino Americana de Ciencias Sociales”. Afce parte din comitetul de conducere a International Association of Bioethics (IAB), și Temporary Adviser în Organizație Mondială a Sănătății pentru “Planning Group Meeting for Ethical, Legal and Social Issues (ELSI) in Genetics”.

¹⁴ Florencia Luna face referire la problematicile latinoamericane de care se ocupă în unul din studiile sale: „în acesta exprim anumite obsesii ale conviețuirii în sud care mă provoacă, spre exemplu lumea în care vine prezentate anumite probleme într-o societate în curs de dezvoltare, latină, cu viciile și virtuțile sale, diferită de cele ale unei societăți „dezvoltate”. Astfel, una dintre temele care se reflectă în ceste studii este manifestarea acestui tip de prezență (...). Cfr. In LUNA F., *Ensayos de Bioética: reflexiones desde el sur*. Mexico DF.: Distribuciones Fontamara; 2001: 9.

se din societatea modernă argentiniană, și în același timp reține că aceste caracteristici se regăsesc în majoritatea țărilor din regiune, moștenitori ai aceleiași culturi și a unei istorii comune. Stâlpul de bază a propunerii sale teoretice este legătura stabilită între disciplina bioetică și realitatea socială generatoare de aceste teme de bioetică: pentru Luna, bioetica își trage rădăcinile din realitatea socială și ține cont de diferitele unghiuri și aspecte speciale ale acesteia.

În numeroase articole, dintre care cele mai semnificative sunt: *“Bioética: investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada”* (1998), *“Ensayos de Bioética: reflexiones desde el sur”* (2001), *“Ética y genética. Los problemas morales de la genética humana”* (2004), *Bioethics and vulnerability. A Latin American View* (2006), parcurge tematici care au puncte comune cu bioetica. Studiile privesc, spre exemplu, teme bioetice fundamentale din punct de vedere epistemologic, justiția distributivă în mediul sanitar, raportul medic-pacient, investigarea clinică în țările în curs de dezvoltare, repropunerea anumitor teme pentru dezbaterea în jurul validității morale a intervențiilor de tip abortiv și problematici legate de alegerile procreative în situații în care se prospectează boli genetice grave.

Un element fundamental în studiile sale, este răspunsul dat interogației cu privire la rolul filosofiei, înlăuntrul studiului sistematic¹⁵ al bioeticii. O aprofundare a acestui aspect ne va ajuta, așa cum se va vedea în continuare, să delimităm mai bine premisele teoretice cu privire la tema ce ne interesează. Florencia Luna favorizează o interpretare intermediară între două moduri de a concepe bioetica ca etică aplicată, ca dezvoltare a reflecției filosofice, și o viziune care o cuprinde ca rezultat al deliberării dintre diferite domenii teoretice; o perspectivă în care filosofia contribuie, dar nu are un rol fundamental, în care este unul dintre actori. Pe de o parte, în opinia sa, a-ți concentra privirea asupra aportului filosofic, înseamnă a neglija contribuțiile diferitelor materii în activitatea sistemului bioeticii; pe de altă parte nu putem să nu afirmăm necesitatea participării filosofiei la acest discurs¹⁶.

Urmărind această analiză, Luna propune două modalități pentru a iniția elaborarea bioeticii în „sens restrâns” și „sens larg”. Primul sens se distinge prin tentativa de a înțelege faptele unui mediu specializat și raporturile care derivă din acesta (de obicei se face referire la orizontul lumii medicinei) pentru a aplica în mod mai precis regulile morale, justificate de teoriile etice, în special, de cele de tip deontologic sau utilitarist. După analiza sa, în filosofia morală tradițională regulile morale constituie un aspect central și sunt la rândul lor punctul de plecare a oricărui raționament dezvoltat în acest domeniu. Rezultă că sarcina specialistului este aceea de a le descrie, de a le articula, de a oferi o explicație, clarificând ulterior principiile justificatoare. În sfârșit, orice standard moral acceptat poate fi comandat în funcție

¹⁵ Luna se inspiră din definiția bioeticii dată de Samuel Gorovitz (1992), *Bioethics*”, in *Encyclopedia of Ethics*, coord. LAWRENCE BECKER, Garland Publishing Inc, New York, 1992 și cea propusă de Gillon, Ranaan (1998), “Bioethics, Overview”, in *Encyclopedia of Applied Ethics*, (coord. RUTH CHADWICK), Academic Press, New York 1998 Cfr. in Luna F. *Ensayos de Bioética...* : 19.

¹⁶ *Ibidem*, p. 20.

de aceste principii fundamentale. Concluzionează Luna, afirmând tema filosofiei teoretice: justificarea principiilor și regulile derivate din acestea precum și soluții la probleme concrete.

Luna critică poziția descrisă, deși are tendința de a fi reductivă față de problemele reale ale bioeticii. Concepută într-o astfel de viziune, bioetica ar fi o formă de etică aplicată, o ramură minoră a copacului plin de ramuri a filosofiei. O rămurică în creștere, cu probleme speciale relative domeniului medico-sanitar. Ar rămâne o diversitate de conținuturi care însă ar fi mereu legate de aplicarea metodologiei filosofiei morale tradiționale, cea pe care autoarea o numește, cu un ecou spinozian, „morală geometrică”¹⁷. În sinteză, acest sens „restrâns” caracterizat de ea, ar duce bioetica spre simpla analiză a circumstanțelor peculiare și a conceptelor fundamentale, permițând, în acest mod, să înțelegem procesul de aplicare a unei teorii etice și să evidențiem, la sfârșit, consecințele practice ale unei astfel de aplicări.

În „sens restrâns” ea face obiecții familiare principiaștilor, deși după adepții cazuisticii, principiile și regulile sunt nedeterminate pentru a susține și pentru a ghida în cazul concret o anume judecată morală. Luna se referă la următoarele întrebări pentru a obiecta cu privire la utilitatea practică a acestui „sens restrâns”: „Cum persistă conexiunea dintre teoriile etice vechi, formulate în mod abstract, din moment ce nu țin cont de circumstanțe speciale, și dilemele reale cu care ne confruntăm în medicină, dileme atât de bogate în detalii și în același timp atât de concrete? Accentuarea teoriei nu va provoca o lăsare de o parte a bogăției experienței umane reale?”¹⁸.

În tentativa de a răspunde unei astfel de întrebări se regăsește „sensul larg” a concepției cu privire la bioetică; pentru Luna, una din contribuțiile pentru depășirea golului dintre principiile generale și dilemele reale este opera clasică a lui Beauchamp și Childress intitulată, *Principles of Biomedical Ethics* (1979)¹⁹. În opinia autoarei, asemenea teorie care pleacă de la principii generale aplicate cazurilor concrete, prin intermediul regulilor interpretative și a axiomelor mai restrictive, produse de analiza valorilor medicale și sociale implicate, are o consecință fundamentală: influența

¹⁷ Florencia Luna consimte la contrapозиția făcută de Jonsen e Toulmin între modalitatea de argumentare morală și viziunea geometrică a argumentării morale incidente unei derivații logice a concluziilor analizei principiilor fundamentale. După părerea sa, reprezentantul clasic al acestui filon teoretic este Baruch Spinoza în [SPINOZA B. *Etica dimostrata con metodo geometrico*. Roma: Editori Riuniti; 1988].

¹⁸ Luna F., *Ensayos de Bioetica...*: 21.

¹⁹ Una din opiniile pe care o împărtășim cu privire la principiașism este cea a lui Adriano Pessina. Autorul observă că: „bioetica principiilor aspiră să furnizeze formal criterii ușor de împărtășit de către toți (a nu dăuna pacientului, a-i face bine, a-i respecta autonomia și a promova justiția), evitând să deschidă confruntarea asupra fundamentelor teoretice a acestor principii și prin urmare asupra concepției despre om, despre viață și despre societatea căreia ar fi putut să-i articuleze conținutul. Metoda propusă, pentru conservarea propriei funcționalități, se bazează pe o procedură de echilibrare a principiilor, aceleași care admit transgresiuni continue sau restricții a unuia față de altul. Intenția era aceea de a găsi criterii de acțiune, „ghiduri etice”: rezultatul teoretic și practic rezulta însă ambiguu, deși după cum erau interpretate, acestea principii prezentau soluții contradictorii cu privire la aceeași problemă”. Cf. Pessina A., *Bioetica L' uomo...*, p. 25-26.

reciprocă dintre analiză și revizuirea cazurilor concrete și a principiile teoretice, care se modelează în mod reciproc. În acest proces de influență reciprocă sunt create noțiuni noi cu privire la valoarea principiilor și a aplicabilității lor. Nu este negată valoarea marilor teorii etice, deși este evaluată puterea și tipologia ajutorului lor, și persistă invitația la a stabili o legătură cu circumstanțele concrete. Pentru această autoare numai la nivel teoretic o asemenea propunere evită probleme în aplicare.

Într-o asemenea perspectivă, în mod concret, ce propunem ca fiind „sens larg” în a concepe bioetica? Caracteristicile enumerate de Luna pot fi sintetizate în modul următor: nu doar simpla aplicare a marilor teorii etice ale filosofilor, interpretate în mod independent de bioetică. O caracteristică esențială a acestei concepții este tipul de reflecție folosit, în care dialogul interdisciplinar are ca pivot gândirea filosofică, o gândire îndreptată spre a studia și a examina în mod sistematic, printr-o argumentare limpede, un raționament secvențial și definirea clară a termenilor. O modalitate pe care nu o putem numi incompatibilă cu observarea contextului, cu relațiile personale, cu poveștile de viață și cu situațiile concrete ale celor implicați.

3. O bioetică ca dialog democratic

Ca structură teoretică, poziția acestei autoare latinoamericane tinde să construiască un *locus morali* comun, caracterizat de acele elemente cu care doar o societate justă și democratică se poate mândri. Construcția acestui *locus* posedă o structură fundamentată pe dialogul rațional²⁰, care reprezintă la rândul său unica posibilitate de coabitare între poziții foarte diverse între ele. În opinia noastră, preocuparea autoarei față de dezvoltarea tehnologică și influența antropologică a acestei dezvoltări este extrinsecă concepției bioetice²¹. Nucleul central al acesteia, ca disciplină, este dat de dialogul între pozițiile contrare pentru atingerea unui

²⁰ Vrem să observăm influența lui J. Rawls în propunerea lui Luna, mai ales în concepția cu privire la bioetică ca dialog între părțile aflate în conflict. Rawls consideră idealul de „a trăi politic cu alții în lumina rațiunilor de la care te poți aștepta să fie acceptate de toți în mod rațional”. Acesta este idealul care presupune legitimizarea și justificarea politică a unei societăți liberal-democratice, de aici de înțelege rolul bioeticii - atribuit de Luna - ca fiind comunitatea ipotetică de dialog, în care ne putem aștepta să găsim acordul, în dezbateri, în argumentări. Cf. Rawls J., *Liberalismo político*. Milano: Ed. di Comunità; 1994, p. 206.

²¹ În scop ilustrativ, a se vedea descrierea scopului și a naturii din *Observatorio Argentino de Bioetica*, inițiativă organizată de Florencia Luna care are ca sarcină promovarea unei „abordări critice și nedogmatice a bioeticii în mediul sanitar”. Cu cuvintele sale: „În Argentina, coincidența anumitor poziții predominante în domeniul educației, al sănătății și al justiției fortifică și întărește opiniile mai puțin dispuse la dialog. Intenția Observatorului este aceea de a-și prezenta poziția, nu numai în fața ansamblului societății, ci și în prezența organismelor publice care reglementează și controlează activitățile relative acestor domenii. Scopul său este acela de a contribui la dezbateră publică și specializată cu argumente și probe. În acest mod, sperăm să favorizăm formarea unui consens pentru promovarea dreptului persoanelor la autodeterminare precum și cel al luării de decizii juste și egale, în materie de alocare și distribuire a resurselor”. Cf. Luna Florencia et al., *Aborto por motivos terapéuticos: artículo 86 inciso 1 del Código Penal Argentino*, Buenos Aires: FLACSO Fac. Latinoamericana de Ciencias Sociales; 2006: 9.

acord. Prin urmare, îngrijorarea pentru reflecție este încadrată într-un context politic, adică în eliminarea conflictelor teoretice. Cu privire la acestea, Jose A Mainetti, bioetician argentinian, arată câteva diferențe cu privire la bioetică în America Latină, față de caracteristicile modelului Nord American: „bioetica este enciclopedică, prin definiție, etimologic „etică a vieții”, dar necircumscrișă semantic biosului tehnologic și etosului liberal caracteristic modelului Nord American. Din contră, modelul latino american evidențiază un bios uman și un etos comunitar. Acesta este motivul pentru care bioetica este, astăzi, o mișcare politică și de reformă socială mai mult decât o disciplină academică restrânsă contextului de asistență sanitară”²². Este o modalitate de concepție paradoxală²³, de considerat aproape ca un fenomen regional. Am pus accentul pe acest paradox, deși, în opinia noastră, în timp ce gândirea bioetică în contextul european pune accentul pe datele provenite din aplicarea tehnologică și consecințele acestora asupra vieții oamenilor, care în același timp sunt „ontologice și antropologice”, pentru acești autori latinoamericani nota distinctivă este dezvoltarea societății democratice prin „dialogul bioetic” o opinie care este larg împărtășită între autorii latinoamericani precum Fernando Lolas Stepke:

„Prin bioetică, acest caracter (procesual și metodologic), înțelegem formele de utilizare ale dialogului pentru a articula și pentru a rezolva, pe cât posibil, dilemele cauzate de științe și tehnologie. Expresia dialog trimite la participarea la practici sociale discursive sau deliberative în care participanții se recunosc ca fiind interlocutori legitimi și concordă în a se respecta cu privire la acest caracter. Nu este vorba de a ajunge la sinteze dialectice, prin rezolvarea de teze și antiteze. Bioetica este o disciplină *dialogică*, în sensul că aici interlocutorii nu își anulează punctele de vedere”²⁴.

Bioetica ca „formă de utilizare a dialogului” constituie o abordare apropiată de poziția Florenciei Luna (2001; 2002; 2006). Cu privire la acest lucru menționăm propunerile ce aparțin unei alte argentinieni, Delia Outomuro care prospectează o bioetică, ca metodă pentru „construcția unei comunități de dialog ideal”²⁵. Nucleul expunerii sale este următorul:

„Bioetica ar trebui să promoveze realizarea unei comunități ideale de comunicare. Într-o comunitate de dialog, interlocutorii sunt condiționați numai de interesele emancipatoare, în așa fel încât autorefecția să permită stabilirea modalităților

²² Mainetti J.A. *The discourses of bioethics in Latin America*. in *Ibero-American Bioethics...* : 21-27, p. 25.

²³ Paradoxul este înțeles în sensul că majoritatea autorilor europeni și nord americani centrează, în mod just, și cu acest lucru suntem de acord, reflecția bioetică pe prolemtica tehnologică a motivului incapacității de încredere în controlul proceselor biotehnologice și pe punerea de noi probleme în mediul medical și ambiental. Acestea și alte problematice identifică bioetica ca fiind „conștiința critică a civilizației tehnologice” Cf. Pessina A., *Bioetica* , p. 41.

²⁴ Cf. Lolas Stepke F., *Temas de bioética...*, pp. 20-21.

²⁵ Outomuro D., *Algunas observaciones sobre el estado actual de la Bioética en Argentina*. Acta Bioetica. 2003; IX : 229-238, p. 237.

de comunicare redând interpretările raționale. În acest context, argumentul cel mai bun este cel pe care nu-l impune nimeni, dar care se impune tuturor²⁶.

Noțiunea de nesuprapunere a unui argument asupra altuia în “dialogul bioetic” este un concept prezentat, în mod frecvent, de anumiți autori din regiune. În interiorul unei logici care „democratizează” opiniile „vorbitoarelor” aceasta ar fi un element nedisputat și prioritar pentru a se ajunge la „decizii legitime”. Cu privire la acestea F. Lolas propune:

„Bioetica *decizională* se referă la utilitatea dezbaterii bioetice pentru a se ajunge la decizii legitime în domeniul asistenței sanitare, a cercetării științifice sau a alocării resurselor. Prin „legitim” înțelegem acceptat din „inimă”, în mod asumat. Trebuie să aibă acest caracter atât produsul final [al deciziei] cât și procesul pentru a se ajunge la acesta. Bioetica-procedurală reliefează, în mod special, modul “în care” se ajunge la decizii. Procedura se dovedește a fi importantă la fel de mult ca și conținutul. Experiența confirmă că uneori se ajunge la un acord cu privire la procedură chiar dacă sunt discrepante cu privire la conținuturi²⁷.

În tezele prezentate rămâne deschisă și nesoluționată problema privitoare la fundamentul determinării supremației argumentului mai bun care se impune tuturor și suficiența acestei metode dialogice în considerarea conținuturilor propuse părților aflate în conflict. Dacă acel element nu poate fi determinat pentru stabilirea temei sau a criteriului mai bun, dintre cele propuse, atunci cum ar fi posibil să se decidă? În plus se pune semnul egal, în mod greșit, între “a alege sau a decide” și “rezolvarea unei probleme”. De fapt, “în toate conflictele etice ies în evidență valori diferite și puncte de vedere care cer mai mult decât o simplă decizie: trebuie să se determine, de fapt, cine și de ce a greșit sau cine și de ce are dreptate în a urma o linie sau opusul acesteia. A alege nu înseamnă a rezolva o problemă: dimpotrivă, uneori alegerea însăși ridică noi probleme și pune întrebări cu privire la bine și la rău²⁸. De altfel, nu pare fondată dependența legitimității unei alegeri de faptul că aceasta a fost luată în mod asumat și prin consens. Presupunem că adevărul sau legitimitatea unei alegeri nu poate să nu facă apel la consens, deși consensul nu este, în mod necesar, indicele adevărului alegerii. Cu privire la acestea, Spaemann arată că: “(...) oamenii pot să ajungă să fie de acord în mare parte. Dar obiectul acordului lor poate fi și o eroare. Consensul fundamentează o prezumție de adevăr²⁹. Este posibil, într-adevăr, să se ajungă la un acord și asupra uneni alegeri nelegitime. O alegere poate fi aplicată și fără a fi recunoscută ca fiind legitimă, la fel cum poate exista una legitimă și totuși să nu fie pusă în aplicare.

²⁶ *Ibidem*, p. 237.

²⁷ LOLAS STEPKE F., *Temas de bioética...*, pp. 20-21.

²⁸ PESSINA A. *Bioetica...* : 65.

²⁹ SPAEMANN R. *Ars longa, vita brevis*. Acta Philosophica. Rivista Internazionale di Filosofia. 2004; 13: 249-264, p. 255.

Ideea folosirii dialogului este împărtășită, după părerea noastră, de Florencia Luna (2001; 2002; 2006), în propunerea unei bioetici dialogice și democratice. Unele pasaje din textele sale sunt foarte explicite::

“Acest capitol nu își propune să rezolve dezbaterile cu privire la avort. Încearcă să stabilească un punct de plecare mai bun cu privire la dezbateri, prin intermediul analizei altor cazuri posibile, a excepțiilor acestora și explicației de ce trebuie făcut așa. O convergență incipientă este posibilă, la fel ca și mijloacele prin care se lasă la o parte convingerile care contrazic baza comună [pentru dialog]. În loc de a discuta de pe poziții opuse care nu conduc la nicio concluzie și nu ajută la rezolvarea controverselor, propunerea prezentă ar putea contribui la construirea unui consens pe baza convingerilor împărtășite. Este vorba despre o tentativă serioasă de dialog. Ignorând pozițiile extreme și intolerante. Este vorba despre un exercițiu care încă se lasă așteptat în multe societăți latino-americane”³⁰.

Într-un alt fragment din studiul său, cu privire la folosirea tehnicilor de fecundare extracorporale în țările latinoamericane, aceeași autoare arată cum părțile implicate în practică sau cele beligerante din punct de vedere teoretic nu găsesc modul de a participa la un dialog și, în consecință, conflictul relativ la reglementarea acestor tehnici este încă nerezolvat:

“Deși valorile socioculturale și religioase definesc modurile de utilizare a Tehnicilor de Reproducere Asistată (ART) în America Latină, este evident faptul că nu toți subiecții implicați participă la dialog: punctele de vedere religioase își găsesc fundament în dogmă sau în autoritate; medicii își mențin propria poziție științifică; tezele feministe sunt marginalizate; drepturile omului și a pacienților revendicate sunt ca și inexistente. Istoria noastră comună de autoritarism și dictaturi ar putea să modeleze acest proces. Această lipsă de dialog, ar putea să necesite, așadar, mulți ani de democrație, toleranță și de exercițiu real de deliberare deschisă înainte ca dilemele dificile precum Tehnicile de Reproducere Asistată să poată fi rezolvate.”³¹

Bioetica, conform acestei poziții, se poziționează ca fiind un instrument de mediere între părțile aflate în conflict și în acest sens acesta ar fi obligată față de pragmatismul etic³². În interiorul acestor caracteristici de proceduri sau de metodă,

³⁰ LUNA F. *Bioethics and vulnerability...* : 46-47.

³¹ LUNA F. *Assisted reproductive technology in Latin America: some ethical and sociocultural issues* in VAYENA E, ROWE PATRICK J P, GRIFFIN D (a cura di). *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction. Report of a meeting on “Medical, Ethical, and Social Aspects of Assisted Reproduction”*. Geneva: World Health Organization; 2002: 31-40, p. 39.

³² După părerea noastră o bioetică dialogică împărtășește caracteristici teoretice prin impunerea pragmatismului etic. După părerea lui Warren T. Reich: “la fel ca fenomenologia, ca etica feministă și a altor perspective bazate pe experiență, pragmatismul vede cunoașterea morală ancorată în lumea experienței noastre în loc să o situeze într-o zonă în afara abstractizării. El încearcă să sosească la consens, în loc de a căuta un răspuns definitiv și corect; se concentrează pe un proces decizional moral caracterizat de adaptabilitatea și de atenția cu privire la context; și ia distanțe față de principiile universale, care sunt considerate mai degrabă ghiduri teoretice sau ipoteze referitoare la rezultatele așteptate” Cfr. in REICH W T. “Esperienza. Paradigma in bioetica”. in RUSSO G (a cura di). *Enciclopedia di Bioetica e Sessuologia*. Torino: Editrice ELLEDICI; 2004, p. 833.

bioetica este descrisă ca fiind o «formă de folosire a dialogului», punând în relief un pluralism etic și nevoia de conviețuire într-o diversitate de perspective. Insistența Florenciei Luna cu privire la metoda bioetică ca garant al unei pluralități democratice, în care nu există o temă care să se impună asupra alteia pe motive hegemonice, o putem întâlni în numeroase fragmente ale studiilor sale. Cu privire la acestea semnalăm un pasaj:

“Din contră, în America Latină etosul religios predominant are nevoie de a fi pus în discuție cu scopul de a construi un limbaj moral adecvat unui public și unei comunități diferite. Ar exista trei motive: în primul rând, persoanele în America Latină, care nu sunt catolici practicanți sunt chemate să participe la deciziile medicale și să înfrunte dileme bioetice. Nu toți împărtășesc aceeași structură morală, și vocile lor trebuie să fie ascultate; al doilea, dacă bioetica este pentru realizarea unor politici care să intereseze pe toți indivizii, principiile sale trebuie să fie susceptibile de critică rațională. Considerațiile religioase sunt imune acestei critici și prin urmare nu trebuie să fie unica bază pentru luarea deciziilor în domeniul legal și moral. Al treilea motiv, o bioetică bazată pe credințe religioase și absolute nu lasă deloc spațiu pentru un dialog real. Cu privire la acest lucru, raționamentul filosofic constituie un instrument de valoare. În timp ce filosofi au un rol important în dezbateră bioetică în Statele Unite, ei sunt absolut absenți în bioetica latinoamericană, până de curând. Și astăzi contribuțiile [filosofilor latinoamericani] sunt, serios, puse sub semnul întrebării”³³.

Acestei teme teoretice a unei bioetici ca dialog democratic³⁴ și, în special, metodei dialogice, trebuie să observăm câteva aspecte. Primul se referă la ambiguitatea utilizării bioeticii ca «disciplină dialogică», întrucât există riscul de a funcționa ca “unghiul oratorilor” din Hyde Park la Londra, unde foarte probabil «oratorii» sunt liberi să spună ce vor, dar fără a exista garanția unui consens ipotetic între ei. Aproape sigur că o bioetică concepută în acest fel poate fi un exemplu prețios în ce privește libertatea cuvântului – în societățile nedictatoriale – dar foarte dificil, va fi un spațiu pentru o critică rațională. Pe de altă parte, chiar dacă ar exista un acord consensual cu privire la soluția unora dintre atâtea probleme analizate din bioetică, nici măcar acest fapt nu ar garanta absența erorii în acord – poți fi de acord și cu privire la o situație injustă. Dacă acordul dintre părți ar putea determina validitatea criteriilor sau judecățile cu privire la o problemă de bioetică, așa cum sugerează acești autori latinoamericani, aceasta ar deveni „sclava” opiniei publice, și, în plus, nu ar mai fi în măsură să distingă între acceptarea unei certe circumstanțe (stabilite prin progresul tehnostiințific într-un context social) și acceptabilitatea sa dintr-un punct de vedere rațional. Cu alte cuvinte, consensul, în opinia noastră, nu constituie,

³³ LUNA F. *Bioethics and vulnerability...* : 11

³⁴ Menționăm că sensul în care este folosită noțiunea de «democrație» prezintă două accepțiuni diferite. Fie cea a apărării drepturilor individuale, fie cea a participării la comunitatea «dialogului». Înțelesul bioeticii democratice și dialogice – în mod prevalent dacă nu chiar absolut – este cel de “coordonare” a dialogului între părți, în așa fel încât participarea să fie expresia respectării libertății fiecărui individ în parte.

prin el însuși, o valoare *normativă*. De altfel, posibilitatea realizării consensului nu ar trebui nici măcar să fie sinonimă cu «univocitatea», voci “foarte unanime” ne-ar determina să ne gândim la alte mijloace, foarte îndepărtate de dialog.

După părerea noastră, deși eliminarea conflictului este importantă ca scop, reafirmăm că nu este posibil să evităm problema anchetării validității argumentelor care susțin tezele aflate în conflict³⁵. Considerăm așadar că într-o comunitate ideală de dialog, ca o adunare sau o întâlnire colectivă deliberantă, nu trebuie ca analiza “retorică” să fie cea care furnizează orientarea alegerilor, ci mai degrabă analiza argumentelor sau a conținuturilor diferitelor poziții teoretice prezente. Problemele reale care se pun în bioetică (cazurile concrete în domeniul medical și cele aduse de biotehnologii) nu numai relative și reductive la anumite informații medicale (spre exemplu la caracteristicile particulare ale unei patologii), sau a intereselor contrare (ale pacienților și ale medicilor, spre exemplu) nu se vor putea reduce nici măcar la o analiză socială sau politică în această ipotetică «comunitate de dialog». Cu alte cuvinte, trebuie să existe un nod epistemologic între ceea ce este considerat a fi rațional³⁶ și ceea ce este valid din punct de vedere moral. În orizontul acestei relații epistemice se mișcă dezbaterea bioetică și nu în mod primar pe una consensuală.

Contradicția, în opinia noastră, nu este între tipurile de argumente (argumente religioase și argumente laice) și nici între modalitățile argumentării (liberale și conservatoare) ci între cunoștințele propuse și modul în care acestea au coerență ca argumente. Considerăm că nu este posibil să se facă o bioetică fără a se ține seama de raționalitatea argumentelor propuse. Măsura validității nu se poate sprijini pe aspectul *formal*, ci pe exploatarea validității conținuturilor propuse. În acest mod, *problema unei «comunități de dialog ideal»* nu s-ar centra pe rezolvarea conflictelor cu scopul de a menține o pluralitate de opinii sau de atingerea „acordului între părți”, ci pe conținuturile care se prezintă, care în cazul bioeticii sunt relative la dificultățile aduse omului. O practică ca aceasta ar da, inevitabil, dreptate unora și ar greși față de alții.

4. Probleme latinoamericane și soluții specifice. Elemente conclusive

Un ultim element de menționat, legat de acest concept, de bioetică «dialogică și democratică», este teza Florenciei Luna (2001; 2006) relativă la importanța capitală

³⁵ Adriano Pessina, cu privire la problema relativă la pluralismul etic în bioetică, semnalează că: “Dezbateră între diferite poziții, de fapt, nu trebuie interpretată ca exigența “unificării” comportamentelor (tentativă care are posibilități majore de succes dacă se urmărește prin căi diferite de cea a argumentării filosofice), ci de găsirea rațiunilor capabile să justifice conștiința binelui moral și a răului moral”. Cfr. Pessina A. (2006), *op. cit.*, p. 67. Un asemenea element nu poate să nu fie luat în considerare în bioetică ca disciplină.

³⁶ Raționalul în acest caz, depășește o simplă concepție logică, de fapt, argumentul mai rațional (presentat sub haină conclusivă) conține pretenția de a fi ceea ce – între o diversitate de rațiuni propuse – este mai aproape de premisele împărtășite în dialog, un element pe care, de fapt, alte rațiuni nu sunt în măsură să le furnizeze.

dată contextului social și cultural în analiza bioetică³⁷. Prin intermediul acestei note distinctive este parcursă activitatea acestui grup de autori din domeniul bioetic și începe analiza diverselor teme pe care le abordează. În examinarea lor au ca punct de referință « modul particular de a pune dilemele bioetice » într-o “societate pe cale de dezvoltare” distinctă de caracteristicile contextului social, pe alocuri chiar antitetice celor care se pun în societățile industrializate. Florencia Luna, în studiul său, *Bioethics and Vulnerability*, reia un alt argument, central în concepția sa, față de bioetica latinoamericană, practic dacă există probleme bioetice specifice pentru țări într-o lume bipolară, sau dacă există probleme ce aparțin numai națiunilor avansate din punct de vedere tehnologic sau țărilor pe cale de dezvoltare. Luna afirmă că, în ciuda condițiilor sociale diferite, nicio țară să nu se prezinte imună la diferitele problematice care fac obiectul bioeticii. În așa fel încât toate societățile să trebuiască să reflecteze asupra dimeniunii etice: “moartea și modul de a muri, sănătatea, boala, alocarea resurselor sanitare, noile tehnologii reproductive”³⁸. Acești factori indică universalitatea problemelor puse de tehnologiile de astăzi. În consecință nu ar fi probleme bioetice diferite care să depindă de nivelul tehnologic al țării respective.

În reflecțiile sale cu privire la problemele specifice bioeticii în America Latină, Luna, plecând de la premiza că problemele bioetice sunt, în mod esențial, aceleași pentru orice societate, indică totuși importanța realizării unei analize a acestora «din perspectiva țărilor pe cale de dezvoltare». Prin urmare, facem referire la un fragment unde propune rațiunile pentru care nu ar fi suficientă utilizarea unei viziuni bioetice care să aparțină țărilor așa numitei primei lumi industrializate în a înfrunta probleme ridicate pe teritoriul latinoamerican:

“Nu ar putea latino-americanii să folosească doar perspectiva bioetică a țărilor industrializate care au discutat despre aceste probleme de multă vreme și au și rezultate? Răspunsul nostru începe cu un refuz al minimalizării faptului că problemele indicate sunt situate într-un anumit context. Chiar dacă problematicile etice sunt aceleași, se manifestă în moduri diferite în America Latină, unde țările au un cadru juridic diferite și varii realități sociale. Astfel, o discuție serioasă cu privire la probleme bioetice în America Latină este de o importanță vitală, din două motive. Primul este acela că o atare discuție va examina problema în context, ținând seama de acei factori speciali care își lasă amprenta asupra soluției. În acest sens, o astfel de dezbateră poate avea multe de spus, în special, latino-americanilor

³⁷ Cfr. Luna, F. și Salles, Arleen (2006), “Latin American Bioethics: Some Reflections”, *op cit.*, pp. 9-17. Acest text scris în colaborare cu Arleen L. F. Salles – profesor de Filosofie la St. John's University, și redactor al colecției VIBS dedicată filosofie în America Latină – a fost publicat, la început, în revista *Perspectivas Bioéticas en las Américas*, vol. 1, issue 1, 1996, pp. 10-22, și reluat apoi în textul “Develando la Bioética: sus diferentes problemas y el papel de la filosofía” în Luna, F. (2001), *op cit.*, pp. 19-32. În acest paragraf vom face referire la ultima versiune engleză din 2006.

³⁸ Cfr. Luna, Florencia (2006), *op. cit.*, p. 14

care se află în fața acestor probleme, și responsabililor politici ale căror decizii influențează viața celor cărora le este în joc sănătatea”³⁹.

Intenția noastră nu este aceea de a discuta eficacitatea unei metode referitoare problematica analizei unei astfel de probleme „în context”⁴⁰. Probabil cunoașterea anumitor circumstanțe (socio-culturale, politice, economice sau legale) care au o anumită relevanță ar putea fi utilă în a face lumină asupra evaluării și a rezolvării unei probleme bioetice. Ne limităm doar la a observa că caracteristicile unui anumit context pot da o formă unei probleme, dar conținutul și caracterul global al întrebărilor ridicate de dezvoltarea tehnostiințelor nu poate fi pierdut din vedere și evaluarea acestora trebuie să fie realizată, să spunem așa, «din interiorul» acestei practici⁴¹. Florencia Luna, în schimb, preocupându-se ca „problemele” bioetice și „soluțiile” lor să nu fie transplantate în mediul latin, insistă în a se lua în considerare contingente specifice acestui spațiu. Ea arată că:

“Acestor întrebări nu le putem găsi răspunsul fără a ține seama de caracteristicile care ocupă un rol important în a concepe viața latino-americanilor. Influența diferitelor variabile, ca prevalența sărăciei, poziții autoritare, lipsa respectării drepturilor omului, corupția, trebuie înțelese și luate în considerare. Dacă ținem seama de aceste aspecte, evităm tendința de a transfera probleme și soluții care provin din alte contexte socio-culturale. Provocarea este aceea de a explora problemele și profilele acestora, chiar și atunci când pot avea un caracter universal”⁴².

Această continuitate a Florenciei Luna în a propune și în a ține seama de caracteristicile contextuale ale țărilor latinoamericane este legată de un rol specific care, conform părerii sale, trebuie să-l dezvolte bioetica: cel al unei forme de dezbatere publică care să aibă scopul de a ghida comportamentul cetățenilor, și să

³⁹ *Ibidem*, p. 15

⁴⁰ Este de observat similitudinea acestui element propus de Florencia Luna cu o “Situation ethics”, în special pentru luarea în considerare a detaliilor problemei. Această abordare a eticii este caracterizată de David Solomon astfel: “Ea [situation ethics] susține că ar trebui să se apropie de rezolvarea problemei morale speciale evitând toate indicațiile generale de acțiune, în special, a atenției cu privire la detaliile situației speciale. În unele versiuni poate să apară apropiate modelului cazuistic, însă în formulările mai radicale ar indica că, chiar și cazurile paradigmatică nu ar trebui să aibă niciun rol central, în special, pentru că ar putea distrage atenția de la specificul cazului examinat”. Cfr. Solomon, W. David (1995), “Ethics: Normative Ethical Theories, in *Encyclopedia of Bioethics. Revised Edition*, (Warren Thomas Reich et al.), Simon & Schuster Macmillan, New York 1995, vol. II, p. 746

⁴¹ A se vedea, în acest sens, comentariile lui Adriano Pessina: “Această poziție, preponderentă în tratatele de bioetică de origine nordamericană, deși solicitată de așa numitele procese de globalizare proprii civilizației tehnologice, nu poate rezolva problema radicală, a conștiinței omului care lucrează în domeniul cercetării: legile umane, așa cum “sensul comun”, care este fondul lucrării oricărui om, este mereu rezultatul unei stratificări de convingeri și care se instaurează, să spunem așa, și guvernează “vizibilul” (adică locurile care pot fi controlate de puterea publică), în timp ce ceea ce se cere de la dezvoltarea cercetării și de la practica biomedicală (care nu așteaptă formulările eticii publice) este formarea unei conștiințe morale capabile de a evalua din interior fie proiectul, fie activitățile de cercetare, prin intermediul autocontrolului “invizibil”, adică evaluarea lucrării inteligenței umane care se exprimă în tehnostiințele actuale”. Cfr. Pessina, A. (2006), *op cit.*, p. 19

⁴² Cfr. Luna, Florencia (2006), *op. cit.*, p. 16

lase o amprentă politicilor legislative a țărilor respective. Cu alte cuvinte, prin intermediul analizei contextului se ajunge la multiplicitatea de perspective necesare înțelegerii problemei bioetice, și nu numai, și prin aceasta se permite tuturor «vociilor» implicate în «dialog» să fie ascultate, cu bună credință. În fragmentul următor, Florencia Luna explică convingerea sa cu privire la această temă:

“Poate bioetica să aibă un rol ca formă de dezbatere publică care efectiv să ghideze comportamentul și să dea o formă politicilor țărilor în curs de dezvoltare? Da, și dezvoltarea acestei discipline este necesară și semnificativă. Țările industrializate și cele aflate pe cale de dezvoltare au aceleași probleme. Dar problemele bioeticii au apărut pe un fond social și sunt influențate de obiceiuri, tradiții și valori. Dezvoltarea sa este necesară pentru a analiza ceea ce este de acceptat și de ce este necesar să observăm aceste aspecte specifice ale societăților noastre. Acest lucru, la rândul său, trebuie să ne ducă spre o universalitate a unor drepturi determinate, spre ponderea tradițiilor, a obiceiurilor și a ideologiilor, și în ce măsură ele pot sau nu să fie acceptate”⁴³.

Cu privire la acestea, în opinia noastră, există riscul de a concepe o bioetică redusă la etica publică⁴⁴ care folosește criterii ce țin seama de un anumit spațiu. Înțelegem că este vorba despre o tentativă reductivistă de construcție a unor reguli îndreptate să favorizeze o moralitate a acțiunii, care are ca și conținut elemente cu un caracter relațional și social. Notăm, de altfel, riscul pe care-l comportă o imanență la orizontul participanților la această dezbatere, aceea de a rămâne, să spunem așa, prizonierii acestuia și de a pierde astfel capacitatea critică. În această parțială concretizare a bioeticii notăm, pe de altă parte, o suprapunere inadecvată între două surse de întrebări importante legate între ele: tipul de cercetare al bioeticii ca disciplină (așa numitul statut epistemologic) și trecerea la faza legislativă în materie. Reafirmăm, în sfârșit, faptul că dezbaterea problemelor bioetice și încercarea de găsire a unei soluții concrete – ca soluție aplicativă – nu poate lăsa la o parte spațiul alocat reflecției teoretice și a formulării elementelor cu caracter universal asupra naturii practicii tehnologice, două elemente care par a fi în opoziție în propunerea analizată. Folosirea criteriilor ce țin de un anumit spațiu în propunerea de a da soluții la probleme bioetice contrazice, pe de o parte, universalitatea impactului tehnologiilor de azi și pe de altă parte validitatea rațiunilor care suportă o normă care își propune să fie regula modului de acțiune în materie.

⁴³ *Ibidem*, pp. 16-17

⁴⁴ Aceste riscuri de reducere a bioeticii sunt enumerați de A. Pessina: “(...) ne limităm la a observa că bioetica nu poate fi redusă la ceea ce se dorește a se chema etica publică, adică la o rețea de criterii de acțiune valide pentru a ordona o societate democratică și pluralistă, pentru cel puțin două motive: principalul motiv se referă la faptul că în reflecția de tip bioetic, se întâlnesc probleme referitoare la viață, la moarte, la suferință, la durere, la identitatea antropologică a omului, care nu pot să-și găsească un răspuns adecvat plecând de la reguli de comportament strict formale; în al doilea rând, pentru că o etică publică care își propune să indice soluții la problematicele bioetice nu poate să-și asume criterii ce țin de un loc anumit (tehnostiințele produc efecte asupra întregii planete) și trebuie să fie ancorate la anumite criterii universale care transcend specificul geografic și cultural, în care trebuie să opereze, de fapt, o etică publică”. Cfr. PESSINA A. (2006), *op. cit.*, pp. 68-69

LUPTA PENTRU ETICA VIEȚII

MIRCEA GELU BUTA*, LILIANA BUTA**

ABSTRACT. Ideological dispute with a materialistic concept on the world is nowhere more acute today than in the great field of bioethics. Despite the secularization of the postmodern paradigm, the religion can be still taken seriously again, as the deepest dimension of human existence and society, seen in correlation with the no less important economic, psychological, legal, social, political and aesthetic fields. It will rise a critical dialogue based on mutual respect meant to reconcile the different views that bioethiciens will still have to be careful. As the Holy Fathers, they will have to make judgments that ultimately can be turned into dogma.

Keywords: *Bioethics, Science, Cristianity.*

REZUMAT. Disputa ideologică cu o concepție materialistă despre lume nu este astăzi nicăieri mai acută ca în marele domeniu al bioeticii. Cu toată secularizarea în paradigma postmodernă, religia poate fi totuși luată, din nou, în serios în calitate de cea mai profundă dimensiune a existenței umane și a societății, văzută însă în corelație cu nu mai puțin importante domenii economice, psihologice, juridice, sociale, politice și estetice. Va lua astfel naștere un dialog critic, bazat pe respect reciproc menit să reconcilieze diferitele opinii în care bioeticienii vor trebui totuși să aibă mare grijă, întrucât asemenea Sfinților Părinți, ei vor fi nevoiți să emită judecăți care, în cele din urmă, pot fi transformate în dogme.

Cuvinte cheie: *Bioetică, Știință, Creștinism.*

1. Introducere

Până nu demult exista convingerea că este de ajuns ca oamenii să fie liberi pentru ca problemele lor să-și găsească rezolvarea¹. În consecință, morala era asimilată cu fariseismul și cu represiunea burgheză. Această epocă însă a trecut, iar astăzi ne apare tot mai evident faptul că problemele cu care se confruntă omenirea reclamă în mod inevitabil recursul la etică și morală².

* Prof.Univ.Dr.- Facultatea de Teologie Ortodoxă, UBB Cluj-Napoca, e-mail: butamircea@yahoo.com

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

¹ Adam Smith, *Avuția națiunilor; cercetare asupra naturii și cauzelor ei*, Ed. ARPR, București, 1962-1965.

² Lipovetsky G., *Amurgul datoriei*, Ed. Babel, București, 1996, p. 117, vezi și Boari V., *Relevanța eticii în sec. XXI*, în vol. Singer P., *Tratat de etică*, Ed. Polirom, Iași, 2006, p. 14.

Dilema în fața căreia ne aflăm provine din stilurile de viață posibile pe care oamenii le adoptă în cosmopolitismul secular actual. Primul este cel tradițional, aparținând persoanelor cu convingeri religioase trainice, ale căror valori sunt împărtășite în comunități omogene și uneori chiar izolate³. Celălalt stil, situat la polul opus, este cel libertar, care nu aparține unei comunități morale propriu-zise și ai cărui adepți, trăind o dezorientare morală, caută să interpreteze valorile din jurul lor ca o chestiune de estetică, de gust sau preferință personală⁴.

Contrar bioeticii seculare, procedurale⁵ și cosmopolite⁶, bioetica creștină tradițională, ca stil de viață posibil, apare deosebit de atractivă, întrucât nu se bazează pe controverse morale sau pe rezolvarea prin raționalitate discursivă a unor dispute între terți și nici medierea diverselor percepții privitoare la ce este bine, drept și virtuos. Este vorba de o concentrare pe experiența și căutarea sfințeniei, fapt pentru care provocările ei nu vin din parte diversității morale ci din ispite⁷.

2. În căutarea originilor bioeticii

Există două întrebări diferite atunci când se discută despre originile eticii. Una este legată de faptul istoric, iar cealaltă privește autoritatea ei. Miturile tradiționale care au dăinuit de-a lungul vremurilor încearcă să argumenteze nu doar cum a apărut omul ci și de ce viața sa este atât de grea, de dureroasă, de confuză și de conflictuală¹. Înfruntările și dezastrele primordiale la care se face trimitere au menirea să-i facă pe oameni să înțeleagă de ce este nevoie de reguli care să le reprime dorințele.

În marea lor majoritate, oamenii sunt tentați să privească înapoi și să se întrebe dacă înainte de a fi impuse regulile nu cumva a existat o stare neconflictuală, adică „*paradisiacă*” cum o numește Biblia, în care răul era necunoscut. De cele mai multe ori interogația formulată este următoarea: „*Cum s-a ajuns la pierderea stării paradisiace sau anterioare apariției regulilor etice? Oare ne vom mai putea reîntoarce vreodată la ea?*”⁸

Pentru că în această lume confuză simplitatea este binevenită, ne vom referi la două concepte care au menirea să lămurească lucrurile. Primul îl datorăm grecilor și filozofului englez Thomas Hobbes și se referă la mitul contractului social în care starea anterioară eticii e percepută ca fiind una de solitudine, dezastrul primordial declanșându-se atunci când oamenii au început să se întâlnească unii cu alții. Astfel,

³ Moldovan S., Herman Tristram Engelhardt jr. și cheia biografică a bioeticii, în Engelhardt H.T. jr., Fundamentele bioeticii creștine, Ed. Deisis, Sibiu, 2005, p. 5-34

⁴ *Ibidem*.

⁵ Nu oferă o viziune cu conținut despre sensul reproducerii, nașterii, suferinței și morții.

⁶ Oferă un cadru ce poate fi invocat înafara oricărui context socio-istoric particular

⁷ Moldovan S., *Op. cit.*, p. 18, vezi și Buta M.G., Buta I.A., *Bioetica între mărturisire și secularizare*, Ed. Renașterea, Cluj-Napoca, 2008, p. 254.

⁸ *Ibidem*, vezi și Evans Pritchard E.E., *The Nuer*, Oxford University Press, Oxford, 1944.

ordinea socială a devenit posibilă doar în urma unor negocieri prin care s-a reușit într-un final să fie impuse reguli⁹.

Cealaltă variantă, de origine creștină, explică morala ca pe o încercare umană necesară de a supune natura noastră imperfectă, voinței divine. Mitul originii ei este căderea Omului, care a produs acea imperfecțiune în natura noastră descrisă simbolic în „*Facerea*”¹⁰.

Disputa ideologică între povestea biblică și istoria științifică despre lume nu este astăzi nicăieri mai acerbă ca în domeniul bioeticii. Imaginea creștină despre om se află astăzi adesea singură în lupta de apărare a demnității necondiționate a acestuia de la concepere și până la moartea naturală.

În ciuda numeroaselor critici, Biserica creștină continuă să susțină cu îndârjire că în natură există ceva pe care îl putem numi „*limba creatorului*”, că din această cauză există o ordine a creației cu o moralitate obligatorie, care rămâne firul călăuzitor și în problemele de bioetică^{11 5}.

Dar știința nu este dispusă să tolereze căi rivale de înțelegere, iar savanții orgolioși încearcă să denunțe vehement pe gânditorii religioși care nu sunt de acord cu supozițiile lor. În plus, interesele economice uriașe, care de cele mai multe ori se află în spatele aventurii bio-tehnologice împiedică adesea o informare deschisă și cinstită asupra urmărilor negative a unor așa-zise „*progrese*”. Iată de ce Biserica creștină își exprimă îngrijorarea față de „*supraproducția*” de embrioni, cu scopul declarat de producere a celulelor stem, dar care pot genera la un moment dat ruperea zăgazurilor etice și producerea unor suferințe umane care se voiau a fi înlăturate¹².

Un ultim scandal se poartă în jurul așa-ziselor „*nanotehnologii riscante*”, adică a unor dispozitive de dimensiuni moleculare, realizate prin manipularea directă a atomilor, folosite ca „*transportoare*” ce duc medicamentele direct la organele sau țesuturile țintă. Cele mai mari temeri le generează utilizarea nano-materialelor în industria alimentară, ceea ce stârnește neliniște în rândul populației, știindu-se că la astfel de dimensiuni materialele capătă caracteristici noi despre a cărui impact asupra organismului uman nu se cunosc prea multe^{13 2}. De reținut că în urma unui raport al Comisiei pentru Mediu a Parlamentului European s-a decis ca începând din anul 2014 pe lista ingredientelor alimentare acceptate în țările UE, să fie obligatoriu semnalat pe orice produs ce conține „*nanomateriale manufacturate, adică fabricate de om*”, căci așa cum remarcă Sf. Apostol Pavel „*toate-mi sunt îngăduite, dar nu toate îmi sunt de folos*”. (I, Cor. 6,12).

⁹ Hobbes T., *Leviathanul*, Ed. Polirom, Iași, 2001, vezi și Rousseau J. J., *The Social Contract*, Political Philosophy (Cambridge University Press; New Edition, 2002).

¹⁰ Midgley M., *Op. cit.*, p. 30, vezi și Bartolomeu A., *Biblia, versiunea diortosită după Septuaginta*, Ed. Institutului Biblic și de Misiune al BOR, București, 2001.

¹¹ Schönborn Ch., *Creație și evoluție. O precizare de poziție*, în Rev. „Verso”, anul 6, nr. 100, 2011, p. 8.

¹² *Ibidem*.

¹³ Lăzărescu D., *Nanotehnologii riscante*, în Rev. „Viața Medicală”, nr. 24 - 15 iunie 2012, p. 5.

3. Diagnoza societății nesigure

Societățile în evoluția lor, desigur dependent de inițiativele umane, se bucurau până nu demult de constanța unor repere sigure precum alternanța anotimpurilor, caracterul repetitiv și inexorabil al vieții umane, evoluția anticipativă a economiei și guvernării etc¹⁴.

Pe de altă parte însăși ideea ordinii „*naturale a lucrurilor*” se pare că a intrat în criză, deși încă de pe vremea fizicienilor antichității eline se știe că putem face recurs la ea, atunci când dorim să fim înțelepți¹⁵. Cel puțin de la formularea „*principiului incertitudinii*” de către fizicianul german Werner Heisenberg nu mai există nicio îndoială că natura nu poate fi găsită înafara instrumentelor existente de observare și măsurare¹⁶.

Medicina a evoluat și ea într-un ritm uluitor, plasându-l pe medic mai aproape de Dumnezeu, decât a sperat să ajungă vreodată. Dar poate el să-și ofere serviciile și să-i ajute pe semenii în mod nelimitat? Desigur trebuie să existe limite în medicină, chiar dacă mirajul puterii absolute este tentant. Știința fără conștiință, știința care se pretinde neutră, iată marile pericole ale timpurilor noastre. Monstruozitățile care s-au comis în numele științei neutre, în numele evoluției științei, sunt dovezi de necontestat a ceea ce se poate întâmpla atunci când omul încearcă să eludeze propriile limite, fără a se raporta la un cadru etic¹⁷.

Desigur nu pot fi învinuite științele medicale și biologice pentru faptul că alături de marile lor realizări, anumite descoperiri pun în pericol viața însăși, ci faptul că aceste descoperiri nu sunt puse în discuție în contexte mai largi, interdisciplinare, evaluate și din perspectiva vieții umane, înțeleasă în întreaga ei complexitate.

Astăzi istoria a încetat să mai fie dependentă doar de economie și tehnologie, trecând de mediile clasice precum „bani”, puterea administrativă, pasiuni, mediatizări etc., în domeniul „culturii”^{18, 5}. Dar și în acest domeniu valori precum adevărul, binele, frumosul sunt supuse deconstrucției cognitive și practice, încetând astfel să mai aibă fermitatea de altădată.

În acest context etosul cosmopolit liberal, celebrat de angajamente morale transcendente și metafizice, întemeiate pe credința în Dumnezeu este pervertit treptat de angajamentul intersubiectiv al „*permisiunii morale*” văzut ca punct arhimedic în stabilirea unui nou adevăr moral: „*Trăiește-ți clipa, nu există nimic altceva!*” „*Dumnezeu nu mai există, tradițiile au murit, totul este posibil!*”¹⁹.

Fără îndoială complexitatea vieții a crescut sporindu-i în mod vizibil nesiguranța. Astfel, dacă evenimente ce se petrec în natură (cutremure, inundații,

¹⁴ Marga A., *Societatea nesigură*, în Rev. „Verso”, an.6, nr. 100, sept.-nov. 2011, p. 3.

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ *Ibidem*, vezi și Heisenberg W., *Psychics and Philosophy. The revolution in modern science* (1958), Harper&Brothers Publishere, Universal Digital Library, 2004.

¹⁷ Buta M.G., Buta I.A., *Op cit*, p. 17.

¹⁸ Marga A., *Ibidem*.

¹⁹ Moldovan S., *Op. cit.*, p. 18.

erupții vulcanice etc.) revin în actualitate, iar mediul tehnologic sporește dependența vieții, cu siguranță o cantitate mare de inexactități, detournări de atenție, aproximări, falsurile ample din spațiul public afectează în mod necondiționat viața oamenilor²⁰.

Însăși reproducerea condițiilor elementare de viață (hrană, îmbrăcăminte, adăpost, transport etc.) aduc cu sine nesiguranța, după cum pe șosea nu mai depinzi de tine ci de eroarea celui alt²¹. Să nu mai vorbim de „*loteria cancerului*”, care printr-un mediu, afectat de radiații naturale și artificiale nu pare să ocolească pe nimeni²².

Spunem toate acestea pentru că din punct de vedere tehnic și ingineresc pot fi realizate foarte multe, dar nu toate acestea sunt și utile și bune pentru ceea ce reprezintă viața umană. „*Căci nu-i așa? – se știe că nu chiar tot ce face omul cu mâna lui e bun, curat și... sănătos*”²³.

Există o mulțime de semne care au menirea să ne facă să ne întrebăm dacă societatea în care trăim este cu adevărat sigură. De aceea poate un program de cercetare științifică în această direcție este absolut necesar, iar reconsiderarea conceptelor bioetice cu care operează instituțiile cunoașterii pare o premisă indispensabilă.

4. Există un sens al vieții?

Oare viața noastră și lumea în care trăim are vreun sens? Iată o întrebare pe care fiecare dintre noi ar trebui să și-o pună, dacă dorește ca viața lui să fie într-adevăr una omenească. Astăzi situația spirituală a omenirii se împarte între imaginea științifică asupra vieții, în care istoria lumii este concepută conform modelului evoluționist și povestea biblică, considerată în cel mai bun caz un mit frumos²⁴. Desigur rămân deschise o mulțime de întrebări, iar oamenii încearcă în continuare să descopere care din cele două povești sunt adevărate.

Desigur „Povestea lui Darwin” determină nu numai concepția despre originea vieții și evoluția acesteia ci caută să influențeze în continuare viața socială, marile orientări morale în bioetică, în pedagogie și în știință. Dar alternativa față de „povestea lui Darwin” nu este creaționismul, așa cum se prezintă adesea, ci coexistența dintre „scara lui Darwin” și „scara lui Iacob” sau cu alte cuvinte o complementaritate între știință și religie²⁵.

Evoluția este o deducție bazată pe presupuneri, și în esența ei încearcă să susțină ideea că lucrurile s-au făcut de unele singure. Conform acestei concepții nimicul a dat naștere la „ceva” odată cu un presupus „*big bang*”; materia fără viață a dat naștere vieții; organismele unicelulare au dat naștere celor multicelulare; nevertebratele au dat naștere vertebratelor; din creaturi asemănătoare maimuțelor s-

²⁰ Marga A. – *Op. cit.*, p. 3.

²¹ *Ibidem*.

²² *Ibidem*.

²³ Lăzărescu D., *Op. cit.*, p. 5.

²⁴ Schönborn Ch., *Creație și evoluție*, *Op. cit.* p. 7.

²⁵ *Ibidem*.

a dezvoltat specia umană; materia non-inteligentă și amorală a dat naștere inteligenței și moralității; dorințele omului au dat naștere religiilor etc²⁶.

Este evident că disputa ideologică cu o concepție materialistă despre lume nu este astăzi nicăieri mai acută ca în marele domeniu al bioeticii, iar Biserica creștină aflată deseori singură în lupta pentru apărarea demnității necondiționate a omului de la naștere până la moartea sa naturală se află deseori în dificultate.

Iată de ce bioeticienii creștini încearcă să impună o viziune nouă asupra evoluției aducând în discuție Scara lui Iacob a cărei poveste o găsim în Facere 28, 11-15. Patriarhul Iacob a pornit într-o călătorie, pe un drum de 60 km spre Mesopotamia. *„Ajungând însă într-un oarecare loc, a rămas acolo pentru noapte, căci asfințise soarele. Și luând una din pietrele locului și punându-și-o căpătâi, s-a culcat în locul acela. Și a avut un vis. Iată, o scară era sprijinită pe pământ, al cărei vârf atingea cerul; iar îngerii lui Dumnezeu se suiau și se pogorau pe ea. Și iată că Domnul stătea drept în vârful ei și a zis: Nu-ți fie teamă! Eu sunt Domnul, Dumnezeul lui Avraam, părintele tău, și Dumnezeul lui Isaac. Pământul pe care dormi ți-l voi da ție și urmașilor tăi. Urmașii tăi vor fi ca pulberea vântului; te vei întinde la apus și la răsărit, la miazănoapte și la miazăzi, și-ntru tine se vor binecuvânta toate neamurile pământului, și-ntru urmașii tăi. Iată, Eu cu tine sunt și te voi păzi oriunde vei merge; te voi întoarce în țara aceasta și nu te voi părăsi până nu voi plini toate câte ți-am spus”*²⁷.

Acest episod, al visului lui Iacob, sintetizează a tradițiilor iahvistă și sacerdotală, își propune să ateste Betelul ca topos sacru, punct de comunicare între pământ și cer. În viziunea patristică, scara lui Iacob este simbolul prezenței proniatoare a lui Dumnezeu în lume, El păstrându-Și, în același timp, transcendența, dar și prefigurarea Întropării Fiului lui Dumnezeu, Care S-a pogorât prin „poarta cerului”. Într-un colind românesc: *„Pe o sacră de argint / Se coboară Domnul Sfânt”*, scara fiind simbol al Maicii Domnului. În mistica răsăriteană (Sfântul Ioan Scărarul), scara lui Iacob este și simbol al urcușului duhovnicesc pe treptele sfințelor desăvârșiri, așa cum poate fi contemplat în reprezentarea iconografică de pe biserica mănăstirii Sucevița²⁸.

Deși nu se lămurește cum a făcut, cum întreține și cum conduce Creatorul opera sa, Scara lui Iacob ne spune poate cu o precizie mai mare decât toate teoriile științelor exacte, că totul a fost creat prin cuvântul Său, prin Logos, prin Iisus Hristos și pentru acesta din urmă și că spiritul Său, care este iubirea și care plutea deja de la bun început deasupra apelor (Gen. 1,2), străbate tot ceea ce a fost creat dându-i un sens și un țel. Logos și Agape, rațiunea și iubirea sunt elementele din care constă lumea, din care s-a născut și din care va fi desăvârșită. Cu această siguranță merită

²⁶ Buta M.G., *Moștenirea lui Darwin*, Rev. Tabor, nr. 8, an III, Cluj-Napoca, 2009, p. 63-70.

²⁷ Biblia sau Sfânta Scriptură, Ediție Jubiliară a Sfântului Sinod; Tipărită cu binecuvântarea și prefața Prea Fericitului Părinte Teoctist, Patriarhul Bisericii Ortodoxe Române; versiune diortosită după Septuaginta, redactată și adnotată de Bartolomeu Valeriu Anania, Arhiepiscopul Clujului, Ed. Institutului Biblic și de Misiune al BOR, București, 2001, p. 52.

²⁸ *Ibidem*.

să trăiești, dar și să mori. Căci ce fel de evoluție ar fi aceea dacă n-ar fi învierea și viața veșnică ultimul ei țel^{29, 3}.

Concluzii

1. După aproape două decenii, asistăm în continuare la aceeași duplicitate a omului de știință, care merge la Biserică, se roagă, după care, când participă la sesiunile științifice, i se pare că a mărturisi această credință ar reprezenta o slăbiciune, un semn de obscuritate, pentru care riscă să fie condamnat de confrăți. La baza acestui comportament stă prejudecata incompatibilității între *adevărul științific* și *adevărul religios*, între valorile credinței și valorile cunoașterii.

2. Îmi revine din nou în minte, oare pentru a câta oară, întrebarea brutală pe care scriitorul rus Feodor Dostoievski și-o pune în romanul Frații Karamazov: „*Un om cult, un european al zilelor noastre poate avea credință, poate să creadă în divinitatea lui Iisus Hristos, fiu a lui Dumnezeu, căci chiar în acest lucru constă credința?*”

²⁹ Schönborn Ch., *Creație și evoluție*, Op. cit., p. 9.

ATITUDINI FAȚĂ DE EUTANASIE ÎN FUNCȚIE DE RELIGIOZITATEA ȘI AFILIEREA RELIGIOASĂ DECLARATĂ, LA STUDENȚII MEDICINIȘTI DIN CLUJ-NAPOCA

IUSTIN LUPU*, IOAN ZANC**, MIHAI LUPU***

ABSTRACT. *Attitudes towards Euthanasia by Religiosity and Religious Affiliation in Medical Students from Cluj-Napoca, Romania.* **Background.** Euthanasia and physician assisted suicide (PAS) are two of the most heavily debated problems in contemporary bioethics, being overcome only by the abortion issue. Some conceptual clarifications are required, because, in the common sense, still persists the confusion between euthanasia and physician assisted suicide, they are sometimes considered as synonymous. The authors of this article show the position of the future doctors, who are studying in Cluj-Napoca, Romania on euthanasia, depending on their religious affiliation and religiosity.

Objectives. Our main aim was to study the relationship between euthanasia and PAS, and religiosity and religious affiliation in medical students from Romania and foreign students from English and French sections of the Faculties of General Medicine and Dentistry. Specifically we supposed that religiosity has a deterrent effect on approving euthanasia and PAS.

Subjects and methods. We investigated a sample of 192 students from general medicine (130, 68%), and dental medicine (62, 32%), Romanians (62, 32%), French-speaking (60, 31%), and English-speaking (70, 37%). Concerning the religious affiliation of study participants, they are in majority orthodox (53, 27,6%), Roman-catholic (34, 17,71%), atheists (29, 15,1%), Islamic (27, 14,06%), and free-thinkers (24, 12,5%). On this sample we applied the Euthanasia questionnaire, with 17 items with a five points Likert scale, and five dimensions; approval of euthanasia for end-stage patients, positive attitude toward PAS, legal barriers to euthanasia and PAS, the role of palliative care for terminal patients, and approval of euthanasia and PAS for relatives and for himself.

Results. The approval of euthanasia and PAS is higher in subjects with lower levels of religiosity and lower for students with orthodox and Islamic religious background. In the meantime, atheists and free-thinkers showed higher level of positive attitudes toward euthanasia and PAS. Foreign students reported higher level of positive attitudes towards euthanasia and PAS in contrast with Romanian students.

Conclusions. The subjects with positive attitudes toward euthanasia and PAS reported lower level of practical and spiritual religiosity, confirming in that way the central hypothesis of the study. Generally, higher levels of religiosity exert a protective effect face to the practice of euthanasia and PAS in medical students from the University of Medicine and Pharmacy "Iuliu Hațieganu" of Cluj-Napoca, Romania. As a

* Conf. univ. dr., Universitatea de Medicină și Farmacie Iuliu Hațieganu, Cluj-Napoca, Romania, ilupu@umfcluj.ro.

** Conf. univ. dr., Universitatea de Medicină și Farmacie Iuliu Hațieganu, Cluj-Napoca, Romania.

*** Student anul III, Universitatea de Medicină și Farmacie Iuliu Hațieganu, Cluj-Napoca, Romania.

practical issue we recommend the enhancement of positive attitudes to religion and religiosity in medical students, for better serving their moral vocation of saving life and promoting health.

Keywords: *Euthanasia, Assisted suicide, Religious affiliation, Religiosity, Medical students.*

REZUMAT. *Atitudini față de eutanasi* în funcție de religiozitatea și afilierea religioasă declarată, la studenții medici din Cluj-Napoca. **Introducere.** Eutanasia și suidul asistat medical sunt două dintre cele mai intens dezbătute probleme ale bioeticii contemporane, fiind întrecute doar de problematica avortului. Câteva precizări conceptuale se impun, întrucât la nivelul bunului simț persistă confuzia între eutanasi și suidul asistat medical care sunt considerate uneori ca fiind sinonime. Autorii acestui articol arată care este poziția viitorilor medici, care studiază la Cluj-Napoca, față de eutanasi și suidul asistat medical, în funcție de apartenența lor religioasă declarată și gradul de religiozitate.

Obiective. Scopul principal al studiului este punerea în lumină a relației dintre eutanasi și suidul medical, pe de o parte și afilierea religioasă și religiozitatea studenților români și străini din anul I Medicină generală și Medicină dentară. În mod specific, am testat ipoteza efectului religiozității subiecților în descurajarea acordului acestora cu practicarea eutanasiei și suidului asistat medical la viitorii medici.

Subiecți și metode. Am luat în studiu un eșantion de 192 studenți, dintre care de la Medicină generală 130 (68%) și Medicină dentară 62 (32%), români 62 (32%), de la secția franceză 60 (31%) și de la secția engleză 70 studenți (37%). După afilierea religioasă a subiecților aceștia sunt în majoritate ortodocși (53, 27,6%), Romano-catolici (34, 17,71%), atei (29, 15,1%), Islamici (27, 14,06%) și liber-cugetători (24, 12,5%). Pe acest eșantion am aplicat chestionarul Euthan. Elaborat de primul autor, care are 17 itemi cotați pe o scară de tip Likert, cu cinci dimensiuni sau scale; scala acordului cu eutanasi la pacienții terminali, scala acordului cu practicarea suidului asistat medical la pacienții terminali, scala barierelor normative în calea eutanasiei, scala rolului îngrijirilor paliative în descurajarea eutanasiei și scala atitudinilor personale față de eutanasi în cazul membrilor de familie și al propriei persoane

Rezultate. Acordul cu practicarea eutanasiei și a suidului asistat medical este mai puternic la subiecții cu grade reduse de religiozitate, iar un acord mai redus am constatat la studenții de religie ortodoxă și islamică. În același timp, atei și liberii cugetători au raportat cele mai puternice atitudini pozitive față de eutanasi și suidul asistat medical. Studenții străini au manifestat o atitudine pozitivă mai marcată față de eutanasi și suidul asistat medical în comparație cu studenții români.

Concluzii. Subiecții adepți ai eutanasiei și suidului asistat medical au raportat nivele reduse ale religiozității practice și spirituale, confirmând astfel ipoteza centrală a studiului nostru. În general, nivelele ridicate de religiozitate exercită o influență protectivă față de aprobarea practicării eutanasiei și suidului asistat medical în rândul studenților de la Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" din Cluj-Napoca. Pe plan practic, recomandăm susținerea și ameliorarea atitudinilor pozitive față de religie la studenții medici, pentru a-și împlini vocația de salvare a vieții și promovare a sănătății.

Cuvinte cheie: *Eutanasi, suidul asistat medical, Afiliere religioasă, Religiozitate, Studenți la medicină.*

Introducere

Etimologic, termenul provine din doua cuvinte grecești: eu – care înseamnă bine, bun și thanatos – moarte, ceea ce ar însemna moarte bună sau moarte ușoară, fără durere. În Le Petit Larousse Illustré (1995), eutanasia este definită ca fiind „ansamblul mijloacelor care provoacă o moarte fără suferință, având drept scop scurtarea unei lungi agonii sau a unei boli foarte dureroase cu sfârșit fatal”. Dicționarul Juridic Penal (1976) considera eutanasia „uciderea săvârșită sub impulsul unui sentiment de milă, pentru a curma chinurile fizice ale unei persoane care suferă de o boală incurabilă și a cărei moarte este din această cauză inevitabilă”. Ea ridică delicata problemă a „dreptului de a uide pentru a pune capăt suferinței”.

Eutanasia a fost cunoscută, controversată și uneori practică încă din antichitate. Eliminarea nou-născuților malformați aruncați de către spartani în prăpastia Apothétai din apropierea Taigetului pentru a păstra numai indivizi viguroși, reprezintă un astfel de exemplu pentru antichitatea greacă (Flacelière, R., 1976). Triburile germanice din antichitate, care obișnuiau să-și ucidă bolnavii incurabili, constituie un alt exemplu. Întâlnim astfel de manifestări și în Orientul Îndepărtat (Birmania, India), precum și la eschimoși.

Platon, în lucrarea sa, „Republica”, (III, 406 a.) justifică eutanasia afirmând că „medicina a devenit o metodă de cultivare a bolii” și că „... pentru cei al căror corp este într-o stare continuă de boală interioară nu se prescrie nici un regim și nici nu li se transformă viața într-o prelungită mizerie... medicina nu este făcută pentru ei și nu trebuie tratați, chiar dacă sunt mai bogați decât Midias”.

În secolul XVI al erei creștine, Thomas Morus susținea că bolnavii incurabili ar putea să-și curme suferințele singuri sau ajutați de alții, după ce au primit aprobarea preoților sau a Senatului.

Un veac mai târziu, Francisc Bacon, cel care a creat termenul de eutanasiе, în celebra sa “Instauratio Magna”, făcând inventarul cunoștințelor (și lacunelor) epocii sale, constata că medicii secolului XVII manifestau o lipsă totală de interes pentru tratamentul durerii și invita, în consecință, la un efort de cercetare în acest domeniu. „Eu spun și insist asupra acestui subiect, că sarcina medicului nu este numai de a restabili sănătatea, ci și de a alina durerea și suferința ce însoțește boala... și de a procura bolnavului, atunci când el nu mai are nici o speranță, o moarte blândă și liniștită” (P. Verspieren, 1989).

Dar poate exista cu adevărat o „moarte bună”, fără suferință. Unii psihiatri au căutat să definească unele criterii ale morții bune, cum este cazul lui Edwin Shneidman (2007) ce oferă zece criterii ale unei morți bune:

Zece criterii ale unei morți bune:

1. Naturală (nu prin accident, suicid sau omucid)
2. Matură – peste 70 ani
3. Așteptată – să nu fie bruscă și neașteptată
4. Onorabilă - *De mortuis nil nisi bonum*

5. Pregătită din timp –funeraliile, testamentul
6. Acceptată – acceptarea inevitabilului
7. Civilizată - prezența celor apropiați, flori
8. Productivă – decedatul să fie perceput ca un înțelept generos
9. Regretată – regret, nostalgie, aprecierea celui decedat, tristețe
10. Pașnică – evitarea suferinței, controlul durerii, noblețea celui decedat

Dezbaterile asupra acestei probleme cunosc în prezent o intensificare fără precedent, fiind amplificate de progresele realizate în domeniile științei și tehnicii biomedicale și farmaceutice. Aparatura de susținere respiratorie și cardio-circulatorie, monitorizarea pacienților cu aparatura ultra performantă pot prelungi viața acestora dincolo de granițele ei firești, până la stadiul de „existență artificială”. Știința și tehnologia și-au întins tentaculele în jurul omului, ajungând să preia controlul asupra vieții sale, moartea devenind la rândul ei, tot mai impersonală.

Pe acest fond s-a modificat modul de abordare a pacienților cu boli incurabile aflați în stadiul terminal, punându-se tot mai des în discuție dreptul lor la viață și mai ales, dreptul lor la moarte.

Delicata problema a „dreptului de a ucide pentru a curma suferința” ridică însă numeroase întrebări:

Există, din punct de vedere moral sau practic, o limită de la care viața încetează de a mai fi un dar și devine o povară? Cine ar avea autoritatea să desemneze punctul în care viața devine insuficient de „umană”? Ar trebui să aibă individul dreptul să-și hotărască propriul sfârșit? În ce moment costurile medicale de întreținere artificială a vieții depășesc limita „morală” de prelungire a vieții? Și cum poți fixa prețul unei vieți?

Cât timp trebuie menținută terapia de susținere în cazul bolnavilor comatoși?

Astfel de întrebări au dat naștere multor polemici. Răspunsurile formulate, foarte diverse, poartă cel mai adesea amprenta concretului, a situațiilor particulare avute în vedere, dincolo de influența unor factori culturali, religioși, juridici, filosofici etc. Acest lucru pune problema definirii formelor pe care le îmbracă eutanasia.

În funcție de perspectiva medicului, eutanasia poate fi de două feluri: eutanasia activă – caz în care ea se realizează prin acțiune și eutanasia pasivă – când se realizează prin omisiune sau inacțiune.

Eutanasia activă se realizează prin acțiunile unor persoane, de obicei a medicului singur sau ajutat de alte cadre sanitare medii, acțiuni care au ca rezultat moartea pacientului incurabil. Cea mai utilizată practică în acest sens este administrarea de către medic a unui medicament cu acțiune letală.

În cazul eutanasiei pasive, moartea este consecutivă fie non asistenței medicale, fie întreruperii tratamentului, considerându-se că orice efort terapeutic sau tratament obișnuit este inutil, bolnavul fiind irecuperabil, chiar în condițiile aplicării acestui tratament. Ca forme ale eutanasiei pasive ar fi:

- întreruperea aparatului de menținere în viață,
- întreruperea procedurilor medicale, a tratamentului cu medicamente etc.
- întreruperea alimentației artificiale (ce echivalează cu deshidratarea sau inaniția pacientului)

- neaplicarea procedurilor de resuscitare cardio-pulmonară, lăsând pacientul cu stop cardiac să decedeze.

Conform celui de-al doilea criteriu, care se refera la acordul bolnavului, eutanasia poate fi clasificată în: eutanasia voluntară, eutanasia nonvoluntară și eutanasia involuntară.

Eutanasia voluntară reprezintă cazul în care un pacient în întregime competent ia o decizie pe deplin voluntară și cere insistent ajutor în a-și curma viața. Eutanasia voluntară este realizată de aceleași persoane ca și în cazul eutanasiei active, dar la cererea repetată și stăruitoare a bolnavului conștient și informat asupra diagnosticului și prognosticului bolii sale. Realizarea acesteia se poate face atât prin mijloace active (acțiuni), cât și prin mijloace pasive (omisiuni, inacțiuni).

Eutanasia nonvoluntară se realizează fără acordul bolnavului, atunci când se pune capăt vieții unei persoane care nu poate alege ea însăși între a trăi sau a muri, cum ar fi, de exemplu, cazul unui pacient care, în urma unui accident sau a unei boli, nu mai poate acționa în chip responsabil nici în acel moment și nici în viitor și în absența unui acord anterior dat de pacient. Eutanasia nonvoluntară este și neînstituirea tratamentului unui nou-născut plurimalformat care, teoretic, nu are nicio șansă de a supraviețui.

Tot în cadrul eutanasiei non voluntare se include și bolnavul în stare de comă profundă irecuperabil sau comă depășită, incapabil din cauza acestei stări să ia o decizie. De obicei în asemenea situații se recurge la aplicarea metodelor pasive de eutanasia.

Eutanasia involuntară se realizează atunci când se pune capăt vieții unui pacient care ar fi fost în măsură să-și dea, sau măcar să se abțină să-și dea consimțământul să moară, dar nu și l-a dat, fie pentru că nu a fost întrebat, fie că, deși întrebat, s-a abținut să răspundă, întrucât dorea să continue să trăiască. Se realizează deci, fără acordul bolnavului sau împotriva voinței sale, pacientul dorind să trăiască indiferent în ce condiții, fără a-l interesa calitatea vieții restante ori părerile medicilor sau ale familiei.

De remarcat că față de celelalte forme de eutanasia, cazurile de eutanasia involuntară sunt relativ rare. Ele exista totuși, cum ar fi, de exemplu, cazul unei persoane A, care-l împușcă pe B fără consimțământul acestuia, pentru a-l salva din mâna unor torționari. Tot în cadrul eutanasiei involuntare se includ o serie de practici medicale larg acceptate cum ar fi, de exemplu, administrarea unor doze crescute de analgetice care ar putea însă produce decesul prin intoxicație sau prin reacții adverse. La fel se consideră și renunțarea la un mijloc terapeutic care menține viața pacientului, fără a-i cere consimțământul acestuia (Kuhse, 1995).

În funcție de cele două criterii combinate (medic și pacient), se pot deosebi deci, șase forme de eutanasia:

- eutanasia voluntară activă,
- eutanasia voluntară pasivă,
- eutanasia involuntară activă,
- eutanasia involuntară pasivă,

- eutanasia nonvoluntară activă,
- eutanasia nonvoluntară pasivă.

O temă legată de eutanasia care a focalizat atenția publicului și a personalului medical este suicidul asistat medical. El poate fi definit drept actul de sinucidere intenționată, cu asistența altei persoane (a medicului), care furnizează cunoștințele, mijloacele sau ambele elemente simultan. În acest caz, medicul oferă pacientului expertiza și aparatura, respectiv mijloacele prin care pacientul își pune capăt zilelor (Lavery, J., et. al. 1997). Deși ambele, atât suicidul asistat medical, cât și eutanasia voluntară presupun facilitarea morții pacientului din motive umanitare, există totuși anumite diferențe între ele.

Suicidul asistat medical presupune un pacient care-și suprimă viața cu o doză letală dintr-o substanță cerută de pacient și procurată de medic în acest scop. Eutanasia voluntară presupune că medicul administrează doza letală, adesea din cauză că pacientul este incapabil să o facă.

Diferența între cele două proceduri vizează în principal persoana care administrează de fapt doza letală. În ambele situații, pacientul joacă un rol activ, el decide dacă să continue sau nu acțiunea.

Suicidul asistat medical a fost inițiat de medicul american **Jack Kevorkian** – autorul controversatei „Suicide machine” (mercytron) cu ajutorul căreia pacientul își autoadministrează doza de oxid de carbon pe mască.

El a „ajutat” de-a lungul carierei sale peste 130 de persoane să moară, fiind judecat și achitat în zeci de procese ce i-au fost intentate datorită aplicării acestei proceduri pe care el o justifica prin dreptul individului la moarte. Totuși, în aprilie 1999 el a fost condamnat la 20 ani închisoare și a fost eliberat în 2007.

Thanatronul, “mașina morții” a lui Jack Kevorkian



Thanatronul este esențialmente un dispozitiv automat de perfuzie similar cu metoda de aplicare a unei injecții letale unui condamnat la moarte în SUA. Se pornește cu administrarea unei soluții saline, apoi pacientul declanșează o injecție

cu un sedativ puternic, tiopentalul de sodiu, pentru a-și pierde cunoștința. Imediat după aceea, dispozitivul automat se comută pe administrarea clorurii de potasiu, ce provoacă stopul cardiac, în timp ce pacientul se află în stare de inconștiență.

Legalizarea eutanasiei și suicidului asistat medical

A. Eutanasia:

Țara	Data adoptării	Data intrării în vigoare
1. Olanda	23. nov. 2000	Aprilie 2001
2. Belgia	16 mai 2001	2 Septembrie 2002
3. Luxemburg	Februarie 2008	1 Aprilie 2009

B. Suicidul asistat medical

Țara	Data adoptării	Data intrării în vigoare
1. Elveția	1937	1943
2. Oregon SUA	Nov. 1994	27 oct. 1997
3. Olanda	23. nov. 2000	Aprilie 2001
4. Washington	5 nov. 2008	5 martie 2009
5. Luxemburg	Februarie 2008	1 aprilie, 2009

În 12 iulie 1999, guvernul Olandei a introdus în Parlament un proiect de lege pentru dezincriminarea suicidului asistat medical, care a fost adoptată de parlament în 10 aprilie 2001 și a intrat în vigoare la 1 aprilie 2002, cu respectarea următoarelor condiții:

- suferința pacientului este insuportabilă
- pacientul trebuie să formuleze o cerere repetată, fiind pe deplin competent
- nu există o alternativă rezonabilă pentru pacient
- medicul trebuie să explice clar pacientului situația sa și consecințele actului său de suicid asistat medical
- medicul curant trebuie să se consulte cu cel puțin un alt coleg (de obicei psihiatru)
- asistența medicală trebuie să fie continuă.

În statul Oregon (SUA) a fost adoptată în noiembrie 1997 *Legea pentru moartea cu demnitate* (Death with Dignity Act) care dezincriminează suicidul asistat medical în următoarele condiții:

- pacientul să sufere de o boală terminală
- să mai aibă de trăit cel mult 6 luni de zile, diagnosticul și prognosticul să fie dat de către medicul curant și să fie și confirmat de un alt medic specialist
- să facă cel puțin două cereri repetate pentru moartea asistată medical
- să facă o cerere scrisă în acest sens

- să poată convinge cel puțin doi medici că este sincer și nu acționează arbitrar și că decizia lui este voluntară
- să nu sufere de depresie gravă
- să aștepte cel puțin 15 zile de la prima cerere depusă
- să fie bine informat despre alternativele rezonabile (îngrijire paliativă, asistența la domiciliu, controlul durerii).

Studiul empiric privitor la atitudinile studenților mediciști din Cluj-Napoca față de eutanasi

A. Obiective: Ne-am propus ca obiective verificarea ipotezei referitoare la influența afilierii religioase și a gradului de religiozitate asupra aprobării sau dezaprobării eutanasiei și suicidului asistat medical. Printre ipotezele studiului figurează presupunerea că un grad de religiozitate crescut are drept consecință exprimarea unor atitudini de dezaprobare a practicării eutanasiei și suicidului medical pentru pacienții aflați în stadii terminale.

B. Subiecți și metode: Am investigat opiniile unui lot de 192 de studenți din anul I medicină de la facultățile de Medicină generală și Medicină dentară, de naționalitate română și dintre studenții străini ce studiază la Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” din Cluj-Napoca.

Distribuția socio-demografică a eșantionului investigat este prezentată în tabelele și diagramele de structură următoare:

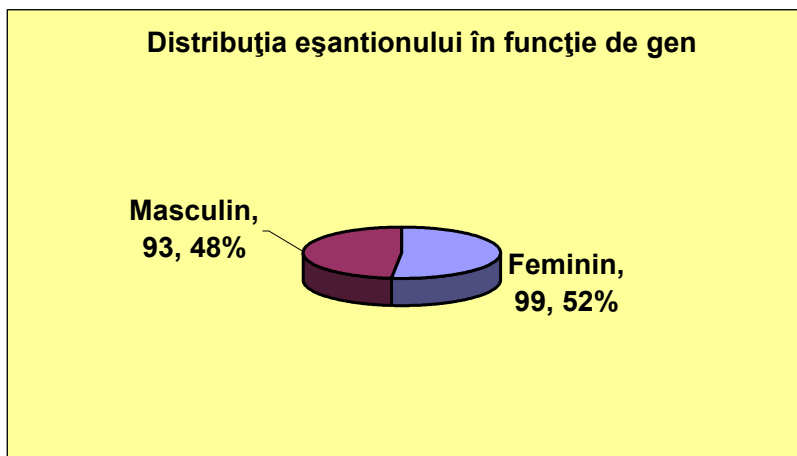


Fig. 1. Diagrama de structură a eșantionului investigat în funcție de identitatea sexuală declarată de participanții la studiu.

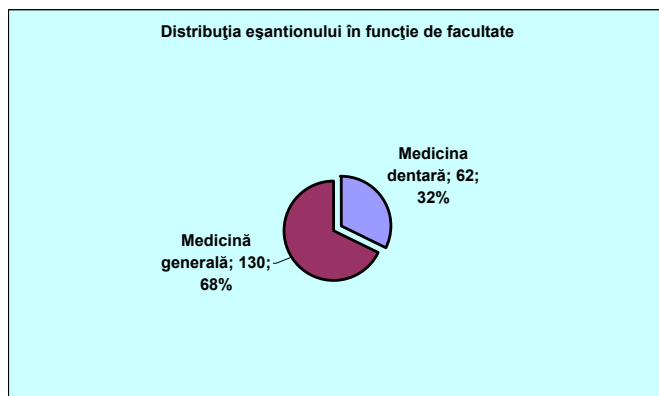


Fig. 2. Diagrama de structură a eșantionului investigat în funcție de facultatea urmată

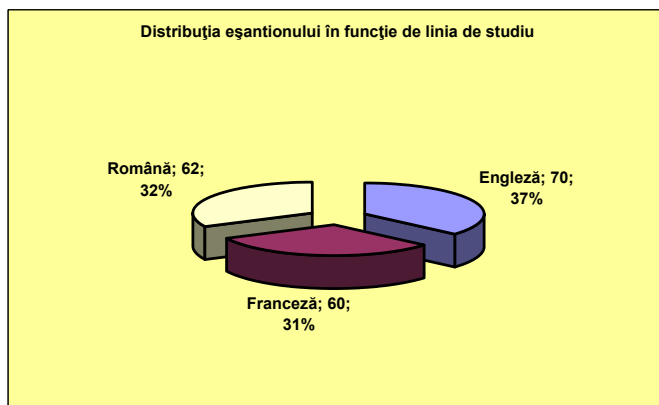


Fig. 3. Diagrama de structură a eșantionului investigat în funcție de linia de studiu pe care o urmează studenții participanți la studiu

Tabel. Nr. 1.

Structura eșantionului în funcție de afilierea religioasă declarată

Apartenența Religioasă	Număr de cazuri	Procentaj (%)
Ortodox	53	27,6
Romano-catolic	34	17,71
Ateu	29	15,1
Islamism	27	14,06
Liber cugetător	24	12,5
Greco-catolic	5	2,6
Protestant	5	2,6
Reformat	4	2,08
Iudaism	3	1,56

Apartenența Religioasă	Număr de cazuri	Procentaj (%)
Zoroastrism	2	1,04
Penticostal	2	1,04
Baptist	1	0,52
Adventist	1	0,52
Hindus	1	0,52
Lutheran	1	0,52
Total	192	100%

Tabel. Nr. 2.

Structura eșantionului în funcție de țara de origine

Țara	Număr de cazuri	Procent (%)
România	63	32,81
Franța	53	27,6
Suedia	27	14,06
Germania	15	7,81
Israel	7	3,65
Canada	5	2,6
Iran	5	2,6
Tunisia	5	2,6
Italia	2	1,04
Somalia	2	1,04
Anglia	1	0,52
Bahrain	1	0,52
Maroc	1	0,52
Martinica	1	0,52
Mauritius	1	0,52
Nigeria	1	0,52
Polonia	1	0,52
SUA	1	0,52
Total	192	100%

Pe acest lot am aplicat chestionarul de atitudini față de eutanasia, Euth. conceput de autorul principal prin integrarea unor itemi din studiile anterioare pe această temă (Grassi Luigi, et al., 1999, Doukas DJ, 1995). Chestionarul este compus din 17 itemi (Anexa nr. 1) și include cinci scale:

1. Scala acordului cu eutanasia la pacienții terminali (itemii 1, 2, 4, 5, 8, 9, 10)
2. Scala acordului cu practicarea suicidului asistat medical la pacienții terminali (3, 6, 7)
3. Scala barierei normative în calea eutanasierei (itemii 11, 12, 13)

4. Scala rolului îngrijirilor paliative în descurajarea eutanasiei (itemii 14, 15)
5. Scala atitudinilor personale față de eutanasiu în cazul membrilor de familie și al propriei persoane (itemii 16, 17)

C. Rezultate

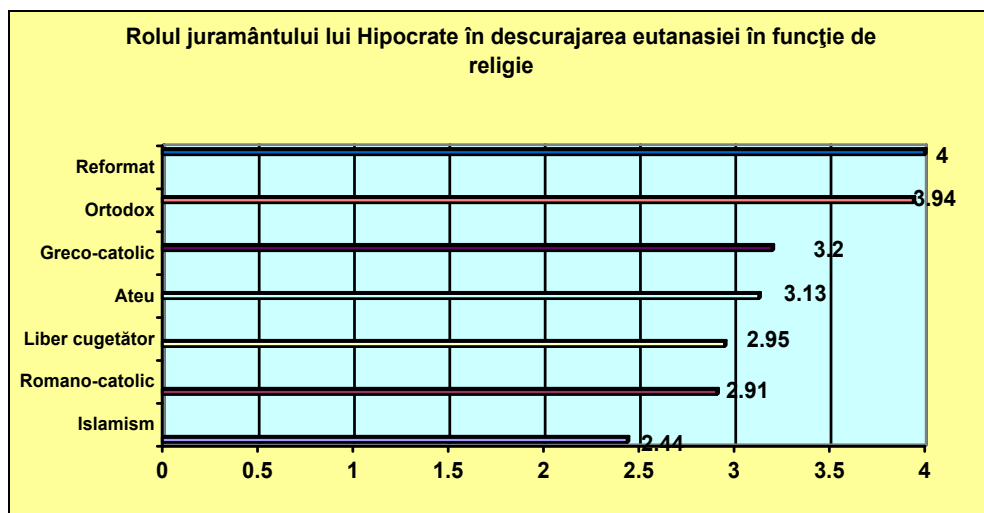


Fig. 4. Diagrama de comparație a scorurilor medii la itemul privitor la descurajarea practicării eutanasiei de prevederile jurământului Hipocratic ($p = 0,0006$)

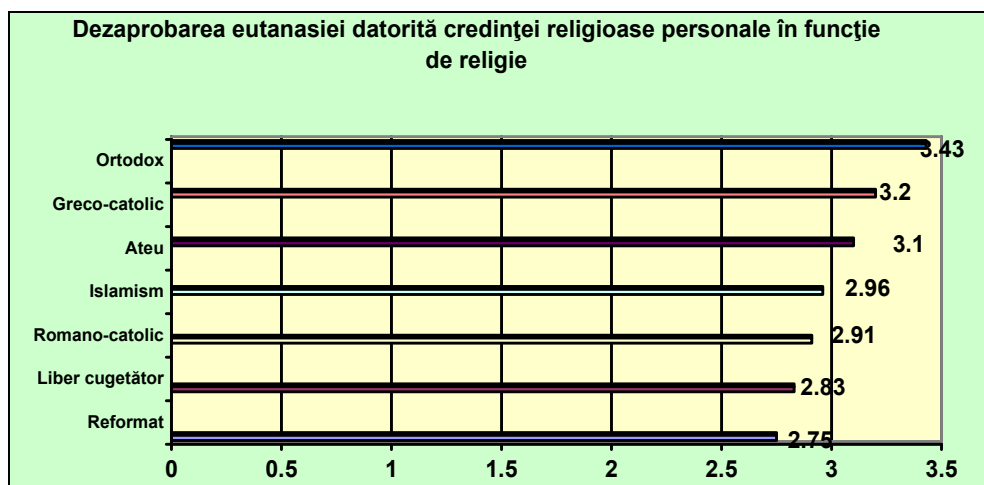


Fig. 5. Diagrama de comparație a scorurilor medii la itemul privitor la descurajarea practicării eutanasiei ca urmare a credinței religioase proprii ($p = 0,34$)

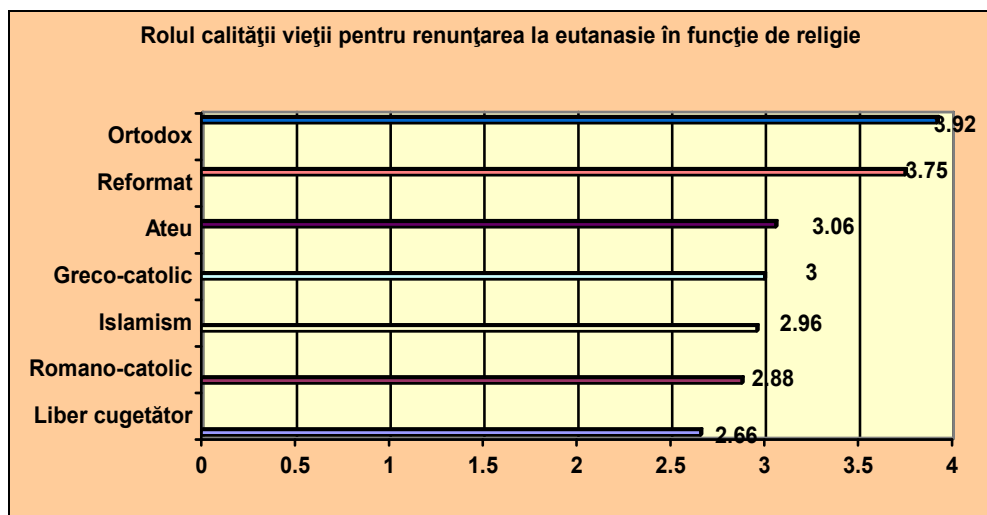


Fig. 6. Diagrama de comparație a scorurilor medii la itemul privitor la descurajarea practicării eutanasiei de teama consecințelor legale ale comiterii actului eutanasic ($p = 0,00001$)

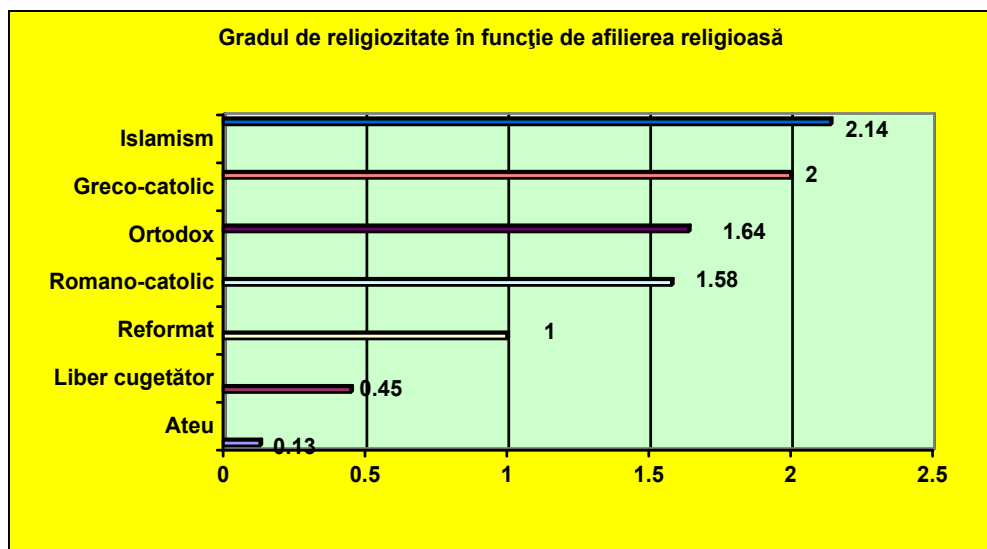


Fig. 7. Diagrama de comparație a scorurilor medii la itemul privitor la gradul de religiozitate al studenților în funcție de afilierea religioasă declarată ($p = 0,000001$)

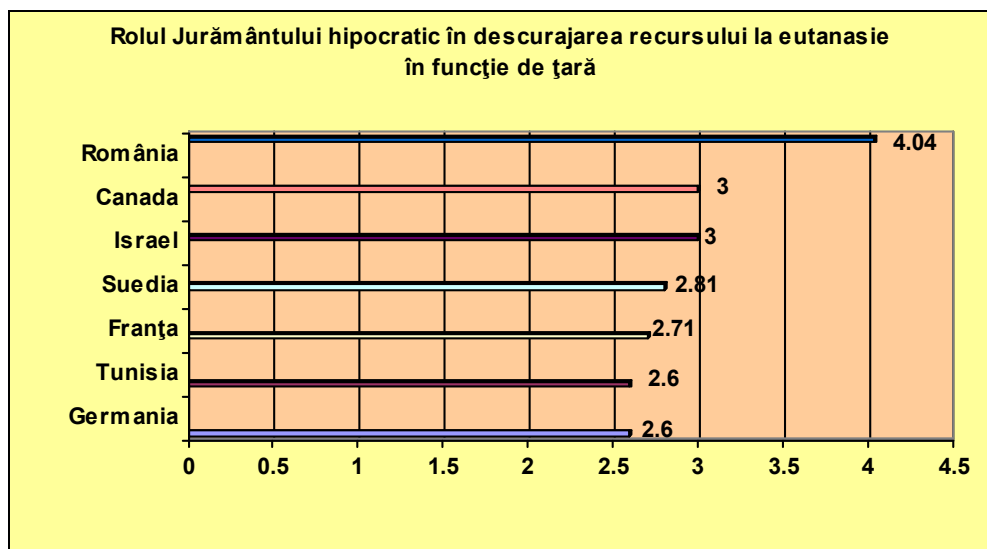


Fig. 8. Diagrama de comparație a scorurilor medii la itemul privitor la rolul descurajant al Jurământului hipocratic în practicarea eutanasiei familiei în funcție de țara de origine a studenților din lotul investigat ($p = 0,0001$)

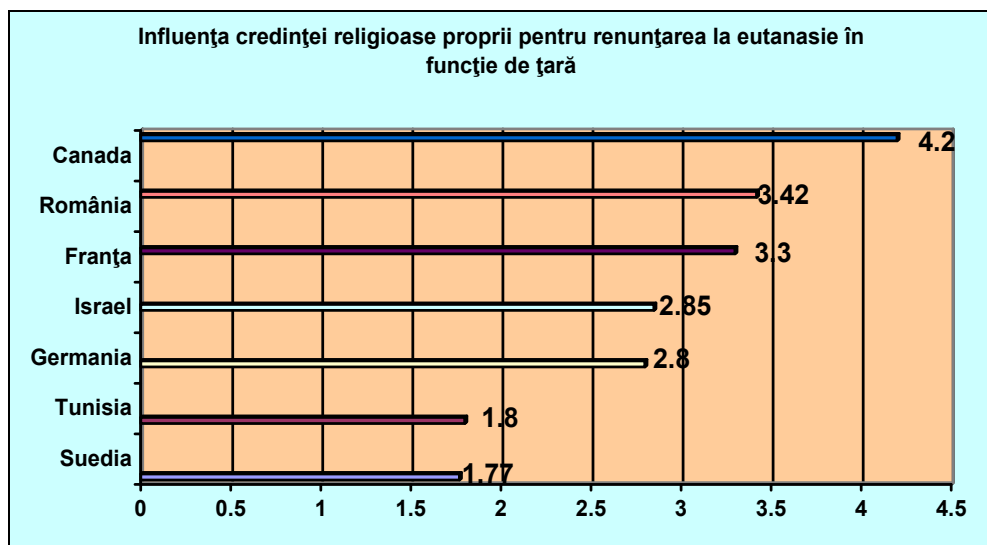


Fig. 9. Diagrama de comparație a scorurilor medii la itemul privitor la rolul credinței religioase proprii în descurajarea practicării eutanasiei de către studenții din lotul investigat familiei în funcție de țara de origine ($p = 0,0002$)

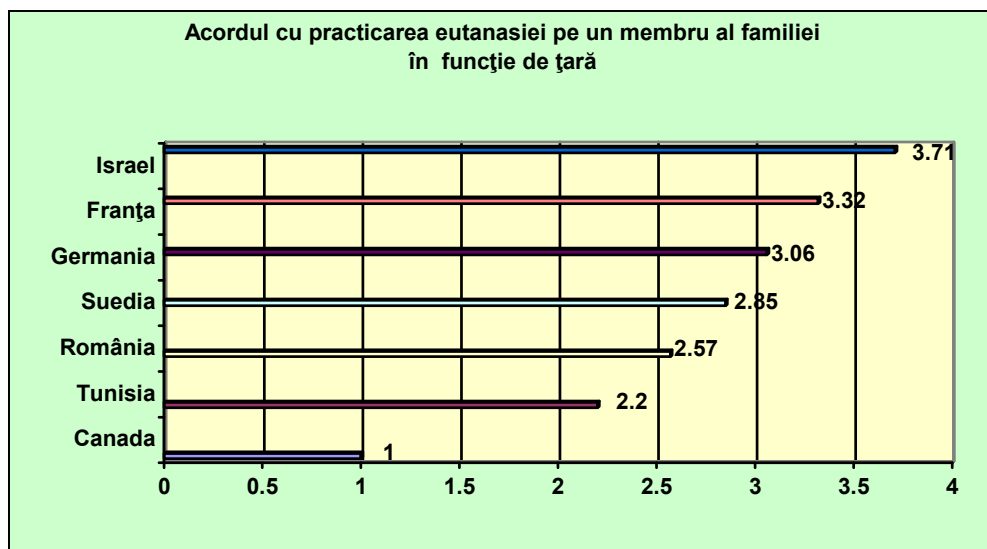


Fig. 10. Diagrama de comparație a scorurilor medii la itemul privitor la aprobarea practicării eutanasiei pe un membru al propriei familii în funcție de țara de origine a studenților din lotul investigat ($p = 0,02$)

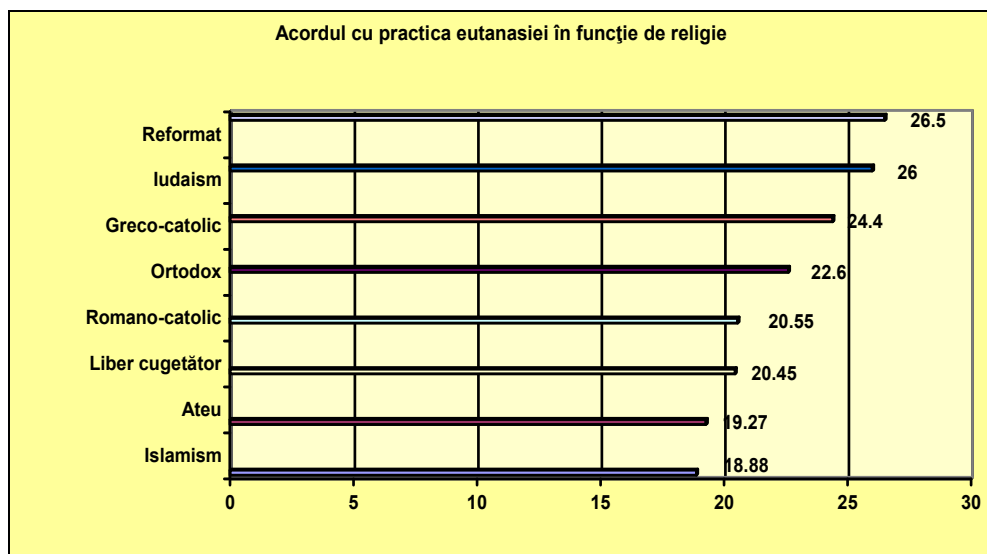


Fig. 11. Diagrama de comparație a scorurilor medii la scala acordului cu practicarea eutanasiei în funcție de afilierea religioasă declarată a studenților din lotul investigat ($p = 0,13$)

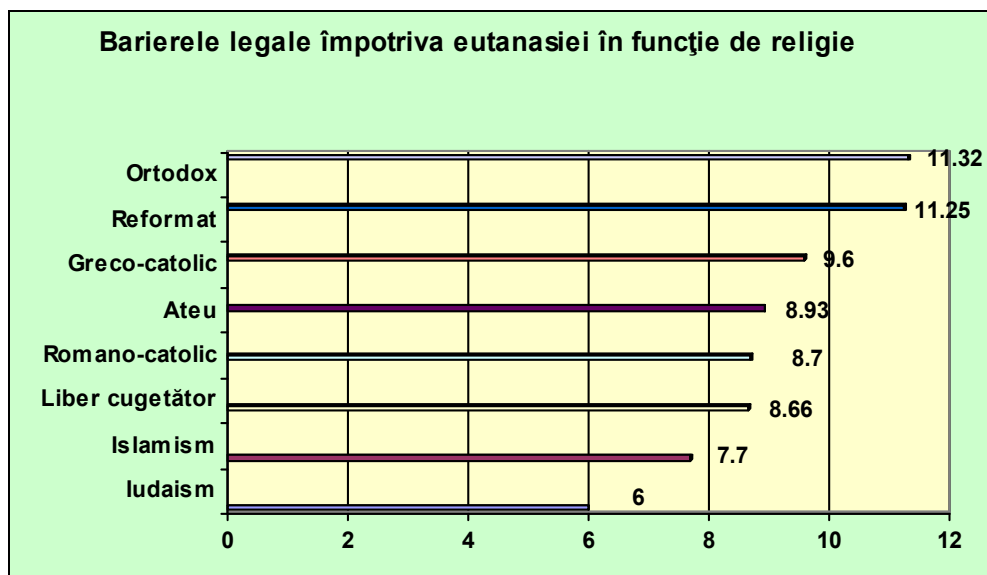


Fig. 12. Diagrama de comparație a scorurilor medii la scala barierelor legale la practicarea eutanasiei în funcție de afilierea religioasă declarată a studenților din lotul investigat ($p = 0,0002$)

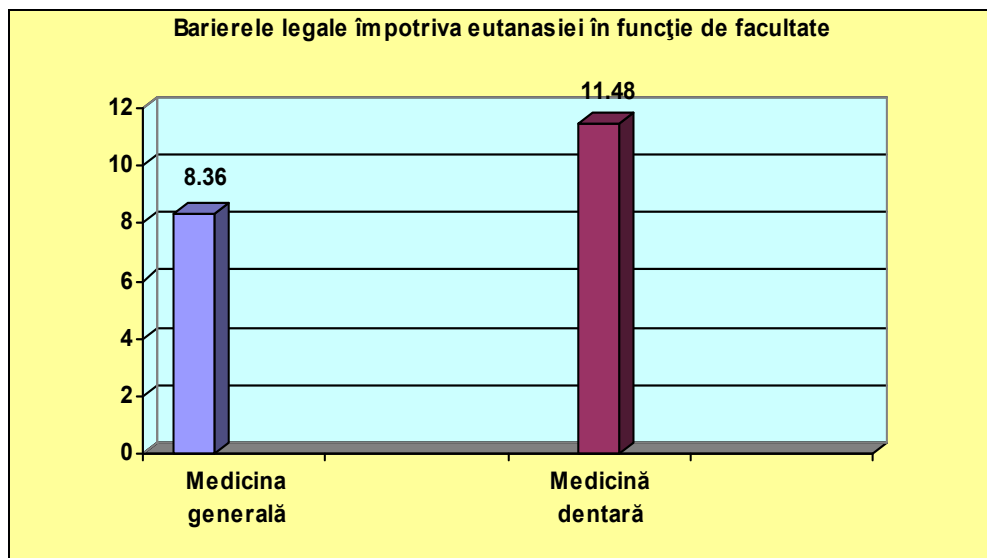


Fig. 13. Diagrama de comparație a scorurilor medii la scala barierelor legale la practicarea eutanasiei în funcție de facultatea studenților din lotul investigat ($p = 0,000001$)

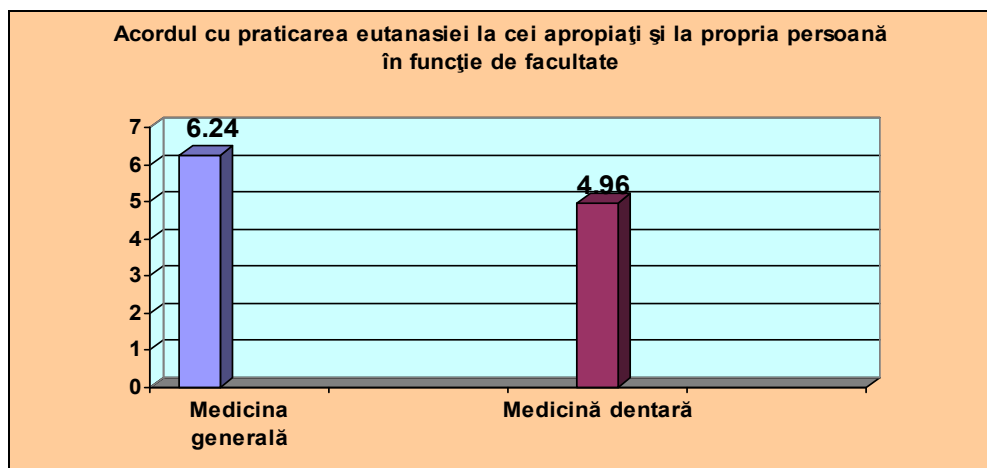


Fig. 14. Diagrama de comparație a scorurilor medii la scala acordului cu practicarea eutanasiei la cei apropiați și la propria persoană în funcție de facultatea studenților din lotul investigat ($p = 0,0001$)

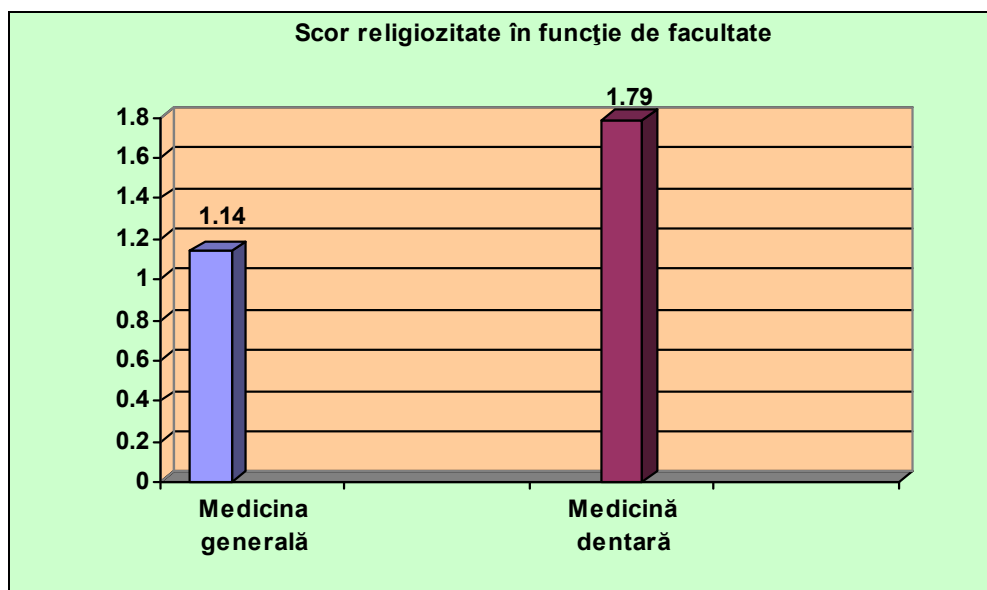


Fig. 15. Diagrama de comparație a scorurilor medii la scala gradului de religiozitate în funcție de facultatea studenților din lotul investigat ($p = 0,001$)

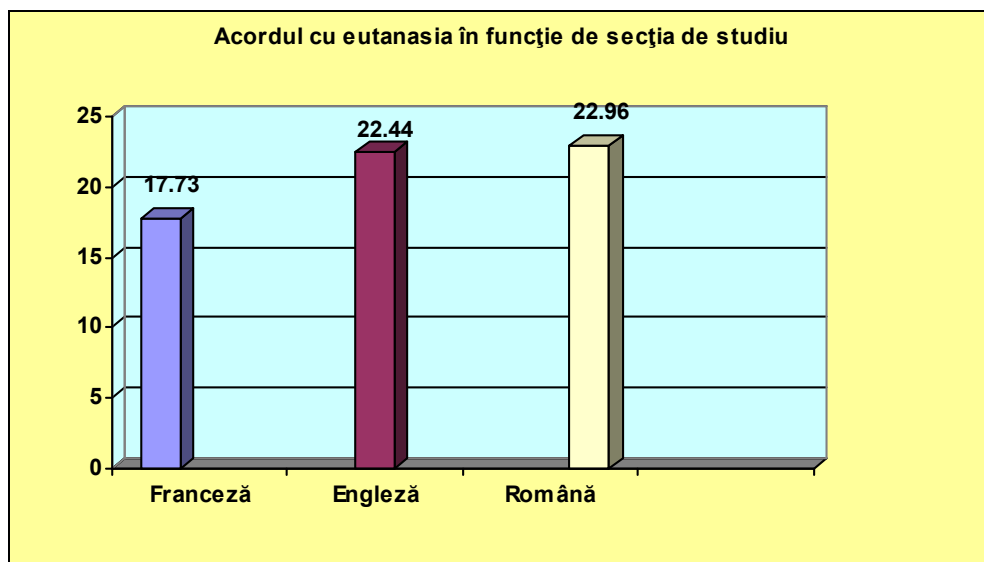


Fig. 16. Diagrama de comparație a scorurilor medii la scala acordului cu eutanasia în funcție linia de studiu a subiecților din lotul investigat ($p = 0,00003$)

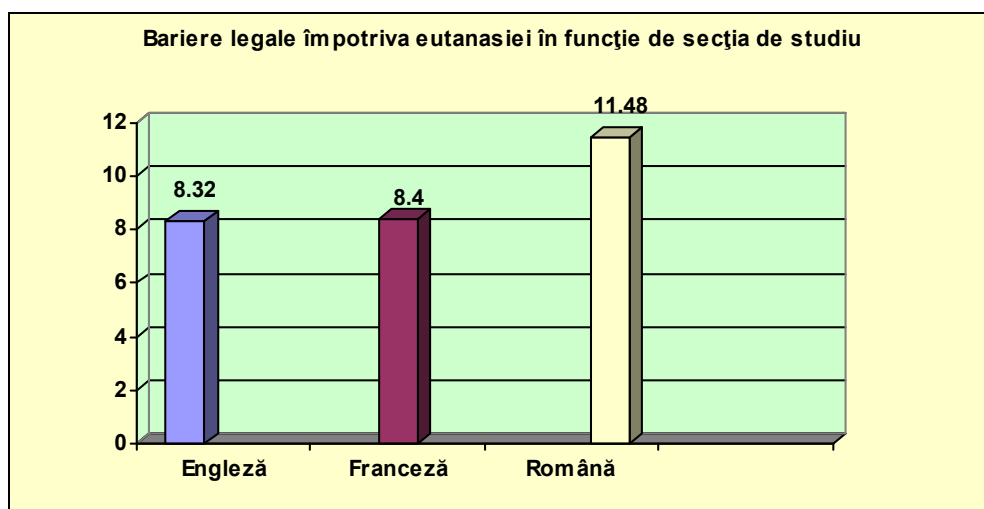


Fig. 17. Diagrama de comparație a scorurilor medii la scala barierelor legale, normative pentru eutanasia în funcție linia de studiu a subiecților din lotul investigat ($p = 0,000001$)

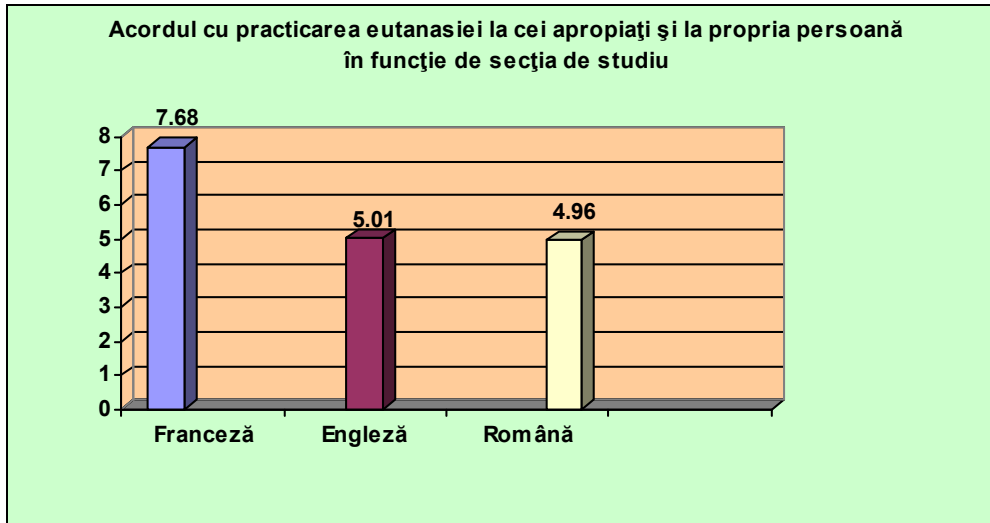


Fig. 18. Diagrama de comparație a scorurilor medii la scala acordului cu practicarea eutanasiei la rude apropiate sau la propria persoană în funcție de secția de studiu a subiecților din lotul investigat ($p = 0,0000001$)

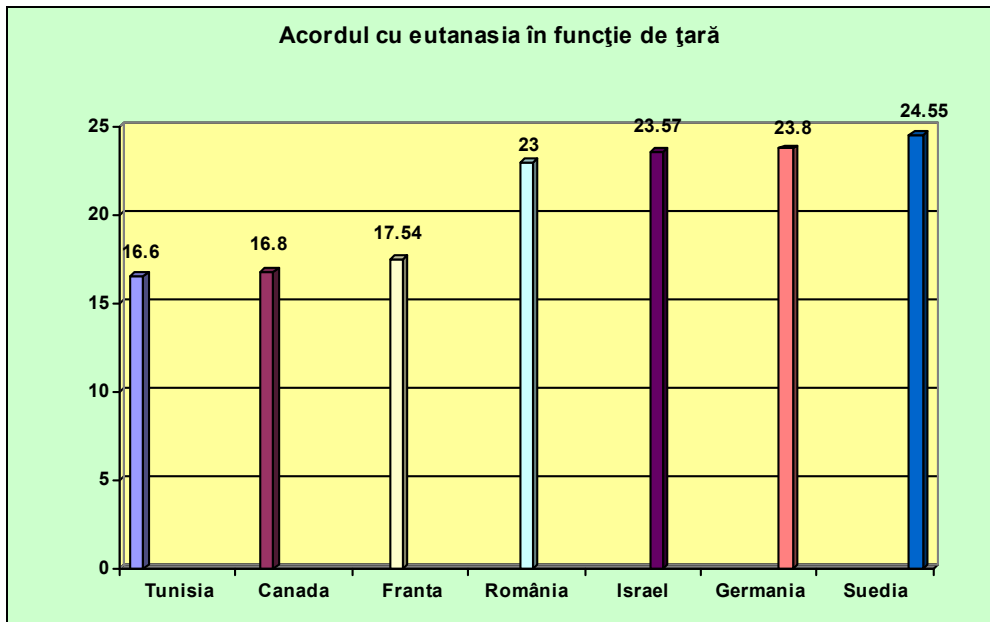


Fig. 19. Diagrama de comparație a scorurilor medii la scala acordului cu practicarea eutanasiei în funcție de țara de origine a subiecților din lotul investigat ($p = 0,00004$)

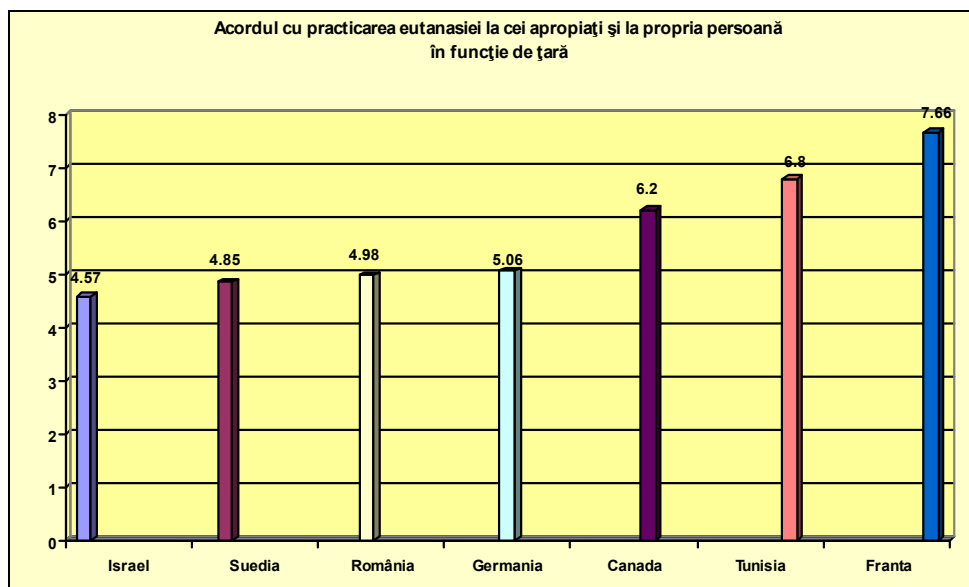


Fig. 20. Diagrama de comparație a scorurilor medii la scala acordului cu practicarea eutanasiei la rude apropiate sau la propria persoană în funcție țara de origine a subiecților din lotul investigat ($p = 0,000001$)

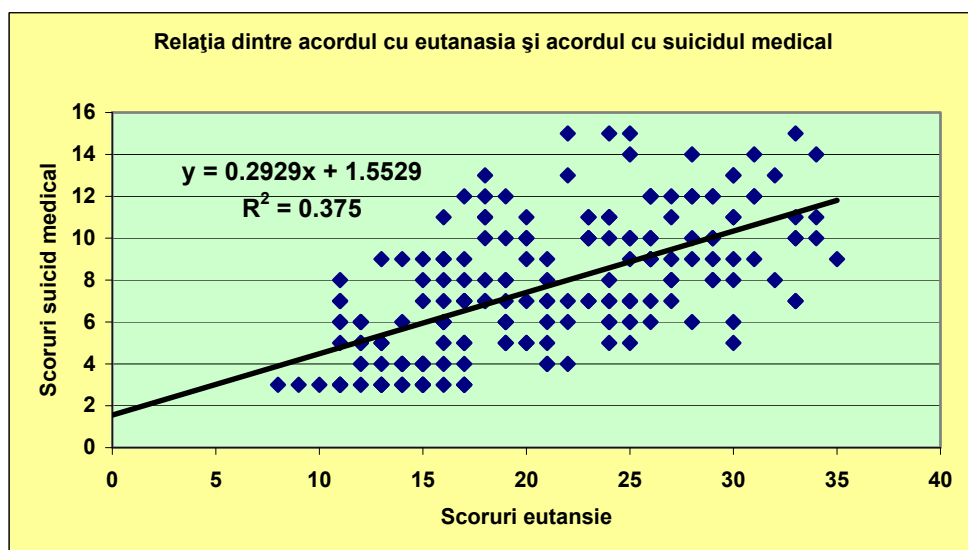


Fig. 21. Diagrama de dispersie a relațiilor direct proporționale dintre scorurile individuale la scala acordului cu practicarea eutanasiei și a suicidului asistat medical a chestionarului despre eutanasi (r = 0,61, $p = 0,0000001$)

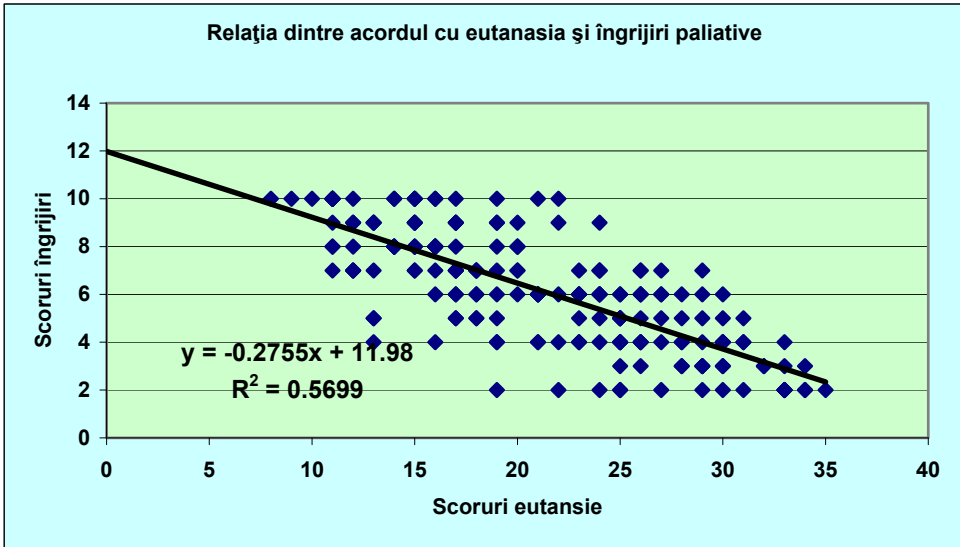


Fig. 22. Diagrama de dispersie a relațiilor invers proporționale dintre scorurile individuale la scala acordului cu practicarea eutanasiiei și aprobarea îngrijirilor paliative a chestionarului despre eutanasia ($r = -0,75$, $p = 0,00000001$)

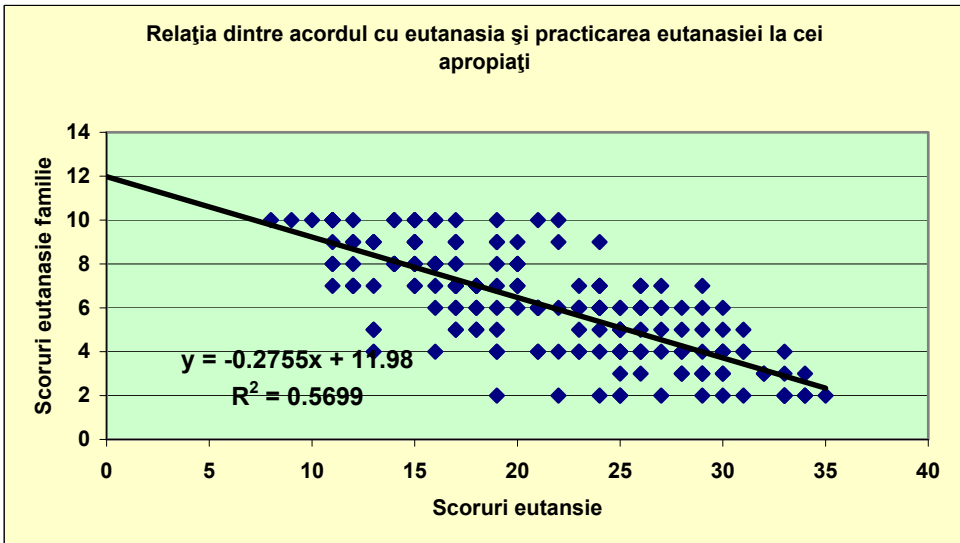


Fig. 23. Diagrama de dispersie a relațiilor invers proporționale dintre scorurile individuale la scala acordului cu eutanasia și practicarea eutanasiiei la rude apropiate sau la propria persoană a chestionarului despre eutanasia ($r = -0,72$, $p = 0,00000001$)

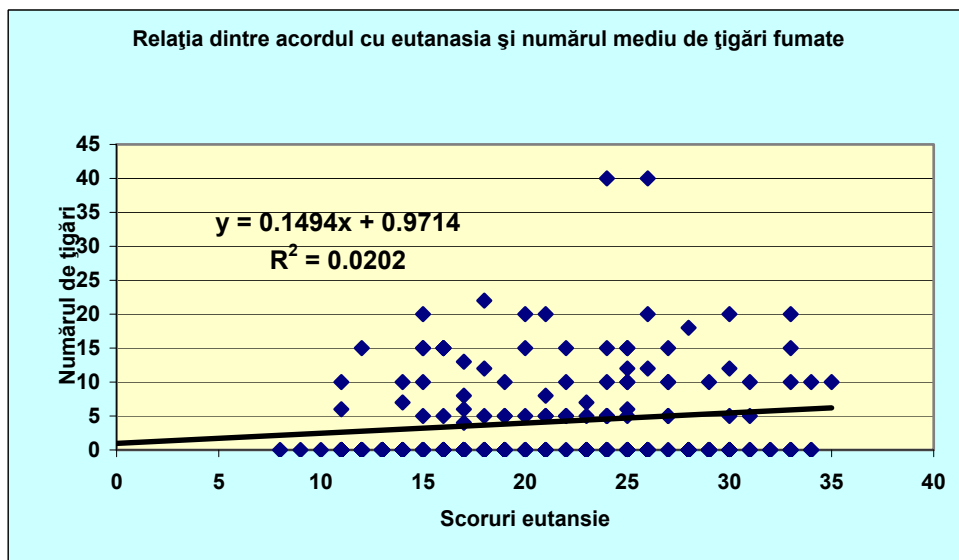


Fig. 24. Diagrama de dispersie a relațiilor direct proporționale dintre scorurile individuale la scala acordului cu eutanasia a chestionarului despre eutanasia și gradul de tabagism ($r = 0,014$, $p = 0,04$)

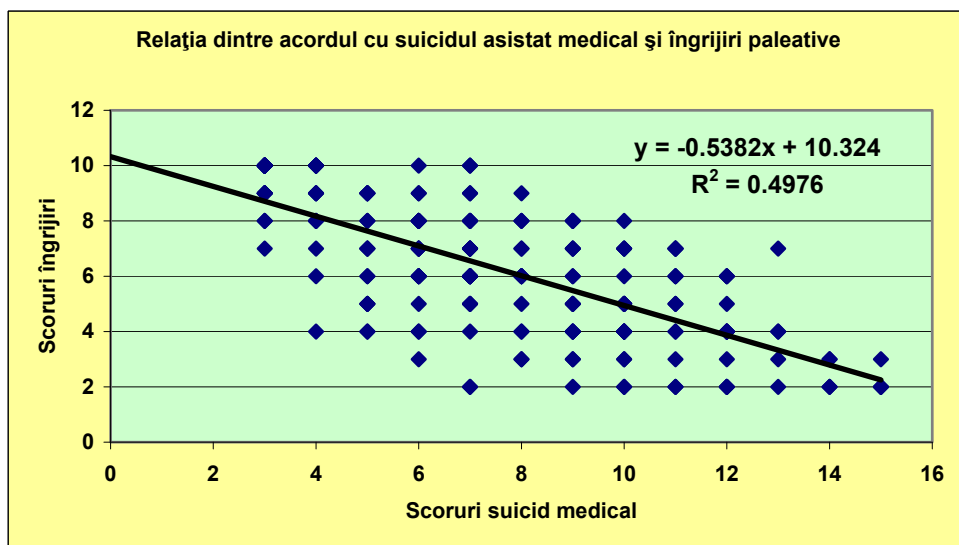


Fig. 25. Diagrama de dispersie a relațiilor invers proporționale dintre scorurile individuale la scala acordului cu suicidul asistat medical și scala privind aprobarea îngrijirilor paliative a chestionarului despre eutanasia ($r = -0,71$, $p = 0,0000001$)

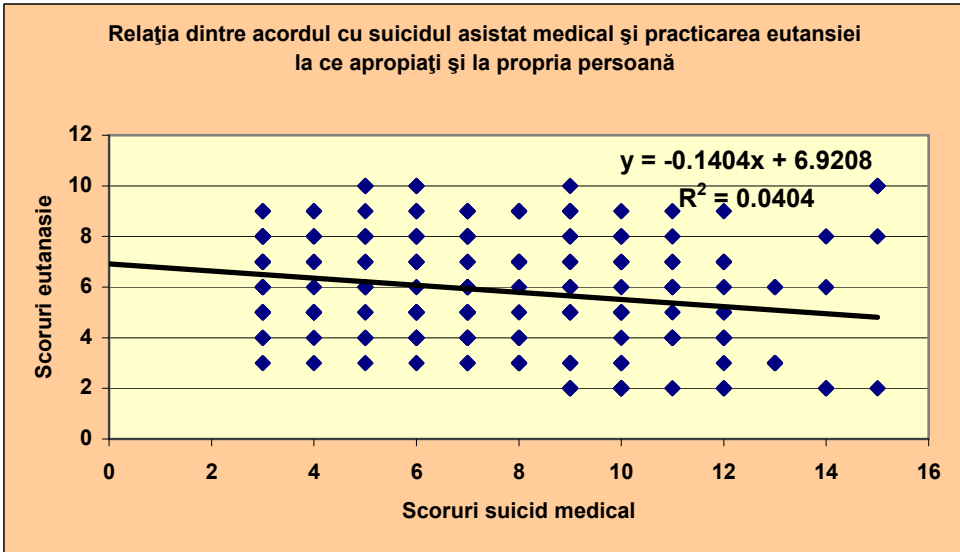


Fig. 26. Diagrama de dispersie a relațiilor invers proporționale dintre scorurile individuale la scala acordului cu suicidul asistat medical și scala privind aprobarea eutanasiei la rude apropiate și la propria persoană aflată în stadiul terminal a chestionarului despre eutanasiie ($r = -0,20$, $p = 0,005$)

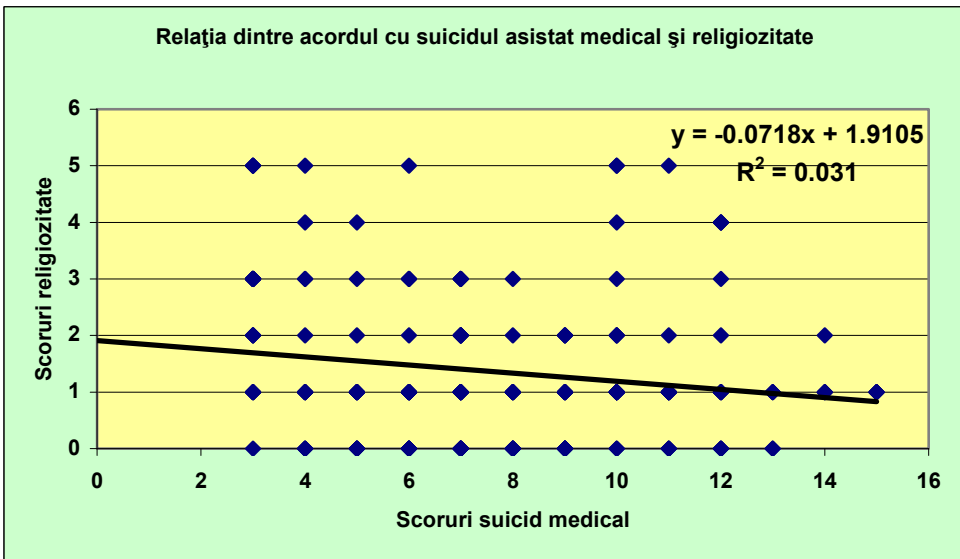


Fig. 27. Diagrama de dispersie a relațiilor invers proporționale dintre scorurile individuale la scala acordului cu suicidul asistat medical a chestionarului despre eutanasiie și nivelul de religiozitate practică ($r = -0,18$, $p = 0,005$)

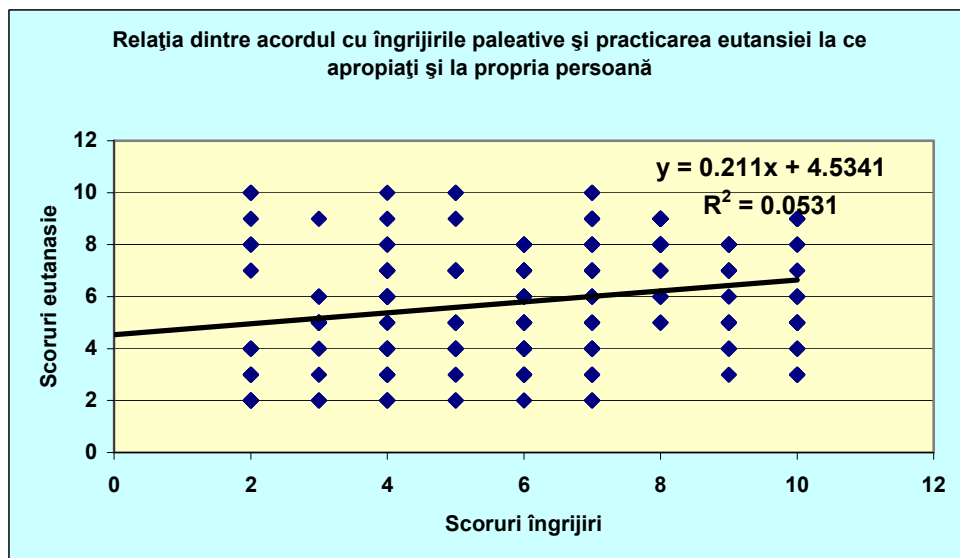


Fig. 28. Diagrama de dispersie a relațiilor direct proporționale dintre scorurile individuale la scala necesității îngrijirilor paliative și scala privind aprobarea eutansiei la rude apropiate și la propria persoană aflată în stadiul terminal a chestionarului despre eutanasiie ($r = 0,23$, $p = 0,001$)

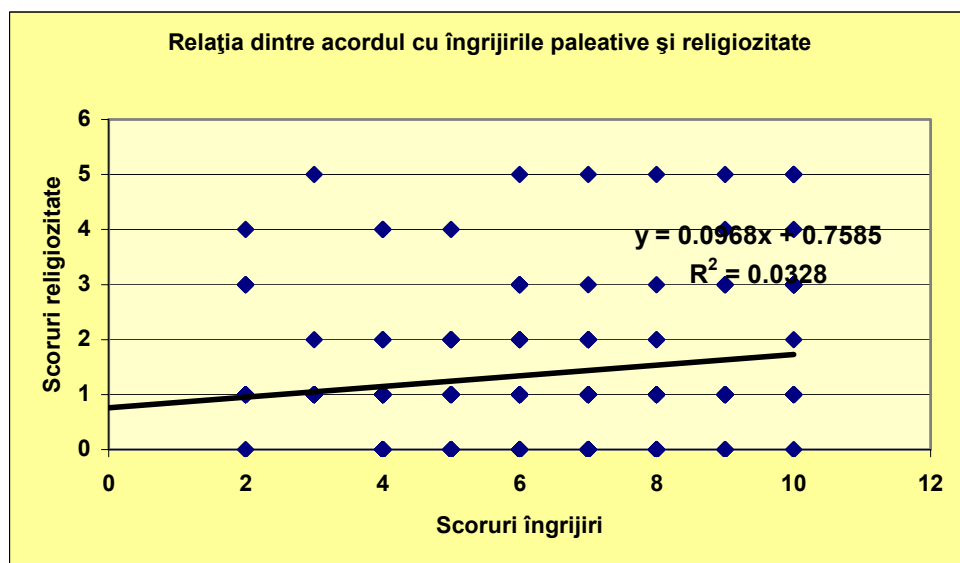


Fig. 29. Diagrama de dispersie a relațiilor direct proporționale dintre scorurile individuale la scala necesității îngrijirilor paliative a chestionarului despre eutanasiie și nivelul de religiozitate liturgică, practică, ilustrat prin participarea la serviciile religioase ($r = 0,18$, $p = 0,01$)

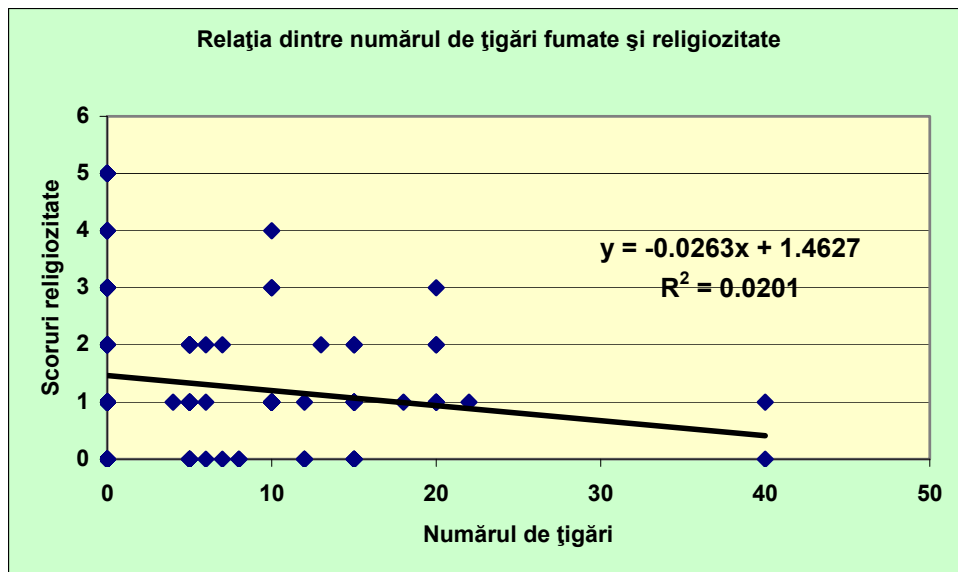


Fig. 30. Diagrama de dispersie a relațiilor invers proporționale dintre scorurile individuale la scala nivelului de religiozitate și tabagismul declarat de participanții la studiu ($r = -0,14$, $p = 0,04$)

D. Concluzii

Ipoteza centrală a studiului a fost confirmată în mod consistent, în sensul că afilierea religioasă și nivelul religiozității practice sunt factori spirituali ce descurajează aplicarea eutanasiei și suicidului asistat medical de către studenții la medicină în activitatea lor profesională. În mod specific, studenții atei și liber cugetători și cei cu grad de religiozitate redus exprimă un acord mai pronunțat cu practicarea eutanasiei și suicidului asistat medical la pacienții terminali.

Dacă studenții mediciști din anul întâi exprimă un acord destul de marcat cu practicarea eutanasiei și suicidului asistat medical în cazul pacienților, atunci când vine vorba de rude apropiate și de propria persoană se dovedesc mai reticenți.

Cerințele jurământului hipocratic și propria credință religioasă, precum și teama de consecințele juridice ale practicării morții asistate, sunt factori descurajanți pentru practicarea eutanasiei și suicidului asistat medical.

Cei care sunt de acord cu necesitatea îngrijirilor paliative și ameliorarea calității vieții pacienților terminali, dovedesc un grad mai redus de aprobare a eutanasiei și suicidului asistat medical.

Întrucât comunitatea studenților de la Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” din Cluj-Napoca este una multiculturală, se remarcă faptul că studenții din țările nordice și occidentale cu un procent ridicat de atei și liber cugetători au atitudini favorabile mai marcate față de practicarea eutanasiei și suicidului asistat medical la

pacienții terminali. Aceasta în comparație cu studenții de religie ortodoxă și islamică ce se dovedesc mai reticenți față de eutanasiu și suicidul asistat medical ca soluții rezonabile pentru pacienții terminali.

Soliditatea datelor studiului întreprins este confirmată și de nivelele ridicate ale coeficientului de fidelitate internă Cronbach α (Cronbach, 1951) obținute pentru scalele chestionarului de atitudini față de eutanasiu, care sunt de peste 0,80.

În ansamblu, religiozitatea sinceră și profundă protejează pe tinerii medici de tentațiile periculoase ale practicării pe viitor a eutanasiei și suicidului asistat medical.

Anexa nr. 1 Ch Euth

Instrucțiuni: Mai jos sunt prezentate o seamă de enunțuri privitoare la atitudinea persoanelor față de problemele specifice sfârșitului vieții. Citiți cu atenție fiecare enunț și alegeți varianta care se potrivește cel mai bine cu opiniile dumneavoastră, în conformitate cu următoarele variante de răspuns:

Acord total	1
Acord parțial	2
Nici acord, nici dezacord	3
Dezacord parțial	4
Dezacord total	5

<i>Enunțul</i>	<i>Răspuns</i>
1. Considerați că o persoană are dreptul să-și pună capăt vieții, dacă suferă de o boală incurabilă (spre exemplu cancer)	
2. Dacă un pacient suferă de o boală incurabilă, considerați că medicilor trebuie să li se permită în mod legal să pună capăt vieții pacientului cu mijloace nedureroase, dacă pacientul sau familia acestuia o cer insistent	
3. Este acceptabil să se ofere unui pacient medicamente cu intenția de a-i permite să-și pună singur capăt vieții?	
4. Sunteți de acord cu eutanasierea unui pacient în condițiile în care un comitet de medici numit de către un tribunal, hotărăște că pacientul respectiv nu mai poate fi vindecat	
5. Este necesară elaborarea unor legi care să permită practicarea eutanasiei active?	
6. Este acceptabil ca personalul medical să ofere sfaturi unui pacient cu intenția ca acesta să-și pună singur capăt vieții?	
7. Ați fi de acord cu legislația ce ar permite unui bolnav terminal să ceară medicului curant ajutorul pentru a-și pune capăt vieții	
8. Oncologilor ar trebui să li se permită să renunțe la aparatul de menținere în viață a unui pacient, la cererea expresă a acestuia?	
9. Oncologilor ar trebui să li se permită să întrerupă aparatul de menținere în viață a unui pacient la cererea acestuia?	

<i>Enunțul</i>	<i>Răspuns</i>
10. Este acceptabil ca personalul medical să administreze o doză de morfină pentru controlul durerii, chiar dacă aceasta grăbește decesul pacientului?	
11. Jurământul hipocratic interzice personalului medical să înlesnească decesul pacientului	
12. Credința mea religioasă îmi interzice să înlesnesc decesul pacientului	
13. Teama de consecințele legale descurajează personalul medical în practicarea eutanasiei și suicidului asistat medical	
14. Acordarea unei mai mari atenții calității vieții pacienților ar duce la renunțarea la eutanasi	
15. Acordarea unei mai mari atenții controlului durerii pacienților ar conduce la inutilitatea recursului la eutanasi	
16. Ați fi de acord cu practicarea eutanasiei pe un membru al familiei dumneavoastră?	
17. Ați fi de acord cu practicarea eutanasiei în cazul propriei persoane?	

VÂRSTA ani, Sexul F M, Profesia mamei
 Profesia tatălui Religia Număr țigări
 fumate pe zi

De câte ori frecvența serviciile religioase: niciodată, de două ori pe an, o dată pe lună, de mai multe ori pe lună, o dată pe săptămână, de mai multe ori pe săptămână, la fiecare serviciu religios din biserica mea (încercuiți varianta care vi se potrivește).

BIBLIOGRAFIE

1. Cronbach Lee Joseph, (1951), *Coefficient alpha and the internal structure of tests*, *Psychometrika*, 16: 297-334.
2. Doukas DJ, Waterhouse D, Gorenflo DW, Seid J., (1995), *Attitudes and behaviors on physician-assisted death: a study of Michigan oncologists*. *Journal of Clinical Oncology*; 13: 1055–1061.
3. Grassi Luigi, MD, Katia Magnani, PhD, and Mauro Ercolani, MD, (1999), *Attitudes Toward Euthanasia and Physician-Assisted Suicide Among Italian Primary Care Physicians*, *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 17 No. 3: 188–196.
4. Kuhse Helga, (1995), *Eutanasia. Dezbatere actuale*, pag: 102-113 în vol: Miroiu, Adrian, (ed), *Etica aplicată*, București, Editura Alternative.
5. Lavery James, Bernard, Dickens, Joseph, Boyle, Peter Singer, (1997), *Euthanasia and assisted suicide*, *Canadian Medical Association Journal*, 156: 1405-1408.
6. Shneidman Edwin, (2007), *Criteria for a Good Death, Suicide and Life-Threatening Behavior* 37(3) : 245-247
7. Verspieren Patrick, (1989), *Euthanasie*, pag. 113-115, în *Encyclopaedia Universalis*, vol. 9, Paris, Ed. Encyclopaedia Universalis SA.

BIOETHICS AND DENTISTRY: THE ESTABLISHMENT OF ESSENTIAL SUBJECTS

ALA OJOVANU*, VITALIE OJOVANU**

ABSTRACT. Bioethics appeared as a result of some present-time problems that imply the spiritual-moral meant for the living survival, including the human's survival. Bioethics in medicine, Dentistry inclusively, has a major importance. The theoretical aspects of bioethics in Dentistry, doctor-patient relations, bioethics in scientific researches and clinical activity are some of reference problems.

Keywords: *Bioethics, Dentistry, Medical act, Doctor-patient relationship, Informed consent.*

REZUMAT. Bioetica a apărut ca urmare a unor probleme ale timpului nostru care implică un sens spiritual-moral pentru viețuirea de zi cu zi, inclusiv supraviețuirea omului. Bioetica în medicină, inclusiv în Stomatologie, are o importanță majoră. Aspectele teoretice ale bioeticii în Stomatologie, relația medic-pacient, bioetica în cercetările științifice și în activitatea clinică sunt doar câteva dintre problemele la care autorii fac referire.

Cuvinte cheie: *Bioetică, Stomatologie, Act medical, Relația medic-pacient, Consimțământ informat.*

As much for professional, cultural and moral formation of future specialists, as for perfection and adaptation to the new demands of the time of those who are in full activity, certainly, a particular importance has the theoretic and medical elaborations, historical and medical, as well as bioethical one, addressed to concrete medical fields. This is applied fully to dentistry (theoretical and practical). The importance of serious elaborations of this kind becomes more pronounced today, when in the medical field and in the attitude towards it take place incomprehensible processes.

During the last centuries, but especially in 20th century, crucial changes occurred in all areas of activity due to scientific and technical impetuous impact. As much social processes generally and as medical one in particular, lead to solve

* MD, PhD in Medicine, associate professor, Dentistry Department, The Faculty of Continuing Medical & Pharmaceutical Education, State University of Medicine and Pharmacy „Nicolae Testemițanu” of the Republic of Moldova, alojovan@gmail.com

** PhD in Philosophy, associate professor, Head of Philosophy and Bioethics Department, State University of Medicine and Pharmacy „Nicolae Testemițanu” of the Republic of Moldova, vitojovanu@gmail.com

the need of a number of critical problems. A necessity of the moment, which could give an answer to many questions on different areas from the medical point of view particularly, including dentistry, is *bioethics*.

It should be mentioned the fact that in comparison with other fields of medicine, ***the problems of bioethics in dentistry*** are nearly not studied, and this is not because they are manifested less here. One reason is that the dentistry has moved to scientific basis and has been split in branches much later than other domains of medicine. Also, a very small number of works dedicated to theoretical and methodological dentistry issues appeared generally.

In many cases, various bioethical issues are dispersed in dentistry, intentionally or not, in more general areas of traditional medicine - therapy, surgery, transplantology, traumatology, etc. or on the contrary, in the more special - aesthetic medicine, microsurgery, biophysics, clinical pharmacology, immunology, etc.

In the country, there have appeared numerous publications concerning theoretical aspect of the topic in question. It was natural to make first attempts to bioethical issues in dentistry. Therefore, bioethics in dentistry is at its very beginning.

Below, we will refer to some moments that are just an opportunity for the statements of bioethical issues in dentistry.

At the moment, regarding to dentistry, we can mention that key investigational issues has already been defined and there has been established its own structure for each field for the further research. They were established under the general division of traditional bioethics: general bioethics (theoretical), special bioethics (the major domains) and practical bioethics or applied bioethics (clinical). So, the key points or the general issues of bioethics in dentistry would be: 1) theoretical bioethical approaches specific to dentistry; 2) assessment of various situations in the relationships between dentist and patient, the dentist and other involved people in the medical process; 3) the analysis of bioethical issues for scientific researches in dentistry, 4) the discussion of multiple clinical cases that clearly fall within bioethical statements. Below, we will briefly describe each of them.

I. In comparison with other areas of medicine, theoretical approaches of bioethics are extremely rare in dentistry and the subject is obviously behind other medical fields. Initially, it is necessary to trace the main investigational directions, then to highlight the main issues and to find methodological possibilities of their analysis.

II. The relationship between dentist and patient always remains a current topic. These relationships, traditionally formed over the time, suffer drastic changes in recent decades. It is noticed a quick transition from essential *paternalistic* relations to those based on the principle of *informed consent*. The latter is a general trend in contemporary medicine, but obviously and certainly occurs in dentistry. Informed consent means that the doctor, on patient requirement, has to be informed comprehensively and immediately about the process of the treatment, including the methods and used preparations. In its turn, the patient must provide necessary medical information

III. Scientific researches within dentistry include, as in other fields of medicine, the bioethical aspect too. These may be of the most diverse nature, depending on the subject of investigation.

IV. Clinical-bioethical issues are the most diverse and present in dentistry.

In many cases bioethical issues are split in dentistry, intentionally or not, in more general, traditional areas of medicine - therapy, surgery, transplantology, trauma, etc. or on the contrary, in more special - aesthetic medicine, microsurgery, biophysics, clinical pharmacology, immunology, etc.. Because bioethics in dentistry is at its beginning, we will refer only to some moments that provide an opportunity to mention the bioethical issues in this domain.

First point - bioethical implications in maxillo-facial surgery occurring after surgery (either planned for aesthetic reasons or because of accidental or emerging wounds and fractures,) when the natural image, natural face, radically changes. The changes of natural face can have aesthetic repercussions, psychological, legal, medico-legal, etc.

The second point related to situations associated with the transplantation of grafts taken from another human body (including corpses). The complex of problems raised here are characteristic for the whole field of transplantology. The consequences are borne not only from moral, bioethical point of view, but immunological, genetic, religious, legal, etc.

The third point is related to a specific type of transplantation, i.e. the transplantation of germ (buds) of teeth, mostly from corpses of children. Along with social and moral effects, the questions linked with substantial influence on the genetic code emphasize consequences to succeeding generations.

The fourth case deals with the moral consequences, religious, genetic, etc. to use living material for replacing, revival, treatment of oral tissues and organs from human embryos. Also in this context refers products and preparations of the same embryos.

Another moment, *the fifth one*, reflects the problem of applying preparations and various new materials in dentistry: anesthesia, diagnostic, therapeutic, orthopedic, etc. not prohibited, but not recommended or are less researched and may have negative effects. Here, other issues are assigned too, being related to this point, as: the informational vacuum, incompetence, professional superficiality or even bad intention from the doctor side.

The sixth point is focused on treatment methodology. This problem can be an individual problem of the doctor or a global problem of the medicine. There is reflected not only the level of professional training of doctors, equipping with modern utensils and insurance of necessary preparations, but also the degree of doctor individual conscience, moral and intellectual aspect. Doctor often chooses what is more profitable for him, but at the expense of patient health or financial situation.

Medical practice in dentistry highlights the following topics in the field of dentistry that requires a consistent approach to bioethics:

- using outdated preparations, taken away from usage or unsuitable, or even prohibited;

- applying old methods, but convenient to the doctor;
- effective sterilization, according to the modern methods, instruments used in treatment or counseling;
- doctor and auxiliary staff precaution for avoiding the patient contamination with viruses or pathogenic microbes;
- to avoid the possibility of auto-contamination with bacteria or viruses of the doctor directly from sick patient or from used instrument;
- harmonization of dental treatment with integral therapy of the body;
- recommendation of related medical preparations, supplemental in the process of dental treatment;
- justification of economic interest of the dentist over the quality of dental assistance or determining the variants of curative interventions;
- dentist – patient relationships;
- conscientiousness, spiritual and moral behavior of dentist;
- clinical experimentation of new materials or preparations;
- clinical experimentation of new curing methods;
- correlation between the level of professional training of specialists in dentistry and clinical requirements of specific activity;
- aspects towards the quality of provided dental service;
- immediate preparation of dentists in accordance with current imperatives;
- correlation with curative dental process with specialists of other branches of dentistry or medical domains;
- errors and negligence in dentistry;
- a fair appreciation of aesthetic value in dentistry.

When examining bioethical subjects in dentistry, there should be taken into account the following dental features of medical activity:

1. Curative effects are comparatively more immediate.
2. It represents a closer combination of the healthiness, curativeness and aesthetics.
3. Doctor-patient relationship is the most evident.
4. Given the fact, that the doctor-patient relationship is more obvious, there are established long-term "personalized" relationships within the dialogue that extends beyond the strict medical environment.
5. The determined incidence of material aspect (financial) for the provided service.
6. In post-socialist countries the psychological factor is acutely felt (for certain categories of population) that occurs when paying the provided services.

This is manifested by:

- excessive conditioning when choosing the specific service and payment the provided service;
- refusal of payment (entirely or incompletely) based on different motivation;

- seeking for hyperbolized reason, often not grounded, regarding the results of the treatment;
- making a subjective image regarding the doctor, considering him as a person concerned only about the material income;
- addressing the complaint to the legislative body or acting in court trials;
- defamation of the doctor;
- distrust of the medical actions chosen for the patient, being often accompanied by parallel consultations with other doctors or other patients, with information from scientific or popularized publications.

Doctor-patient relationship most frequently bioethical subject in dentistry.

Doctor-patient relationships in dentistry have their specification, given the trends of contemporary medicine. These relationships are or potentially may be present in the following aspects of medical action: 1) patient consultation, 2) preceding phase of active curative act, 3) active curative act, 4) next phase of curative act, 5) phase of long-term curative process (permanent care of long-term or chronic disease), 6) medical act accompanied with tests or experiments, 7) social behavior of the dentist.

It should be noted that in every phase of medical act, especially in the "delicate" situations, it is necessary to request and obtain the informed consent.

The situation potentially involving informed consent of the person proceeds with the decision to address to the doctor for consultation. Here, it is important to introduce the concept of "unreliable patient", who sees the need to be treated, thinks he has a disease, but he is not sure to what extent the treatment is necessary or even if it would make sense. The impulse of the decision to address to a specific doctor may be different: from a simple accident, based on someone's advice, because of the fame of the specific doctors, the recommendation from a specialist from another field of medicine, the advertising made by the company or by the doctor himself.

Personal decision is followed by a period of time (limited or long-term) which ends with the first visit. Often, the unreliable patient coming to the doctor is already plausible for informed consent from the diagnostic process, which depending on the situation can be a long one, including several possibilities and specialists. In dentistry this relates primarily for diseases of the oral mucosa or neuro-dentistry. As a rule, however, such agreement is not implemented in dental dentistry.

Consultation for the purpose of establishing the diagnosis is made by a dentist in a continuous dialogue with the potential patient. Providing the results, possible therapeutic alternatives, their plus and minus, is an intermediate range between consultation and curative act as such, being the second phase of pre-remedial act. Here, the treatment strategy is determined in accordance with the wishes of the patient. It has of huge importance for the work of dentist, because the establishment of an oral agreement, prior the treatment or even a written agreement would exclude certain complications that would have repressive implications on professional aspect or juridical. In Romania, for example, there is an exponential increase of mal practice accusation and requirements for compensation (sometimes astronomical compared to the supposed injury). Therefore, obtaining patient's written consent should be seen as an additional bureaucratic harassment, but is an absolutely necessary measure to

protect healthcare professionals from the patient's legal excesses. It outlines the premises of such situation in the Republic of Moldova.

At this stage, taking a clear and correct decision by the doctor may be disturbed by certain situations when accepting patients with certain psychiatric conditions or deviations or dissatisfied with the service of other doctors. This is necessary to consult and coordinate the specialist's actions with *Dentist's professional ethics code* in force.

The creation of bioethics as a new contemporary interdisciplinary field, given the pressing imperatives of the contemporary world, has generated new investigational interest, including the medicine. Dentistry, along with other medical fields, is the subject of important and current bioethical approach. The study of current theoretical problems in dentistry, taking into account the needs to implement methods of complex analysis, multilateral and poli-dimensional and to develop recommendations for current use, would offer new possibilities for their solution. The importance of investigations could exceed the theoretical and medical environment, manifested in the practical aspect too.

BIBLIOGRAPHY

- Astărăstoae V., Triff A.B. *Essentialia in Bioetica*, Ed. Cantes, Iași 1998.
- Codul eticii profesionale al stomatologului Republicii Moldova*. Aprobat la 8.09.1999, Chișinău, 2000.
- Dicționar de Filosofie și Bioetică*, Centrul Editorial-Poligrafic „Medicina”, Chișinău 2004.
- Ethics: history, theory, and contemporary issues*, Rd. By S.M. Cahn, P. Markie. 2nd. ed., Oxford University Press, New York; Oxford 2002.
- Global Bioethics: the collapse of consensus*, Ed. by H. Tristram Engelhardt, Jr., Ed. M&M Scrivener Press, Salem (U.S.A.) 2006.
- Marcum J.A., *An introductory Philosophy of Medicine: Humanizing Modern Medicine*, Ed. Springer, New York 2008.
- Maximilian C., *Bioetica*, in: *Medicina modernă*, Vol. II., Nr.10, 1995, P.548-549.
- Ojovan Ala, *Evoluarea și bioetica – două probleme actuale în stomatologia contemporană*, in: *Progresul tehnico-științific, bioetica și medicina: probleme de existență umană*. Materialele Conf. a VI Șt. Internaț., 25-26 apr. 2001. Chișinău, 2001, P.68-72.
- Ojovan Ala., *Unele probleme teoretice în stomatologie*, in: *Anale Științifice ale Universității de Stat din Moldova. Seria “Științe chimico-biologice”*, Chișinău, 2001, P.363 -365.
- Potter V. R., *Bioethics: Bridge to the Future*, Ed. Prentice-Hall, New Jersey 1971.
- Pragmatic Bioethics*, Ed. by G. McGee, *A Bradford Book The MIT Press*, Cambridge (U.S.A.); London 2003.
- Țîrdea T.N., *Bioetica: origini, dileme, tendințe*, Centrul Editorial-Poligrafic „Medicina”, Chișinău 2005.
- Țîrdea T.N., Gramma Rodica, *Bioetica medicală în Sănătate Publică*, Ed. Bons Offices, Chișinău 2007.

FERTILIZAREA IN VITRO – O PERSPECTIVĂ A BIOETICII ACTUALE

FLORIAN-MIRCEA ZDROBA*

ABSTRACT. Infertility has always been a challenge for scientists, who tried to find some ways, to give to those who wanted children, what they can not fulfill naturally. The problem of assisted procreation must be seen in a double perspective: the tradition of the Church and the particular circumstances of a couple. In vitro fertilization, in moral point of view, can not be accepted if there are created embryos that they will be destroyed or used in the medical experiments or commercial exploitation. The author of this article describes the issues of this topics showing which is the position and the foundations of the Church when deciding on bioethical issues of the beginning of life.

Keywords: *In vitro fertilization, Infertility, Surrogate mother.*

REZUMAT. Infertilitatea a constituit mereu o provocare pentru oamenii de știință care au încercat să găsească unele metode pentru a le oferi, celor care își doreau copii, ceea ce ei nu-și pot împlini în mod natural. Problema procreării asistate, trebuie privită într-o dublă perspectivă: tradiția Bisericii și circumstanțele particulare ale unui cuplu. Fertilizarea in vitro, din punct de vedere moral, nu poate fi acceptată dacă se creează *embrioni* care vor fi distruși sau folosiți pentru experimente medicale ori exploatați comercial. Autorul acestui articol face o descriere a problematicilor acestei teme arătând care este poziția și fundamentele pe care se bazează Biserica atunci când se pronunță cu privire la temele bioetice ale începutului de viață.

Cuvinte cheie: *fertilizarea in vitro, infertilitate, mamă surrogat*

Trăim într-o lume secularizată, marcată de un remarcabil progres științific și tehnic, care nu se poate egala cu nimic în istoria omenirii. Existența acestui progres grandios a dat naștere unor practici genetice sau biologice, necunoscute în trecut, cum ar fi fecundarea “in vitro”, transplantul de organe sau clonarea, care vor să contribuie la ameliorarea condiției umane. Din nefericire însă, aceeași lume secularizată a promovat încrederea nemărginită a omului în el însuși, în propria lui cunoștință și pricepere, care îl depărtează de Dumnezeu și-l aduce în situația periculoasă de a nu mai ști dacă practicile în cauză sunt cu adevărat folositoare omului, ori sunt împotriva lui.

* Absolvent al Masteratului de *Bioetică, Morală și Deontologie*, UBB Cluj, Facultatea de Teologie Ortodoxă, zdrobaflorianmircea@yahoo.com. Articol publicat cu acordul Pr. conf. dr. Ștefan Iloaie.

Tehnica este neutră în esența ei, nu este nici bună și nici rea, însă depinde de om de a o pune în slujba binelui sau a răului, sau chiar de a o folosi în același timp atât pentru binele ființei umane, cât și împotriva ei. Din această cauză, există opinii care se declară, fără rezerve, în favoarea practicilor amintite, fiindcă ele ar urmări binele omului, după cum există și opinii radicale împotriva lor, ca fiind dăunătoare omului și potrivnice voinței divine. În aceste condiții, credinciosul creștin așteaptă un răspuns edificator cu privire la practicile genetice amintite mai sus, ca și la altele mai vechi, precum avortul, homosexualitatea sau eutanasia.

Mândrindu-se cu pretenția lui de ființă autonomă, omul dorește să-i ia locul lui Dumnezeu și să creeze o nouă lume după chipul său. De aceea, nu trebuie să ne mire faptul că omul, rob al acestei mentalități, crede că îi este permis totul: să bulverseze concepțiile clasice privind filiația naturală dintre părinți și copii – ca în cazul reproducerii medical asistată – “pe care religia o contestă atât timp cât viața, creată de Dumnezeu, nu poate fi creată și *in vitro*”¹.

Mândrindu-se cu pretenția lui de ființă autonomă, omul dorește să-i ia locul lui Dumnezeu și să creeze o nouă lume după chipul său. De aceea, nu trebuie să ne mire faptul că omul, rob al acestei mentalități, crede că îi este permis totul: să bulverseze concepțiile clasice privind filiația naturală dintre părinți și copii – ca în cazul reproducerii medical asistată – “pe care religia o contestă atât timp cât viața, creată de Dumnezeu, nu poate fi creată și *in vitro*”².

Tehnologiile medicale de reproducere asistată intervin în intimitatea raporturilor fizice dintre soți, dar cultura actuală ne face, cel mai adesea, să ne oprim aici privirile și să nu sondăm și dimensiunea duhovnicească. Familiei i s-au pus la îndemână posibilități tehnice care îi oferă himera că poate deveni stăpâna vieții, atribut care îi poate fi acordat numai lui Dumnezeu. “Noile tehnologii ridică, la modul cel mai serios, problema limitelor ce trebuie fixate în crearea artificială a vieții umane”³. Autonomia crescândă a puterii omului în fața puterii supranaturale, oferită de revoluțiile tehnice, creează falsa aparență a puterii nelimitate în stăpânirea fenomenelor naturale și, de aici, chiar a celor supranaturale, căci, prin esența ei, tehnica este ceva ce omul nu poate supune de la sine⁴. Încercarea de a pune totul sub control, de a oferi o viață organizată până la cele mai mici amănunte, reduc libertatea de acțiune a omului – tocmai în numele libertății – și îi oferă falsa imagine de stăpân și stăpânitor al lucrurilor și al lumii, ba, mai nou, chiar și al vieții. Avem nevoie de dezvoltarea adevăratei culturi a Vieții. “Primul pas, fundamental, pentru a realiza această cotitură culturală constă în formarea conștiinței morale privitor la valoarea incomensurabilă și inviolabilă a oricărei vieți omenești. E de cea mai mare importanță

¹ Gheorghe Scripcaru, Aurora Ciucă, Vasile Astărăstoae, Călin Scripcaru, *Bioetica, Științele vieții și drepturile omului*, Editura Polirom, 1998, p. 61.

² *Ibidem*.

³ Pr. Prof. John Breck, *Darul sacru al vieții*, Editura Patmos, Cluj-Napoca, 2007, p. 222.

⁴ Martin Heidegger, *Ultimul interviu*, în vol. „Filosofie contemporană”, trad. Alexandru Boboc și Ioan N. Roșca, Editura Garamond, București, f.a., p. 275.

redescoperirea legăturii indisolubile între viață și libertate și descoperirea legăturii constitutive care unește libertatea cu adevărul”⁵.

Problema procreării asistate, trebuie privită într-o dublă perspectivă: tradiția Bisericii și circumstanțele particulare ale unui cuplu. Sfânta Scriptură și cea mai mare parte a tradiției ortodoxe afirmă că sexualitatea este bună în sine și că Dumnezeu vrea ca fiecare cuplu să dea naștere unor copii. Dacă ritualul căsătoriei include cereri pentru “un pat neîntinat” el cere, de asemenea, ca Dumnezeu să dăruiască celor doi bucuria nașterii de prunci. Totuși, aceiași rugăciune cere lui Dumnezeu să dea “rodul pânteceleui spre folos”.

Această precizare *spre folos* devine crucială pentru evaluarea mijloacelor de procreare asistată medical, întrucât imposibilitatea unui cuplu de a zămisli, pe calea obișnuită, poate fi înțeleasă în două moduri. Ea poate fi în primul rând un semn divin că nu le este *spre folos* să aibă copii, aceasta însemnând fie că vor apela la adopție, fie că vor duce o viață fără copii. Pe de altă parte, imposibilitatea de a avea copii poate fi înțeleasă ca un fel de boală, o slăbiciune a trupului pe care noile terapii medicale o pot vindeca. În acest caz, ar părea potrivit ca respectivul cuplu să se gândească la posibilitatea mijloacelor de procreare asistată. Pentru a face acest lucru, creștinii ortodocși, ar trebui să-l consulte mai întâi pe duhovnic, într-un efort serios și sincer de a înțelege voia lui Dumnezeu, pregătiți să accepte atât refuzul divin, cât și darul Său pentru ei, de a avea un copil. Totuși, pentru ca părintele duhovnicesc să ghideze cuplul într-un mod eficace, el trebuie să fie bine informat asupra tehnicilor care există și a consecințelor fizice și spirituale pentru viața cuplului și a copiilor pe care-i așteaptă.

În orice caz, pentru a respecta principiul creștin pentru viața umană, există anumite limite care trebuie acceptate atât de către cuplu, cât și de către preot. Dacă diferitele metode de procreare asistată par neutre, din punct de vedere etic, și prin urmare la fel de potrivite dintr-o perspectivă seculară, acesta nu poate fi punctul de vedere al Bisericii. Referitor la fertilizarea in vitro, din punct de vedere moral, nu poate fi acceptată dacă ea creează *extra embrioni*⁶ care sunt distruși sau folosiți pentru experimente medicale ori exploatați comercial. Aceasta se datorează faptului că viața umană există din momentul concepției. Întrucât orice embrion posedă toate calitățile necesare pentru a deveni o ființă umană adultă, nu există niciun moment după zămislire, în care embrionul să poată fi considerat subiect pentru experimente sau alte proceduri care nu sunt permise în cazul unui copil născut.

Cei care recunosc suveranitatea lui Dumnezeu asupra întregului proces al procreării, vor avea convingeri clare asupra sarcinii neașteptate. Dacă fiecare act sexual nu trebuie să aibă ca principal scop concepția, totuși cuplul este chemat să rămână permanent pregătit pentru posibilitatea creării unei noi vieți și să o întâmpine cu bucurie și mulțumire. Încă o dată, avortul folosit ca mijloc de contracepție este tentativă de crimă și trebuie condamnat ca atare. În cealaltă extremă, folosirea gameților donați sau a uterelor surrogat constituie o violare a integrității unirii conjugale și a drepturilor copilului la o viață în cadrul familiei sale naturale.

⁵ Enciclica papală, *Evangelium vitae*, 96, apud Pr. Prof. John Breck, *op. cit.*, p. 213.

⁶ Pr. Prof. John Breck, *op. cit.*, p. 214.

Date fiind aceste limite, ar putea fi potrivit ca un cuplu să apeleze la anumite proceduri cum ar fi inseminarea artificială și chiar fertilizarea in vitro, pentru a da naștere unor copii cu aceeași moștenire genetică. Totuși, preotul duhovnic va trebui să îndemne cuplul să ia în calcul și adopția ca o alternativă. Pe de altă parte, folosirea acestor tehnici trebuie acceptate atât de către soț, cât și de către soție. Mai presus de toate, pentru a ști dacă asemenea proceduri sunt sau nu potrivite într-o anumită situație, e nevoie de un anumit grad de discernământ spiritual, care este rodul rugăciunii și al răbdării.

Oricare ar fi avantajele și posibilele binefaceri ale tehnologiilor reproductive de azi, pericolul abuzurilor este mult mai mare. Nu mai e un secret faptul că sunt folosiți zilnic embrionii umani în experimente științifice sau pentru scopuri pur comerciale. Aceste experimente reprezintă o violare a drepturilor și a demnității conceptus-ului și ar trebui ferm combătute de către vocea Bisericii. Principiul separării Bisericii de stat nu mai este valabil când în joc se află viața umană. În timp ce acte violente de protest, precum bombardarea clinicilor specializate în avort sau asasinarea celor care avortează, nu pot fi justificate moral într-o societate democratică, avem posibilitatea și obligația de a folosi toate mijloacele pentru a-i aduce și a-i convinge pe credincioșii noștri, precum și pe legislatorii și publicul larg, să accepte principiile fundamentale ale demnității și libertății umane, chiar și cu privire la cei nenăscuți. Încă odată vocea Bisericii trebuie să se facă auzită. Dar ea poate fi auzită doar dacă creștinii vorbesc, într-un cuget și cu o inimă, în consonanță cu credința și cu teologia lor.

Cât despre fertilizare, cuplul trebuie să se asigure că nu vor fi creați extra-embrioni, sau numărul lor se va limita pentru posibilele donații pentru adopție; și că nu vor fi transferate un număr destul de mic de ouă fertilizate pentru a evita necesitatea reducăției fetale în cazul în care se vor implanta toate. De asemenea, părinții trebuie să fie pregătiți să accepte consecințele unor defecte sau anomalii cauzate de procedură, și care vor influența viața lor și a copilului lor⁷. În fine, părinții alături de comunitatea eclezială vor întâmpina copilul astfel conceput cu aceeași afecțiune și dragoste ca și în cazul unei concepții naturale. Oricum, înainte de a apela la aceste tehnici asistate, este deosebit de important ca părinții, împreună cu prietenii și povățuitorii spirituali, să se adâncească în rugăciune, pentru a afla care este voia dumnezeiască în cazul lor, în actul tainic și miraculos al procreării vieții omenești.

Printre aspectele fertilizării in vitro se numără:

Selectarea pacienților cu infertilitate

Când vorbim despre selectarea pacienților menționăm următoarele categorii de patologii:

A) Boala tubată (absența trompelor uterine sau înfundarea acestora)

Endometrioza (o boală a organelor genitale feminine ce reprezintă cauza a 20-40% din cazurile de infertilitate)

⁷ Aceasta nu este o faptă de neglijat. Întrucât anumite date din Australia, Franța și alte țări sugerează că prin variatele tehnici de reproducere, sunt de 2-3 ori mai probabile bolile și anomaliile fizice la copii concepuți prin aceste metode, cf. articolului Cyntiei B. Cohen, *Give me children or Shall Die! New reproductive technologies and harm to children*, Hasting Center Report 26/2, martie-aprilie, 1996, p. 19-27.

Infertilitatea de cauză masculină (alterarea calității sau a cantității spermatozoizilor)

Cauze imunologice (prezența anticorpilor antispermatici în tractul reproductiv feminin sau la suprafața spermei). Acești anticorpi, sintetizați de organismul femeii și îndreptați împotriva spermatozoizilor pe care îi recunoaște ca un corp străin, alterează motilitatea lor; prin acțiune pe piesa intermediară a spermatozoidului sau interacțiunea dintre ou și spermatozoid; prin acțiune pe capul spermatozoidului)

Alte cauze (neexplicate) 10-15% din cazuri.

B) La ora actuală FIV este folosită și în alte condiții precum: *cazuri de donări de oocyte (ovuli); la unele paciente cu ovare micropolichistice* la care inducția ovulației este asociată cu un risc crescut de hiperstimulare ovariană⁸.

Făcând un mic comentariu la cele expuse puțin mai înainte, putem spune că infertilitatea a constituit mereu o provocare pentru oamenii de știință care au încercat să găsească unele metode pentru a veni în ajutorul pacientului, pentru a-i oferi ceea ce el nu-și poate împlini în mod natural; ei însă au neglijat aspectul moral al acestor metode, și inevitabil s-a ajuns la o manipulare a celulelor sexuale și a embrionilor, lucru ce nu poate fi acceptat de canoanele Bisericii. De aceea, în astfel de cazuri un răspuns moral-spiritual la această problemă poate fi și acesta: atunci când soții se găsesc în imposibilitatea de a aduce pe lume un fiu, tradiția ne învață că ei nu sunt lipsiți cu totul de posibilitatea de a-și desfășura și aplica vocația lor de părinți, inerentă tainei căsătoriei și că pot apela la *adopție* și *înfiere*, angajându-se, cu această ocazie, să găzduiască și să înconjoare cu dragoste și dăruire copilul care le este oaspete, ca și cum ar fi rodul pântecelui lor⁹.

Mergând mai departe cu etapele despre care aminteam puțin mai înainte după selectarea pacienților, urmează un alt pas, și anume: *Inducerea creșterii foliculare*: aceasta înseamnă, de fapt, stimularea prin mijloace medicale (hormonale) a creșterii mai multor foliculi din ovar; în loc de unul cum se întâmplă în mod normal în fiecare lună, fiecare folicul conținând câte un ovul; pentru a avea mai multe ovule maturizate, apte pentru fecundarea in vitro.

La începutul anului 1981 se foloseau ovocite adică ovuli maturi pentru fecundare din ciclul natural nestimulat, dar dezavantajele metodei erau mari: necesitatea măsurării frecvente a unor hormoni din sânge sau urină, necesitatea prezenței personalului și a tehnologiei timp de 24 de ore și șanse mici de a aspira cel puțin un ovocit și în total în număr foarte mic de ovocite/pacient. Procedura a fost abandonată în 1981 când s-a folosit pentru inducerea ovulației o altă substanță numită Clomiphene Citrat (CC), astfel rezultând prima sarcină gemelară. Apoi au apărut alți agenți cum ar fi: HMG, FSH urinar, FSH recombinat, GNRH cu agoniști și antagoniști săi, hormonul de creștere, etc.

⁸ Dr. Denisa Marina Protopopescu, *Infertilitatea. Fertilizarea in vitro și reproducerea asistată*, Editura Meteora Press, București, 2001, p. 289.

⁹ Părintele Juvenalie, *Teroriștii uterului. Terorism științific și etica începuturilor vieții. Eseu de bioetică a gestației*, Editura Anastasia, București, 2002, p. 180.

Monitorizarea clinică: este o altă etapă a inducerii ovulației necesară cunoașterii și evaluării nu doar a creșterii foliculare ci și a acțiunii directe a *estradiolului și a progesteronului* asupra endometrului mucoasei uterine pentru a-i induce modificări morfologice și funcționale compatibile cu o implantare a embrionului.

Colectarea de ovule: după ce s-a reușit o creștere foliculară adecvată, se trece la colectarea de ovule mature; colectarea de ovule se face începând cu anul 1984, cu un act special cu ghidaj al sondei transvaginale, atașat la o pompă automatsucțiune care menține o presiune de 100-120 mm HG. Cu acul respectiv se puncționează foliculul ovarian cel mai apropiat și se golește, el conținând un ovul matur, lichidul folicular obținut va fi predat imediat embriologului pentru a identifica ovocitul (ovulul) lichidul este pus apoi în cutie *Petri* și se caută ovocitul sub un stereomicroscop; desigur complicațiile aspirării pot apărea cum ar fi: infecții, sângerare, formarea unui abces uterin (colecție purulentă), perforarea intestinului sau a vezicii urinare, ruptura unui chist endometrial uterin și perforarea apendicelui.

Limbajul, cu totul inadecvat, umilitor și nedemn pentru nașterea unei ființe umane atunci când se vorbește despre “cultura de embrioni” ne duce cu gândul la o cultură de plante neînsuflețite sau a unei culturi de microbi, dar nicidecum la nașterea unui om creat după chipul și asemănarea lui Dumnezeu. Astfel, putem vorbi despre: *mediul de cultură și mediul înconjurător (laboratorul):* după studii îndelungate ale metabolismului embrionilor s-au dezvoltat aceste medii de cultură, de la simpla soluție de ser fiziologic, la medii complexe care încearcă, într-un fel, să imite condițiile din trompa uterină unde în mod normal, are loc fecundarea. Tot aici, vorbim și despre *colectarea și maturarea oocitelor* când după aspirarea lichidului folicular aspiratul este pus în vase *Petri* și examinat pentru evidențierea oocitelor. Se spală apoi sângele din jurul acestora într-un mod rapid, ca apoi să fie trecut într-un mediu de inseminare, se acoperă plăcuța și se introduce în incubator. Se alege în final cei mai buni embrioni și cu acordul pacientei se implantează 3-4 embrioni în uter, aceștia fiind în stadiul de 46 celule, blastocist.

Prepararea și inseminarea spermei: referitor la obținerea spermei, aceasta este obținută precum se știe prin masturbare, într-un recipient steril. Se face spermograma (o analiză amănunțită a spermatozoizilor care ne arată calitatea și cantitatea) și de asemenea se urmărește obținerea unui specimen cu un număr cât mai mare de spermatozoizi cu motilitate bună, lipsit de contaminare microbiană. Făcând un mic comentariu pe seama acestui aspect, știm că masturbarea (malahia sau onania) este considerată de Biserică drept păcat. Sfântul Apostol Pavel spune că: “nu vă amăgiți; nici desfrânații, nici închinătorii la idoli, nici adulterii, nici malahienii, nici sodomiții, nici furii, nici lacomii, nici bețivii, nici batjocoritorii, nici răpitorii nu vor moșteni împărăția lui Dumnezeu.” (1 Cor. 6, 9-10).

În cadrul metodei de fertilizare artificială, acest lucru este descris într-un mod foarte elocvent și chiar plastic am putea spune de către profesorul doctor Tristram Engelhardt. El spune printre altele: “că intimitatea stimulării soțului de către soție și a soției de către soț, primirea de către soție a spermei soțului și hrănirea de către

soție a copilului lor în pântecele ei, caracterizează unirea într-un singur trup a soțului și soției; în afara acestei uniri ne îndepărtăm de țintă. Nimeni în afară de soție nu-l poate stimula pe soț fără a implica o anumită formă de adulter. Nimeni, de altfel, în afară de soț nu poate penetra soția pentru a introduce sperma în soție și îndeosebi sperma altcuiva decât a soțului, fără a comite o formă de adulter”¹⁰.

Fertilizarea propriu-zisă: reprezintă, de fapt, punctul culminant al unor multitudini de procese, începând, așa cum am mai amintit, cu fecundația și implantarea oului în uter după care oul este examinat pentru evidențierea prezenței a celor doi pronuclei, desigur, dacă a avut loc sau nu, fecundarea. Un alt aspect, este cel legat de calitatea embrionului, care după 48 de ore de stat în incubator, ovocitele fecundate ajung la stadiul de 4 celule; se face apoi evaluarea embrionilor pentru transfer și pentru crioprezervare, această tehnică efectuându-se sub microscop, evaluarea făcându-se după diferite criterii: rata de clivaj, numărul de blastomeri/embrioni, mărirea blastomerelor și gradul de fragmentare și granulație.

Co-culturile de embrioni: este nevoie de un astfel de sistem, pentru a ajuta maturarea și dezvoltarea embrionilor, astfel crește numărul de celule per embrion și se permite unui număr mai mare de embrioni să atingă stadiul de blastocist, comparativ cu embrionii de control crescuți în medii standard. În ce privește aspectele genetice ale FIV, stadiul cariotipului ovocitelor nefertilizate, a dus la concluzia că frecvența ovocitelor cu anomalii cromozomiale variază între 24 și 35%. Cele mai comune erori sunt: anomalii cromozomiale de număr (aneuploidia și diploidia) și anomalii cromozomiale de structură. Desigur, toate aceste studii s-au efectuat pe ovocite care nu au fertilizat și nu s-au inseminat.

Merită să mai amintim câteva metode folosite în anumite stadii de dezvoltare precum:

- ✓ analiza genetică a gameților (ovocite nefertilizate)
- ✓ biopsia de blastomere (embrion)
- ✓ biopsia de blastocist

Referitor la toate acestea, noi trebuie să înțelegem că prin FIV obținem mai mulți embrioni pentru un singur cuplu, după care urmărim cu tenacitatea unui *medic detectiv* o eventuală *tară* genetică a embrionilor pentru a-i putea elimina. În acest mod, medicii devin adevărați polițiști ce efectuează numeroase avorturi care nu ar fi avut loc în mod normal. Cu toate acestea, se consideră că medicul acționează spre “binele omului și al societății”.

Crioprezervarea (înghețarea embrionilor)¹¹ este etapa care urmează după selectarea embrionilor sănătoși prin diagnosticul de preimplantare; embrionii în exces și sănătoși care nu vor fi transferați în uter, vor fi congelați în condiții speciale. Există bănci de țesut ovarian uman unde sunt stocate aceste ovocite, tocmai de aceea s-a

¹⁰ H. Tristram Engelhardt, *Fundamentele creștine ale bioeticii*, trad. Mihail Neamțu, Cezar Login și diac. Ioan I. Ică jr., Editura Deisis, Sibiu, 2005. p. 337.

¹¹ Dr. Christa Todea Gross, *Îndrumarul medical și creștin despre viață al Federației Organizațiilor Ortodoxe Provita din România*, Editura Renașterea, Cluj-Napoca, 2008, p. 272.

dezvoltat această tehnologie care permite depozitarea embrionilor pe termen lung. Embrionii vor fi înghețați în nitrogen lichid, ei putând fi transferați de la stadiul de zigot, până la blastocist, ducând la creșterea numărului de sarcini¹². Se fac studii amănunțite despre potențialul genetic după crioprezervare, respectiv posibila deteriorare a embrionului la temperatura camerei după dezghețare, crescând riscul bolilor cromozomiale prin aberații numerice. Șansele de supraviețuire ale unui embrion criogenat sau congelat, iar apoi dezghețat, care putea să devină mai apoi sarcinată diagnosticată clinic, erau de 15%¹³.

Unul dintre cele mai mari dezavantaje ale FIV este hiperstimularea ovariană controlată cu riscul de a nu obține un embrion; un alt dezavantaj este necesitatea existenței unor ovocite proaspete, sănătoase, nedeteriorate, competente pentru diviziune fapt ce dezavantajează femeile ale căror ovare nu mai funcționează normal din cauza vârstei, diferitelor boli sau a insuficienței ovariene premature; apoi începând cu prelevarea ovulului matur și până la naștere, o mare parte din embrionii creați se pierde în diferite stadii ale evoluției lor dificile. Astfel, marea majoritate a ființelor umane create prin metoda FIV, mor înainte de naștere¹⁴. După statisticile organizațiilor Pro-vita un procent redus de embrioni care variază între 1,6 și 1,7% ajunge să aibă un proces normal de gestație. Urmărindu-se criteriul eficienței, la început sunt creați mai mulți embrioni decât sunt necesari, unii dintre ei fiind o rezervă pentru un viitor tratament sau pentru experimente. Se cunosc cazuri în care embrionii în exces sunt utilizați pentru obținerea de produse cosmetice, alții fiind păstrați prin congelare, fiind o rezervă pentru alte nereușite ale procreației asistate.

Dar care este rata de eșec în FIV?

Dr. Claudia Kaminski (medic ginecolog din Germania și președinta mișcării *Dreptul la viață*), în cadrul conferinței internaționale ProLife de la Viena din octombrie 2002 intitulată “Medicul încearcă să ia locul lui Dumnezeu – rățăcirile medicinei moderne” relatează despre un studiu realizat în 26 de centre de diagnostic de preimplantare din Europa, Australia și SUA, în perioada 1993-2000, la 886 de cupluri care au recurs la FIV, s-au constatat următoarele: s-au născut 162 de copii din 123 de sarcini multe fiind gemelare; au fost folosite 47 de ovule fecundate pentru fiecare naștere, deci pentru cele 162 de sarcini s-au fertilizat artificial 9102 embrioni. În total, s-au creat pe cale artificială 9102 de embrioni dintre care s-au născut doar 162 de copii, deci un procent de 1,8% rata de eșec fiind de 98,2%. În 132 de cazuri s-au făcut alături de diagnosticul de preimplantare și alte metode invazive unde s-au constatat și embrioni bolnavi. Astfel, s-au făcut 7 avorturi terapeutice

¹² *Ibidem*.

¹³ Dr. John C. Wilke, Barbara H. Wilke, *Avortul. Întrebări și răspunsuri. Să-i iubim pe amândoi*, Editura Provita Media, București, 2007, p. 110.

¹⁴ Larisa Ciochină, Constantin Iftime, *O viziune asupra vieții*, Asociația Provita Media, București, 2003, p. 76.

timpurii, în primele 3 luni de sarcină, și alți 9 copii au fost practic distruși în timpul gravidității printr-o tehnică numită reductivă. Pentru această tehnică se folosește o substanță numită clorură de calciu care se injectează în inima copilului și care va fi fatală. Alți 2 copii au murit în timpul sarcinii, iar alți 2 copii s-au născut bolnavi. Deci 18 copii au murit din cei 132, un procent de 13%; una dintre mame a avut 5 embrioni, dintre care au fost reduși 2, la altă mamă care a avut 3 copii, s-a făcut o reducere rămânând cu 2 copii, dar a făcut o infecție în săptămâna a 22-a de sarcină și i-a pierdut și pe ceilalți doi.¹⁵

În perioada 1989-1999 în Marea Britanie doar, peste 70.000 de embrioni umani au murit pe parcursul aplicării metodei FIV, născându-se 8.300 de copii pe această cale în aceeași perioadă. Desigur, literatura medicală de specialitate, prezintă aceste situații mult mai optimiste, deși în realitate lucrurile nu stau deloc așa¹⁶.

Același doctor amintit puțin mai sus, Claudia Kaminski, afirmă referitor la efectele negative pe termen lung asupra femeilor care recurg la această procedură, pe lângă faptul că femeile respective sunt supuse unui risc de 3 ori mai mare de a face cancer ovarian, s-a constatat și o rată crescută a unor boli precum *diabet zaharat* și *preeclampsia* (o formă gravă de comă care în final duce la moartea mamei). De asemenea, crește rata sarcinilor multiple, în mod normal există un procent de 1,2% al sarcinilor gemelare, dar prin FIV, acesta crește de 20 de ori, iar în 3% din cazuri, există tripleți. Dar în Germania, în ultimii 20 de ani, s-au născut 9.000 de gemeni. O femeie poate purta, în mod normal, doar un copil, cu puține excepții mai mulți, de aceea FIV a dus la mari riscuri în cazul sarcinilor multiple.

Copiii creați prin FIV pot fi bolnavi?

Prin diagnosticul de preimplantare, se distrug și multe așa numite celule, cu potențial letal; aceste celule se pot distruge mai ales în stadiul de morulă (embrion cu 8-10 celule). FIV duce frecvent la apariția unei boli cum ar fi *mucoviscidoză*, boală letală în timp, dar și la multe malformații, deoarece sunt distruse și celulele sănătoase.

Un alt cercetător în domeniu, Dr. Wilke, ne arată, de asemenea, date asemănătoare și foarte îngrijorătoare; în studiile sale, el arată că în nașterile prin FIV au fost înregistrate handicapuri majore congenitale în proporție de 2,2% în comparație cu 1,5% în concepțiile normale. Din 633 de embrioni concepuți in vitro de către cea mai bună echipă în domeniu, doar 4, 5 sau 7% din embrioni au trăit până la naștere. Adică a existat o pierdere de embrioni de 93% sau 12 din 13 embrioni au murit. Printre copiii născuți prin FIV există de 6 ori mai multe cazuri de transpoziție

¹⁵ Dr. Camelia Kaminski, *Conferința internațională Prolife din 10-12 octombrie* de la Viena, intitulată "Medicii încearcă să ia locul lui Dumnezeu- Rătăcirile medicinei moderne", apud Dr. Christa Todea Gross, *op. cit.*, p. 275.

¹⁶ Larisa Ciochină, Constantin Iftime, *op. cit.*, p. 76.

cardiacă față de media națională și de 5 ori mai multe cazuri de spina bifida¹⁷. Decesele la naștere și decesele în primele 3 luni de la naștere depășesc de 3 ori media națională¹⁸.

Ce se întâmplă cu sarcinile multiple?

În cazul sarcinilor multiple, se recurge la așa zisele reduceri, prin omorârea copiilor în exces. În acest scop, se folosește acea substanță pe care am amintit-o, clorura de calciu, care injectată în inima copilului, îi va aduce moartea. Frecvent, după aceste episoade apar depresii nervoase la mamele purtătoare. Sarcinile multiple realizate prin FIV implică de asemenea și reducția embrionară, asta însemnând că mulți embrioni sunt eliminați ca să se îmbogățească șansele de supraviețuire a unuia sau a doi embrioni; actul de eliminare din organism, în mod programatic a unor embrioni, reprezintă un avort, un homicid.

Fecundarea in vitro e inacceptabilă prin însuși faptul că se consumă în afara trupului uman; suprimarea embrionilor supranumerari, fiind o crimă ca și avortul, afirmă părintele Juvenalie¹⁹. De asemenea, fundamentele bioeticii creștine, arată problema morală a producerii în exces de embrioni: cea mai evidentă chestiune morală pusă în joc de fertilizarea in vitro, e legată de producerea în exces de zigoti și embrionii timpurii care riscă să fie congelați și distruși. Aici, fiind dat exemplul pe Sfântul Vasile cel Mare care susține că: “ucigaș este cel ce ucide un embrion neformat sau imperfect, întrucât acesta deși nu e o ființă completă, era menit să se desăvârșească în viitor, potrivit succesiunii neapărate a legilor firii.”²⁰

Începutul ființei umane se petrece deci prin unirea nu doar biologică, ci și spirituală a părinților, prin legătura căsătoriei. Un act de procreare lipsit de expresia fizică, este privat de comuniunea interpersonală dintre cele două corpuri fizice. Caracteristica iubirii conjugale, este totalitatea și deplinul dăruirii celor două persoane, de aceea, substituirea actului corporal cu tehnica determină o reducere a lui la simplitatea unui gest tehnic. Fertilizarea extra corporală a fost astfel asimilată cu fecundarea extra conjugală, părinții fiind doar o terminologie în cazul FIV. Cine împlinește faza decisivă a procreării, este un străin sau o echipă de străini în locul cuplului. Din acest motiv se înțelege de ce actul de iubire conjugală este considerat în învățătura Bisericii ca unica modalitate demnă de procreare umană²¹.

Deci, pe bună dreptate, se poate spune că FIV, ea însăși o metodă imorală, a deschis din nefericire drumul și spre alte metode cu totul imorale, precum donarea de ovule, donarea de embrioni, surogatul, experiențe pe embrioni etc.

¹⁷ *Spina bifida* este o malformație, un defect al coloanei vertebrale cuprinzând mai multe leziuni de gravitate și prognostic diferit, care necesită o conduită terapeutică adaptată, dar întotdeauna chirurgicală cf. www.dictionarmedicalonline.ro accesat în 10.04.2012.

¹⁸ Dr. John C. Wilke, Barbara H. Wilke, *op. cit.*, pp. 110-111.

¹⁹ Pr. Juvenalie, *op. cit.*, p. 203.

²⁰ Tristram Engelhardt, *op. cit.*, p. 339.

²¹ Cristina Gavrilovici, *Introducere în Bioetică* (note de curs), Editura Junimea, Iași, 2007, p. 84.

O problemă etică majoră este și cea legată de soarta excesului de embrioni rezultat în urma tehnologiei FIV. Conflictul dintre dreptul la procreare a cuplului steril și dreptul la viață a acestor embrioni, este foarte acut, generând poziții etice radical antagonice, vis-a-vis de noile tehnici reproductive, mai ales din partea Bisericii. Într-adevăr, niciuna din variantele propuse nu este satisfăcătoare din punct de vedere bioetic: congelarea embrionilor, păstrarea lor în bănci de embrioni, cu eventuală donare ulterioară unui alt cuplu steril; donare pentru scopuri de cercetare medicală; distrugere (echivalentă cu un avort); chiar utilizare în scopuri comerciale, în cadrul industriei cosmetice.²²

Consimțământul asupra manoperelor implicate de tehnicile reproductive este esențial ca expresie a principiului autodeterminării; este important ca acest consimțământ să fie informat, fiind dat în deplină cunoștință de cauză, cunoscând toate riscurile implicate. Chiar și în aceste condiții de perfectă informare, există voci care susțin că acest consimțământ este alterat din start dată fiind situația de limită în care se află cuplul steril în dorința de a avea cu orice preț un copil. S-a afirmat chiar că natura novatoare a acestor tehnici și lipsa de date statistice elocvente referitoare la riscurile implicate de acestea fac din manoperele acestor tehnici un veritabil experiment pe subiecți umani.

Nu sunt de neglijat nici coordonatele de natură psihologică ale punerii în practică a tehnologiilor reproductive. S-a propus testarea psihologică a membrilor cuplului steril, cu scopul de a investiga potențialul lor de a deveni părinți; de asemenea o dezbatere aprinsă inclusiv de natură teologică a avut loc în ceea ce privește categorisirea manoperelor de reproducere asistată medical extraconjugală drept adulter. Nu în ultimul rând au fost semnalate și potențialele tulburări psihologice ale copiilor ce se nasc în urma acestor tehnici mai ales din femei necăsătorite sau din cupluri de lesbiene.

Tehnologizarea excesivă a actului de procreare, precum și existența maternității de substituție au provocat aprinse dezbateri etice pe tema statutului social al femeii, exprimându-se îngrijorarea că noile tehnici reproductive ar determina o dezumanizare a femeii; nu în ultimul rând a fost luată în discuție existența unor discriminări pe criterii economice ce încalcă flagrant principiul echității. Tehnicile, în special cele de fertilizare, sunt extrem de costisitoare iar accesibilitatea la aceste tehnologii de vârf este o realitate doar pentru cei cu venituri substanțiale.

Facem mențiunea câtorva probleme juridice pe care le ridică folosirea acestor tehnici de reproducere; acestea fiind extrem de complexe, în special, în ceea ce privește filiația copilului și caracterul său legitim și nelegitim. Ele sunt mai puțin pregnante în cazul asistării medicale conjugale, însă devin foarte acute în ceea ce privește asistarea medicală extraconjugală, mai ales atunci când nu se respectă principiul anonimității donatorului; tot dileme le putem numi și cele legate de maternitatea de substituție, în ceea ce privește filiația maternă și natura juridică a contractului dintre

²² Silviu Morar și Horațiu Dura, *Coordonate etice ale reproducerii asistate medical* în "Revista Română de Bioetică", vol. III, nr. 3, iulie-septembrie 2005, pp. 56-57.

cuplul steril și mama purtătoare. Dezbaterea continuă și referitor la legitimitatea unui astfel de contract, mai ales dacă este cum se întâmplă de regulă cu titlu oneros, dat fiind faptul că încalcă principiul necomercializării corpului uman și implicit generează o nouă formă de exploatare a femeii.

Probleme deosebite ridică și punerea în practică a metodelor reproductive artificiale atunci când soțul donor este bolnav terminal pe moarte sau chiar decedat. Legislația majorității țărilor lumii este strict prohibitivă în acest sens; ocazional pot apărea de asemenea și cazuri de malpraxis, însă rezolvarea acestora nu ridică adesea probleme deosebite, evaluarea juridică a acestor cazuri făcându-se ca în orice caz, din neglijență medicală.

Poate cea mai delicată problemă juridică este cea legată de statutul legal al embrionilor excedentari rezultați în cadrul tehnicilor de fertilizare. Dat fiind faptul că acești embrioni sunt ființe în devenire, sunt ființe umane potențiale, se impune o mai strictă reglementare a statutului lor, pentru a evita abuzurile și alunecarea pe “slipery slope” (pantă alunecoasă)²³. De fapt, am putea conchide că marea majoritate a ființelor umane create prin metoda FIV mor înainte de naștere. După statisticile organizațiilor ProVita, un procent redus care variază între 1,6 și 1,7 cum am mai amintit, ajunge să aibă un proces normal de gestație.

Problemele nerezolvate se înmulțesc, când se recurge la o mamă de împrumut, atunci când mama poate fi fertilizată dar nu reușește din motive de sănătate să-și ducă sarcina până la capăt, sau în altă variantă, gameții proveniți de la un cuplu, care-și dorește un copil, sunt transferați în uterul altei femei, rezultând un embrion, care se va dezvolta în burta mamei de împrumut. În toate aceste cazuri, mai întâi, statutul cuplului a cărui membri nu pot concepe copii sau susține o sarcină este pus în pericol de interferența unei a treia persoane: a medicului care asistă sau a mamei de împrumut. Fecundația are loc așadar în afara uterului matern. În aceste cazuri, se ivesc dificultăți legate de identitatea nou-născutului. Statutul său biologic nu corespunde celui social, nemaivorbind de faptul că în majoritatea cazurilor în care concepția s-a făcut cu spermă provenind din bănci de spermă, copilul nu are posibilitatea de a-și cunoaște părinții. Au fost înregistrate cazuri stranii atunci când au fost folosiți embrioni congelați. Embrionii au fost implantați după moartea tatălui, nascându-se așa zișii “copii de dincolo”. În momentul implantării embrionului, tatăl se afla pe punctul de a muri sau sperma a fost prelevată de la un bărbat care suferea de o boală incurabilă. În România, este cunoscut cazul unui tânăr din Constanța aflat în moarte cerebrală, căruia i s-a prelevat un testicul în vederea inseminării artificiale la cererea logodnicei acestuia²⁴. Aplicarea acestei metode în acest caz spre exemplu este interzisă, prin lege, în Franța.

S-a constatat că donatorii de spermă sunt căutați pentru anumite calități fizice sau intelectuale. Mulți bărbați și femei care apelează la FIV până la urmă doresc

²³ *Ibidem*, p. 59.

²⁴ Larisa Ciochină, Constantin Iftime, *op. cit.*, p. 78.

obținerea unor produse super dotate. Nu s-au făcut pași importanți nici în direcția rezolvării dilemelor create de mamele surogat sau mamele de împrumut. Sunt consemnate din ce în ce mai multe cazuri când gestația unui copil, comisionat unui cuplu steril, a avut loc în uterul unei rude sau al unei surori. Natura biologică a acestui act de procreație este destul de complicată. Copilul moștenește patrimoniul genetic de la două persoane, care sunt părinții săi și se hrănește cu sângele mamei surogat când se află în uter. Consiliul Cantoanelor din Elveția interzice dezvoltarea embrionilor în afara organismului și recurgerea la mame purtătoare²⁵.

Mama surogat sau de împrumut, după naștere trebuie să abandoneze copilul permițând astfel părinților biologici să-l înfieze după ce aceștia l-au luat în îngrijire. Abandonul însă, este restrictiv și se pedepsește după lege, iar o femeie sau cu atât mai mult un bărbat, dacă nu sunt căsătoriți, nu-l pot înfia. Nu avem date despre felul cum sunt rezolvate aceste dileme în România, pe fondul unei lipse totale a legislației în domeniul fertilizării artificiale.

Problema procreării asistată devine delicată atunci când intervine o a treia persoană donator. O astfel de situație este acceptată atunci când nu există nicio soluție pentru cuplu. În acest caz, consimțământul cuplului trebuie să fie dat în mod expres. Cea de a 3-a persoană donatoare nu poate avea niciun drept în familie și nici asupra noului copil. Donatorul rămâne anonim pentru primitor, dar și primitorul pentru donator. Anonimatul donatorului poate avea însă consecințe morale dezastruoase, conducând chiar la incest, în situația când la un moment dat o femeie poate primi sperma tatălui ei sau a fratelui ei. Pe de altă parte, dacă tatăl nu este donatorul, înseamnă că procrearea este disociată de paternitate iar familia în această situație, ca și în cazul lezbienelor devine un compromis.

În cadrul procreării medical asistate apar multe cazuri de rătăcire a identității adevărate, așa numitele “crize de identitate.” Pentru a vedea mai bine această confuzie a identității, cu consecințe juridice de-a dreptul hilare, literatura de specialitate prezintă un caz ciudat în SUA. Fetița Jaycee, copilul lui John și al Launnei Buzzanca, conceput cu sperma și ovulul unor donatori anonimi și născut de Pamela Snell, o mamă surogat. Întrebarea este: al cui este copilul? În 1997, un judecător din California, a declarat în fața legii că fetița născută nu are părinți. John a intentat divorț cu o lună înainte de naștere și a negat orice responsabilitate în creșterea fetiței, iar Launna nu avea drepturi legale mai mari decât mama surogat. Singura legătură genetică a copilului era cu doi donatori de gameți anonimi²⁶.

Încă o situație de-a dreptul absurdă în determinarea identității este și următoarea: se arată că în urmă cu un deceniu, o femeie sud africană era mamă surogat pentru propria sa fată care fusese născută fără uter. Ovulul fetei a fost fertilizat de sperma soțului ei, transferat apoi în uterul viitoare bunici. Deși fiica și soțul acesteia au apărut ca părinți pe certificatul de naștere al copilului lor, iar

²⁵ Scripcaru Gheorghe, *Bioetica, științele vieții și drepturile omului*, Iași, Editura Polirom, 1998, p. 118.

²⁶ John Breck, *op. cit.*, p. 233.

mama nu a făcut decât să pună la dispoziție uterul, aceasta din urmă este în același timp bună și mamă a copilului²⁷.

Se atrage apoi atenția asupra tehnicii de fecundare in vitro și a transferului de embrioni, asupra riscurilor tehnicii (rupturi vasculare, leziuni intestinale, etc.) cât și asupra unor accidente ca: moartea în uter, malformații, anomalii cromozomiale; iar în cazul mamelor de împrumut există riscul de a da naștere unor copii cu handicap (risc existent în fertilizarea in vitro cu spermă de la o terță persoană), copil refuzat și de mama purtătoare, și de mama genetică²⁸.

O altă problemă deloc de neglijat se referă la modul de gestație raportat la viața biospirituală a mamei de împrumut. În primul rând, trebuie să ne gândim la faptul că mama artificială poate rămâne cu un gol depresiv în suflet, văzându-se obligată să cedeze copilul pe care l-a adus la viață prin sângele ei, prin viața ei. În al doilea rând, trebuie să reflectăm asupra faptului că femeia-mamă imprimă fătului în perioada de gestație anumite trăsături ce-i sunt specifice, pozitive și negative, pe măsură să influențeze comportamentul de mai târziu al celei pe care-l gastează în vederea nașterii.

Deși se pare că procrearea medicală asistată ar fi o replică față de avort, în cele din urmă trebuie să remarcăm că ea se identifică cu avortul, în situația în care embrionii sunt distruși prin cercetările științifice, sau a fabricării produselor cosmetice. Dacă avortul folosit ca mijloc de contracepție este o tentativă de omor, folosirea gameților donați sau a uterelor surrogat constituie o violare a integrității unirii conjugale și a drepturilor copilului la o viață în cadrul familiei sale naturale²⁹.

Cu privire la fertilizarea in vitro, Biserica are următoarea viziune și anume: pozițiile teologice referitoare la subiectul reproducerii asistate medical (RAM) diferă de la o religie la alta, fără însă ca diferențele de atitudine să fie notabile: majoritatea religiilor fundamentale nu aprobă ingerința artificialului în actul reproductiv (mai ales în cazul reproducerii asistate medical extraconjugale), act care ar trebui să se desfășoare natural, așa cum a hotărât Divinitatea. Astfel, în cadrul Iudaismului, se acceptă însămânțarea artificială și FIV doar cu spermă provenind de la soț. În rarele cazuri de însămânțare artificială realizate în Israel cu spermă de la donor, majoritatea rabinilor consideră copilul astfel rezultat un bastard. Religia iudaică nu interzice surrogatul, cu condiția ca acel copil să revină tatălui sau genetic (care a dat sperma). Atunci când procrearea nu se poate realiza pe cale naturală, Islamul încurajează apelarea la metodele reproductive, mai ales că adopția nu este permisă. Totuși, este admisă doar reproducerea asistată medical intraconjugală; orice implicare a unui donor este considerată adulter. Embrionii supranumerari pot fi folosiți de cuplu sau pot fi donați pentru cercetare (cu acordul expres al cuplului).

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ George Stan, *Teologie și Bioetică*, Editura Biserica Ortodoxă, Alexandria, 2001, p. 33.

²⁹ John Breck, *op. cit.*, 224.

Hinduismul acceptă tehnicile de RAM, cu condiția ca gameții să provină de la un cuplu căsătorit. Este acceptată chiar și donarea de spermă, însă doar dacă provine de la o rudă apropiată a soțului.

Cea mai permisivă dintre marile religii este Budhismul, care permite FIV atât la femeile căsătorite, cât și la cele necăsătorite, precum și donarea de spermă. Copilul rezultat în urma donării de gameți are dreptul, la maturitate, să-și cunoască părinții genetici. Biserica Romano-Catolică are o poziție fermă de neacceptare a oricăror manopere de RAM. Vaticanul, în 1956, prin vocea sa cea mai autorizată (Papa Pius al XII-lea), a declarat RAM ca fiind imorală și ilegală, pentru că separă procrearea umană de comuniunea intimă dintre partenerii de viață.

Biserica Ortodoxă, are o poziție mai nuanțată, fiind de acord cu tratamentul medical și chirurgical al infertilității, însă interzicând FIV sau alte tehnici de RAM. Tehnicile ce implică donare de gameți sunt considerate adulter. În cadrul Protestantismului și a Bisericii anglicane, se acceptă tratamentul tradițional al infertilității, însă nu este permisă donarea de gameți (3, 4, 5, 7).

Termenul „viață” a umplut atât de mult existențele și conștiințele noastre, dar într-un sens atât de denaturant, încât omul și-ar putea închipui foarte bine, astăzi, o viață perpetuă. S-a ajuns chiar la anomalia de a se vorbi tot mai mult despre ea ca despre un „bun”, o proprietate, ca despre posedarea unui obiect. Așa se face că accentul a căzut și cade, din ce în ce mai des, pe ideea de drept pe care omul o are asupra ei, restrângându-se tocmai dimensiunea duhovnicească a vieții, pe care creștinismul a adus-o cu sine și care a făcut din el noutatea absolută a lumii.

Simfonia umanizării vieții este întregită acum de noile provocări adresate ei. Niciodată nu s-a pus atât de acut problema morală a existenței umane înseși ca în ultimul timp, de când dezvoltarea tehnologică a făcut posibilă intervenția omului în aspectele cele mai importante și mai intime ale vieții umane, în general, și ale celei a aproapelui, în special, prin instrumentalizarea actelor definitorii ale vieții: nașterea și moartea. Interogațiile și așa-zisele „răspunsuri” referitoare la problemele etice care privesc intervențiile medicale, aplicarea dezechilibrată a descoperirilor științifice și tehnologice în medicină sau cele referitoare la limitarea acțiunilor umane în hotărâri referitoare la viață constituie conținutul conceptului bioetic care *a relativizat viața* și care continuă să introducă în lume incertitudine, îndoială și speranță irealistă.

Așa se face că trăim, astăzi, împlinirea idealului de creare a vieții umane prin mijloacele tehnice, fără contribuția nemijlocită a unuia dintre părinți, și chiar fără a amândurora. Scopurile pentru care „se produce” viață sunt foarte diverse: de la simpla dorință de cercetare, până la clonare, aproape totul căzând sub interogația fără finalitate a omului postmodern. Fenomenul fără discernământ al creării vieții umane pune, însă nenumărate întrebări: este moral ca omul să decidă, finalist, asupra vieții, mai ales dacă nu este viața sa: când să aibe un copil și când să evite aceasta?

Sub auspiciul tehnicii, viața însăși pare să își piardă din farmecul frumosului simplu, din categoria firescului care merită trăit. Modernității i-a plăcut să justifice măsurile tehnicii prin folosul pe care tehnica îl aduce în bunăstarea omului. Prin aceasta,

ea a ascuns ravagiile pe care lipsa ei de scrupul le-a făcut... Omul care o poartă știe că în tehnică nu este vorba, până la urmă, de folos, nici de bunăstare, ci de stăpânire, de o stăpânire în sensul extrem al cuvântului, una care se manifestă printr-o nouă configurare a lumii³⁰. Înghesuit mereu de nemulțumirea față de situație, omul, își trăiește viața într-o permanentă așteptare a unor depășiri a depășirilor deja realizate, deoarece ultimele reușite i-au indicat că totul poate fi devansat, că orice limită merită încercat să fie surmontată, că până și implacabila moarte – ca limită ce nu face decât să închidă, nu să-și deschidă – are șanse ca, în sfârșit, să fie, dacă nu eludată, cel puțin îndepărtată până la un moment pe care îl va decide el, omul-aproape-atoatestăpânitor. Iar ființa umană postmodernă nu va afirma nicidecum altceva decât că aceasta este realitatea sigură pentru el ca ființă autonomă, conștientă și liberă: a devenit, în sfârșit, stăpânul propriei sale vieți.

Referitor la viață, discernământul va fi unica soluție prin care omul să-și salveze viitorul, pentru a nu deveni dușmanul lui Dumnezeu și al lumii create de El în folosul omului. Autonomia umanului tinde să distrugă echilibrul unei întregi creații și să-L alunge cu adevărat pe Dumnezeu în înălțimile insondabile pentru viitorul omenirii. Este o răspundere pe care noi, cei de azi, o vom purta – în lipsa unei atitudini creștine rapide și coerente pentru viață – în numele nostru și al celor de după noi.

³⁰ Romano Guardini, *Sfârșitul modernității*, trad. rom. Ioan Milea, Editura Humanitas, București, 2004, pp. 65-66.

SIMBOLUL PORUMBELULUI ȘI IMPORTANȚA LUI PENTRU FAMILIA CONTEMPORANĂ

MARIAN PĂTRAȘCU*

ABSTRACT. The history of this pigeon, as a symbol, begins long, long time ago, before the birth of the christianity. Just in 5th and in 6th century of the pagan world are recorded different representations in a various places, or on some objects in Mesopotamia, Egypt, Greece or Rome. The common culture gave this bird both negative and positive connotations. If we defer to popular superstitions, the pigeon is not bringing luck near the men's house. On the other way, the pigeon symbolize tenderness, purity and faithfulness. Based on that the pigeon is mentioned in the Bible, when it bring's the good news to Noe, that the flooding was stopped, news symbolized through the greened branch, there were created many stories and legends concerning the origins and the characteristics of this bird. Many books of the Bible talk very nicely about the pigeon, sometimes in poetry, specially in that case when the lover is compared with the dove, or with a beautiful turtledove. But the thing that is the most important of this bird is its capacity of being faithful and for that, it can't be equaled with any other being, created by God. So, the pigeon is choosing one pair towards is faithful all its life and when the pair dies, it remains alone to the end. The study of this bird is very important for those who want's to deepen the theology, but also for us, the christians, because it offers a moral and faithful way of life, dedicated to a very strict purpose: nothing is more important than the family.

Keywords: *Pigeon, Symbol, Love, Wedding, Couple, Flooding.*

REZUMAT. Istoria porumbelului, ca și simbol, începe cu mult timp înainte de apariția creștinismului. Abia în secolele al V-lea – al VI-lea ale lumii păgâne sunt înregistrate diferite reprezentări în diverse locuri, sau pe diverse obiecte din Mesopotamia, Egipt, Grecia, sau Roma. Cultura populară i-a atribuit acestei păsări atât conotații negative, cât și pozitive. Dacă ținem cont de superstițiile populare, porumbelul nu aduce noroc în preajma casei omului. Pe de altă parte, porumbelul reprezintă gingășie, puritate, tandrețe și credincioșie. Bazându-se pe faptul că porumbelul apare în Sfânta Scriptură, ca cel ce aduce vestea cea bună lui Noe, că apele potopului au început să se retragă, veste simbolizată prin crenguța înverzită, s-au creat diferite legende și mituri cu privire la originile și caracteristicile acestei păsări. Astfel, mai multe cărți ale Sfintei Scripturi vorbesc foarte frumos despre porumbel, uneori chiar în versuri, mai ales în imaginile în care iubita este comparată cu o porumbiță, sau turturea frumoasă. Ceea ce foarte important de menționat este calitatea porumbelului de a fi credincios, fapt pentru care nu poate fi egalat de nici o altă vietate creată de Dumnezeu. Astfel, porumbelul își alege o singură pereche față de care rămâne credincios toată viața, iar în momentul morții acesteia, rămâne singur până la sfârșit. Studiarea

* Colaborator al centrului misionar „Doxologia Media”, din cadrul Mitropoliei Moldovei și Bucovinei, sepis10@gmail.com.

acestei păsări este foarte importantă atât pentru cei care aprofundează teologia, dar și pentru noi toți cei credincioși, pentru că ne oferă un real model de viață morală și credincioasă, dedicată unui scop bine definit: nimic nu este mai important decât familia.

Cuvinte cheie: porumbel, simbol, dragoste, nuntă, pereche, potop.

Istoria acestei păsări este una foarte încărcată. În epoca păgână, sec. V-VI, această pasăre era reprezentată în diferite locuri și pe diferite obiecte (Mesopotamia, Egipt etc.). În Grecia Antică și Roma Antică, pasărea era dedicată Afroditei (Venerei), zeița dragostei și a fericirii. În zonele unde se vorbea aramaica, porumbelul era pasărea zeitelor Anat și Iștar, zeițele dragostei și fecundității. În tradiția iudaică, porumbelul ar fi fost o pasăre totemică.

De asemenea, în lumea păgână era reprezentată și perechea de porumbei, ce simboliza, alegoria dragostei împărtășite și armonia conjugală. Inima de porumbel era folosită de vrăjitoare, în descântecele și farmecele de dragoste. De remarcat este că o rămasă păgână a pătruns și la noi, fapt dovedit de un obicei din Bucovina, când la nuntă se modelează figurinele porumbeilor din aluat, figurine care se consumă de către miri și nuntași, simbolizând dragostea eternă.

Porumbelul este descris în dicționarele românești ca fiind „nume dat mai multor specii de păsări sălbatice sau domestice, de talie mijlocie sau mică, cu ciocul scurt, cu penajul extrem de variat (columba); pasăre aparținând uneia dintre aceste specii; hulub, porumb”¹.

„În cultura populară porumbelul este una dintre cele mai ambivalente reprezentări, comparabilă, prin pendularea atributelor sale între benefic și malefic, pur și impur, augural și cobitor, numai cu cea a calului”². „...Arhitectul cultural (tradiția simbolică) îi conferă o aureolă benefică, în timp ce textul pragmatic, bazat pe observația nesațului acestei păsări, îi atribuie însușiri malefice”³.

Datorită conotației negative ce i se dă acestei păsări, nu ar fi bine și indicat, conform tradiției populare, să se crească porumbei prin preajma casei, cu toate că porumbelul este și emblema îndrăgostiților.

Legende populare, cele de tip etiologic, spun că porumbeii s-au născut din intestinele Sfântului Petru, care suferea mereu de foame. Deoarece se plângea mereu Domnului Iisus Hristos, Acesta se supără pe el și îl pedepsește, scoțându-i intestinele și aruncându-i-le pe un copac. Din acestea ies porumbeii, păsări flămânde, condamnate să nu se sature niciodată.

¹ *Dicționarul Explicativ al Limbii Române*, Academia Română, Institutul de Lingvistică „Iorgu Iordan”, Ediția a II-a, Editura Univers Enciclopedic, București, 1998, p. 828.

² M. Coman, *Mitologia Populară Românească*, II, p. 16, apud., Ivan Evseev, *Enciclopedia semnelor și simbolurilor culturale, Seria Dicționare Amarcord*, Editura Amarcord, Timișoara, 1999, p. 389.

³ *Ibidem*, p. 21, apud., *ibidem*.

Cu toate aceste descrieri negative, porumbelul este și o pasăre pozitivă, încărcată de multe simboluri creștine și populare.

În basmele populare, el este mesagerul personajului pozitiv. În colinde este o pasăre augurală, folosită uneori simbolic și ca substitut al colindătorilor. Porumbelul este o pasăre benefică, „plăcută lui Dumnezeu”, ce se așează pe stâlpii funerari de la căpătâiul tinerilor nelumiți, ca simbol al călăuzelor lumii de dincolo de moarte, obicei păstrat încă în unele zone.

Creștinismul a dat acestei păsări o încărcătură simbolică bogată. El este simbolul sufletului, simbolul imortalității însăși și al purității. Porumbelul este simbolul celor drepti, mai cu seamă inima celor drepti, iar ochii de porumbel sunt simbolul omului luminat și pur. În imaginea potopului, porumbelul este folosit ca simbol al păcii, armoniei și speranței, ultima dată el fiind și purtătorul ramurei de măsline înverzite.

În creștinism, porumbelul preia semnificația iubirii, într-o formă sublimă, imagine prezentată, în special, în Cartea Cântarea Cântărilor, unde iubita este comparată cu o porumbiță, sau turturea frumoasă: „Cântecul turturelei vestește reîntoarcerea primăverii și se alătură cântecelor închinat anotimpului care începe”⁴ (Cânt. II, 11-12; II, 14). Iată cum este descris porumbelul în literatura de specialitate: porumbelul este „o pasăre (Ps. L, 6; Cânt. I, 5; V, 12), care emite niște sunete plângătoare (Is. XXXVIII, 14), blândă, prietenoasă (Cânt. II, 14; V, 12; VI, 9), dar fără pricepere (Os. VII, 11), timidă, tremură când este speriată”⁵. Porumbeii sălbatici cutreieră văile (Iez. VII, 16) își fac cuib în pereții peșterilor (Ier. XLVIII, 28). Porumbeii de casă zboară iute spre porumbar, sau spre casa stăpânului lor (Is. LX, 8; Fac. VIII, 8-12).

Porumbelul încarnează pe Sfântul Duh: la imaginea Bunevestiri, porumbelului îi este asociat un crin, simbolul purității; cei 12 Apostoli sunt prezentați deseori, simbolic, ca 12 porumbei (Mat. III, 16; Mc. I, 10; Lc. III, 22). În Evanghelia Sfântului Ioan I, 32, Duhul Sfânt ia chip de porumbel și se pogoară și rămâne peste Mântuitorul Iisus Hristos.

Tradiția iudaică vorbea despre aducerea la Templu a primului născut de parte bărbătească, din fiecare familie, la opt zile de la naștere, pentru a fi închinat Domnului. Familiile înstărite aduceau la Templu, cu această ocazie, un miel pentru ardere de tot și un porumbel sau o turturea, ca jertfă pentru păcat. Familiile sărace aduceau doar o pereche de porumbei, sau turturele, așa cum a fost și cazul Familiei Sfinte (Lev. XII, 6; Lc. II, 22-24).

„Mielul, puiul de porumbel, turtureaua sunt simboluri ale unei ființe lipsite de apărare”⁶.

⁴ Maurice Cocagnac, *Simboluri biblice. Lexic teologic*, Traducere din franceză de Michaela Slăvescu, Editura Humanitas, București, 1997, p. 179.

⁵ *Dicționar biblic*, Traducere din limba franceză de Constantin Moisă, vol. 3, P-Z, Editura Stephanus, București 1998, p. 109.

⁶ Maurice Cocagnac, *op., cit.*, p. 179.

Datorită importanței lui în cult, în lumea iudaică se practica și comerțul cu porumbei, inclusiv în locuri mai puțin potrivite, cum ar fi Curtea Templului: „Porumbeii se vindeau și se cumpărau în curtea templului, unde mai târziu, Iisus intrând, a alungat pe toți cei ce vindeau și cumpărau în templu și a răsturnat mesele schimbătorilor de bani și scaunele celor care vindeau porumbei”⁷ (Mat. XXI, 12; Mc. XI, 15; Lc. XIX, 45; In. II, 14-16; Lev. V, 7; XII, 8; Lc. II, 24).

Întreaga Sfântă Scriptură, de altfel, arată importanța porumbeilor în cultul poporului evreu (Fac. XV, 9; Lev. I, 14; V, 7, 11; XII, 6, 8; XIV, 22, 30; XV, 14, 29; Num. VI, 10).

„Ioan Botezătorul L-a numit pe Iisus «Mielul lui Dumnezeu Cel Ce ridică păcatul lumii», făcând poate o legătură între mielul neprihănit, care înlătură orice pată, și porumbel”⁸.

Revenind la imaginea potopului, porumbelul este trimis prima oară, după corb, și spre deosebire de acesta, el își dovedește credincioșia întorcându-se la Noe. De aceea, el devine un sol al înnoirii. A doua oară el se întoarce și cu o ramură verde de măslin „semn că potopul nu a luat pământului puterea sa de rodire, ci l-a purificat și, într-un fel, l-a refăcut în apă”⁹. Porumbelul anunță astfel, renunțarea lui Dumnezeu la lupta contra omului și prilejuiește legământul Acestuia cu Noe, sub semnul curcubeului. Porumbelul devine acum și simbolul păcii sfinte: „Porumbelul, trăit în sălbăticie, reprezintă iubirea curată, adâncă, ce pecetluiește legământul Domnului cu oamenii”¹⁰.

Imaginea potopului și porumbelului-simbol este prezentată și la alte culturi și popoare. În „Epopoea lui Ghilgameș”, zeii Anu și Enlil sunt cei care aduc potopul pe pământ, iar locul lui Noe este luat de Utnapiștim, care face o corabie.

Datorită bogăției de simboluri și gingășiei acestei păsări, s-au făcut și s-au publicat foarte multe studii despre porumbel, inclusiv de către scriitori și teologi care trăiesc pe teritoriul Țării Sfinte: „Tristam a identificat în Palestina patru specii de porumbei: porumbelul gulerat sau porumbelul pădurilor..., caruia i se mai spune și palumb..., porumbelul-pătat-de-pădure..., porumbelul de stâncă..., porumbelul sălbatic”¹¹. Toate aceste categorii de porumbei au fost descrise, de altfel și de profetul Ieremia (Ier. XLVIII, 28).

Astfel, studiul acestei păsări-simbol se impune de la sine pentru exeget, în vederea realizării unei cât mai bune și mai complete interpretări a textului Sfintei Scripturi, dar este importantă și pentru noi, pentru că ne oferă un real model de viață morală și credincioasă, dedicată unui scop bine definit: nimic nu este mai important decât familia.

⁷ Preot Dr. Ioan Mircea, *Dicționar al Noului Testament*, A-Z, Editura Institutului Biblic și de Misiune al Bisericii Ortodoxe Române, București, 1995, p. 411.

⁸ Maurice Cocagnac, *op. cit.*, p. 179.

⁹ *Ibidem*, p. 180.

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ *Dictionar biblic, op. cit.*, p. 109.

DIN ACTIVITĂȚILE CENTRULUI DE BIOETICĂ

- Universitatea „Babeș-Bolyai” Cluj, Facultatea de Teologie Ortodoxă și Centrul de Bioetică, în colaborare cu Institutul INTER au organizat în zilele de **28 și 29 martie 2012**, vizita și prelegerile profesorului Gerhard Marschütz de la Universitatea din Viena, cu titlurile: *Începutul vieții: întrebări bioetice actuale* și *Familia de azi: provocări teologice și etice*. Moderatorii au fost pr. conf. dr. Ștefan Iloaie și lect. dr. Radu Preda. Aceste prelegeri s-au desfășurat sub egida „Central European Exchange Program for University Studies” (CEEPUS), o inițiativă academică menită să faciliteze schimbul de studenți și profesori între țările Europei Centrale și de Est.
- Centrul de Bioetică a primit joi, **3 mai 2011** vizita profesorului **Tristram Engelhardt jr.**, Profesor la Rice University, Houston (Texas), și **Corinnei Delkeskamp-Hayes**, PhD, Director of European Programs International Studies in Philosophy and Medicine, Freigericht (Germany). Ei au susținut și două prelegeri pe teme de bioetică contemporană. Astfel, prof. Engelhardt a vorbit despre *Suffering, Dying and Death: an Orthodox Approach to Palliative Care*, iar prelegerea Corinnei Delkeskamp-Hayes a avut următorul titlu: *An Overview of the Contemporary Developments in the Netherlands, Belgium and Luxemburg regarding Physician-Assisted Suicide and Euthanasia*. La aceste întâlniri a participat și PS Vasile Someșanul, episcop vicar al Arhiepiscopiei Vadului, Feleacului și Clujului și un public numeros, care s-a arătat foarte interesat de astfel de teme care ne privesc pe noi toți, în prima persoană.
- În zilele de **7-8 Mai 2012**, la Bistrița, s-a desfășurat: *Al XI-lea Seminar de Medicină și Teologie*. Anul acesta tema seminarului a fost **Martiraj și moarte martirică**, iar lucrările s-au desfășurat pe parcursul a două zile, fiind un program care a cuprins prezentări, mese rotunde, un micro concert al Corului de cameră „Psalmodia Transylvanica”, condus de Pr. prof. dr. Vasile Stanciu, decanul Facultății de Teologie Ortodoxă din Cluj-Napoca, precum și o vizită la Muzeul Județean Bistrița. La acest eveniment a participat I.P.S. Andrei Andreicuț, mitropolitul Clujului, Maramureșului și Sălajului, P.S. Vasile Someșanul, episcopul vicar, precum și Pr. prof. dr. Ioan Chirilă, Pr. Prof. Gheorghe Metallinos (Grecia),

Pr. Pavel (Rusia), Prof. Univ Dr. Felix Unger (Germania), actorul Dan Puric. Evenimentul a fost organizat de prof. dr. Mircea Gelu Buta și Prof. univ. dr. Pavel Chirilă, care s-au întrecut pe ei înșiși, prin faptul că, prin prezentările, mărturiile și contribuțiile invitaților au sensibilizat participanții cu privire la martirii cunoscuți sau necunoscuți ai poporului român și au arătat preocupările multora dintre cei care au participat pentru construirea Centrului de Studii Martirologice din Aiud.

- În cadrul aceluiași program “Central European Exchange Program for University Studies” (CEEPUS), o inițiativă academică menită să faciliteze schimbul de studenți și profesori între țările Europei Centrale și de Est, am primit și vizita profesorului Mattias Beck, de la Universitatea din Viena, care a prezentat trei teme ale dezbaterii bioetice actuale. Aceste prelegeri au avut loc în zilele de 19 și 21 iunie 2012, în sala de conferințe a Centrului de Bioetică a Universității Babeș-Bolyai. Temele au fost următoarele: *Întrebări medicale și etice actuale legate de începutul vieții: fertilizarea in vitro pentru cuplurile de același sex și femei singure, maternitatea surogat, diagnosticul din faza preimplantării, tehnologia chip-ului în diagnosticul preimplant, Medicina personalizată. Boala în contextul noilor cunoștințe de geentică, epigeentică și psihologie cerebrală și Considerații de teorie științifică despre interdisciplinaritatea dintre științele naturii și cele ale spiritului*. Moderatori au fost pr. conf. dr. Ștefan Iloaie, directorul Centrului de Bioetică și lect. dr. Radu Preda, titularul catedrei de Teologie socială a Facultății de Teologie Ortodoxă a Universității Babeș-Bolyai.

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.