

**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
*NICOLAE TESTEMIȚANU***

**CATEDRA DE FILOSOFIE ȘI BIOETICĂ**

CZU 17:159.9-058.56(043.2)

**ȘARGU ELENA**

**FENOMENUL „MEDICALIZAREA SOCIETĂȚII”:  
CONFIGURAȚII TEORETICE ȘI SOCIO-BIOETICE**

**632.01-ETICĂ ȘI BIOETICĂ**

Teză de doctor în filosofie

Conducător  
științific:

Ojovan Vitalie, doctor habilitat în  
filosofie, conferențiar universitar

Autor:

**CHIȘINĂU, 2023**

**© Şargu, Elena, 2023**

## CUPRINS

|                                                                                                                                |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>ADNOTARE (în română, rusă și engleză) .....</b>                                                                             | <b>4</b>   |
| <b>LISTA ABREVIERILOR .....</b>                                                                                                | <b>7</b>   |
| <b>INTRODUCERE .....</b>                                                                                                       | <b>8</b>   |
| <b>1. MEDICALIZAREA SOCIETĂȚII ÎN OPTICĂ CONCEPTUALĂ .....</b>                                                                 | <b>16</b>  |
| 1.1. Multidimensionalitatea impactului procesului de medicalizare.....                                                         | 17         |
| 1.2. Configurarea reperelor metodologice în analiza fenomenului de medicalizare.....                                           | 47         |
| 1.3. Concluzii la capitolul unu.....                                                                                           | 59         |
| <b>2. ROLUL REPERELOR BIOETICE ÎN ABORDAREA TENDINȚELOR<br/>DE MEDICALIZARE.....</b>                                           | <b>61</b>  |
| 2.1. Examinarea complexității medicalizării la interferență cu alte procese din societate...                                   | 62         |
| 2.2. Sustenabilitatea reperelor bioetice în procesul medicalizării.....                                                        | 82         |
| 2.3. Concluzii la capitolul doi.....                                                                                           | 91         |
| <b>3. IMPLICAREA BIOETICII ÎN GESTIONAREA PROBLEMELOR GENERATE<br/>DE MEDICALIZARE.....</b>                                    | <b>93</b>  |
| 3.1. Evidențierea relațiilor bioeticii cu alte domenii în vederea cunoașterii caracterului<br>problemelor de medicalizare..... | 94         |
| 3.2. Particularitățile valorificării reperelor axiologice în diminuarea medicalizării.....                                     | 111        |
| 3.3. Concluzii la capitolul trei.....                                                                                          | 132        |
| <b>CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI.....</b>                                                                                  | <b>134</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIE .....</b>                                                                                                      | <b>137</b> |
| <b>ANEXE.....</b>                                                                                                              | <b>153</b> |
| Anexa 1. Trei megatendințe convergente care generează transformarea asistenței<br>medicale.....                                | 153        |
| Anexa 2. Concepte timpurii referitor la medicalizare.....                                                                      | 154        |
| <b>DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII .....</b>                                                                           | <b>155</b> |
| <b>CV-ul AUTOAREI .....</b>                                                                                                    | <b>156</b> |

## ADNOTARE

**Șargu Elena, Fenomenul „Medicalizarea societății”: configurații teoretice și socio-bioetice, teză de doctor în filosofie, specialitatea 632.01-Etică și bioetică, Chișinău, 2023**

**Strucrura tezei:** introducere, 3 capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 213 titluri, 135 pagini de text de bază. Rezultatele obținute sunt publicate în 17 lucrări științifice.

**Cuvinte-cheie:** bioetică, medicalizare, vulnerabilitate, ipohondrie, etică, demedicalizare, calitate a vieții.

**Scopul lucrării** rezidă în analiza impactului fenomenului medicalizării în societate, stabilirea rolului acestuia în configurarea unor strategii socio-medicale eficiente din perspectiva reperelor bioetice.

**Obiectivele lucrării:** reliefaarea conceptelor și a caracterului multidimensional (filosofie, etică, bioetică, medicină, sociologie etc.) cu privire la medicalizare; determinarea suportului metodologic în analiza medicalizării; examinarea tendințelor și a complexității medicalizării societății; determinarea sustenabilității reperelor bioetice în abordarea medicalizării; relevarea principiilor bioetice ca reper de implicare și de corelare a tendințelor medicalizării; reliefaarea potențialului de optimizare a efectelor medicalizării prin propunerea unor soluții teoretice și practice; determinarea unui set de recomandări socio-bioetice pentru factorii de decizie, cercetători, cadre medicale și farmaceutice pentru corelarea acțiunilor în condițiile unei dinamici persistente a medicalizării.

**Noutatea și originalitatea științifică** reiese din însăși conținutul temei și din modul ei de abordare, fiind printre primele lucrări de acest gen în spațiul românesc elaborată în domeniul bioeticii și concepută într-un mod inedit. Conținutul este constituit într-un concept particular, axându-se pe diverse aspecte, în special pe cel socio-bioetic. Se propune o viziune și o tratare inovatoare a metodologiei investigaționale, selectarea reperelor teoretice, examinarea problemelor, depistarea și caracterizarea elementelor și a schemei abordării temei în cauză, evidențierea unor factori, relații și vectori ai fenomenului de medicalizare etc.

**Rezultatele obținute care contribuie la soluționarea unei probleme importante** se regăsește în manifestarea potențialului bioetic la interferență cu alte discipline ce contribuie la omiterea și minimizarea riscurilor medicalizării, reorientarea către valorile morale într-o societate în care se evidențiază o criză în acest sens.

**Semnificația teoretică și valoarea aplicativă a lucrării** are un caracter științifico-practic în elaborarea modalităților eficace de optimizare a consecințelor medicalizării. Sunt stabilite repere teoretice pentru elaborarea unor îndrumare destinate diferitor categorii de specialiști. Acest subiect servește eminent și întregirii profilului bioeticii sociale prin aplicarea rezultatelor obținute în urma investigațiilor realizate. Sfera de aplicare: medicină teoretică, bioetică, servicii de asistență medicală și farmaceutică, factori de decizie, asistență socială.

**Implementarea rezultatelor științifice** s-a produs prin intermediul proiectelor științifice în cadrul programelor instituționale și de stat, și prin organizarea unor traininguri, seminare practice cu specialiști și alți factori de decizie.

## АННОТАЦИЯ

**Шагу Елена, Феномен «медикализации общества»: теоретическая и социобиоэтическая конфигурации, докторская диссертация по специальности 632.01-Этика и биоэтика, Кишинэу, 2023**

**Структура диссертации:** введение, 3 главы, общие выводы и рекомендации, библиография из 2013 наименований, 135 страниц основного текста. Полученные результаты опубликованы в 17 научных работах.

**Ключевые слова:** биоэтика, медицина, уязвимость, ипохондрия, этика, демедицинализация, качество жизни.

**Цель исследования** заключается в анализе влияния феномена медицинализации на общество, установлении его роли в конфигурации эффективных социально-медицинских стратегий с точки зрения биоэтических ориентиров.

**Задачи исследования:** выявление основных концептов медицинализации в специализированной литературе (философия, этика, биоэтика, медицина, социология и др.); установление роли биоэтических ориентиров в определении сложности феномена медицинализации; выявление биоэтических принципов как основа определения и корреляции тенденций медицинализации; определение влияния этики в различных ситуациях, детерминированных медицинализацией; представление методологической базы для анализа медицинализации; выделение потенциала оптимизации эффектов медицинализации через теоретические и практические решения; обозначение комплекса социально-биоэтических рекомендаций для лиц, принимающих решения, исследователей, медицинского и фармацевтического персонала для установления корреляции ряда действий в условиях сохраняющейся динамики медицинализации.

**Научная новизна и оригинальность** вытекают из самой постановки темы и ее подхода, являясь первой работой такого рода одновременно в румынском пространстве, разработанная в области биоэтики, рационализированная оригинальным способом, содержание которой составлено в индивидуальной концепции с акцентом на различные аспекты, особенно социально-биоэтическом. Предлагается новаторское видение и трактовка в отношении методологии исследования, выбора теоретических ориентиров, решении проблем, выявления и анализа элементов и схем подходов к рассматриваемой теме, выделения некоторых факторов, взаимосвязей и векторов феномена медицинализации и др.

**Полученные результаты, способствующие решению важной проблемы,** можно найти в появлении биоэтического потенциала взаимодействия с другими дисциплинами, способствующего исключению и минимизации рисков медицинализации, переориентации на моральные ценности в обществе, где кризис в этом смысле очевиден.

**Теоретическая значимость и прикладное значение диссертации** имеют научно-практический характер в разработке эффективных способов оптимизации последствий медицинализации. Теоретические ориентиры устанавливаются при разработке методических рекомендаций для различных категорий специалистов. Эта тема также в высшей степени служит для определения позиций социальной биоэтики с использованием результатов исследований. Область применения: теоретическая медицина, биоэтика, службы медицинской и фармацевтической помощи, лица, принимающие решения, социальная помощь.

**Внедрение научных результатов** способствует созданию мультидисциплинарной научной стратегии, направленной на феномен медицинализации, следствием которой является оптимизация участия сторон, цель которых иная, чем защита жизни и здоровья человека, что искажает положительное влияние медицинализации, в основе которой лежит принцип рациональности и ответственности.

## ANNOTATION

**Șargu Elena, "Medicalization of society" phenomenon: theoretical and socio-bioethical configurations", doctoral thesis in philosophy, specialty 632.01-Ethics and bioethics, Chisinau, 2023**

**Thesis structure:** introduction, 3 chapters, general conclusions and recommendations, bibliography of 213 titles, 2 annexes, 135 pages of basic text. The results obtained are published in 17 scientific papers.

**Key words:** bioethics, medicalization, vulnerability, hypochondria, ethics, demedicalization, quality of life.

**The thesis aims** lies in the analysis of the impact of the phenomenon of medicalization in society, establishing its role in the configuration of effective socio-medical strategies from the perspective of bioethical benchmarks

**To achieve the goal,** the following objectives were proposed:

- highlighting the concepts and the multidimensional character (philosophy, ethics, bioethics, medicine, sociology, etc.) of the medicalization; determining the methodological support in the medicalization analysis; examining the trends and complexity of the medicalization of society;
- determining the sustainability of bioethical benchmarks in the medicalization approach; the revelation of bioethical principles as a benchmark for involvement and correlation of medicalization trends;
- highlighting the potential for optimizing the effects of medicalization by proposing theoretical and practical solutions;
- determining a set of socio-bioethical recommendations for decision-makers, researchers, medical and pharmaceutical personnel for the correlation of actions under the conditions of a persistent dynamic of medicalization.

**The novelty and originality of the work** emerges from the content of the topic and its approach, being the first work of this kind in the romanian space elaborated in the field of bioethics and conceived in a unique way. The content is constituted in a particular concept, focusing on various aspects, especially the socio-bioethical one. Is proposed an innovative vision and treatment of the investigative methodology, the selection of theoretical benchmarks, the examination of problems, the detection and characterization of the elements and the approach scheme of the topic, the highlighting of some factors, relationships and vectors of the phenomenon of medicalization, etc.

**The obtained results that contribute to the solution of an important problem** can be found in the manifestation of the bioethical potential for interference with other disciplines that contribute to the omission and minimization of the risks of medicalization, the reorientation towards moral values in a society where a crisis in this sense is evident.

**The theoretical significance and applied value of the work** has a scientific-practical character in the development of effective ways to optimize the consequences of medicalization. Theoretical benchmarks are established for the development of guidelines intended for different categories of specialists. This topic also serves eminently to complete the profile of social bioethics by applying the results obtained from the investigations carried out. Field of application: theoretical medicine, bioethics, medical and pharmaceutical assistance services, decision-makers, social assistance.

**The implementation of scientific results** took place through scientific projects within the institutional and state programs, and through the organization of trainings, practical seminars with specialists and other decision-makers.

## LISTA ABREVIERILOR

- ADHD** - Tulburare de deficit de atenție și hiperactivitate
- CNAM** - Casa Națională de Asigurări în Medicină
- DGA** - Tulburări de anxietate generalizată
- DSM** - Manual de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburarilor Mintale
- EFPIA** - Federația Europeană a Asociațiilor și Industriei Farmaceutice
- FDA** - Agenția de Reglementare a Alimentației și Medicamentelor
- HIV/SIDA** - Sindromul imunodeficienței umane dobândite
- ICD-10** - Clasificarea Internațională Statistică a Bolilor și Problemelor de Sănătate  
Înrudite, Revizia 10
- NHS** - Serviciului Național de Sănătate (Marea Britanie)
- OMS** - Organizația Mondială a Sănătății
- OTC** - Medicamente fără rețetă sau prescripție medicală
- PhRMA** - Organizația de Cercetare Farmaceutică și Producere din America
- PTSD** - Tulburare de stres post-traumatic
- R.M.** - Republica Moldova
- SAD** - Tulburări de anxietate socială
- UNESCO** – Organizația Națiunilor Unite pentru Educație, Știință și Cultură

## INTRODUCERE

**Actualitatea și importanța subiectului investigat** derivă dintr-o serie de procese contradictorii prezente în societatea contemporană cu impact asupra stării de sănătate a omului printre care se remarcă și fenomenul de medicalizare. În atare situație devin oportune studii care ar ține preponderent de domeniile: filosofie, etică, bioetică, medicină etc. ceea ce generează o diversificare a abordării formelor de manifestare a medicalizării la diverse niveluri. Efectele medicalizării sunt evidente în societate. Din acest considerent apare necesitatea studierii fenomenului într-o manieră complexă, iar prin cercetarea noastră evidențiem amploarea și impactul acestui fenomen. Comportamentul omului și modul în care medicalizarea este percepută la diverse nivele reprezintă o preocupare majoră pentru bioetică care, prin specificul său interdisciplinar, propune o serie de remanieri în acest sens. Bioetica se impune prin schimbarea și readaptarea misiunii și viziunii medicale, independent de modul cum este percepută boala și sănătatea în secolul al XXI-lea, când, mai mult ca niciodată, se atestă o creștere a problemelor sociale deja percepute și tratate din punct de vedere medical. Prin urmare, bioetica determină necesitatea punctării unui traseu etic colectiv și individual care ar avea drept obiectiv redirecționarea percepției asupra stării de boală și sănătate, în condițiile în care viața și sănătatea constituie cele mai importante valori ce exprimă esența, sensul existenței umane, care de mult timp formează câmpul de activitate al medicinei în general și farmaceuticii în particular, fiind cele mai solicitate domenii ale activității umane.

De menținerea, protejarea, îmbunătățirea calității vieții și a sănătății umane sunt preocupați diverși subiecți – de la cei ce oferă un ajutor sincer și necondiționat, pornind de la profunde sentimente umane de compasiune, ajutor reciproc, datorie morală etc., până la cei care au drept țel obținerea unui profit, deseori prin evidente căi meschine. Mai mult, în scopul protejării ființei umane, datorită rolului multiaspectual și interdisciplinar pe care îl are, bioetica intervine pentru a asigura și a realiza o conexiune între calitatea vieții, îngrijirea sănătății și etica profesională etc., fiind preocupată de identificarea unor soluții capabile să răspundă dilemelor complexe care compromit siguranța omului și a mediului în general, datorat în mare parte progresului tehnologic.

În contextul faptului că fenomenul propus pentru studiu se referă la sănătate, specificăm în acest sens că, pe parcursul secolului al XX-lea, unele afaceri din domeniul sănătății și cel al farmaceuticii s-au transformat în adevărate industrii destul de prospere, care, la rândul lor, au un impact major asupra procesului de ocrotire a sănătății, creând și promovând chiar politici proprii în domeniul sănătății. Ca și în businessul propriu-zis, sfera respectivă are anumite sectoare cu activități dubioase, clandestine, chiar infracționale, adică fără vreun control din partea autorităților



statale ori al altor agenți ai societății civile. Parte oficial, parte neoficial, serviciile medicale interacționează cu domeniul afacerilor din sănătate, prin intermediul politicilor corespunzătoare, inclusiv cele nejustificate ori tendențioase. Respectiva stare de lucruri, alături de alte procese și orientări ale civilizației de azi, formează condiții sociale în care omul, pe de o parte, este impus să accepte anumite condiții, iar pe de altă parte, să-și formeze anumite viziuni și deprinderi conforme tendințelor neunivoce referitoare la atitudinea față de propria sănătate. În acest cadru se înscrie și fenomenul medicalizării, care se manifestă evident, dar este destul de vag studiat la nivel național, în timp ce pe plan internațional putem remarca preocupările față de acest proces. În contextul dat, identificarea conținutului pozitiv sau negativ al efectelor și tendințelor fenomenului medicalizării constituie o sarcină strategică de neamânat pentru apărarea intereselor vitale imediate și de perspectivă ale omului și ale societății. La momentul actual, factorii medicali, farmaceutici, economici și de alt gen sunt strâns angrenați în relații de afaceri, în formarea și lansarea politicilor sociale și de sănătate. Cel mai potrivit domeniu în studierea acestor procese se prezintă a fi, după cum am menționat anterior, cel al bioeticii sociale. Bioetica impune rațiunea morală în implementarea și promovarea politicilor, programelor, cadrului legislativ etc. în scopul protejării și promovării sănătății, dar, în același timp, educarea responsabilității și a unui comportament etic valabil pentru toate domeniile. Este important de a specifica în acest context interferența dintre filosofie și bioetică, domenii care se completează reciproc, ambele fiind preocupate de viața umană și de bunăstarea acestora. Astfel dilemele de ordin etic și moral pe care le implică medicalizarea solicită această conexiune pentru a oferi un răspuns la modul în care medicina și omul trebuie să acționeze în situații specifice în legătură cu starea de sănătate și boală.

Este necesar de a releva principalele trăsături ale fenomenului de medicalizare pornind de la fundamentele sale teoretice. Dat fiind faptul că medicalizarea nu se rezumă doar la imperialismul medical, se impune o abordare multidisciplinară a fenomenului asupra căruia are un impact deosebit – consumatorul, biotehnologia sau așa-numitul proces „pharmaceuticalization” etc. Noi abordări teoretice ar putea fi utile în analiza îmbunătățirii condiției umane la nivel practic, studiate prin prisma instrumentarului bioetic. Subiectul abordat în teză devine actual și prin faptul că oferă soluții de ordin legislativ, de elaborare a unor coduri, a unor suporturi de curs cu caracter educațional etc. – toate pentru a asigura calitatea vieții umane de pe poziții ce denotă respectarea valorilor morale. Este dificil de conștientizat importanța acestora într-o societate consumeristă, unde este tot mai anevoios de a recunoaște complexitatea și natura schimbărilor cu impact asupra stilului de viață, omul fiind, în același timp, și tentat și bulversat de felul cum își îngrijește și menține starea de sănătate într-o societate puternic tehnologizată. În aceste condiții este complicat să se adopte o atitudine corectă, deoarece apar o serie de subtilități care nu reprezintă altceva decât

o fortificare a fenomenului de medicalizare. De exemplu, o serie de campanii care promovează sănătatea sunt preocupate și redau importanța unui stil de viață sănătos: îndrumându-ne cum ar trebui să ne comportăm ca să nu ne îmbolnăvim renunțând la fumat, cum să facem mai multă activitate fizică sau să mâncăm mai sănătos etc. Astfel, oamenii sunt îndeamnați să aleagă sau să se informeze despre necesitatea de a-și îngriji sănătatea și să ia parte la diverse screening-uri preventive, examene de sănătate etc. Aceste campanii sunt un exemplu clasic cum suntem supuși medicalizării în viața de zi cu zi, avertizându-ne subtil despre comportamentul cu risc pentru sănătate. Situațiile redată anterior reprezintă un exemplu comun al modului în care îngrijirea sănătății și activitățile cotidiene sunt transformate în preocupări medicale. În astfel de circumstanțe se impune o abordare mult mai rafinată într-un context pluridimensional, pentru a evalua costurile și beneficiile unui stil de viață strict medical, în mare parte nejustificat și irațional, dar, și cel mai important – ce se oferă ca alternativă. Întrucât situația ce ține de îngrijirea sănătății este mult mai complexă decât simplul fapt că progresele în medicină ne pot vindeca mai bine decât înainte, apare necesitatea unei analize noi, dincolo de tehnologie și de alți factori care contribuie propriu-zis la răspândirea acestui fenomen, și anume, de pe pozițiile valorilor morale.

Necesitatea studierii fenomenului de medicalizare este determinată inclusiv de criza COVID-19 care a generat o serie de probleme importante atât la nivelul politicilor sociale și de sănătate, cât și la nivel individual, datorită stărilor pe care medicalizarea le-a generat. Frica este probabil cea mai des trăită și discutată emoție în criza COVID-19, stare ce este strâns legată de medicalizarea propriilor organisme. Pandemia demonstrează că deși o parte din populație nu au fost afectați de acest virus, totuși aproape toată lumea pare să devină conștientă de vulnerabilitatea în fața acestei crize ajungând să le fie frică de o serie de lucruri, comportamente și oameni. Prin urmare această stare a generat expansiunea fenomenului de medicalizare uneori nejustificată dar care a ridicat o serie de probleme de ordin moral, politic, social.

Din momentul în care procesul medicalizării implică și tendința de extindere a controlului dincolo de problemele medicale, concentrându-se accentuat și pe cele de ordin social sub egida dezvoltării tehnico-științifice, apare necesitatea de a oferi un răspuns la aceste manifestări din societate. În acest context elucidarea limitelor, aspectelor pozitive și negative ale medicalizării, a modului în care actorii implicați contribuie la dezvoltarea acestui fenomen, a impactului acestuia asupra ciclului vieții de la naștere și până la moarte etc., dar și a rolului, a responsabilității persoanei, a gradului de conștientizare a acestui fenomen, devin o preocupare majoră a cercetării date.

**Scopul lucrării** rezidă în analiza impactului fenomenului medicalizării în societate, stabilirea rolului acestuia în configurarea unor strategii socio-medice eficiente din perspectiva reperelor bioetice.

Întru atingerea acestui scop, s-a propus realizarea următoarelor **obiective**:

- reliefarea conceptelor și a caracterului multidimensional (filosofic, etic, bioetic, medical, sociologic etc.) cu privire la medicalizare;
- determinarea suportului metodologic în analiza fenomenului;
- examinarea tendințelor și a complexității medicalizării societății;
- determinarea sustenabilității reperelor bioetice în abordarea medicalizării;
- relevarea principiilor bioetice ca reper de implicare și corelare a tendințelor medicalizării;
- reliefarea potențialului de optimizare a efectelor medicalizării prin propunerea unor soluții teoretice și practice;
- determinarea unui set de recomandări socio-bioetice pentru factorii de decizie, cercetători, cadre medicale și farmaceutice pentru corelarea acțiunilor în condițiile unei dinamici persistente a medicalizării.

**Suportul metodologic al lucrării.** Teza este elaborată și fundamentată pe aplicarea unor metode care au servit la elucidarea amplă a specificului medicalizării, precum și a modului în care acest fenomen se manifestă în societate. Au fost utilizate următoarele metode generale care au contribuit la atingerea scopului și obiectivelor acestei lucrări: *metoda fenomenologică*, ce a permis reliefarea modului în care oamenii experimentează medicalizarea și ceea ce consideră ei că au experimentat. Un rol aparte îi revine *metodei hermeneutice* care oferă posibilitatea de a interpreta și a înțelege semnificația medicalizării, fapt ce implică necesitatea de a trasa limite de ordin moral în urma sincronizării interpretărilor actuale și a celor contextual istorice. *Metoda structural-funcțională* a permis detectarea modalităților în care acest fenomen evoluează și capătă noi forme odată cu progresul biomedicinii. Alte metode general-științifice utilizate în lucrare au fost: analiza, sinteza, inducția, deducția. Un alt grup important reprezintă aplicarea instrumentarului metodologic al eticii și bioeticii care are menirea de a racorda valorile morale în scopul protejării vieții și sănătății omului.

**Noutatea și originalitatea științifică** reiese din însăși conținutul temei și din modul ei de abordare, fiind una din primele lucrări de acest gen în spațiul românesc elaborată în domeniul bioeticii și concepută într-un mod inedit. Conținutul este constituit într-un concept particular, axându-se pe diverse aspecte, în special pe cel socio-bioetic. Se propune o viziune și o tratare inovatoare a metodologiei investigaționale, selectarea reperelor teoretice, examinarea

problemelor, depistarea și caracterizarea elementelor și a schemei abordării temei în cauză, evidențierea unor factori, relații și vectori ai fenomenului de medicalizare etc.

**Problema științifică importantă soluționată în cadrul cercetării realizate** se regăsește în elucidarea omniprezenței fenomenului de medicalizare ce are o manifestare evidentă în societate, dar, în același timp, insuficient de cercetat și conștientizat de ființa umană. Acest fenomen poate avea un impact negativ asupra omului în cazul în care omitem să conștientizăm că acest proces există. În asemenea context se impune prudență, responsabilitate și rațiune, atunci când persoana se confruntă cu anumite probleme ce îi afectează starea de sănătate. Prin urmare, datorită potențialului bioetic, este posibilă evidențierea necesității respectării valorilor morale aplicative, astfel încât medicalizarea să aibă un impact pozitiv asupra omului.

**Importanța studiului** rezidă în elucidarea potențialului bioetic cu referire la diminuarea riscurilor pe care le poate implica medicalizarea asupra omului. Aceasta se prezintă prin:

- evidențierea rolului bioeticii în depistarea și menținerea controlului asupra riscurilor pe care le poate prezenta medicalizarea;
- elucidarea caracterului pluridisciplinar al medicalizării;
- relevarea corelației: bioetică-responsabilitate-medicalizare;
- elucidarea necesității respectării principiilor bioetice care au rolul de a preveni criza morală atunci când facem apel la medicalizare.

**Semnificația teoretică și valoarea aplicativă a lucrării** are un caracter științifico-practic în elaborarea modalităților eficace de optimizare a consecințelor medicalizării. Sunt stabilite repere teoretice pentru elaborarea unor îndrumări destinate diferitor categorii de specialiști. Acest subiect servește eminent și întregirii profilului bioeticii sociale prin aplicarea rezultatelor obținute în urma investigațiilor realizate. Sfera de aplicare: medicină teoretică, bioetică, servicii de asistență medicală și farmaceutică, factori de decizie, asistență socială.

**Problemele principale de cercetare înaintate cu titlu de ipoteze sunt:**

- respectarea normelor, principiilor, valorilor morale oferă șansa omului contemporan de a acționa cu responsabilitate prin categorizarea corectă a unor stări care nu reprezintă boli sau simptome ce necesită tratament din punct de vedere medical;
- cu cât mai mult instituțiile publice vor conștientiza pericolul excesului de medicalizare, cu atât mai prompt vor acționa în scopul inhibării extinderii autorității medicale dincolo de competențele legitime ale ei;
- potențialul bioetic constituie o perspectivă temeinică de a raționaliza relația dintre știință-progres și modul în care percepem sănătatea, suferința, riscurile, frica etc., acestea fiind

câteva dintre stările medicalizate ce se datorează în mare parte influenței mass-media, a profesioniștilor din domeniul medical.

### **Aprobarea rezultatelor**

Rezultatele cercetării au fost aprobate în cadrul diverselor manifestări științifice atât la nivel național, cât și internațional. Au fost elaborate și publicate o serie de materiale științifice. Începând cu anul 2014, au fost publicate articole științifice privitor la procesul medicalizării în care sunt prezentate aspectele sale multidisciplinare prin prisma reperelor bioetice și relevarea necesității limitelor și a responsabilității individuale, precum și măsurile care trebuie să fie întreprinse, ca medicalizarea să aibă un impact pozitiv asupra sănătății omului. În această perioadă au fost prezentate și ulterior publicate materiale în cadrul conferințelor tradiționale anuale organizate la USMF „Nicolae Testemițanu” dedicate *Zilelor Universității* (anii 2014-2020), Conferințelor Științifice Internaționale organizate de către Catedra de filosofie și bioetică cu genericul „*Strategia supraviețuirii din perspectiva bioeticii, antropologiei, filosofiei și medicinei*”(2014 - 2019); „*Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter- și pluridisciplinare*”, (anii 2018-2021); Sesiunilor Științifice „*Filosofia și perspectiva umană*”, consacrate Zilei Mondiale a Filosofiei (2014-2019); Seminarului științific interinstituțional „*Interdisciplinaritate în abordarea vulnerabilității*”(2020). Unele aspecte au fost prezentate și publicate peste hotare în cadrul forurilor științifice internaționale: Conferința Internațională *History, Spirituality, Culture. Dialogue and interactivity* (Galați, România, 2016) ș.a. De asemenea, rezultatele au fost diseminate prin participarea în cadrul proiectului de cercetare „*Abordarea interdisciplinară bioetico-socio-medicală a contingentului vulnerabil de populație cu stare severă de sănătate și posibilitățile de reabilitare*”, din cadrul Programului de Stat 2020-2023.

Rezultatele cercetării au fost prezentate și discutate la 17 manifestări științifice, dintre care: internaționale organizate peste hotare – 3; internaționale organizate în R. Moldova – 5; naționale – 6, publicându-se 3 teze științifice.

**Sumarul compartimentelor tezei.** Structura tezei este definită de problema, scopul cercetării și sarcinile preconizate. Conținutul este redat în trei capitole, precedate de introducere și succedate de concluzii generale și recomandări, bibliografie (213 titluri), adnotări în limbile română, engleză și rusă. Volumul tezei conține 135 de pagini de text de bază.

În **Introducere** sunt argumentate actualitatea și importanța temei cercetării, fiind determinată problema, scopul și obiectivele cercetării, problema științifică importantă soluționată, noutatea și originalitatea științifică a cercetării, valoarea aplicativă a lucrării, precum și modul de implementare a rezultatelor.

**Primul capitol** „Medicalizarea societății în optică conceptuală” cuprinde două subcapitole. Primul subcapitol: „*Multidimensionalitatea impactului procesului de medicalizare*” poartă un caracter descriptiv - aici este elaborată o analiză istoriografică a cercetărilor ce vizează conceptul de medicalizare, precum și trăsăturile distinctive ale acestui fenomen în situația în care nu există o definiție general acceptată, fenomenul fiind interpretat în mod divers de către specialiști din domeniul sociologiei, psihologiei, bioeticii etc. Cel de-al doilea subcapitol: „*Configurarea reperelor metodologice în analiza fenomenului de medicalizare*” este analizat fenomenul medicalizării prin prisma metodelor: fenomenologică, hermeneutică, structuralistă, bioetică etc., care contribuie la elucidarea impactului medicalizării asupra vieții umane, fenomen datorat în mare parte modificării percepției despre sănătate și boală sub cupola tehnologiei. Instrumentarul metodologic reflectat este relevant datorită metodelor selectate ce vizează abordări sensibile față de ființa umană.

**Al doilea capitol** „Rolul reperelor bioetice în abordarea tendințelor de medicalizare” este divizat în două subcapitole. Primul: „*Examinarea complexității medicalizării la interferență cu alte procese din societate*” reflectă rolul principiilor și valorilor etice percepute ca cele mai importante deziderate pentru asigurarea integrității și demnității ființei umane, în contextul în care trăim într-o societate puternic medicalizată. În subcapitolul doi: „*Sustenabilitatea reperelor bioetice în procesul medicalizării*” se încearcă clarificarea situațiilor ambigue a ceea ce reprezintă medicalizarea, fenomenul abordându-se prin prisma dimensiunii bioetice. Dat fiind faptul că acțiunile noastre sunt influențate de educație, cultură, mass-media etc., în practica medicală medicul are menirea de a-și extinde considerațiile dincolo de faptele medicale, astfel bioetica ne ajută să elucidăm limitele dintre acțiuni morale și imorale.

În cel de-al **treilea capitol** „Implicarea bioeticii în gestionarea problemelor generate de medicalizare” este elaborată o incursiune teoretică privitor la relevanța analizei socio-bioetice a medicalizării. Capitolul conține două subcapitole. În primul subcapitol: „*Evidențierea relațiilor bioeticii cu alte domenii în vederea cunoașterii caracterului problemelor de medicalizare*” este analizat modul în care sănătatea, ca dimensiune strategică prin intermediul căreia putem evalua calitatea vieții, cade sub incidența medicalizării. Datorită caracterului multidimensional al acestui fenomen, am analizat modul în care medicalizarea se manifestă la nivel social, economic, psihologic etc. În al doilea subcapitol, intitulat: „*Particularitățile valorificării reperelor axiologice în diminuarea medicalizării*”, sunt formulate și sistematizate reperele teoretico-practice care, incluse ulterior în politica sanitară, devin obiective valabile cu impact asupra societății și diminuării efectelor negative ale medicalizării, ce-și vor găsi reflecție în legi, hotărâri, ghiduri

practice destinate personalului medical etc., diminuându-se astfel alte fenomene ca derivați ai medicalizării: iatrogenia, ipohondria, auto-medicația etc.

**Tezele înaintate spre susținere:**

1. Practicile menite să susțină sănătatea individuală sunt promovate activ în societate, iar parte la acest proces este și medicalizarea, fiind considerată instrument de menținere a sănătății psihice și fizice.

2. Corpul fiind „gestionat” după criterii elaborate de științele biomedicale, devine un mijloc prin care se încearcă menținerea stării de sănătate indiferent de factorii generatori, în aceste condiții, „riscul” de îmbolnăvire este tratat ca o afecțiune propriu-zisă prin implicarea medicalizării.

3. Odată cu asumarea responsabilității personale pentru sănătate, oamenii manifestă dorința de autonomie și astfel cooperează activ la crearea cetățenilor „normali”, sănătoși, medicalizând diverse stări, validează ordinea morală dominantă ce transformă sănătatea în marfă.

4. În mediul existențial contemporan, într-o societate în care medicina își extinde jurisdicția asupra problemelor de ordin social, abordarea multidisciplinară a medicalizării este primordială în scopul elucidării modului în care fenomenul se manifestă în societate și vizează ființa umană.

5. Stilurile de viață și comportamentul sunt determinate de o multitudine de factori și condiții, cum ar fi emoțiile, normele, valorile și credințele oamenilor, precum și condițiile de viață și de muncă ale acestora. Susținem de asemenea, că schimbarea comportamentului față de boală și sănătate este influențată de medicalizare. În acest context, stilurile de viață durabile și sănătoase trebuie să devină alegerea implicit ușoară și atractivă, dar, în același timp, să acționăm într-un mod responsabil, astfel încât acțiunile noastre să aibă un impact pozitiv asupra sănătății și a calității vieții.

## **1. MEDICALIZAREA SOCIETĂȚII ÎN OPTICĂ CONCEPTUALĂ CONTEMPORANĂ**

Medicalizarea reprezintă un fenomen propriu domeniului medicinei, însă esența și impactul acestuia reprezintă o preocupare interdisciplinară cuprinzând cunoștințe atât din domeniul medical, cât și din cel al sociologiei, psihiatriei, filosofiei, bioeticii etc. Pentru o înțelegere comprehensivă a modului în care se manifestă medicalizarea și schițarea unei configurații teoretice și socio-bioetice este necesară o analiză multidimensională. Această sinteză va permite să elucidăm impactul și omniprezența fenomenului atât la nivel social, cât și individual.

Ținând cont de diversitatea științelor care studiază acest fenomen, din rațiunea de a nu generaliza studiul, ne-am propus să analizăm medicalizarea din perspectiva socio-bioetică, psihologică și economică. Aceste abordări facilitează conturarea unui tablou ce permite elucidarea modului în care medicalizarea se manifestă și ne influențează calitatea vieții, delimitarea gradului de dependență sau, uneori, a excesului de îngrijire prin acțiuni de prevenire a afecțiunilor, în contextul în care un număr tot mai mare de fenomene sociale sunt înțelese în termeni de boală. De asemenea, elaborarea unei analize și o sistematizare a diverselor interpretări referitoare la medicalizare contribuie la formularea unor teze cu valoare aplicată la nivel de politici naționale.

Determinarea suportului metodologic și al instrumentarului bioetic determină cristalizarea unei poziții ce conturează impulsul eticii ce are menirea de a proteja sănătatea și calitatea vieții omului bulversat și supus numeroaselor provocări în societatea contemporană. O serie de publicații ce au fost selectate și reflectate în acest studiu au un impact major asupra elucidării modului în care medicalizarea se manifestă în societate, chiar dacă o parte din ele nu cuprind într-o manieră directă fenomenul de medicalizare, însă s-au dovedit a fi utile datorită expunerilor teoretice, dar și practice, cu o contribuție științifică majoră.

Extinderea cercetării fenomenului de medicalizare dincolo de sfera medicală reprezintă o sarcină imediată și indispensabilă. Prin urmare, este fundamental să abordăm medicalizarea prin prisma reperelor bioetice pentru a elucida dilemele teoretico-practice care duc la apariția transformărilor și a modului în care indivizii se comportă și acționează pentru asigurarea propriei bunăstări, precum și a sănătății. Intențiile din spatele acțiunilor și a comportamentelor umane în ceea ce privește medicalizarea pot să se adevărească a fi imorale pe termen lung, dar morale pe termen scurt (ex.: medicalizarea sarcinii, nașterii, alcoolismului, depresiei, fobiilor etc.). Prin intermediul instrumentarului metodologic general al eticii și bioeticii ne focusăm pe omiterea



excesului și a adoptării unei atitudini morale față de medicalizare prin racordarea la valori ce au ca scop protejarea vieții și sănătății omului.

### **1.1. Multidimensionalitatea impactului procesului de medicalizare**

Conceptul de medicalizare a evoluat suficient de mult de-a lungul timpului datorită faptului că de acest fenomen au fost preocupați cercetători din diverse domenii (sociologie, psihologie, filosofie, bioetică, drept etc.), fiindu-i atribuite și conotații diverse, în mod special datorită progresului care vizează domeniul medical. Progresul tehnologic și științific în activitatea medicală a contribuit la revoluționarea metodelor de tratament al bolilor, ceea ce a generat dispute și dileme atât la nivel social, cât și individual. În mare parte, acest lucru se datorează fluxului de cunoștințe în domeniul medical, dar și restricționarea accesului la informațiile care ar reda impactul negativ al administrării sau utilizării anumitor produse, servicii etc., ce se referă la sfera medicală. Aceste controverse au determinat creșterea inexorabilă a medicalizării. În asemenea condiții consumatorii sunt determinați să caute remedii medicale de tratament pentru diferite probleme legate de corpul lor, astfel că morbiditatea și mortalitatea sunt văzute ca expresii ale eșecului de sistem.

Evoluția istorică a medicalizării și diversitatea abordării acestui fenomen se datorează procesului de extindere a medicinei de la perceperea și tratarea unor stări considerate cândva probleme de ordin social, familial, religios etc. la considerarea acestora tipic probleme de ordin medical, care au ajuns să fie definite și tratate în termeni medicali (Anexa 2). Îmbătrânirea, frica, anxietatea, consumul de droguri, alcoolismul, sarcina/nașterea etc., sunt doar câteva stări ce cad sub incidența medicalizării.

Dacă luăm în considerare că perioadele istorice sunt intrinsec diferite, este clar că niciun eveniment sau o schimbare în societate nu se poate repeta cu adevărat și exact în același mod în orice altă perioadă istorică. Într-adevăr, nu pot fi repetate, exact în același mod, nici nivelul conceptual, nici cel interactiv de medicalizare. Istoria medicalizării la nivel conceptual este subînțeleasă într-o formă subtilă în filosofie. „Este cu adevărat nou și ciudat denumirile bolilor” afirma filosoful antic grec Platon (427-347 î.e.n.), de fapt, timpul pentru apariția a noi denumiri ciudate de boli urmau încă să vină. Sub presiunea din ce în ce mai mare a schimbărilor sociale, nu numai că numele bolilor deveneau din ce în ce mai uimitoare, dar numărul lor a crescut neîncetat [109, p.13].

La o etapă incipientă practic, reiterăm inexistența unei abordări unice, care ar explica foarte clar acest concept. Curiozitatea cunoașterii diverselor abordări ale fenomenului de medicalizare este cu atât mai provocatoare, cu cât conceptele sunt mai diverse, în timp ce la prima vedere

medicalizarea pare a fi un concept propriu domeniului medical în exclusivitate. În aceeași ordine de idei, menționăm faptul că pe lângă ambiguitatea definirii, la fel de incertă se dovedește a fi perioada de apariție a conceptului de medicalizare. Filosoful grec Platon (427-347 î.e.n), atrage atenția asupra anumitor particularități și procese care apar în societate, care ulterior cad sub incidența medicalizării. Mai mult, prin recunoașterea cauzelor și scopurilor anumitor comportamente în cadrul unei societăți, el observă anumite schimbări care se manifestă atât la nivel social, cât și psihologic. Cu alte cuvinte, în explicarea noii stări a societății, care este „starea simultană a tuturor marilor fapte sau fenomene sociale”, mult mai târziu a fost creat un construct conceptual unanim – medicalizarea. Filosoful grec Platon folosește atât concepte de ordin psihologic, cât și o terminologie corespunzătoare. Pentru moment, poate părea că în analizele sale noțiunile psihologice le-au umbrit pe cele sociologice, doar că modul în care acesta caută să explice cauzele medicalizării cuprind toate schimbările faptice emergente, chiar și pe cele psihologice [109, p.9].

E necesar de evidențiat câteva momente ce se referă la perioada de apariție a acestui fenomen. Există două abordări de bază care converg în definirea conceptului de medicalizare general acceptat în mediul academic anglo-saxon: prima își are sorgintea în *dezvoltarea intelectuală* din anii '50 și, în mod special, în anii '60 ai secolului trecut. Această eră a criticii sociale a determinat apariția antipsihiatriei - mișcare ce a pus sub semnul întrebării instituția psihiatriei și obiectului ei de studiu – sănătatea mintală și bolile mentale. A doua direcție teoretică care a contribuit la constituirea conceptului de medicalizare provine din sociologie și se bazează pe noțiunile *de boală și persoană bolnavă* [125, p.3]. La mijlocul secolului al XX-lea, s-a atestat o creștere a nemulțumirilor față de biomedicină, care a oferit un model de sănătate. Oamenii de știință percepeau corpurile umane într-un mod mecanicist și au încercat să clarifice fiecare problemă cu ajutorul tehnologiilor medicale. Până și definiția sănătății, prezentată de OMS, reflectă anumite probleme evidente și poate fi considerată drept model ce include întreaga existență a ființelor umane. În literatura de specialitate sunt evidențiați anumiți factori care sporesc medicalizarea excesivă, factori care necesită a fi supuși unor investigații amănunțite. Mai mult, există câteva modele biomedicale în această nișă care au jucat un rol negativ. Acestea sunt normele dominante și valorile strâns legate de sănătate, auto-observarea, practici precum monitorizarea tensiunii arteriale, pulsul, nivelul glicemiei și arderea calorilor, utilizarea aplicațiilor mobile și a dispozitivelor tehnice etc. În speranța că aceasta este calea către armonie pentru a îmbunătăți funcționarea corpului, modelele de sănătate sunt vădit orientate spre comercializarea tulburărilor de sănătate create artificial și a remediilor acestora doar cu scopul de a câștiga din ce în ce mai multe beneficii economice [84, p.237].

Filosoful francez Michel Foucault (1926-1984) este considerat ca fiind primul care a introdus acest concept. El atenționează faptul că medicina, în virtutea specificului activității ei, deține un loc aparte în structura de administrație a societății. Acest lucru se datorează diverselor aspecte ale existenței sociale sau biologice a oamenilor, care au devenit domenii de intervenție medicală, prin includerea lor în sfera patologicului, fiind definite cu termeni medicali, toate constituind stări care necesită sfatul și recomandarea medicului [181, p.519]. Apariția și semnificația medicalizării s-a constituit în timp. Acest fapt este reflectat în lucrarea „Etica medicală și medicalizarea eticii”, a autorului, medic V. Astărăstoae expert UNESCO în bioetică. Autorul analizează fenomenul de medicalizare ca fiind unul dihotomic - medicalizare economică și socială – și constată că medicalizarea socială a apărut în anii '50 ai secolului trecut. Perioda corespunde cu perioada când psihiatrul T. Szasz, împreună cu sociologul B. Wootton și alții, au criticat procesul prin care psihiatria a trecut din zona tratamentelor tulburărilor mintale în zona comportamentelor, cum ar fi criminalitatea și delinquența [9]. Concepțiile lui T. Szasz (1960) despre psihiatrie ca instituție de control social și despre boală mentală ca mit au avut o influență majoră în mediul criticii sociologice. Antipsihiatrilor li s-au alăturat și alții, care au extins această critică a sănătății mentale la hegemonie discursivă și practica medicinei în ansamblu [127, p.3]. În 1951 sociologul american T. Parsons (1902-1979) considera medicina ca instituție de control social. Acesta susținea că atât boala, cât și crima, reprezentau forme de devianță. Cu toate acestea, spre deosebire de criminal, persoana bolnavă nu se face vinovată pentru starea sa, deși se așteaptă la o cooperare în procesul de vindecare a sa. Cu alte cuvinte, societatea îi cere să-și asume rolul de pacient prin respectarea tratamentului prescris de medici. La începutul anilor '60 ai secolului trecut, au apărut diverse critici referitoare la rolul bolnavului și comportamentul deviant. În timp ce utilizau conceptul de rol al bolnavului, susțineau că devianța nu provine de la om, ci din societate, care-l definește ca deviant pentru a-l controla. Această schimbare strategică - de la individual la ordine socială - a influențat concepțiile cercetătorilor asupra instituției medicale, care a condus la instituirea teoriei echității și la studii sociologice asupra sănătății.

Dispute referitor la impactul medicalizării se atestă și mai târziu. Astfel, în perioada anilor '70 și '80 ai secolului trecut, studiile sociologice conferă doar o conotație negativă fenomenului de medicalizare. Aceste teze negative critică universalismul medicinei și aspirațiile imperialiste. Din acest punct de vedere instituția medicală și medicii par omniprezenți și autoputernici, medicalizarea devine inevitabilă, ireversibilă și în continuă creștere, fiind considerată un fenomen ce transformă pacienții în indivizi pasivi, fără apărare, dependenți de medicină, de tratamentele medicilor. În urma cercetărilor unor cazuri empirice de medicalizare, o viziune mult mai complexă a apărut la începutul anilor '90 ai secolului al XX-lea, când acest fenomen continuă a fi considerat

unul intrinsec negativ [125]. Unul dintre argumentele cele mai importante a fost că puterea medicinei a fost supraestimată. Acest succes își are originea în medicina occidentală din secolul al XVII-lea, care se bazează pe o privire obiectivă a științei care propune anumite concepte despre corp, despre cauzele bolilor etc. Prin urmare, progresele secolului al XIX-lea în domeniul chimiei organice, al biochimiei și al bacteriologiei, apariția farmacologiei moderne și dezvoltarea ulterioară de tehnologii pentru chirurgie și imagistica medicală au făcut posibilă prevenirea și tratarea mai multe afecțiuni. Chiar dacă, așa cum susțin criticii, riscurile și limitele biomedicinei sunt sistematic subevaluate, puterile sale curative – și nu numai dimensiunile biopolitice – sunt esențiale pentru a înțelege de ce a devenit modelul medical o hegemonie în ciuda consecințelor negative ale acestuia. Totodată, în această perioadă, cercetătorii au reevaluat perceptivitatea indivizilor față de acest fenomen, participarea lor activă etc. Aceștia fie că au rezistat, fie că au promovat medicalizarea stărilor lor. Era evident că indivizii nu se mai presupuneau a fi victime, ci din contra susțineau acest fenomen [16].

Chiar dacă paradigma transcendențială și naturalizantă a coexistat timp de câteva secole, rivalitatea lor s-a încheiat pe măsură ce medicina contemporană a devenit mai eficientă. Noile tehnologii, capabile nu numai de diminuarea durerii, ci și de tratarea cauzelor lor biologice, reprezintă o autoritate incontestabilă pentru medicină și pretind că reprezintă adevărul obiectiv al naturii. Evenimente din viață, anterior riscante (cum ar fi nașterea și infecțiile) au devenit gestionabile, în timp ce conștientizarea publicului cu privire la mediul (zone de lucru și de locuit igienice și nepolluate) și stilul de viață sănătos (comportament adecvat față de starea de sănătate) a fost, de asemenea, crescută până la legitimitatea paradigmei biomedicale. În ciuda succesului incontestabil, punctele slabe și paradoxurile sale au devenit tot mai vizibile, ceea ce a dus la apariția criticilor în adresa biomedicinei.

Expansiunea autorității medicale se află în centrul multora dintre aceste critici: ieșind din contextul clinic în spațiul vieții de zi cu zi, oferă tehnologii de normalizare ale sinelui, care se axează pe igienă, modificări fizice și mentale. Aceste transformări completează continuarea procesului de civilizare, întrucât violența a fost sancționată prin lege, astfel că prevenirea acesteia a devenit treptat o prioritate. Modelele standardizate de „comportament normal” și „dezvoltare a personalității” sunt elaborate astfel încât să reinterpreteze comportamentul violent ca o abatere de la normalitate. În general, discursul medical a devenit un element-cheie al interpretării și gestionării oricărei forme de durere, inclusiv boală și violență. O astfel de hegemonie a reprezentat zorii unei noi structuri de putere bazate pe discurs și disciplină. Potrivit filosofului francez M. Foucault, aceasta este baza „bioputerii” moderne, care este capabilă să stabilească controlul asupra aspectelor elementare ale vieții (nutriție sau sexualitate) prin tehnologii de „guvernare” [49, p.50].

O legătură mai profundă dintre medicalizare și control social a fost propusă de sociologul E. Freidson și activistul, scriitorul american în sociologie medicală I. Zola încă în anul 1970. Aceștia au susținut că procesul dat nu poate fi limitat doar la domeniul psihiatriei. În 1992 Conrad susținea că medicina „a înlocuit” religia ca forță morală dominantă în controlul social al societății moderne. Prin urmare, permisiunea acordată „științei medicale” proiectează atenția omului mai degrabă decât asupra mediului, ca fiind sursa tuturor problemelor. Oricare ar fi mediul de proveniență și de transformare a acestui concept în timp, cert este că actualmente reprezintă un fenomen omniprezent, aflat într-o continuă expansiune, care transformă pacienții în indivizi pasivi dependenți de medicină și tratamentele sale.

Biomedicalizarea este termenul pentru procese de medicalizare tot mai complexe, care astăzi sunt destul de extinse și reconstituite prin formele și practicile sociale emergente tot mai tehnostiințifice. Semnalăm cu „bio” în biomedicalizare atât transformările omului, cât și pe cele ale noilor inovații tehnologice posibile, precum: biologia moleculară, biotehnologiile, genomizarea, medicina transplantului și noile tehnologii medicale. Adică medicalizarea se intensifică, dar în moduri noi și complexe, de obicei, infiltrate tehnostiințific [32, p.162]. Această conexiune dintre biomedicalizare și medicalizare va fi redată mai detaliat în capitolul al treilea.

Din momentul în care medicalizarea și-a extins aria de acțiune dincolo de sfera medicală și a contribuit la crearea de noi standarde în diverse domenii ale vieții, în care discursurile despre viață, moarte și bunăstare sunt tot mai frecvent auzite, apare necesitatea studierii acestui fenomen dincolo de sfera medicală. În rezultatul analizei literaturii de specialitate, au fost determinate trei categorii ce reflectă în mod direct fenomenul de medicalizare. Prima categorie se referă la prezentarea medicalizării ca *fenomen socio-bioetic* menit să mențină controlul asupra societății, dar și deconspirarea aspectelor mai puțin vizibile și cunoscute despre acest fenomen. Relevantă în acest sens este abordarea profesorului T.N. Țîrdea. Medicalizarea în viziunea sa înseamnă proces și tendință ce are drept scop *manipularea conștiinței umane*. De asemenea, medicalizarea are o manifestare diversă în dependență de etapele de dezvoltare a civilizației. Autorul promovează ideea că pilonul de susținere și de extindere a medicalizării îl reprezintă industria farmaceutică și a interesul pe care îl au inclusiv medicii în ceea ce privește susținerea profitului în acest domeniu. Medicii sunt cei interesați în acest sens, deoarece anume ei au capacitatea de a explica cel mai ușor orice simptom care să fie perceput ca boală propriu-zisă ce se tratează medical. Autorul, de asemenea, remarcă aportul bioeticii sociale în ceea ce privește explicarea impactului medicalizării asupra omului, explicații care are drept scop evitarea supraaprecierii acestui fenomen [181, p.519].

Analiza medicalizării poate fi o sarcină pur descriptivă, un studiu ce examinează un fenomen ce descrie schimbările în care o condiție sau o practică este înțeleasă, precum și abținerea

de la a valorifica anumite aspecte față de altele. Cu toate acestea, majoritatea cercetărilor ce studiază fenomenul adoptă o atitudine critică. Argumentul principal în acest sens este că transformarea fenomenelor sociale sau culturale în fenomene medicale este percepută ca proces cu consecințe dăunătoare pentru om și societate. Astfel, având în vedere potențialul medicalizării de a produce consecințe mixte, se impune o analiză detaliată din punct de vedere bioetic, dat fiind faptul că repercusiunile variază între condiții, practici și situații socio-culturale în care acest fenomen are loc.

Această stare de lucruri impune controlul moral, aspect abordat și susținut de bioetica socială. Menționăm că aspectele ce vizează valorile morale reprezintă obiectul de studiu al capitolului doi. Abordarea fenomenului medicalizării în spațiul românesc a constituit se regăsește în lucrarea cercetătoarei L. Trăușan-Matu „De la leac la rețetă: Medicalizarea societății românești în veacul al XIX (1831-1869)” [189, p.356]. În această lucrare medicalizarea este considerată un mecanism prin care se încearcă menținerea stării de sănătate a populației. Acest fapt se datorează modernizării societății românești în perioada 1831-1869 care a avut un impact palpabil asupra actului medical, legislației adoptate, învățământului medical, asociații medicale etc. Vorbind într-un mod generalizat, autoarea susține că se produce „acțiunea de medicalizare a populației românești într-o perioadă care stă sub semnul începutului absolut în toate domeniile” [189, p.9].

O altă perspectivă teoretică, cu valențe semnificative pentru elaborarea studiului nostru o constituie concepțiile istoricului și antropologului român C. Bărbulescu. În lucrarea „România medicilor” [14 ], își propune elucidarea realității sistemului medical român în perioada 1860-1910 ca fiind una de modernizare a țării românești, unde medicii descoperă că arhaica lume rurală nu primește medicii cu studii realizate în țările apusene, deoarece își au „tămăduitorii lor”, aici fiind pe larg aplicată medicina alternativă, iar principiile de alimentație, igienă se impun cu greu a fi acceptate tocmai datorită obiceiurilor străvechi. Autorul totodată asociază transformările din sistemul medical cu *modernizarea societății*, iar atunci când avem de-a face cu modernizarea sanitară aceasta interferează inclusiv cu *medicalizarea*.

Conceptul de medicalizare după cum a fost și menționat anterior inclusiv în spațiul românesc, este văzut ca unul ce face parte din științele umane și ambiguu. Până la acel moment doar L. Trăușan-Matu a simțit nevoia să-l definească. Pentru a explica cumva acest fenomen, istoricul român C. Bărbulescu vine cu o precizie conform căreia, în cazul în care este dificil de a defini ce este medicalizarea poate mai simplu și mai eficient ar fi să aflăm ce nu este medicalizarea? Autorul se orientează spre societățile țărănești europene preindustriale acolo unde nu se recunoaște nici medicul, nici medicina de tip modern, iar o societate medicalizată ar fi o

viitoare și utopică societate în care indivizii apelează la medicina modernă de-a lungul procesului boală-vindecare.

Este relevant de a evidenția și studiul lui R. Vraști, doctor psihiatru român, intitulat „Ghid practic de intervenție în criză”. Aici întâlnim o altă abordare a problemei medicalizării ce se referă la *violența în familie*. Medicalizarea acestei forme de violență atribuie problemei date un vocabular medical, abandonându-se astfel „nativul” ce reduce problema violenței familiale doar la o experiență a suferinței corporale. O altă problemă relevantă abordată în acest ghid o reprezintă *tentația psihologizării și medicalizării pierderii*, stare în care ființei umane i se sugerează să caute un ajutor specializat, să ignore rolul tradițional al familiei și prietenilor „alterând astfel și mai mult naturalețea și spontanietatea relațiilor interumane”. Se vorbește despre o „disciplinare a doliului”, care va face ca omul să se conformeze normelor sociale. Aici se pot evidenția anumite subtilități legate de încurajarea auto-îngrijirii și auto-ameliorării, intervenții considerate de către filosoful francez Foucault ca fiind „tehnologiile selfului”. Prin astfel de acțiuni se încearcă de fapt menținerea acestor stări într-un context terapeutic prin intermediul căreia omul este impus să se conformeze normelor sociale [201, p.424-425].

Pornind de la ideea că medicalizarea ne vizează întreg ciclul vieții, de la naștere și până la moarte, un aspect relevant în ceea ce privește medicalizarea este oferit de către filosoful român Istvan Kiraly în lucrarea „Moartea și experiența muririi” [96, p.144-145]. Pe autor îl captivează tematica morții și o exploatează inclusiv în scopuri comerciale, făcând referire și la medicalizare. Autorul consideră medicalizarea un proces „controversat”, care, parțial, se datorează „evoluției științei și tehnicilor medicale”. Continuând aceeași idee, astăzi, în „țările cele mai dezvoltate, șapte din zece oameni își sfârșesc viața în saloanele mecanizate și impersonale ale spitalelor, încurajați fiind nu de apropiații lor”, ci de o „tură” de profesioniști, ale căror „sarcini” și competențe sunt definite prin regulamente și instrucțiuni generale. Autorul ne atrage atenția asupra faptului că „nu numai moartea, dar întreaga noastră viață – de la naștere și până la moarte – s-a „medicalizat”. Faptul că trăim mai atenți la factorii de igienă, la echilibrările fizice și psihice ale vieții, faptul că utilizăm, la timp, medicamente moderne și mai eficiente în cele mai multe cazuri etc., toate acestea pot fi în fond considerate ca fiind factori prin care viața noastră s-a „medicalizat” și se „medicalizează” în continuare”. Cu toate că au fost medicalizate o serie de stări cândva considerate firești, I. Kiraly susține ideea că în urma medicalizării nu au apărut doar „bolile civilizației”, dar s-a produs creșterea speranței de viață a unui număr considerabil de oameni, „s-au micșorat suferințele noastre fizice și psihice și ale semenilor noștri atacați de maladii – în special cronice – de diferite feluri, și care astfel pot duce și o viață plină de sensuri, înțelesuri și de satisfacții umane”. Acestea au fost condiționate de o evoluție și diversificare a tehnicilor și a aparatului medical, de

regulă, extrem de complexe și costisitoare, care necesită spații și condiții speciale de utilizare. Astfel s-a produs încurajarea științei și a tehnicii medicale moderne, „îngrădită” și redusă în secolele evului mediu. Astfel au apărut concepții diferite atât în privința raportării la „boală”, la maladie ca atare, cât și în cea a raportării la omul bolnav, unde se confruntă componentele și dilemele profesionale, științifice și morale ale îngrijirii medicale.

O altă lucrare remarcabilă, care a contribuit la conturarea conceptului de medicalizare și a tendinței de menținere a *controlului social* prin intermediul acestui fenomen, este „Medicalization of society” [37, p.6], autorul căreia, sociologul american P. Conrad, susține că „medicalizarea descrie un proces prin intermediul căreia problemele non-medicale sunt definite și tratate ca probleme medicale, de obicei, în formă de boală și tulburări”. Accentele sunt puse pe reetichetarea sau redefinirea problemelor personale și sociale ca afecțiuni medicale. Această lucrare se încadrează perfect în sociologia medicală și farmacia socială. Diversitatea studiilor de caz prezentate reliefează modalitatea prin care problemele considerate cândva de ordin social sunt medicalizate. Se considera inițial că medicii erau cheia înțelegerii medicalizării, pentru ca ulterior să devină clar faptul că fenomenul este unul mult mai complex decât anexarea de noi probleme de către medici. Astfel, în cazuri precum alcoolismul, medicalizarea acesteia a fost realizată de către o mișcare socială (Alcoolicii Anonimi), medicii adoptând mai târziu viziunea alcoolismului ca boală. Deși fenomenul este asociat cu devianța și cu „evenimentele normale din viață”, acesta cuprinde o arie vastă a existenței umane. Un exemplu de medicalizare este ilustrat de istoria modului în care societatea noastră percepea alcoolul și alcoolismul. În secolul al XIX-lea, oamenii care consumau prea mult alcool erau considerați oameni inadecvați, leneși. Aceste persoane nu erau tratate într-un mod adecvat pentru că, la vremea aceea, se credea că ei singuri se fac vinovați de consumul de alcool în exces. Spre sfârșitul secolului al XIX-lea însă, consumul excesiv de alcool a început să fie considerat o „boală a voinței” – o boală paradoxală care impunea pacientului să se angajeze activ în propriul tratament, chiar dacă natura bolii era definită de lipsă de voință care-i diminua capacitatea de a renunța la alcool. În secolul al XX-lea, oamenii care consumau alcool în exces erau considerați din ce în ce mai des ca fiind alcoolici: oameni cu dependență psihologică, boală fiziologică sau predispoziție genetică la dependență, care nu erau vinovați de starea lor. Astfel că alcoolismul, definit ca o boală și nu ca o alegere personală, a făcut ca alcoolicii să fie tratați cu mai multă compasiune și înțelegere, deși paradoxul terapiilor de recuperare pentru alcoolici a rămas. Astfel „răutatea” a fost transformată în „boală” [103, p.601].

O altă situație o reprezintă *medicalizarea devianței*, ce include tulburările mentale, dependența de droguri, tulburările alimentare, dificultățile de învățare etc., generând categorii noi, cum ar fi ADHD sau PTSD etc. Astfel comportamentelor care au fost cândva considerate și



definite ca fiind imorale sau criminale li s-a oferit ulterior un sens medical, producându-se o deplasare de la deviere la boală. Prin urmare, creșterea categoriilor de stări medicalizate sugerează o răspândire rapidă a acestui fenomen. Astfel, în afară de medici, și mișcările sociale, pacienții în mod individual se prezintă ca avocați importanți ai medicalizării. De asemenea, sociologul american P. Conrad (1975) susține faptul că există diverse grade de medicalizare, deși nu se specifică clar care sunt factorii care afectează aceste grade. Un lucru este cert însă - descoperirea de noi etiologii, disponibilitatea și profitabilitatea tratamentelor, o parte fiind acoperite chiar de asigurările medicale, reprezintă factori semnificativi în cazuri particulare de medicalizare.

În consonanță cu tema noastră sunt și o serie de materiale publicate în revista „Social Theory & Health”, în care autorii K. Ballard și M.A. Elston [12, p.230-231] tratează conceptul de medicalizare dintr-o perspectivă multidimensională. În aceste lucrări identificăm o continuare a concepției sociologului american P. Conrad (1975), care susține ideea că medicina, spre deosebire de biserică, devine instituția dominantă a controlului social. Și mai mult, conform opiniei autorilor P. Conrad, M. Schneider (1980) și J.S. Lowenberg, F. Davis (1994), medicalizarea devianței implică: a) absolvirea de responsabilitate morală a anumitor acțiuni săvârșite. O astfel de absolvire este condiționată de disponibilitatea de a accepta consultații și tratamente adecvate de la profesioniștii din domeniu; b) favorizarea intervențiilor terapeutice în tratamentul devianței, care sunt considerate mai eficiente decât sancțiunile punitive; c) tendința social-generală de extindere a jurisdicției asupra evenimentelor și experiențelor din viața „normală”.

În urma celor constatate, conchidem că medicalizarea „vieții normale” a constituit preocuparea predominantă a medicinei, ceea ce a dus la schimbarea modului în care omul percepe boala și sănătatea.

Din punctul de vedere al abordării socio-bioetice relevantă este și concepția lui I. Zola, considerat unul din inițiatorii medicalizării. În opinia lui „medicalizarea este procesul prin care tot mai mult fiecare zi a vieții cade sub stăpânirea și supravegherea medicinei”. Conceptul de medicalizare a fost utilizat de I. Zola (1972, 1991) pentru a teoretiza extinderea jurisdicției medicale, ca autoritate și practici într-un spațiu tot mai larg al vieții oamenilor [32, p.164].

Precum s-a menționat anterior, o mare parte din sursele bibliografice unde este abordat conceptul de medicalizare, se referă la rolul pe care îl avea implicarea medicilor în medicalizarea unor aspecte specifice ale vieții de zi cu zi. Astfel, sociologul american P. Conrad și M. Schneider considerau că acest fenomen are legătură cu apariția raționalismului și a modelului medical din secolul al XIX-lea. Ideea se rezumă la faptul că, în societățile în care boala este considerată ca o circumstanță în care indivizii și societatea ar trebui să întreprindă anumite măsuri în scopul prevenirii și tratării, iar medicamentul ajunge să fie considerat „autoritatea” primordială și

eficientă în scopul prevenirii și tratamentului, este probabilă extinderea continuă a jurisdicției medicinei. Astfel, acest fenomen interactiv practicat ia amploare și este susținut atât de medic cât și de pacient, prin urmare, apare încrederea într-o potențială creștere și aprobare a medicalizării datorită încrederii societății în eficacitatea medicinei în acest sens [32, p.237]. Conduasă de schimbările majore din societate, medicalizarea începe să se producă la niveluri diferite, dar strâns integrate. Astfel P. Conrad și Schneider identifică nivelul: „(I) *conceptual*, când se utilizează terminologie medicală în definirea problemei; (II) *instituțional*, atunci când profesia de medic capătă legitimitate asupra problemei ajustată și rezolvată de medicină; (III) *interactiv*, atunci când diagnosticul și terapia sunt stabilite într-o relație medic-pacient”. Fără îndoială, modalizarea medicalizării descrisă astfel, reprezintă o transformare fundamentală a societății de la mijlocul secolului al XX-lea. Marile schimbări menționate au reprezentat o garanție a faptului că situația generală din societate se dorește a fi soluționată. S-a crezut neclintit că noua modalitate de medicalizare va aduce beneficii omului și societății în ansamblu, modalizarea emergentă a medicalizării fiind considerată o schimbare pozitivă. Acest entuziasm a fost încurajat din toate punctele de vedere. Științele sociale în mod special au contribuit și susținut această poziție de medicalizare [109, p.17]. Într-adevăr, S. Crawford (1980) a descris societățile contemporane ca fiind preponderent interesate de menținerea stării de sănătate. El a specificat preocuparea pentru sănătate și prevenirea bolilor, precum și faptul că în societate „percepția medicalizării stabilește limitele modurilor de gândire și se focusează asupra conștiinței și comportamentului”. De exemplu, dacă altădată o anumită activitate fizică ar fi putut fi desfășurată în scop de recreere și plăcere, acum ea poate fi percepută ca o activitate relevantă din punct de vedere medical, desfășurată în scopul menținerii unui mod de viață sănătos. Potrivit opiniei lui R. Crawford, sănătatea are o înărcătură morală, astfel abordarea fenomenului sub *aspect socio-bioetic* este primordială, dat fiind faptul că medicalizarea se referă la ființa vie. În acest context, T. Parsons relevă ideea de reglare a comportamentului moral și a obligațiilor morale ale pacientului de a se vindeca alături de viziunea foucauldiană, care presupune că *prin supraveghere medicală indivizii ajung să vadă conformitatea cu normalitatea, considerată din punct de vedere medical ca fiind un comportament dezirabil*. Deși nu se identifică strict ca medicalizare, această noțiune foucauldiană atrage atenția asupra domeniului medical care se poate extinde spre orice aspect al vieții sociale. Prin urmare, tehnicile de observare și de examinare, menite să facă o comparație, se extind, devin vizibile noi dimensiuni ale corpului uman. Acest fapt creează noi modalități prin care normalitatea este percepută de indivizi [32, p.237]. În aceeași lucrare se pune accentul pe „self-care”, ceea ce presupune îngrijirea de sine și opusul medicalizării întâlnit în literatură de specialitate ca *demedicalizare*, fenomenul la care se face referire în lucrare fiind considerat în unele situații drept

soluție binevenită de a fi aplicată în cazul anumitor stări, când medicalizarea realmente este irațională sau exagerată. Odată ce ne axăm pe îngrijirea de sine, apare obligația morală a indivizilor de a întreprinde anumite acțiuni în prevenirea și tratarea afecțiunilor prin apelarea la medicina holistică, holismul fiind una din alternativele medicalizării.

Atunci când facem referire la demedicalizare, „autenticitatea” caracterizează acest fenomen. R. Vraști, în articolul „Demedicalizarea anxietății sociale - o abordare hermeneutică a rușinii, jenei și timidității”, face referire la conceptul de autenticitate, relevant pentru înțelegerea demedicalizării care reprezintă de fapt alternativa medicalizării și care își găsește mult mai ușor justificare etică și morală, comparativ cu fenomenul de medicalizare. Autenticitatea poate fi interpretată ca un proiect personal, ca o „întâlnire dintre vocea lumii interioare” și „vocea lumii exterioare”, care ne spune cine ar trebui să fim de fapt. Filosoful american C. Guignon (1944-2020) menționa că: „toate lucrurile din existența noastră socială ne abat din a fi noi înșine din simplul motiv că societatea funcționează cel mai bine cu oameni care sunt doar roțițe ale mașinării vieții de zi cu zi. Lumea exterioară a activităților practice funcționează cel mai bine când oamenii se identifică cu rolurile lor și împlinesc funcțiile lor fără să întrebe sau să se împotrivească față de ce fac. Presiunea socială ne împinge înspre roluri inautentice și a deveni autentic înseamnă să faci un efort foarte serios”. Cu toate aceste riscuri, oamenii continuă să presupună că numai prin exprimarea selfului adevărat, spațiu în care se regăsesc resursele înțelegerii și a scopurilor care merită trăite, noi putem dobândi autorelizarea și autoîmplinirea și se poate obține astfel un fel de sinceritate față de noi înșine [200, p.4]. Datorită presiunii pe care o exercită societatea din zilele noastre asupra omului, abilitățile emoționale reprezintă o prioritate pentru supraviețuire în condiții normale psihologice în mod special când în jurul nostru se instalează situații confuze, neclare, tensionate. Chiar dacă se recurge la utilizarea de medicamente în restabilirea stărilor emoționale de care suntem copleșiți este foarte important să conștientizăm că riscul de dependență este major, astfel foarte ușor ne transformăm în pacienți când de fapt putem evita în totalitate utilizarea medicamentelor în astfel de situații dacă am face apel la resursele noastre interioare [162 p.85].

Ideea de autenticitate oferă o înțelegere mai promptă a acestui fenomen, deoarece, în raport cu medicalizarea, alegerile pe care le facem exprimă mai bine cine suntem cu adevărat. Mai mult, orice alegere are la bază un proiect sau o dorință prin care se manifestă felul de a fi a ființei umane. De aici reiese că noi nu trăim mereu în acord cu felul nostru de a fi, ba și mai mult, noi putem deveni străini pentru noi înșine: „...acțiunile făcute nu întotdeauna ne reprezintă, iar convingerile pe care le avem nu sunt mereu ale noastre, și dacă oamenii pot fi străini de ei înșiși, atunci antidotul constă într-un raport nemijlocit cu ceea ce îi definește ca indivizi singulari. Prin urmare,

autenticitatea înseamnă un mod de viață din care se nasc proiecte, alegeri și dorințe proprii, adică o existență trăită în chip propriu” [129, p.218].

În urma celor expuse, o constatare preliminară este că medicalizarea reprezintă o heteronomie, dat fiind faptul că și atitudinea omului față de medicalizare nu reprezintă întotdeauna rațiunea propriei acțiuni, ci derivă mai degrabă din standardele pe care le impune societatea, persoana fiind foarte ușor influențată și manipulată.

În articolul „Social medicalization (II): Biomedical limits and proposals for primary care clinic”, autorul C.D. Tesser reflectă concepția lui I. Illich, filosof și critic social (1975), în care, referindu-se la medicalizare, consideră acest fenomen o hegemonie. Extinderea medicinei științifice sau a biomedicinei, ca omolog al medicalizării sociale, constituie un fenomen modern contraproductiv a unei societăți industrializate, în care utilizarea instrumentelor sociale și tehnologice au ca rezultat un efect opus față de scopul acesteia. I. Illich face referire la *heteronomie, autonomie și iatrogenie*, atenționând despre pierderea potențialului cultural în gestionarea situațiilor de durere, boală sau suferință, optând pentru îmbunătățirea, reinventarea și/sau răscumpărarea autonomiei indivizilor în ceea ce privește boala-sănătatea, care presupune restabilirea echilibrului între acțiuni autonome și heteronomie [45, p.348]. În timp ce discursul medical promite o soluție generală la diferite forme de durere, este adesea incapabil să-și îndeplinească o astfel de promisiune. Durerea și suferința psihică insuportabilă nu apar la întâmplare: ele împovărează în mod disproporționat membrii grupurilor sociale defavorizate. Oamenii care dețin posturi solicitante din punct de vedere fizic nu pot alege între durere sau confort, întrucât primul este un element constitutiv al sarcinilor lor. Astfel, ei apelează la tehnologiile de „bricolaj”, inclusiv elemente de medicină expertă (de exemplu, analgezice prescrise) și tratamente laice (de exemplu, alcoolul ca analgezic). În lumea capitalismului global, flexibilitatea cerută de piață reprezintă o suprasolicitare pentru angajați, care o trăiesc într-un stres mental constant, sau ca durere reală din cauza fragmentării ciclurilor biologice de regenerare.

Paradoxurile unui model medical hegemonic devin mai vizibile în caz de dizabilitate, care este o afecțiune netratabilă. Astfel, dacă singura relație acceptabilă cu durerea este eliminarea acesteia, în cazul durerii netratabile, soluția logică este excluderea sau, în cel mai rău caz, eliminarea celui care suferă. Folosirea excesivă a analgezicelor sau antidepresivelor indică o strategie care se bazează pe „înghețarea” sursei durerii, în timp ce o suprimă parțial sau suspendă interesul pentru aceasta. Prin sedarea actorilor, paradigma medicală poate prelungi existența unei fațade hegemonice. Cu toate acestea, este mai degrabă amânarea confruntării cu controversile sale, nu o soluție la durerea în sine: viețile petrecute în durere parțial suprimată sunt încă vieți în durere [49, p.53].

Medicina de astăzi se confruntă cu o serie de probleme de ordin etic. Diagnosticul genetic prenatal, care ajută la luarea deciziilor de a păstra sau nu sarcina în cazul în care fătul are anumite probleme de sănătate, eutanasia și anumite aspecte legate de sfârșitul vieții, alternativele la reproducerea naturală (mamele surogat, fertilizarea in vitro), toate acestea sunt doar câteva din problemele supuse medicalizării, dar care generează astăzi inclusiv dileme etice. La intersecția dintre dileme și etică ne apare bioetica pentru a oferi răspuns la aceste preocupări. Datorită progresului considerabil pe care îl înregistrează astăzi știința și tehnologia în domeniul medical, medicalizarea se evidențiază ca fiind un subiect sensibil din punct de vedere etic. Prin urmare, interpretarea medicalizării din perspectiva eticii reprezintă unul din obiectivele acestei lucrări, constituind un fenomen extins prezența căruia nu poate fi contestată. Acest lucru se datorează instituției medicale care a devenit una dintre cele mai importante instituții sociale, iar oamenii sunt tot mai preocupați de problemele legate de sănătate.

Durerea fizică sau morală prelungită în timp îi provoacă omului o anumită condiție a suferinței, care este supusă astăzi medicalizării. Pentru a reconstrui modul în care durerea este utilizată și interpretată în societățile contemporane, se dovedește a fi utilă o comparație cu antecedentele istorice sociale. Modernitatea timpurie este o constelație liminală caracterizată prin îndepărtarea treptată de la civilizația medievală la forma modernă secularizată de viață. Cadrele interpretative transformatoare ale durerii pot fi reconstruite din surse istorice sociale, concentrându-se pe atitudinile actorilor de zi cu zi, pe discursurile medicale emergente, pe reconfigurarea violenței etc. Desigur, o privire de ansamblu cuprinzătoare a unei literaturi atât de vaste este o sarcină imposibilă în cadrul unei singure lucrări, astfel încât scopul prezentei analize este mai modest: se încearcă elaborarea unui model ideal tipic al modului în care durerea a fost interpretată, tratată și utilizată la începutul transformării.

Cea mai importantă transformare care afectează relația de zi cu zi cu durerea poate fi descrisă ca o secularizare reticentă. În civilizația medievală, durerea era percepută inseparabil de transcendental: la nivel fundamental ea presupunea o pedeapsă evlavioasă, care trebuia îndurată de dragul mântuirii. Durerea de muncă, boala sau rănilor au fost tratate în mod egal drept consecințe inevitabile ale păcatului originar (și, de asemenea, păcatele personale), astfel încât reducerea lor nu a fost considerată un scop legitim (cf.: mișcarea flagelantă, acceptată ca element necesar al existenței umane sau reinterpretarea neo-stoică a durerii ca ceva care nu este sub controlul nostru).

La începutul modernității, o astfel de morală a durerii bazată pe abordarea religioasă a fost treptat completată de o paradigmă instrumentală: pedagogia a început să folosească pedeapsa corporală pentru a îmbunătăți abilitățile de învățare. Aceste exemple de suferință instrumentalizată nu mai urmau o logică transcendentală. În schimb, au urmat o logică calculatoare: durerea era

privită ca un mijloc necesar pentru un scop. În consecință, acceptarea necondiționată medievală a agoniei a fost treptat completată cu intenția de a diferenția între durerea utilă și cea inutilă. Dacă nu a servit niciunui scop, eliminarea ei a rămas singura modalitate logică de a se raporta la ea [49, p.46].

Pornind de la ideea că virtutea constituie o „categorie etică ce are un conținut apreciativ și normativ, ce reflectă însușirile morale pozitive ale oamenilor” [48, p.424], insistăm asupra unei lucrări ce ne inspiră din punct de vedere etic. Autorul S. Șaptefrați în cartea „Etica virtuții: Tradiție și contemporanitate” face referire la virtutea eticii - aspect abordat inclusiv în raport cu fenomenul de medicalizare. Analiza istorică a evoluției conceptului de tradiție etică a virtuții delimitează modul în care a evoluat etica virtuții din perioada antică până în prezent, precum și modalitatea de menținere a valorii sale funcționale în termeni practici. Astfel, prin prisma virtuții este tratată inclusiv medicalizarea, pornind de la dezideratul că virtutea reprezintă „o dispoziție habituală, dobândită în mod voluntar, constând în măsura justă în raport cu noi, determinată de rațiune, și anume în felul în care o determină posesorul înțelepciunii practice. Ea este calea de mijloc între două vicii, unul provocat de exces, celălalt de insuficiență” [6, p.55].

O altă lucrare de referință pentru teza noastră, în care sunt reflectate aspecte bioetice relevante în tratarea fenomenului de medicalizare, este cea a lui C. Rughiniș „Perspective și competențe etice” [153]. În această lucrare autorul este preocupat de identificarea și înțelegerea a ceea ce este important și ceea ce nu este important în viață, precum și de elucidarea criteriilor pentru a filtra esențialul de neesențial. A separa ceea ce contează de ceea ce nu contează la nivelul unei vieți umane și nu la nivelul unei ore sau a unei zile, reprezintă, de fapt, și o preocupare esențială atunci când facem referire la medicalizare, deoarece acest fenomen în situații frecvente ameliorează anumite stări doar pentru o perioadă scurtă de timp, fără ca în esență să soluționeze cu adevărat problema. Prin urmare, reflectarea asupra aspectelor etice referitoare la medicalizare, ne ajută la ordonarea vieții în funcție de lucrurile care au o justificare morală. Ceea ce ne sugerează etica în acest sens reprezintă încercarea de a găsi principiile de ordonare a minții umane pornind de la nivelul zero, etica fiind preocupată adesea de dileme majore ale vieții umane și nu neapărat în sensul prelungirii ei, ci în sensul calității ei. Axarea pe anumite probleme de ordin etic reprezintă o preocupare majoră, ce ridică o serie de întrebări, cum ar fi: „În ce fel răspunsul meu la această problemă, aparent neimportantă, arată ce fel de om sunt și în ce fel răspunsul meu va avea consecințe semnificative asupra mea și asupra lumii în general?”. De exemplu, ceea ce consumăm ne influențează sănătatea, mediul natural și mediul economic. Aici esența constă în alegerile pe care le facem, astfel, chiar micile gesturi contidiene pot deveni centrul reflecției etice din

momentul în care ne întrebăm ce spun acestea despre noi și viața noastră și care este impactul lor pe termen lung și asupra lumii în care trăim.

Merită să menționăm în calitate de izvor în abordarea fenomenului de medicalizare și lucrarea lui T.L. Beachamp și J.F. Childress „Principiile eticii biomedicale” [15]. În această lucrare, autorii își propun realizarea unei reorientări în conținutul eticii medicale tradiționale, adică a substituirii eticii lui Hippocrate cu toate contribuțiile de ordin moral ale Evului Mediu, și a perioadelor posterioare, prin *etica biomedicală*, fundamentată din perspectiva respectării dreptului și libertății pacientului. Această idee apare ca rezultat al constatării că etica medicală tradițională nu mai putea face față tuturor problemelor și cerințelor ce apăreau în spațiul biomedical. Soluționarea lor presupune implicarea și integrarea într-un tot întreg a teoriilor etice, a diverselor paradigme din domeniile științelor socio-umanistice și biomedicale, a politicii legislative și sociale, a normelor și regulilor morale. Pentru a le integra, e necesar ca etica biomedicală să obțină fundamentul său teoretic propriu, să fie completată cu metaetica. T.L. Beauchamp și J.F. Childress precizează, de asemenea, că sfera morală este într-o continuă schimbare: un cadru moral e mai mult un proces decât un produs finit, iar problemele morale trebuie privite ca proiecte care au nevoie de o continuă ajustare prin echilibru reflectat.

O contribuție teoretică semnificativă pentru studiul nostru reprezintă lucrarea profesorului de filosofie morală și etică aplicată V. Mureșan „Este etica aplicată o aplicare a eticii?” [125]. Aici autorul încearcă a stabili domeniile care ar trebui să se preocupe de etică și morală, care nu pot fi considerate doar probleme ale filosofiei. Dovada acestui deziderat constă în faptul că, începând cu anii '70 ai secolului al XX-lea, „bioetica” devine disciplina pilot a eticii aplicate și capătă o organizare instituțională, plecând de data aceasta nu de la nevoile filosofilor, ci ale practicii medicale și cercetării științifice. Astfel se poate detecta destul de ușor că marile teorii etice s-au dovedit inadecvate pentru a face educația morală a medicilor sau a personalului medical în ansamblu. În acest context ele nu pot fi folosite direct pentru îmbunătățirea relației medic-pacient. Morala în acest context presupune că pentru o etică medicală utilă ne trebuie cu totul altceva. Apare necesitatea adoptării opusului strategiei mai vechi, adică de la derivarea logică a cazurilor particulare la noua strategie, care pornește de la cerințele experienței medicale spre conceptualizările și principiile morale. Această organizare instituțională este văzută în facultățile științifice (medicale, economice etc.) și nu strict în facultățile de filosofie, devenind autentic conceptul de „etici aplicate” care sunt extrem de specializate (etica terapiei genetice, etica biotehnologiilor, etica dopajului în sport etc.). Acest lucru se datorează faptului că odată cu procesul de externalizare a acestor etici aplicate dinspre catedrele de filosofie spre centrele de cercetare interdisciplinare are loc o recunoaștere tot mai diversificată a necesității tratării

problemelor umanității din punct de vedere etic cu o aplicare specializată în dependență de domeniu. Medicalizarea se regăsește practic în toate specializările domeniului medical și din acest considerent abordarea etică merită o atenție deosebită și particulară în dependență de caz. Acest lucru se datorează tehnologiilor biomedicale care influențează cursul natural al vieții, astfel are loc o schimbare a imaginii despre viață, suferință, moarte etc., iar concomitent are loc schimbarea semnificațiilor valorice. În acest context, neglijarea unui anumit element în decizia morală generează pervertiri ale eticii sau o devalorizare a deciziilor respective. Cu referire la acest proces de devalorizare, filosoful A. Pascaru afirmă că „valorile general-umane și pilonii societății au fost omise și înlocuite cu un sistem de nonvalori, sistem care doar formal presupunea o propășire a valorilor, căci realitatea a propovăduit și încurajat moral și material tot ce contribuie la aprofundarea cât mai excesivă a procesului devalorizării” [138, p.119]. În aceeași ordine de idei, în elucidarea aspectelor etice este relevantă lucrarea intitulată „Boala bolilor fantomă: ce unește ipohondria, internetul și televizorul” [115], semnată de M. Mincan, L. Ungureanu. Autorii fac referire la ipohondrie, stare ce se află într-o strânsă legătură cu medicalizarea, ipohondrii fiind persoanele care își găsesc un diagnostic în oglindă sau consumă medicamente fără a li se confirma o afecțiune și a apela la medicul specialist. Se acceptă că explozia cazurilor de ipohondrie, la nivel mondial, a coincis cu apariția internetului și transformarea televizorului într-un soi de „religie”. Astfel, preocuparea exagerată față de starea de sănătate este considerată un viciu, care nu își găsește o justificare morală, această stare constituind un factor important generator al medicalizării.

În contextul abordării medicalizării din punct de vedere etic o contribuție semnificativă îi revine autoarei T.B. Мещерякова, care în articolul „Причины появления биоэтики” [213], remarcă impulsul creării unei bioetici globale unificate prin prisma ideii că bioetica are o singură sarcină - cea de a proteja drepturile și demnitatea omului. Pornind de la dezideratul că medicalizarea reprezintă un fenomen global, acesta constituie o provocare inclusiv pentru bioetică. Mai mult, bioetica globală a apărut din necesitatea de a depăși consecințele negative ale globalizării. Recunoașterea situării omului într-un mediu socio-cultural radical schimbat, unde progresele biotehnologiilor au oferit oportunități fără precedent, care permit reproiectarea naturii umane și generează frecvent rezultate imprevizibile însoțite de schimbări imprevizibile, este important de a poziționa pe prim-plan omul și a recunoaște necesitatea protecției lui. Bioetica reprezintă baza numeroaselor strategii și vine cu recomandări pentru practica medicală a noilor tehnologii.

Axându-se pe situația socio-economică și pe politicile actuale referitoare la evoluția omenirii, „diversele concepții bioetice... se afirmă drept viziuni progresiste, capabile să identifice



direcții și căi acceptabile de soluționare a crizei globale [175, p.63]. Prin urmare, considerând medicalizarea un fenomen cu impact la nivel mondial, bioetica are menirea de a asigura securitatea prin interpretarea comportamentului uman din perspectiva valorilor și a principiilor morale. Un studiu amplu în domeniul bioeticii, semnat de profesorul T.N. Țîrdea „Bioetică: repere teoretico-metodologice” [182], se referă la problemele legate de medicalizare și a altor fenomene corelate cu aceasta, precum agresivitatea, violența, senectutea, eutanasia etc. În R. Moldova, pentru prima dată în această lucrare se face referire la bioetica globală. Extinderea bioeticii la scară globală este considerată o necesitate stringentă în epoca tehnologiilor performante, necesară pentru combaterea pluralismului moral din lume, precum și pentru elaborarea unei strategii ce ar asigura durabilitatea sistemului de sănătate publică. Autorul descrie într-o formă amplă medicalizarea societății din perspectiva bioeticii sociale. În acest studiu teoretico-metodologic autorul semnaleză stringența unui control bioetico-moral din partea societății, realizat prin intermediul pârghiilor bioeticii sociale, care va analiza gradul de bioetizare a medicalizării și a nivelului de adaptare a bioeticii la socium. Această nouă abordare a bioeticii, elaborată de profesorul universitar T.N. Țîrdea, permite din punct de vedere metodologic o consolidare interdisciplinară, axată pe rolul și aportul fiecărui domeniu în depășirea crizelor existențiale.

Dincolo de aspectul social, medicalizarea este un fenomen contradictoriu în societatea contemporană, unde unii acceptă într-un mod tranșant și se bucură de faptul că odată ce recurg la medicalizare ocolesc anumite stări fizice, psiho-emoționale etc., iar alții, dimpotrivă, acceptă stările cu care se confruntă, fără a da curs vizitelor imediate la medic, farmacie etc. (Se pare că această categorie este o minoritate). În această ordine de idei nu putem neglija un alt aspect, care are menirea de a ilumina oamenii, indiferent de poziția pe care o susțin, și anume, aspectul bioeticii sociale. În articolul *Bioetica socială și bioetica creștină* B. Scouteris susține că „bioetica socială este mai mult o nouă perspectivă asupra ființei umane, decât o știință” [166, p.9], care joacă un rol important în realizarea strategiei de supraviețuire [179, p.68]. Anume această perspectivă are nevoie de a fi alimentată de argumente, ce au la bază o logică etico-morală, adaptată la starea de lucruri a omului modern. În acest context, profesorul universitar T.N. Țîrdea este de părere că bioetica socială este cea care trebuie să vină cu explicații în fața populației referitoare la modul de manifestare ca bine și ca rău a medicalizării [181, p.522-523]. „Valorile etice nu pot fi analizate la nivel general asemenea perspectivei tradiționaliste, trebuie să ne desprindem de întreg pentru a putea percepe partea, binele și răul nu mai sunt imuabile” binele fiind relativ, și asta deoarece standardele morale suferă anumite schimbări în funcție de epocă, societate, cultură etc. [180]. Deci, dacă mergem pe ideea că bioetica socială reprezintă o „perspectivă”, problemele de care este preocupată sunt de-a dreptul stringente: narcomania, alcoolismul, homosexualitatea, suicidul,

clonarea, avortul etc. În această ordine de idei, este de menționat și fenomenul medicalizării care este tot mai distinct în spectrul problemelor globale actuale. Se constată o explicație vagă a acestui fenomen din punct de vedere etic. În acest sens, bioetica socială ne ghidează în parcurgerea unui traseu care să întrunească beneficii maxime pentru om. Tocmai pornind de aici, de la maximizarea siguranței, mergem pe ideea de a profita în totalitate de progresele științifice în domeniul medical, iar bioetica socială ne ajută să clasăm medicalizarea dintr-un fenomen controversat în unul ce are doar efecte pozitive asupra omului. Din această perspectivă responsabilitatea, respectarea valorilor umane sunt aspecte primordiale, susținute și de către cercetătorul V. Capcelea, care afirmă că progresul științei nu reprezintă un scop în sine pentru umanitate, dar are menirea de a îmbunătăți condițiile materiale, asigura dezvoltarea multilaterală a existenței umane. În asemenea condiții știința nu anulează importanța valorilor vieții omenești, libertatea, fericirea, echitatea etc. Problema care se pune este dacă știința va fi în stare să contribuie la progresul societății și al omului sau viceversa - toate acestea depind de oameni, de responsabilitatea lor față de destinele omenirii [24, p.16]. De asemenea, în această situație socioculturală, referindu-se la etica responsabilității, filosoful L. Roșca afirmă că „o semnificație majoră o are nu morala, ca un mecanism regulator (ce apare spontan) al conștiinței sociale, care reglementează comportamentul omului, dar etica responsabilității, ca un rezultat al cunoașterii științifico-filosofice și al experienței existențialiste” [149, p.78].

O particularitate conceptuală a bioeticii din perspectivă globală este reflectată în publicațiile filosofului A. Eșanu „Principiul precauției în contextul bioeticii globale” [58], „Abordarea conceptului de dezvoltare umană durabilă prin prisma bioeticii globale” [56], „Cercetarea biomedicală din perspectiva bioeticii globale” [57] etc. Perspectiva globală a actului bioetic și a celui biomedical, precum și a proceselor sociale impune anumite premise etice ce contribuie la respectarea valorilor autentice locale în raport cu cele globale. „Anume bioetica ca teorie și practică globalizantă a reușit să îmbine într-un tot întreg armonios principiile și categoriile eticii cu cercetarea formelor biologice de viață, condițiile și specificul patologiilor, al tratamentului cu fenomenele de dirijare, influență și putere socio-politică” [173, p.450].

Într-o altă lucrare „Filosofia contemporană – filosofie a supraviețuirii” [187], profesorul universitar T.N. Țirdea relevă cadrul științific, social și medical și pune un accent major pe necesitatea promovării potențialului bioetic în toate sferele vieții umane. Aspectul teoretic al bioeticii, cuprinde, inclusiv, problemele persoanelor vulnerabile. Este relevant în acest sens de a specifica faptul că prin însăși fenomenul de medicalizare devenim vulnerabili, și aceasta se datorează simplului fapt că omul, expus la un anumit risc patologic, tratează „riscul” ca constituind

o afecțiune. De asemenea, filosoful L. Roșca este preocupat de bioetică și supraviețuirea omenirii [151], precum și de dimensiuni ale moralității în societatea globalizată [150].

Trasarea conceptelor general acceptate ale fenomenului de medicalizare și a caracterului pluridisciplinar pe care îl are, relevă necesitatea formulării unei prime concluzii referitor la acest fenomen. Ideea constă în conștientizarea unei crize antropologice care își găsește reflecție în lucrarea de față. La o atare stare de lucruri face referință și autorul David le Breton în lucrarea *Antropologia corpului și modernitatea* [46, p.7-13], menționând că un număr mare de probleme etice de astăzi au legătură cu statutul acordat corpului în definirea socială a persoanei (procreare asistată, prelevarea și transplantul de organe, determinarea structurii genomului, progresul tehnicilor de reanimare și al altor aparate de asistență, protezele etc.). Medicina, devenind astfel un domeniu al corpului și nu al omului, se consolidează cu medicalizarea care, ca parte a medicinei, se axează pe corp și nu pe ființa umană. Este iminent un răspuns cultural, care să ghideze alegerile și acțiunile, omul fiind abandonat în voia propriei inițiative, a singurătății sale, pentru el reprezintă o adevărată provocare evenimente esențiale ale condiției umane cum ar fi moartea, singurătatea, boala, îmbătrânirea etc. Începând cu anii '60 ai secolului al XX-lea, a luat avânt un nou imaginar al corpului „Omul occidental își descoperă un corp, iar noutatea își urmează drumul, atrăgând discursuri și practici ce poartă aura mass-mediei”. Aventurile specifice omului contemporan au făcut din corp un fel de alter ego. Loc privilegiat al bunăstării fiind (forma), al aspectului plăcut (formele, body-buildingul, cosmetica, dieta etc.), pasiunea pentru efort (maratonul, joggingul, surfingul etc.) sau pentru risc (escaladările, „aventurile” etc.). Grijă pentru corp, în cadrul „umanității noastre”, constituie un inductor neobosit de imaginar și de practici. Se remarcă o situație când medicina se află impregnată cu valorile timpului. Medicina de astăzi adoptă ritmul bolnavului și încearcă să-l îngrijească în ansamblu ca subiect și nu la nivelul simptomului. E o medicină care merge în ritm cu progresul, care substituie propriul ritm ritmurilor omului, transformându-se astfel într-o medicină de urgență, chiar dacă nu constituie doar asta. În acest context trebuie să specificăm și faptul că medicina modernă refuză moartea, lărgind mereu limitele vieții, și situează „moartea în dificultate”, dar aduce adesea mai mulți ani vieții și mai puțină viață anilor. De asemenea, face tot mai mult din moarte un lucru inacceptabil, care trebuie combătut.

Dilemele morale legate de starea de sănătate, ce au contribuit la fortificarea fenomenului de medicalizare, se datorează în mare parte faptului că Organizația Mondială a Sănătății a descris, la scurt timp după catastrofa celui de-al doilea Război Mondial, imaginea ideală a sănătății. Drept urmare, prin definirea sănătății într-un mod atât de larg, practic, nu mai există oameni sănătoși. Această concepție își are reflecția în lucrarea lui H. Marschitzky, T. Hartl „Frica de boală. Cum s-o înțelegem și s-o depășim”. Această abordare este redată și în lucrarea de față prin analiza

conceptului de boală și sănătate și a modului în care aceste concepte au suferit anumite modificări în timp. Sistemul internațional de diagnostic ICD-10 al OMS a adus unele argumente pentru clarificarea situației astfel: epuizarea profesională, stresul psihosocial nu sunt considerate boli, ci factori care ne influențează starea de sănătate și conduc la solicitarea unor servicii medicale. Un lucru este cert: o definiție cât mai largă a sănătății permite fiecărui om a se considera bolnav și, totodată, constituie premisa solidă pentru dezvoltarea industriei moderne a sănătății [110]. Aici se încadrează perfect medicalizarea, datorită unui concept larg al sănătății ce generează răspîndirea acestui fenomen.

În asemenea condiții, valorile morale reprezintă călăuză în procesul de medicalizare, respectarea acestora va avea drept rezultat doar un impact pozitiv asupra omului, dar și a societății în întregime. În demersul nostru investigațional o importanță majoră se acordă valorilor morale și una din lucrările, care ne-a condus spre conturarea abordărilor etice și morale este „Etică: Valori și virtuți morale”, autor T. Sîrbu, care face apel la gândirea etică realistă, ce necesită a fi așezată pe o concepție bine încheată, „asimilată printr-o răbdătoare instrucție și educație filosofico-morală”. Desigur, acest efort necesită și o susținere din partea politicilor guvernamentale, fapt ce poate genera depășirea gândirii paradoxale, ce contribuie la producerea de stări de perplexitate nejustificate. Politica nu poate fi omisă din această ecuație, deoarece reprezintă o pelungire a moralei cu mijloacele puterii, dobândită, de obicei, prin alegeri rupte de conștiința morală și de etică. În astfel de condiții, autorul menționează despre importanța simțului măsurii ce necesită a fi cultivat mai insistent în noi. Cele mai răspândite concepte, care vin să explice atitudinile și situațiile morale, reprezintă *voința, datoria, obligația, libertatea și reponsabilitatea*. Aceste concepte sunt reflectate în lucrare și sunt considerate rigori morale, prin prisma cărora trebuie să abordăm medicalizarea și nu numai. O importanță majoră le revin principiilor morale, cum ar fi principiul după care în viață trebuie să urmărim fericirea, principiu care a dat naștere orientărilor eudemoniste. Un alt principiu, cel al plăcerii, a generat orientările hedoniste, unele dintre ele au încurajat amoralismul, sau, mai bine spus, tendința de a nega existența unor valori morale și umane universale. Un alt principiu, cel al utilului, aduce cea mai mare fericire și a condus la doctrina sau atitudinea utilitaristă, dat fiind faptul că etica se construiește pe bază de cunoștințe, dar, în mod special, pe baza alegerii între variate dorințe care apar în legătură cu întrebarea pe care și-o adresează persona sau un grup uman? [170, p.42-43].

Revizuirea aspectelor etice reprezintă o necesitate în a doua jumătate a secolului al XX-lea, când etica dobândește noi și importante sarcini ca rezultat al noilor descoperiri și a progresului din domeniul biologic și medical. Drept rezultat, la frontiera dintre biologie și economia globală, medicina etc., apare necesitatea dezvoltării unor noi aspecte ale responsabilității omului față de

propriile condiții existențiale de viață. În asemenea împrejurări, în vizorul bioeticii, apare necesitatea cercetării noilor probleme suscitade de progresele de ordin biomedical: decizii morale în ceea ce privește domeniul sănătății oamenilor, preocuparea față de persoana bolnavă în întregul ei, adică corp-suflet, mediul social mai mult sau mai puțin sănătos etc. Rezolvă însă bioetica, de una singură aceste probleme? De fapt problema etică fundamentală în societatea contemporană este aceea a satisfacției/insatisfacției omului, prin urmare, explicațiile oferite marilor probleme etice interacționează cu interpretări noi, care sunt „fabricate din mers” [170, p.63-73].

Pornind de la ideea că expansiunea medicinei reprezintă un semnal de progres, este binevenită în acest sens scăderea mortalității infantile și creșterea speranței de viață. Acest lucru se datorează în mare parte, inclusiv, medicalizării și apare astfel necesitatea delimitării hotarului dintre normal și patologic. Această delimitare reprezintă, de fapt, o problemă stringentă în societatea modernă, datorată progresului și independenței științifice ce vizează anumite interese financiare și de transformare a oamenilor în bolnavi, ceea ce presupune convertirea sănătății în obiect de consum. Medicalizarea este considerată o modalitate de menținere a controlului social, de normare a comportamentului și a modului prin care acest comportament poate fi impus prin prisma aspectelor etice, ce reprezintă o preocupare importantă studiată și abordată în această lucrare.

Sociologii contemporani recunosc complexitatea fenomenului de medicalizare, care reprezintă un proces și nu doar un rezultat, mai degrabă un proces parțial decât complet, în care sunt vizați pacienți, medici precum și alți actori din domeniul sănătății. Cu toate acestea, consecințele medicalizării sunt considerate în mare parte ca fiind negative atât la nivel individual cât și social. Patologizarea comportamentului normal, privarea de putere a individului și supunerea unui control din partea specialiștilor din domeniul medical sau modelele de îngrijire prin decontextualizarea experienței, reprezintă o realitate proprie societății contemporane. După cum susține Parens, „în măsura în care medicina se concentrează pe schimbarea corpului uman” în scopul reducerii suferinței, influența ei captează atenția și resursele, departe de a produce schimbări la nivelul structurilor sociale. Concomitent, analizele referitor la „crearea” bolilor și a pacienților în vederea promovării tratamentelor farmaceutice funcționează mai degrabă decât a unei schimbări politice mai largi în scopul extinderii acestei analize și explorarea medicalizării sau a includerii ei în vizorul agendei globale de sănătate [30].

O explicație interpretativă ulterioară a analizelor filosofului grec Platon ne conduce la o concluzie importantă: medicalizarea nu poate aduce nimic bun pacientului și unul din motive este: „Când cineva, contrar timpului alocat, suprimă boala cu medicamente, atunci se dezvoltă boli mici..., prin urmare, atât cât timpul și oportunitățile permit, toate aceste boli ar trebui frânate printr-

un mod ordonat de viață”. Prin urmare, analiza filosofului Platon sugerează că medicalizarea vieții și a societății este inevitabilă, mai ales astăzi, când este abordată nu doar din perspectivă analitică, dar și ca valoare. Încheind această scurtă trecere în revistă a analizelor lui Platon, vom încerca să rezumăm, sub forma unei teze la ce perspective importante ne-au adus. În primul rând, analizele lui Platon, destul de clar, deși numai prin formulări implicite, mai degrabă decât explicite, stabilesc și determină esența fenomenului medicalizării: pe de o parte cuprinde aspecte sociale și, pe de altă parte, condiționare psihologică. Susținem că dincolo de această relație și context dual și bidirecțional, nici măcar nu este posibil să judecăm în mod corect întreaga caracterizare a medicalizării. În al doilea rând, medicalizarea nu aduce omului, și, bineînțeles, societății în ansamblu beneficii, ci, dimpotrivă, rău. Putem, deci, spune că Platon, mai presus de toate, a descoperit importanța perspectivei critice pentru orice considerație serioasă a fenomenului de medicalizare [109, p.9].

A doua categorie de studii interpretează medicalizarea din punctul de vedere al *psihiatriei*. Analiza din această perspectivă este autentică datorită faptului că multe din suferințele noastre emoționale sunt interpretate prin prisma unui limbaj psihiatric, iar medicalizarea este omniprezentă în acest caz. Oamenii în societatea contemporană încep să exprime și să înțeleagă viața, nevoile, relațiile lor în termeni promovați de cei ce produc servicii și instituții de îngrijire a sănătății. Mai mult, indivizii ajung să favorizeze limbajul promovat de psihiatrie, care are o conexiune strânsă cu industria farmaceutică, limbaj eminent tehnic. Psihiatria actuală prin definiție ar trebui să fie științifică, neutră și dezinteresată, dar realitatea demonstrează că psihiatria este dominată de ideea că tehnologia și știința sunt instrumente de cunoaștere a adevărului universal. Un exemplu în acest sens îl reprezintă medicalizarea timidității, rușinii, jenei. Succesul medicalizării se datorează menținerii puterii psihiatrice în câmpul social, de „validarea psihiatrului în calitate de expert și interpret al trăirilor umane”. Prin acest sistem psihiatric, investit cu putere și cunoaștere, indivizilor li se oferă nu doar o etichetă diagnostică, dar și un mod de a se înțelege pe sine. Oamenii au renunțat la ceea ce credeau ei în mod natural, autentic, găsind rațiunea pentru acei indivizi timizi, tăcuți, rușinoși, jenați în diverse contexte sociale, și acceptă să fie catalogați ca suferind de anxietate socială, căutând tratamente medicamentoase sau psihoterapeutice „pentru a deveni ceea ce ei nu erau și nu vor fi niciodată, niște oameni făcuți după tiparul altcuiva”. Astfel sunt descriși aceștia în lucrarea lui R. Vraști „Ajută-te singur în caz de anxietate (timiditate, jena, rușinea)” [199, p.37-38]. Autorul critică medicalizarea anxietății sociale, un concept care reunește timiditatea, rușinea și jena, emoții cât se poate de normale care stau la baza interacțiunii omului în societate.

Medicalizarea psihologicului este redată într-o formă amplă în lucrarea „Download of Psychiatry”, în care autorul P. Saxby susține că tulburările mentale formează un câmp imens de cunoștințe misterioase și problematice și constituie o provocare majoră pentru știința contemporană, pentru guvernare și umanitate. Autorul vorbește detaliat despre medicalizarea acestui domeniu, iar dacă inițial profesia medicală a fost considerată exclusiv responsabilă pentru fenomenul de medicalizare, termenul de „imperialism medical” fiind unul inventat, un exemplu reprezintă devianța considerată o tulburare ce necesită tratament medical. În acest sens, sociologul I. Robertson (1987) scria că: devianța a devenit medicalizată doar datorită faptului că medicii, în mod special psihiatrii - au revendicat cu succes autoritatea asupra lor. În timp ce acest lucru face parte din explicație, răspunsul complet include factori comunitari mai complecși. Actualele motoare ce generează medicalizarea sunt biotehnologiile, în mod special industria farmaceutică, consumatorii și îngrijirea administrată. Mai nou, tulburările generate de medicalizare pot apărea ca tulburări tradiționale (ex.: persoana care plânge poate fi considerată ca suferind de o tulburare depresivă). Totuși, există diferențe psihologice, sociologice și biologice, precum și tratamente care sunt eficiente în tratarea unor tulburări standard, ce se dovedesc a fi ineficiente în gestionarea tulburărilor „diagnosticate” incorect. Medicalizarea, în acest sens, dăunează persoanei prin negarea capacității acesteia de a se trata fără a apela la medicalizare. Fenomenul devine astfel un răspuns la schimbările psihosociale din societate și la pierderea căilor tradiționale de înțelegere a stărilor vieții și a surselor de suport. Medicul psihiatru D. Summerfield (2004) observă astfel o „pierdere a religiei” ca mijloc de explicare a dificultăților vieții, o preocupare culturală a traumei emoționale, o promovare a drepturilor persoanei și un limbaj de drept. De asemenea, se atrage atenția asupra concentrării politicilor sociale pe „gestionarea riscurilor”, despre care se consideră că erodează încrederea și rezistența. Psihiatria are, probabil, ceva ce poate face pentru acele afecțiuni medicalizate care au apărut odată cu modernizarea societății. Psihiatria se dovedește în prezent incapabilă să ofere servicii eficiente multora care sunt aduși la ușa psihiatrilor. Astel de probleme au fost gestionate anterior diferit. Sunt necesare în acest sens noi abordări, deoarece situația actuală provoacă confuzii, inclusiv în rândul profesioniștilor din domeniu sănătății mintale [164, p.11].

Este evident că tratamentele medicale pentru anumite comportamente și suferința umană sunt văzute ca parte a progresului, tehnologiei și inovației. În articolul „An introduction to medicalization” L. Jaramillo aduce în vizor abordarea domeniului medicinei, în special cel al psihiatriei, care a devenit unul medicalizat datorită faptului că în ultimii aproximativ 30 de ani acest domeniu și-a perfectat vocabularul. Procesul de medicalizare foarte răspândit în acest domeniu se datorează unei game largi de simptome și mijloace de diagnostic, multe stări din viața

de zi cu zi considerându-se că au o legătură cu tulburările mentale [86]. De asemenea, autorul susține în această lucrare că societățile postmoderne sunt supuse unui proces continuu și nedefinit de medicalizare. În acest sens, autorul la fel susține că medicalizarea este un proces ce s-a extins rapid spre experiențele și comportamentele umane, acestea fiind considerate probleme medicale, iar medicația fiind un bun de consum asociat discursurilor pentru promovarea sănătății, calității vieții, bunăstării și fericirii.

În lucrarea „Medicalization of a woman's body - a case of breasts” autoarea Wiczorkowska M., într-un context mai larg, susține că medicalizarea este privită ca parte a unui proces istoric, întrucât puterea și autoritatea instituțiilor tradiționale precum religia și familia au cedat în fața unui nou tip de putere care a devenit dominantă. Se poate observa cu ușurință comercializarea serviciilor medicale, iar pentru a câștiga interesul potențialilor pacienți, afecțiunile considerate cândva non-medicale sunt considerate tulburări, disfuncții și boli care necesită intervenția medicală. În această lucrare se pune accent pe medicalizarea corpului feminin, dat fiind faptul că secole la rând a fost considerat a fi slab, inferior și mai captiv la aspectele biologice. Astfel, corpul feminin devine un candidat principal pentru medicalizare [207, p.145]. Imperfecțiunile de tot felul sunt văzute ca simptome ale unor boli ce trebuie diminuate. Medicalizarea deci poate fi considerată ca parte a bioputerii, deoarece exercită un control asupra întregului ciclu de viață. Prin urmare, valorificarea individualismului, medicalizarea excesivă a vieții de zi cu zi, încercarea de a crește la maximum capacitatea productivă și de a reduce la minimum costurile rezultate din îmbătrânirea populației (prin medicamente, tratamente, servicii și autoîngrijire) sunt forme ale bioputerii într-o versiune „do it your-self”. Potrivit filosofului francez Michel Foucault (1926- 1984), societatea noastră este guvernată de norme și mecanisme, în mare parte medicale, care disting normalul de anormal. Medicina actuală este peste tot și are întotdeauna un cuvânt de spus. În aceste condiții, definirea standardelor de sănătate și a comportamentelor sănătoase și solicitarea indivizilor să acționeze în conformitate cu astfel de standarde devine, dincolo de simpla funcție terapeutică, una dintre principalele îndatoriri ale puterii medicale. Societatea începe să se reglementeze, să se organizeze și să se condiționeze după standardele fizice și mentale care sunt determinate de procesele medicale. De asemenea, filosoful francez M. Foucault dintr-o perspectivă istorică, consideră că bioputerea este al treilea tip de putere după puterea suverană și puterea disciplinară – a guvernării populației. În timp ce putere disciplinară este bazată pe disciplină și antrenament, bioputerea se concentrează pe control și reglare. Tehnologia politică a vieții constă din două tipuri – tehnologie disciplinară și de siguranță. Prima se concentrează pe ființa umană, pe organism, care este antrenat pentru a-l face productiv și eficient din punct de vedere economic. Disciplina se execută prin instituții, dar responsabilitatea de a fi



într-o bună condiție se află în om. Tehnologia de siguranță se referă la populație și principalul ei scop este de a controla și de a preveni consecințele negative care provin din conviețuirea populației ca entitate biologică. În acest scop bioputerea trebuie să regleze procesele și condițiile populațiilor [60, p.114].

Medicalizarea provoacă o schimbare în felul în care însăși ființa umană se percepe pe sine. „Omul învață încetul cu încetul ce înseamnă o specie vie într-o lume vie, ce înseamnă trup, condiții de existență, speranțe de viață, o sănătate individuală și colectivă, forțe ce se pot modifica și un spațiu unde ele pot fi repartizate optim” [62, p.106]. Avem de-a face, după cum subliniază filosoful G. Agamben, cu o etatizare a biologicului și cu o transformare a îngrijirii vieții într-un obiectiv primar al statului. Însă „nici viața, nici moartea, ci producerea unei supraviețuiri modulabile și virtual infinite constituie prestația decisivă a bioputerii timpului nostru” [2, p.107].

Conceptul de medicalizare și modul cum a evoluat acesta de-a lungul istoriei, analizat din diverse perspective, își găsește reflecția într-unul din articolele lui J. Busfield [22, p.759-763]. Conceptul poate fi privit ca instrument care oferă o claritate de înțelegere a lumii, iar ideile despre medicalizare și control medical, consideră autorul, au fost adoptate rapid și pe scară largă. Autorul explorează medicalizarea prin prisma a trei abordări diverse, uneori suprapuse: feministă, foucauldiană și psihiatrică.

Ideea creșterii controlului medical, adesea văzută ca inacceptabilă și nu restricționată pentru a preveni devierea, a fost explorată în anii 1970 de *feministe* din medii academice diverse, unele vorbind în mod explicit despre medicalizare. Preocuparea-cheie a fost puterea exercitată de medici (încă atunci, de obicei, bărbații) asupra femeilor în legătură cu situații precum controlul nașterii, sarcina, avortul etc. Cu toate acestea, autorii au recunoscut unele beneficii semnificative: „Sistemul medical este strategic pentru îmbunătățirea calității vieții femeilor. Este gardianul tehnologiei de reproducere – controlul nașterii, avortul și mijloacele pentru nașterea în siguranță”. În lucrarea *For Her Own Good*, autorii B. Ehrenreich și D. English au dezvoltat în continuare aceste idei, deși aici beneficiile au fost mai puțin evidente și accentul s-a pus pe „ascensiunea și dominarea experților (psihologi, psihanaliști, sociologi și medici). Experții, în special medicii, au contribuit la subordonarea femeilor care luptau pentru îmbunătățirea calității vieții lor. Teme similare au fost explorate de alte feministe. M. Barrett și H. Roberts (1978) au examinat experiența femeilor în practica generală și întărirea acesteia a rolurilor de gen folosind conceptul de medicalizare. La fel, a făcut și A. Oakley (1984) în experiența ei de îngrijire medicală a femeilor însărcinate. Nașterea a fost unul dintre câteva domenii luate în considerare de Riessman (1983) și Barker (1998) atunci când examinau raportul dintre femeie și medicalizare. S.E. Bell (1986), de exemplu, a analizat medicalizarea menopauzei, P. Caplanet (1992) a fost preocupat de „sindromul

premenstrual” și dacă ar trebui ca acesta să fie sau nu o tulburare psihiatrică, A.V. Bell (2009) a explorat experiențele femeilor din clasa muncitoare de infertilitate medicalizată.

O serie de scriitori au fost influențați de ideile *foucauldiene* despre medicalizare, despre supraveghere medicală și bioputere. D. Armstrong (1983) în studiul „The Political Anatomy of the Body” face referire la lucrarea „The Birth of the Clinic” (1973) a filosofului M. Foucault pentru a explora „abordarea medicală” în medicina britanică a secolului XX. Sociologul Nicolas Rose (n. 1947) a fost preocupat de „medicalizarea spațiului social” și despre campaniile din secolul al XIX-lea „de medicalizare a familiei”, referindu-se din nou la felul în care medicina pătrunde în viața și perceperea oamenilor. Prin urmare, măsura în care boala devine susceptibilă de o explicație în ceea ce privește biologia corpului, experții medicali ajung să-și preia rolul de maeștri ai stilului de viață. În căutarea ulterioară a unei normalități concepute în termeni de sănătate, am ajuns a ne experimenta pe noi înșine și viețile noastre în termeni fundamentali medicali. Ulterior, într-o lucrare care critică conceptul, el a afirmat că „practicile medicinei au modificat ființa umană contemporană” și „Medicina este inextricabilă” - bine conectată cu modurile în care experimentăm și oferim sens lumii noastre”, sugerând o pătrundere a medicinei în viața de zi cu zi.

Abordarea medicalizării din punctul de vedere al psihiatriei realizată de către T. Szasz (1961), reflectată în lucrarea „The Myth of Mental Illness” și în numeroase alte cărți, precum și conceptualizarea majorității bolilor mintale ca „probleme în viață”, a avut un impact major asupra gândirii sociologice despre medicalizarea devianței mentale și comportamentale. Cercetările ulterioare în domeniu s-au concentrat în principal pe analiza dezvoltării și transformării tulburărilor psihice specifice. A fost analizat modul în care psihiatria a transformat diferențele de comportament și sentimentele considerate anterior normale în patologie mentală. Sociologul american P. Conrad (2007), referindu-se la patologizare, a explorat medicalizarea timidității, un aspect al personalității redefinit acum ca fobie socială (tulburare de anxietate socială), în timp ce C. Lane (2007) a examinat aceeași transformare acordând o atenție considerabilă activității companiilor farmaceutice. Extinderea limitelor tulburărilor mintale, parțial prin lărgirea categoriilor anterioare, a fost explorată în două studii de A.V. Horwitz și J.C. Wakefield (2007, 2012) [77; 78]. Ambii susțin fenomenul de medicalizare, deși doar ocazional folosesc termenul. În primul studiu este redat modul în care tristețea normală a fost reconfigurată în depresie; cel de-al doilea studiu, se referă la modul în care anxietatea și fricile au fost transformate în mod similar, astfel încât reacțiile normale, adecvate, au ajuns să fie definite ca tulburări mintale, iar individul patologizat [22, p.765].

La această categorie de abordare a medicalizării din punct de vedere psihiatric, susținem poziția conform căreia „suferința”, de care este preocupată medicina în mod special în societatea

contemporană, este o stare eterogenă care se datorează modului de adaptare, contextului, personalității, factorilor de stres etc., ceea ce nu considerăm relevant pentru a fi etichetat ca boală psihiatrică care necesită tratament. Aceasta reprezintă una din situațiile în care oportune s-ar dovedi a fi acțiunile de securitate la nivel de politici, care ar contribui la diminuarea dificultăților de ordin social, economic, la reducerea sărăciei, la strategii de asigurare a sănătății publice, lipsa cărora, induc această stare de „suferință”, care ulterior și-a găsit soluția în medicină. Acestea reprezintă câteva din multitudinea de acțiuni care ar putea fi întreprinse, ce fac parte din procesul de demedicalizare, care va fi reflectat mai amănunțit în capitolele următoare ale acestei lucrări.

Medicalizarea se evidențiază ca fiind un fenomen controversat, care necesită a fi analizat și înțeles din mai multe perspective. Datorită faptului că unul din scopurile centrale ale medicalizării este profitul, cea de-a treia categorie cuprinde analiza medicalizării din *perspectiva economică*. În calitate de reper pentru înțelegerea medicalizării din punct de vedere economic luăm articolul lui G. Poitras intitulat „*Medical ethics and economic medicalization*”, în care autorul face referire la medicalizarea economică, unde profitul corporativ joacă un rol important. Potrivit lui L. Meredith (2009) și G. Potras (2009), medicalizarea economică demonstrează faptul că există o divergență etică accentuată între obiectivele industriei farmaceutice, etica afacerilor, normele științei, asociate cu etica medicală. Gama de riscuri substanțiale globale, asociate cu progresul anumitor elemente ale tehnologiei medicale moderne, transformă medicalizarea economică într-un exercițiu util. Medicalizarea economică se face evidentă în campaniile de marketing televizate, realizate de către companiile farmaceutice. Companiile sunt concepute pentru a pune în aplicare o percepție publică asupra bolii și sănătății, în concordanță cu portofoliul de produse medicamentoase eliberate pe bază de prescripție medicală. Acolo unde corpurile au fost cândva înțelese ca fiind sănătoase din punct de vedere normativ și doar uneori afectate de boală, marketingul eficient îi face pe indivizi să-și vadă corpul ca fiind inerent. Medicalizarea economică implică o rețea complexă ce presupune interacțiunea dintre medici, responsabili de prescrierea medicamentelor și furnizarea de servicii medicale, și companiile de dispozitive farmaceutice și medicale care furnizează produse esențiale pentru practica medicinei contemporane. Reprezentanții responsabili de vânzări încearcă să influențeze medicii prin marketing de relații, unde interacțiunea personală cu medicii este utilizată pentru a influența deciziile. Un exemplu în acest sens reprezintă situația când reprezentanții companiilor achită taxe pentru a-i însoți pe chirurghi în sălile de operații și clinici. În timp ce obiectivul declarat este de a afla eficiența medicamentelor sau dispozitivelor medicale, apare preocuparea eticii medicale în ceea ce privește protecția confidențialității pacientului și potențialul fondurilor private care revin medicilor ce influențează alegerile în selectarea produselor medicale [65, p.60].

Analiza medicalizării din punct de vedere economic este elucidată și de către profesorul universitar T.N. Țirdea în articolul „Medicalizarea societății din perspectiva bioeticii sociale: tendințe și probleme” [181], unde autorul denotă aspectul economic ca scop al medicalizării. Autorul relevă impactul industriei farmaceutice, al cărui scop este de natură economică, dat fiind faptul că administrarea de medicamente este interpretată ca tratament, și mai mult, profitul producătorilor de medicamente sporește datorită numărului impunător de boli fizice. Astfel se formează un stil de comportament al lucrătorilor medicali în raport cu pacientul, drept rezultat, dacă scopul este „stoarcerea de bani”, apoi medicii nu vor ezita să explice pacientului orice simptom ca fiind o boală în sine ce necesită tratament. „În astfel de situații, se deschide un spațiu larg de manifestare a imperativelor și regulilor sociobioeticii interpretate de noi ca un tip neordinar de bioetică medicală ce examinează gradul de bioetizare a sociumului medicalizat și nivelul de adaptare a bioeticii la segmentele realității sociale, unde medicalizarea își ia o amploare și o influență nejustificată” [181, p.522].

Un scenariu ce reflectă indirect aspectul economic al medicalizării este redat în lucrarea „Etica afacerii” [42], în care autorii D. Crăciun, V. Morar, V. Mcoviciuc, întrevăd postulatele lor teoretice nu doar în mediul afacerilor, dar și în alte domenii, inclusiv cel al sănătății, elucidând aspecte legate de morala elementară și responsabilitatea socială. Conform aspectelor abordate de către autori, simpatia pentru scopurile și practicile specialiștilor din domeniul sănătății adesea se regăsesc în contrast cu etica medicală. De asemenea, se remarcă o ruptură dintre etica filosofică a afacerilor și practicienii afacerilor ce se explică prin caracterul problematic din punct de vedere moral, pe care-l aduce cu sine tot ceea ce semnifică „scopul afacerilor”. „Astfel, o întreprindere este o asociație de persoane constituită pentru a încheia tranzacții comerciale rentabile, iar obiectul rentabilității, contrar celui de a vindeca bolnavi sau de a veghea la respectarea legilor privind sanctificarea vieții omenești sau, mai mult, de a conserva întregul patrimoniu biotic, nu este considerat la fel de tare, respectiv, tot atât de vrednic de stimă din punct de vedere moral, precum cel asociat eticii medicale”. În aceeași ordine de idei, se constată exigența rentabilității care poate intra în conflict cu normele și imperativele pe care morala comună le impune indivizilor. Astfel ne confruntăm cu o stare de incertitudine în ceea ce privește natura morală în afaceri, incertitudine care nu se regăsește în etica medicală sau în cea a medicului. Cu referire la etica medicală, întrebările puse sunt de tipul: cum pot fi prezervate valorile morale primare, precum ar fi viața, sănătatea, bunăstarea fizică și psihică în chipul cel mai util cu putință? Dacă e să comparăm cu etica afacerilor întrebările puse, ar suna în felul următor: este acest tip special de etică un studiu al mijloacelor permise de a încheia tranzacții rentabile? Recunoaște aceasta și alte scopuri decât cele ale unei operații comerciale rentabile, adică scopuri care să se alăture sau să se opună acestuia?

Răspunsurile oferite în cel de-al doilea caz par a fi poziționate departe de apărarea drepturilor a valorilor sau a obligațiilor fundamentale ale oamenilor. În fond însă, prin ce mijloace se obține rentabilitatea și ce consecințe are, implică un răspuns și la problemele legate de respectul sau lipsa de respect pentru viață, sănătate, satisfacerea nevoilor bazale etc.

Medicalizarea, privită ca afacere și ca rentabilitate economică, generează o pierdere a valorii morale cu impact asupra corpului uman. Deși corpul reprezintă o materie rară, progresul din domeniul medicinei și biologiei au generat practici noi pentru care se anunță un viitor prosper, care oferă valoare de obiect corpului cu un preț inestimabil în privința cererii. De exemplu, necesitatea de organe și de substanțe umane are cel puțin următoarele utilizări: cercetarea medicală și biologică, ce folosește numeroase materiale umane; fabricarea de produse farmaceutice etc. Astfel, Vance Packard consideră că „producerea, vânzarea, instalarea și service-ul părților umane detașate au șansa de a deveni industria ce va cunoaște dezvoltarea cea mai rapidă din lume. În termeni de cifre de afaceri, ea va face concurență industriei de piese de schimb pentru automobile... Vor exista magazine de părți detașate în spitale, la fel ca în garaje” [46, p.217]. Mai mult, corpul individului este tratat instrumental, ca obiect al deciziilor biopolitice și al intervențiilor medicale. Eficacitatea economică presupune de asemenea prevenirea afecțiunilor. Una dintre cele mai rezonabile modalități de a reduce rata de prevalență a celor mai dăunătoare afecțiuni îl reprezintă screeningul programelor preventive. Astfel, datorită faptului că nu este suficientă concentrarea asupra individului și a stării sale de sănătate, anumite acțiuni trebuie privite și orientate către populația în ansamblu. A acționa prin prisma programelor de prevenire reprezintă o soluție în acest sens. Un anumit număr dintre ele s-au dovedit a fi benefice, în special la persoanele cu risc crescut de apariție și dezvoltare a anumitor boli, în timp ce altele nu au acumulat dovezi solide. În aceste cazuri, oamenii sănătoși sunt supuși să depindă de îngrijirea medicală, fără a se demonstra că aceste studii vor avea o influență asupra speranței lor de viață. Acest sistem și utilizarea excesivă a metodelor auxiliare de diagnosticare, atât de utilizate în practica medicală actuală, contribuie la creșterea semnificativă a costurilor, ducând, fără îndoială, la o medicină nesustenabilă și, de asemenea, la profitul în creștere al părților interesate. După cum spunea filosoful argentinian M. Bunge, „medicina nu poate fi pentru profit, pentru că profitul nu are limite”. Medicalizarea morții este, de asemenea, marcată. În cultura noastră nu este acceptată și este în general o problemă tabu. Mulți recurg la medicină pentru a primi indicații de studii de diagnostic și medicamente „miracol”, fără să înțeleagă că moartea este inevitabilă și nu este doar o problemă medicală. Cu toate acestea, medicina participă din ce în ce mai mult, iar astăzi majoritatea oamenilor nu pot muri acasă împreună cu cei dragi, ci mor în centre medicale, deseori în secțiile de terapie intensivă fără rudele lor dragi. Acestea sunt doar câteva situații ce denotă clar că medicii sunt principalii actori ai

medicalizării. Fără participarea noastră, acest fenomen ar fi diminuat semnificativ [26, p.460]. Este important să reflectăm din perspectiva dată asupra impactului pe care îl are acest fenomen asupra oamenilor și profesiei medicale. Mai mult, medicii dedicați profesiei trebuie să recupereze și să mențină principiile etice care ar trebui să fie întotdeauna călăuza în acțiune. Desigur, aceasta nu este o sarcină ușoară, dar orice facem, chiar și la scară mică, va avea ca rezultat prevenirea sau diminuarea daunelor, reprezentând un imperativ esențial etic și moral al profesiei medicale.

Medicalizarea economică implică interacțiunea între mai mulți actori al căror impact este unul stringent în practicarea medicinei contemporane, prin urmare, fiind preocupați de prevenirea unei afecțiuni, oferim amploare acestui fenomen. Astfel prevenirea este stabilită la nivel macro. Atât timp cât nu au existat instrumentele de diagnosticare atât la bărbați, dar în mod special la femei, din considerentul că sunt mai mult expuse acestui fenomen, nu au fost supuse controalelor de screening, viața lor nefiind medicalizată foarte mult. Odată cu dezvoltarea și progresul tehnologiei medicale și a răspândirii programelor de screening, femeile au fost supuse unei frici instantanee față de starea lor de sănătate și viață, simțindu-se amenințate de prezența unei afecțiuni. În acest context, medicalizarea reprezintă un fenomen vădit controlat, fiind legat de educația medicală, de cunoștințe/putere ce permite medicilor să stabilească un anumit diagnostic, în acest caz instrumentizarea având o eficiență socială, medicală, economică și de profit.

Când medicina a devenit o marfă economică și de profit, industria de îngrijire medicală a instituit dominația asupra cercetărilor și furnizării de îngrijiri medicale. Anume această influență imensă a condiționat menținerea hegemoniei. Banii și puterea politică stau la baza continuării structurii hegemonice, care prin cooptarea realității economice și politice dictează cum este definită medicina. Interacțiunea medic-pacient este inegală, medicii dictează regulile acestei relații prin exclusivitatea informațiilor, a statutului și a banilor. Se preconizează ca pacienții să se conformeze fără a mai pune sub semnul întrebării autoritatea medicală [204, p.37].

Cert este că implicarea medicalizării economice se extinde dincolo de limitele eticii medicale, în zona bioeticii și a eticii afacerilor. Această diferență a motivațiilor etice face distincția între medicalizarea economică și cea socială. În mod deosebit, în momentul în care anumiți actori sunt motivați de scopuri de profit, medicalizarea economică, cu siguranță, va fi evidentă. Conduita etică în cercetarea și dezvoltarea medicală care urmărește profitul poate adesea intra în conflict cu normele eticii medicale. Deși ambele concepte de medicalizare conțin elemente ce se încadrează în limitele bioeticii, costurile asociate biotehnologiei presupun faptul că medicalizarea economică reprezintă o preocupare centrală [66, p.315]. Medicalizarea ne ajută să luptăm contra timpului prin metodele de estetizare a corpului și refacerea semnelor fizice care, de fapt, sunt semnale fiziologice normale prin care trece orice om, pe măsură ce înaintează în vârstă. Astăzi neglijăm acest proces

prin apelarea la diete pentru a lupta cu kilogramele, intervenții plastice, utilizarea produselor bio etc., fenomen ce se bucură de un succes tot mai mare. Astfel, ne aflăm în situația când procesele fiziologice firești, ne crează un discomfort ce ne determină să intervenim pentru a lupta chiar și contra timpului, în speranța redobândirii stării de confort prin medicalizare [161, p.81].

Indiferent din care perspectivă este abordată medicalizarea socială, economică, antropologică, psihologică etc. [127; 182; 14; 125; 173; 200], fenomenul înregistrează atât efecte pozitive, cât și negative asupra populației. Pe de o parte, remarcăm faptul că medicalizarea are un impact benefic pentru anumite scopuri, în mod special, comercializarea de servicii, utilaj medical, produse farmaceutice, a frumuseții prin intermediul medicinei estetice etc. Pe de altă parte devine un complice și un aliat al normelor și standardelor sociale general acceptate în cadrul unei societăți cu scopul de a corespunde noilor cerințe sociale: estetizarea corporală, tratarea unei potențiale maladii la nivel preventiv ca fiind o maladie în sine, medicalizarea stărilor firești ce apar pe parcursul vieții, cum ar fi frica, bătrânețea, tristețea etc. În urma analizei diverselor abordări întâlnite în literatura de specialitate, susținem poziția conform căreia medicalizarea reprezintă o putere ce are capacitatea de a influența percepția omului asupra bolii și sănătății prin menținerea unui control asupra vieții omului, oferind un răspuns pentru fiecare stare trăită de om din punct de vedere medical. În acest context, se evidențiază apariția diverselor dileme teoretico-practice în condițiile transformărilor ce au loc în cadrul societății ce atribuie medicalizării un statut universal prezent în toate domeniile. Acest fapt impune o preocupare aparte față de valorile universale pentru viață, libertate, dreptate și pentru a înclina balanța spre producerea schimbării paradigmei comerciale în favoarea celei umane.

## **1.2. Configurarea reperelor metodologice în analiza fenomenului de medicalizare**

Implicarea performanțelor științifice și tehnologice în domeniul medical au plasat omul în fața unor noi provocări valabile atât la nivel individual, cât și social. Schimbările din sfera sănătății au generat modificări semnificative datorate în mare parte tehnologiei, ceea ce a determinat modelarea experiențelor de boală prin reorientarea spre noi norme și valori. Tehnologia mizează pe responsabilitate și monitorizare riguroasă a stării de sănătate, prin urmare, se tinde spre anticiparea afecțiunii prin tehnologii de diagnosticare sau tratamente. Astfel, din momentul în care tehnologia vine să ne modeleze experiența bolii prin normele și valorile sociale promovate de tehnologie, apare necesitatea configurării reperelor metodologice care servesc la luarea deciziilor inteligente, referitoare la problemele cu care ne confruntăm în viața de zi cu zi, iar medicalizarea nu este o excepție. Prin urmare, pentru elucidarea impactului medicalizării asupra vieții umane și înțelegerii modului de manifestare a acestui fenomen, datorat în mare parte modificării percepției

despre sănătate și boală sub egida tehnologiei, apare necesitatea unei abordări metodologice corespunzătoare.

Primul grup de metode utilizate la elaborarea prezentei lucrări reprezintă metodele *sistematico-discursive*. Utilizarea acestor metode generează fundamentarea valorilor morale, sistematizarea și explicarea teoretico-practică a modului de manifestare a medicalizării, precum și estimarea acțiunilor întreprinse de către actorii implicați, care contribuie la fortificarea acestui fenomen.

*Metoda fenomenologică* reprezintă una fundamentală în realizarea studiului și are ca punct de pornire analiza moralității acțiunii în raport cu fenomenul de medicalizare. Referitor la *abordarea fenomenologică*, aceasta își propune să implice semnificația experiențelor de viață trăite de indivizi. Experiența oamenilor constituie deci punctul de plecare al abordării fenomenologice asupra socialului. Astfel că abordarea fenomenologică are scopul de a extrage semnificația unui fenomen ca formă de obiect al existenței umane. Prin urmare, această metodă ne ajută la focusarea atenției atât asupra modului în care oamenii experimentează medicalizarea, cât și asupra a ceea ce consideră ei că au experimentat. Știința modernă a acceptat deja că semantismul fenomenologic poate fi înțeles prin intermediul a trei căi: a) structural-fenomenologică (înțeles); b) structurală (semnificație); c) fenomenologică (înțelegerea și simțul fenomenologic) [51].

Abordarea fenomenologică este inevitabilă în cercetarea medicalizării pentru elucidarea momentelor-cheie ce vizează experiența indivizilor și a modului în care actorii implicați: mass-media, industria farmaceutică, medicii etc. demonstrează prin acțiunile lor că, de fapt, acest fenomen există și este experimentat de către indivizi, însă este cumva „ascuns” ceea ce îi asigură de fapt și succesul. M. Heidengger, marele filosof al secolului al XX-lea, în lucrarea sa „*Ființă și timp*”, dezvoltă acest concept „ascuns”, referindu-se la fenomenologie. El susține că în „spatele” fenomenelor nu se află nimic esențial, însă ceea ce are să devină fenomen poate foarte bine să fie ascuns tocmai pentru că fenomenele, cel mai adesea, *nu* sunt date, și de aceea este nevoie de fenomenologie. Prin urmare, starea de acoperire este conceptul complementar al „fenomenului”. Această acoperire ca „disimulare” este cea mai răspândită și, în același timp, cea mai periculoasă, deoarece posibilitățile de a ne înșela și de a fi induși în eroare sunt deosebit de persistente [71, p.46-47]. De exemplu, medicalizarea contemporană a morții este un fenomen complex și chiar plin de posibilități, de regulă ascunse, drept urmare, nu i se poate atribui un caracter, și mai puțin, o tendință de inautenticitate. Departă de a însemna în „esență” „desubstanțializarea” morții – adică pierderea identității premoderne, și presupus naturale, prin schimbarea de la „faptul” morții la „felul” morții, adică de la „substanță” la „accident” [96, p140]. În asemenea condiții este evidentă apariția unor probleme etice profunde, datorate în principal medicalizării contemporane, mai ales



dacă facem o retrospectivă a acestui fenomen. Se poate afirma că moartea era considerată un fenomen natural pentru oameni, fapt decodat din multitudinea de ritualuri care o însoțeau. Această tendință s-a transformat într-o apariție mai personală sau individuală odată cu ascensiunea modernismului care a determinat schimbarea atitudinii față de acest fenomen. Astfel moartea este percepută ca o pierdere sau un fenomen negativ și aceasta se datorează fortificării medicalizării. De aici derivă problema etică majoră că, deși moartea poate fi marcată, în primul rând, ca o experiență de pierdere, ne permite, de asemenea, să găsim valoarea în viață. În al doilea rând, este necesar să acceptăm că viețile noastre implică finitudine și este important să înțelegem semnificația deciziilor de la sfârșitul vieții [8, p.29-35].

Pe lângă moarte, doliul la fel cade sub incidența medicalizării. Angajarea activă a profesionistului de a contacta cu persoana care trăiește doliul într-o manieră empatică și reflexivă va conduce la capturarea modului în care subiectul își construiește realitatea și înțelesul pierderii. În concepția filosofului francez Foucauld, medicina însă continuă să exercite influență și să instituie o relație cu „puterea”, construind justificări adiționale tocmai pentru a aduce reacția de pierdere cât mai aproape de depresie și a o menține „medicalizată”. În proiectul pentru DSM-5 (ediția a 5-a), profesorul J. Wakefield afirmă că: „Oamenii care au simptome depresive ca parte a doliului lor vor fi acum diagnosticați ca având tulburare mentală”. La fel, doliul apare în proiectul DSM-5 ca făcând parte și din tulburarea de adaptare, astfel că J. Wakefield în continuare susținea că: „este pentru prima oară când sentimentele de doliu – nu simptomele depresive – au fost înregistrate ca patologie. Practic, fiecare individ care este în doliu poate face parte din această categorie. Se transformă relația noastră cu doliul”. Iată ce l-a determinat pe P. Fisher să spună în cartea sa „The Vehement Passion” (2002) că patologizarea doliului este ultimul act din tradiția lamentabilă a civilizației estice: „ideile de două mii de ani de viață veșnică și de stoicism ne-au împins împotriva legitimizării doliului, a imaginării pierderii personale și a mortalității pe care doliul ne-o pune în față, nu ca o idee, ci ca o experiență emoțională și fizică profund umană” [201].

Fenomenologia contribuie la facilitarea deconspirării sensului și temeiului medicalizării, impunând a oferi un răspuns ferm la următoarele întrebări: ce anume este ceea ce fenomenologia trebuie „să facă să se vadă”? Ce anume este ceea ce, într-un sens privilegiat, trebuie numit „fenomen”? [71, p.46]. Deconspirarea fenomenului de medicalizare a fost posibilă prin oferirea răspunsurilor la aceste întrebări, fiind un fenomen care surprinde prin complexitate și amploare, omniprezent în viața cotidiană a individului, iar ceea ce trebuie în esență „să se vadă” este redat prin analiza unor date, precum și prin prisma tabloului retrospectiv, care ne demonstrează că acest fenomen există, doar că în societatea modernă se manifestă diferit ca scop și amploare.

Datorită metodei fenomenologice se poate identifica o „serie de distincții, cu ajutorul cărora o înțelegere la nivelul simțului comun, pe care o aveam de la bun început, e extinsă și, dacă e nevoie, corectată, astfel încât, în cele din urmă, să avem o înțelegere mai profundă a lucrului sau lucrurilor în cauză” [41, p.186]. Datorită abordării fenomenologice se pot oferi răspunsuri prin tematizarea medicalizării la un nivel expresiv și explicit. Tematizarea expresivă constă, de fapt, esența metodei fenomenologice, ceea ce o deosebește de oricare alt tip de aprofundare realizată prin abstracțiuni succesive. Un fenomen de genul medicalizării reprezintă o șansă de „iluminare”. Pentru această „iluminare”, „meditația trebuie, însă, să se mențină în continuare în preajma tematicii clarificării sensului fenomenologic al conceptului de fenomen și a importanței sale pentru cercetarea fenomenologică efectivă”. În acest context se înaintează problema că fenomenele nu sunt date, ele sunt acoperite, închise. Aici acoperirea, ascunderea, se înfățișează ca ceva ce trebuie străpuns, evitat, pentru a putea ieși la iveală ceea ce este de fapt ascuns. De aici rezultă că ascunderea nu poate fi tematizată, „căci nu există vreun unghi de vedere explicit căruia să i se poată asigura solul fenomenologic propriu-zis. Fenomenologia asigură însă meditației despre acoperire, ascundere și închidere și o altă sursă și șansă, care este - de această dată - propriu-zisă” [95, p.122-126].

Caracterul hegemonic al medicalizării, a determinat, transformarea modului în care percepem durerea, stare ce se află într-o strânsă legătură cu acest fenomen. Majoritatea teoriilor durerii încearcă să-i clarifice statutul ontologic, ceea ce se dovedește a fi o sarcină controversată: pe de o parte, pare a fi localizată în organism; pe de altă parte, poate fi experimentată fără nici o cauză organică evidentă sau localizare corporală, fapt ce-i presupune și o origine psihică. Conform analizei fenomenologice a filosofului german E. Husserl, pentru a rezolva această dilemă este nevoie de o diferențiere între corpul viu și corpul ca obiect. Durerea nu poate fi explicată doar bazându-ne pe oricare dintre aceste aspecte, deoarece existența ei este legată de ambele. În timp ce în „atitudinea naturală” corpul este un component pre-dat al sinelui (întrupat) în durere, se naște o distanță între sine și corp. Corpul în durere se transformă într-un obiect: nu mai este instrumentul liberului arbitru, ci un lucru determinat de forțe externe. În acest sens, durerea este o experiență transformatoare: ea reîncadrează relația cu sine și cu lumea. Analiza lui E. Husserl a fost completată de filosoful M.J. Merleau-Ponty într-un mod diferit. În concepția lui, corpul și lumea constituie un complex indivizibil. Aceasta înseamnă că durerea nu este pur și simplu o experiență printre altele, ci este transformat modul în care lumea o trăiește: ceea ce era plin de potențial, acum este plin de obstacole. În acest sens, durerea severă transformă nu pur și simplu corpul într-un obiect, rezultând în același timp noi experiențe, ci transformă lumea într-o totalitate împovărătoare sau insuportabilă [49, p.43].

Etica fenomenologică susține că sensibilitatea etică este primordială și că constituirea sensibilității morale este originală, ontologică și esențială pentru conștiința morală. Poziția fenomenologică cu privire la etică prezintă o imagine prea simplistă și naivă a condiției umane și a moralei. Există tot mai multe dovezi că motivele morale sunt nesigure din punct de vedere motivațional în confruntarea cu politicile ideologice și diverse forme de influențe imorale. Această nesiguranță se întemeiază pe înțelegerea diferită a conceptului de sănătate. Pentru a dezvolta această afirmație, vom expune diferența dintre două concepte diferite de sănătate și impactul pe care l-a avut redefinirea conceptului de sănătate de către OMS. În urma acestei diferențieri, vom analiza tensiunea care apare între conceptul de sănătate al medicinei preventive și percepția subiectivă a propriei stări de sănătate (din perspectivă fenomenologică). Aici susținem că această tensiune se poate manifesta într-o manieră nocivă, și anume, ca medicalizare, adică ca preocupare excesivă pentru sănătate, care duce în cele din urmă la o patologizare accelerată. Ca un pas următor, vom explora influența generală a tehnologiei în viața noastră, pentru o înțelegere mai profundă a efectelor patologizării [10].

Medicalizarea nu este doar cantitativă, ci și fapt social calitativ. În acest context nu putem privi medicalizarea ca un fenomen neutru din punctul de vedere al valorii. Un stimulent extraordinar de ce nu ar trebui să privim medicalizarea în general ca pe ceva neutru, găsim în poziția decisivă a filosofului german F. Heidegger (1889-1976), care susține că dacă „privim tehnică ca pe ceva neutru”, vom deveni „complet orbi la esența lui”. F. Heidegger își încheie analiza cu o afirmație extrem de importantă: a fi „orb” față de esența tehnologiei înseamnă că suntem „cel mai rău expuși”. În scopul susținerii acestui punct de vedere, merită să specificăm ceea ce afirmă E. Bloch despre această proprietate ascunsă: spre deosebire de „produsul real al muncii umane”, tehnica este „mai ușor de transformat în viclenie și violență”. De la mijlocul secolului al XIX-lea, tehnica/tehnologia a jucat un rol decisiv, atât în dezvoltarea teoriei medicale, adică a conținutului, și în formarea cunoștințelor medicale, cât și în practica clinică. Aceste avertismente ar trebui să se aplice medicinei – mai ales în prezent. O scurtă explicație pentru o astfel de metateză este că tehnologia constituie în prezent - cu toate semnificațiile sale - mijloc, metodă de organizare, integrate în medicină.

Boala și suferința ca însoțitor nu sunt experiențe discrete cu care se confruntă o anumită clasă de oameni sau toți oamenii în anumite momente. Mai degrabă, boala și sănătatea stau împreună pe fundalul ființei umane spre moarte și, de asemenea, al ființei către boală. Așa cum toți ne vom confrunta singuri cu moartea, la fel ne vom pomeni în situația în care cancerul, bolile de inimă, vătămrile corporale sau demența ne-ar putea schimba radical viața. În mod controversat, punctul de vedere al filosofului german Friedrich Nietzsche (1844-1900) permite o modalitate de

a gândi la valoarea activităților și a stilurilor de viață periculoase. Într-o lume inundată de reglementări tot mai legate de stilul de viață din cauza problemelor de sănătate, se oferă un spațiu mic pentru a face o pauză și a ne întreba dacă conservarea vieții prin „stiluri de viață sănătoase” îmbogățește întotdeauna viața. Se poate părea că scopul filosofic al urmăririi fenomenologiei bolii este să lucreze, în primul rând, la problema suferinței prin încurajarea îngrijirii sănătății mai atentă și sensibilă din punct de vedere fenomenologic. Deși acesta este un obiectiv demn, se presupune că lucrul împotriva durerii și suferinței va fi întotdeauna benefic pentru individ. Poate că refuzul de a se supune normelor de sănătate de îngrijire de sine este o alegere dintre multe alte alegeri. Dacă suferința este legată de starea noastră existențială și nu este doar un obstacol către o stare numită bunăstare, s-ar putea considera că individul nu are nevoie de intervenție medicală [205, p.356].

Progresul biotehnologiilor a determinat schimbarea modului de a percepe boala, fapt ce și determină succesul medicalizării. Astfel, modul fenomenologic de abordare a bolii ca pe o ființă vie este unul important pentru o mai bună înțelegere și evaluare a efectelor, pe care tehnologiile medicale le pot avea asupra sănătății noastre, nu numai în definirea, diagnosticarea, sau tratarea bolilor, dar și în a ne face să ne simțim mai vulnerabili și mai puțin sănătoși în diverse ipostaze.

Această redefinire a experiențelor fenomenelor de viață obișnuite poate fi văzută și în așa-numitele tehnologii de îmbunătățire, care modifică și estompează distincțiile tradiționale dintre natural și artificial, între terapie și îmbunătățire, între sănătate și boală.

O altă metodă este cea *hermeneutică*, ce conferă posibilitatea de a interpreta și a înțelege semnificația medicalizării. Rezultatul rezidă în constatarea pluridisciplinarității fenomenului ce implică necesitatea de a trasa limite de ordin moral în urma sincronizării interpretărilor actuale și a celor contextual-istorice.

Ca practică metodologică o semnificație importantă oferim inclusiv și *analizei structuraliste* căreia, pentru o înțelegere mai amplă, îi atribuim câteva caracteristici din spectrul fenomenului de medicalizare. Una din caracteristici presupune detectarea factorilor explicativi pentru înțelegerea mai amplă a fenomenului dat, și anume: mass-media, industria farmaceutică, dezvoltarea biotehnologiilor medicale, cultura și valorile unei societăți etc. Luând în considerație faptul că abordarea structuralistă se concentrează asupra fenomenelor globale, această metodologie se dovedește a fi proprie și pentru medicalizare, dat fiind faptul că însăși atitudinea față de propria sănătate s-a schimbat la nivel global. Lumea este impresionant de supramedicalizată, fapt ilustrat prin practici de ordin medical și social, precum sporirea ratei cezarienelor, resimțirea politicilor și practicilor comerciale agresive, disponibilitatea produselor nocive pentru sănătate ca: tutunul, alcoolul, drogurile etc., insuficiența resurselor umane din

sănătate cauzate de globalizare - datorită migrației masive din țările cu venituri mici spre țările cu venituri înalte [122]. Prin abordarea structuralistă, care este și o metodă interdisciplinară, se poate elucida care este impactul medicalizării, considerând în prim plan individul și modul sincron în care acest fenomen evoluează și capătă noi forme odată cu performanțele biomedicale.

Artiști, scriitori, jurnaliști, profesori de diverse specialități, lucrători ai sănătății, fermieri, ingineri, duhovnici, care critică idealurile promovate de intelectualitatea tehnico-economică-managerială și care susțin dreptul de a avea respect pentru viață și natura care este distrusă, devin tot mai populari. Mulți dintre ei conduc mișcări sociale și partide politice. Contribuția acestor oameni este una majoră și pare să fie în creștere, deoarece: 1. Ei tratează un om ca un întreg, observând nevoile sale fundamentale și de dezvoltare, nevoia lui de a avea condiții de viață din ce în ce mai bune și nevoia de a conferi sens vieții. Nevoia lui de a fi el însuși și de a coexista creativ cu ceilalți. 2. Ei interpretează viața socială ca întreg. În procesul de inovare, mai ales tehnologică, ei percep omul ca pe o ființă umană, care este subiect și țintă a acestor schimbări. Ei se opun cu fermitate tuturor semnelor de a trata un om ca pe un obiect. 3. Ei leagă strâns viața lor personală cu viața socială pentru constituirea unei societăți sănătoase. Din aceste conexiuni se naște în ei simțul responsabilității pentru societate și pentru viitorul acesteia. Prin urmare, ei încearcă să-și realizeze propria dezvoltare în legătură cu dezvoltarea societății înțelese holistic. 4. Ei nu participă direct la procesul de modernizare tehnologică și de creștere rapidă a nivelului de trai, ceea ce le permite să păstreze distanța față de aceste procese, să le analizeze și să le evalueze mai obiectiv. Datorită acestui fapt ei sunt liberi și critici față de societatea în care trăiesc. Ei observă procesele care au loc în ea și le analizează efectele, evaluându-le și opunându-le, dacă merg în direcția greșită sau ritmul lor este greșit; cu alte cuvinte – li se opun, dacă amenință viața individuală și socială a unui om sau, de fapt, nu numai viața unui om, ci viața în general. 5. Gândesc global și acționează local. Prin urmare, ei privesc în perspectivă asupra societății ca întreg și asupra problemelor lumii; ei simt legături cu toți oamenii, nu exclud nicio țară, nicio rasă, nicio națiune sau grup social din domeniul de interes. Lucrând în comunitățile lor locale, ei modelează continuu domenii ale vieții umane. 6. Cel mai important, ei susțin respectarea regulilor de etică în toate domeniile vieții individuale și sociale. Toți cei care reprezintă acest tip de atitudine formează o categorie particulară de oameni, care în mod convențional poate fi numită „inteligentia vieții”. Ei interpretează holistic omul și lumea; apără viața și o consolidează în toate formele și etapele ei de dezvoltare. Tocmai această inteligență se opune cel mai adesea planurilor formulate de inteligența tehnico-economico-managerială și acțiunilor acesteia, precum și efectelor acelor planuri și acțiuni [52, p.51-52].

Prin urmare, medicalizarea, poate fi concepută drept fenomen ce debutează odată cu modernizarea societății, iar medicii, ca parte a ei, ca fenomen de aculturație internă, prin care în

statele moderne cultura medicală și practicile sociale, care derivă din ea, se propagă în întregul organism social. Aici distingem o componentă instituțională care pune accentul pe dezvoltarea instituțiilor medicale moderne: spitalul, instituțiile de învățământ medical etc., precum și o componentă comportamentală [14]. Deci semnificația deplină a oricărei entități sau experiențe nu poate fi percepută decât dacă și până când nu va fi integrată în structura din care face parte. Antropologul francez Claude Levi-Strauss susține că: „structuralismul trebuie să permită să gândim social ca un sistem, un ansamblu complex de relații care ne sunt impuse, dar pe care nu le stăpânim”. Drept exemplu, sistemul de opoziții: comestibil/necomestibil, natură/cultură etc. poate face diferența. Pentru organizarea sistemelor opoziționale în manieră diferențiată până în momentul în care le găsim ordinea, diferențele ne ajută în a face distincția [124, p.420]. Referitor la fenomenul de medicalizare drept oponent este *demedicalizarea*, concept care face diferența în acest sens. Demedicalizarea pune un mare accent pe sănătatea holistică. Sănătatea holistică presupune responsabilitatea față de propria sănătate și bunăstare. Prin urmare, putem elucida trei aspecte esențiale:

1. Demonstrarea unei responsabilități prin intermediul schimbării comportamentului față de sănătate prin reducerea stresului, informarea cu privire la alimentația corectă, educația spirituală etc. sunt considerate inseparabile de starea de sănătate la care aspirăm.

2. Încurajarea unei atitudini mai active față de sănătate, sănătatea holistică având drept scop reducerea substanțială a distanței între medic și pacient. Diagnosticarea tradițională este de evitat în favoarea unui schimb mai egalitar între cele două părți. Simetria în această relație este foarte importantă în susținerea și întărirea angajamentului pacientului față de asistența medicală auto-responsabilă, care ar fi o măsură semnificativă de deprofesionalizare.

3. Sănătatea holistică presupune extinderea sferei tradiționale a medicinei și axarea pe nutriție, bunăstare psihologică și spirituală, relații interpersonale etc.

Sănătatea holistică relevă într-un final o schimbare majoră a culturii prin trecerea de la medicalizare spre demedicalizare. Prin urmare, componenta comportamentală și atitudinea față de propria sănătate face diferența, structuralismul în acest sens oferindu-ne posibilitatea de reflecție asupra oponentului medicalizării, ceea ce ne ajută în luarea deciziilor optime pe baza evaluării risc-beneficiu, medicalizare vs. demedicalizare [104, p.581], mai ales că riscul de a suferi de o boală este privit ca o afecțiune deja existentă, iar așteptările indivizilor de a fi tratați se axează în mod special pe domeniul medical.

În procesul cercetării fenomenului de medicalizare, survine necesitatea aplicării și altor metode, cum ar fi, *metoda inductivă* – care are ca reper prevederile morale prin intermediul cărora sunt remarcate și evidențiate dilemele și crizele cu care se confruntă omul în societatea

contemporană vizavi de starea lui de sănătate. *Metoda deducției* – ce implică analiza diverselor abordări și al sensului conceptual al medicalizării axat pe reperele bioeticii, de asemenea *metoda analizei și sintezei, sau metoda prospectivă* – utilizată în vederea identificării unor modalități eficiente de menținere sub control a fenomenului de medicalizare.

Posibilitățile tehnologice tind să modifice condițiile fizice de la tărâmul fiziologicului la tărâmul intervenției și responsabilității umane, alimentat de medicalizarea vieții de zi cu zi. Ideea aici este că tehnologia poate face ca noi fenomene și stări obișnuite ale vieții să fie supuse măsurării, atenției și interpretării medicale.

Tehnologiile pot afecta sau redefini experiențele noastre cu anumite experiențe de viață obișnuite ca bolnav sau dezordonat mai degrabă decât normal. Acest lucru, la rândul său, poate duce la experiențe de alienare și disconfort. În consecință, pe lângă afectarea experiențelor de boală, tehnologiile medicale afectează și experiența sănătății și aceasta, într-un fel, este și în caz de medicalizare prin tehnologie. Automonitorizarea digitală și modelele de aplicații de sănătate sau portabile sunt, de asemenea, legate de modul în care tehnologiile pot schimba valoarea social-culturală a bolii. Toate acestea duc la o valoare crescută, asociată cu sănătatea în sine. În loc să fie ceva ce am considera de la sine înțeles, sănătatea este acum vizată și mediată prin intermediul tehnologiilor medicale și, prin urmare, supusă în mod standard diverselor regimuri în care ne schimbăm stilul de viață și preferințele pentru a rămâne sănătoși sau chiar să devenim mai sănătoși.

A fost elaborată o tipologie bazată pe modul în care tehnologia modelează boala. În special, s-a constatat că: tehnologia poate crea boală făcându-i pe oameni să-și experimenteze corpul și viața în moduri noi; tehnologia poate modifica concepția oamenilor despre ei înșiși și vulnerabilitatea lor precum și comportamentul lor prin dezvăluirea riscurilor de îmbolnăvire; tehnologia poate modela experiența bolii prin crearea de noi fenomene și zone din viața obișnuită supusă măsurării, atenției, interpretării medicale și a managementului; tehnologia influențează experiențele de boală prin modificarea normelor socio-culturale și valorilor privind diverse diagnostice prin control și responsabilități de ordin medical; tehnologia modelează experiențele noastre de boală prin măsurile sale de monitorizare a sănătății [75].

În această lucrare am explorat modul în care tehnologiile de diagnostic moderne contribuie la modificarea experienței de trăire și acceptare a bolii. Analizând o gamă largă de exemple, ne-am propus să clarificăm și să sistematizăm modul în care tehnologiile medicale modelează boala și contribuie la accentuarea fenomenului de medicalizare în societate.

Medicina de astăzi nici măcar nu este posibilă fără aplicarea unei tehnologii dezvoltate, sofisticate; impactul tehnologiei este evident în fiecare segment al medicinei și, implicit, în conceptualizarea bolii. Și anume, tehnologia determină conceptul de boală în trei moduri de bază:

„În primul rând, furnizează entitățile fiziologice, biochimice și biomoleculare care se aplică în definirea bolii; în al doilea rând, determină modul în care ajungem să cunoaștem despre boli și moduri în care recunoaștem boala; în al treilea rând, determină modul în care o tratăm”. G. Lipotetsky vorbește despre interdependența dintre tehnologii și răspândirea conceptului de boală: „una dintre tendințele puternice ale societăților noastre este concomitentă cu răspândirea extraordinară a tehnicilor menite nu numai să mențină și să prelungească viața, dar și îmbunătățirea „calității” vieții, rezolvând tot mai multe probleme ale vieții de zi cu zi atât a celor mai tineri, cât și a celor mai în vârstă. Într-o societate de hiperconsum, soluția necazurilor noastre, cautarea fericirii, se află sub auspiciile intervențiilor tehnice și ale medicinei”. Dacă, tehnologia este crucială pentru răspândirea conceptului de boală, iar răspândirea conceptului de boală este cuprinsă de paradigma medicalizării, rezultă că tehnologia cu care medicalizarea este indisolubil legată, nu trebuie privită ca ceva neutru. Extrapolând afirmația filosofului german F. Heidegger, s-a ajuns la un răspuns ipotetic important: dacă privim medicalizarea ca pe ceva neutru, vom deveni „complet orbi față de esența ei”; dar asta nu este tot - „a fi orb față de esență” medicalizarea înseamnă, de asemenea, că „violența și violența” medicalizării vor fi cel mai grav expuse”. Dezvoltarea accelerată a științei și tehnologiei biomedicale, în absența unui obiectiv social clar și preocuparea pentru binele comun, ar putea, așadar, să însemne nu sfârșitul, ci, dimpotrivă, noul început al efectelor dăunătoare ale medicalizării [109, p.32].

Relevanța analizei acestor poziții metodologice constă în faptul că ele vizează abordări sensibile față de ființa umană. Astfel, monitorizarea situației și evaluarea impactului politicilor asupra redresării riscurilor impune aplicarea indicatorilor relevanți și metodologiilor specifice de grupare și analiză a acestora.

Un alt aspect îl reprezintă abordarea medicalizării din *perspectiva instrumentarului metodologic al bioeticii*, care este inevitabil datorită faptului că bioetica este esențială acolo unde apare un conflict între știință și valorile morale, individul fiind depășit de abilitatea de a soluționa de sine stătător această problemă.

Mai mult, bioetica este o „fășie de mijloc”, un „compromis” rațional între progresul biologic-științific și comportamentul moral. Această nouă știință, bioetica, se află în fața unor serioase probleme, care, în parte, așteaptă rezolvarea. Problemele de care se preocupă sunt de natură diversă: epistemologică (căci înlăuntrul său se împletesc o serie de itinerarii etico-culturale), cele de factură normativă (reguli morale, criterii de urmat, unele – cu dificultăți de formulare) și altele - de natură metodologică (ce privesc procedurile de urmat, la diverse nivele de care ea se ocupă) [143, p.291]. Medicalizarea este parte a tuturor acestor aspecte de care se preocupă bioetica, și aceasta deoarece gradul de percepție, acceptare și abordare a acestui fenomen depinde în mare



parte de nivelul de instruire, cultură, religie, acces la sursele mass-media a individului, dar și de situația financiară, întrucât medicalizarea, în mare parte, are ca scop profitul.

Abordarea medicalizării din perspectiva bioeticii reprezintă o călăuză în perceperea impactului acestui fenomen în viața cotidiană. Astfel elucidăm următoarele argumente în acest sens:

1. *Diminuarea suferinței* - medicalizarea are o strânsă legătură cu diminuarea suferinței.

2. *Îmbunătățirea calității vieții* este strâns legată de sfera medicală și aici ne referim la accesul și tratamentul medicamentos, acestea reprezentând cea mai mare provocare, dar și o confruntare cu medicina actuală. Acest fapt are loc pe fondul trecerii într-o oarecare măsură de la asistența farmaceutică acordată în staționar la cea din ambulator.

3. *Menținerea unei condiții fizice și psihice sănătoase*, pornind de la ideea conform căreia una dintre preocupările bioeticii o reprezintă protejarea vieții la toate nivelele, astfel condiția fizică și psihică sănătoasă reprezintă cea mai importantă condiție. Astăzi însă în cultura și civilizația actuală își fac apariția boli ale stilului de viață defectuos. În această situație, evitarea izolării de activități, familie, comunitate, cu participarea intelectuală, relațională, fizică, constituie o abordare necesară și chiar primordială [148, p.227-228].

4. *Posibilitatea elucidării concordanței „bine-rău” prin prisma acțiunilor întreprinse*. Referitor la acest argument aducem în vizor *principiul dublului efect*. Conform acestui principiu este în ordinea normalului ca urmările acțiunilor noastre să fie bune, dar și rele în cazul în care producerea unui rău are o justificare morală, în cazul în care sunt îndeplinite următoarele condiții: „1) acțiunea nu e rea în sine; 2) consecința bună e intenționată, iar cea rea e neintenționată, dar previzibilă; 3) consecința rea nu este un mijloc în producerea consecinței bune; 4) există un temei serios pentru acceptarea consecinței rele” [126, p.114].

Tehnologia surprinde prin faptul că, așezată între sensul pozitiv și negativ al rezultatelor științifice, omul se află în situația de a decide propriile sale valori, care sunt, se pare, singurul punct de sprijin în această situație. „Dar care sunt ele și cine le conferă valabilitate? – vor avea preponderență în viața omului, în aceeași măsură actul decisional va fi unul pozitiv; dar „pozitiv” față de care dintre reperele posibile?”. Exemple din domeniul bioeticii ne demonstrează că păstrarea unui echilibru între cercetările tehnologice și valoarea vieții umane reprezintă „responsabilitatea omului cu privire la deciziile pe care le ia” [82, p.5].

Pornind de la premisa că bioetica este mai mult o disciplină practică decât teoretică, tocmai din motivul că încearcă să unească diverse domenii de cunoaștere, iar prin aceasta se remarcă un efort dificil de aplicare a anumitor criterii pentru a interveni asupra procesului de tehnologizare a omului, și anume putem remarca trei aspecte care privesc însăși viața lui: „1) de procreare; 2) de

ridicare a standartului vieții și de prelungire a ei prin diferite soluții, inclusiv prin transplantare; 3) de asistare a momentului morții” [83, p.6].

Analizând aceste aspecte, care de fapt caracterizează ciclul de viață al omului, constatăm că medicalizarea este proprie fiecărei etape a vieții. Intervenția bioeticii este primordială în această situație, deoarece ne impune respectarea valorilor etico-morale într-o societate în care etica tradițională este detașată de progresul științific. În acest sens, în condițiile în care supraviețuirea devine imperativul principal în secolul al XX-lea, etica tradițională nu este în stare să ofere soluții axiologice la diversitatea întrebărilor de ordin moral referitor la viață. În această situație interdisciplinaritatea caracteristică bioeticii oferă răspunsuri practice și utile problemelor și dilemelor morale actuale. Bioetica trebuie abordată ca știință aplicativă, în mod special în practica de ocrotire a sănătății, respectarea valorilor umane fiind primordială față de progresul științific, ce poate amenința viitorul omenirii [120].

Deoarece progresul trezește o anumită neliniște și interogații morale, am devenit familiari controverselor morale datorate succesului tehnico-științific care ne-au plasat între teamă și speranță și care ne-au impus să căutăm metode raționale întru obținerea beneficiilor maxime pentru evitarea anumitor erori [118, p.24].

Medicalizarea ca fenomen de care se preocupă bioetica necesită stabilirea unor noi limite datorită consecințelor nefaste în cazul în care cadrul etic este depășit, ceea ce generează dezumanizarea agresivă a actului medical. Pentru a depăși o eventuală criză în acest sens, moralitatea comună reprezintă una dintre soluții. E. Mihailov oferă următoarea definiție a moralității comune „... ca set de norme împărtășit de toate persoanele din punct de vedere moral, adică cei care au o bună educație morală, sunt interesați de implicațiile morale ale acțiunilor lor și manifestă o atenție sporită față de setul de norme și virtuți ale societății în care trăiesc. Moralitatea comună conține normele morale care constrâng toate persoanele în toate circumstanțele. Normele moralității comune sunt universale și valabile pentru orice persoană, indiferent de naționalitate, țară sau vârstă” [114, p.52]. Moralitatea comună își găsește reflecția în cele patru principii ale lui Beauchamp și Childress, numită și abordarea bioeticii bazată pe „principii” sau „principiism”. Principiile propuse sunt utile și pragmatice în măsura în care corespund atât practicilor medicale, cât și altor domenii ale activității umane. *Principiul autonomiei*, raportat la fenomenul de medicalizare, constituie recunoașterea dreptului persoanei la libertatea autonomiei, alegere, ce se bazează pe valorile și convingerile individuale. Acesta presupune că nu pot exista constrângeri din partea altor persoane, iar decizia în acest sens este una independentă.

Un alt *principiu, cel al non-dăunării*, presupune măsura coraportului și al utilității medicalizării. În această situație primordială este bunăstarea pacientului, de aceea este important

de a evalua impactul cost-beneficiu - medicalizarea va fi una rațională, iar tratamentul ce include proceduri, consum de medicamente, va aduce mai multe avantaje decât dezavantaje pentru pacient.

*Un alt principiu este cel moral al binefacerii* și reprezintă o cerință morală ce necesită acțiuni pozitive, de exemplu, a face „bine” altor oameni, a evita răul, a nu dăuna etc. Referitor la medicalizare a „evita răul”, presupune a stabili limite până la nivelul acceptabil la care medicalizarea nu ne poate aduce prejudicii. Acest principiu se referă atât la consumatori, cât și la actorii sociali, care au un rol important în promovarea serviciilor medicale, tratamente, medicamente etc., care împreună contribuie la creșterea fenomenului de medicalizare în cadrul unei societăți.

*Principiul echității* necesită o atenție deosebită, în mod special, din partea autorităților în vederea îndeplinirii obiectivelor privind accesul universal la asistență medicală de înaltă calitate pe baza echității și a solidarității [184, p.12].

Din momentul în care tot mai multe comportamente, experiențe, stări de dispoziție și tipuri de personalitate sunt reformulate și adaptate limbajului sănătății și al bolii, care este un proces ce se pare că nu cunoaște limite, observăm că medicalizarea în asemenea condiții continuă să evolueze și să se răspândească. Identificarea la momentul potrivit a acestei transformări constituie o necesitate în condițiile în care tehnologia se dezvoltă cu o viteză uimitoare. Astfel a aborda sănătatea prin prisma valorilor și principiilor etice este importantă și are menirea de a asigura supraviețuirea umană și asigurarea continuității unei vieți sănătoase, iar asistența medicală trebuie să fie preocupată de a avea, în primul rând, un caracter umanist.

### **1.3. Concluzii la capitolul 1**

1. Discursul medical a devenit un element-cheie care a determinat oamenii să utilizeze din ce în ce mai mult terminologia medicală cu scopul de a analiza propria lor sănătate. Exproprierea potențialului omului de a gestiona condiția lui umană în mod autonom este realizată prin intermediul medicalizării.

2. Medicalizarea reprezintă un fenomen multidimensional, fiind interpretat diferit de către sociologi, psihologi, medici etc., dar care determină un comportament uman dependent de medicamente, servicii medicale, produse farmaceutice etc. Este esențială valoarea acestui fenomen ca instrument în identificarea, descrierea, înțelegerea și explicarea esenței stării de sănătate, boală, calitate a vieții, moarte etc., care au devenit preocupări majore în societatea contemporană.

3. Pentru o cercetare mai amplă, abordările acceptate și argumentate de noi în calitate de fundament teoretico-metodologic au permis elucidarea complexității subiectului dat. S-a determinat prin prisma reperelor metodologice impactul și dinamismul fenomenului de

medicalizare. Comportamentul este influențat de sistemul de valori morale ale persoanei asupra căreia o influență majoră o are cultura, educația, statutul economic, social etc.

4. Aplicabilitatea instrumentarului metodologic al bioeticii devine un imperativ care cristalizează poziția omului în fața provocărilor și oportunităților oferite de medicină, care nu întotdeauna se dovedesc a fi moralmente acceptabile. Deoarece medicina actuală este interesată mai mult ca oricând de corpul uman, impunerea anumitor interdicții, legitimarea anumitor proceduri și justificarea lor va conferi medicalizării statut de fenomen cu impact pozitiv asupra prevenirii, tratării și întreținerii stării de sănătate.

## **2. ROLUL REPERELOR BIOETICE ÎN ABORDAREA TENDINTELOR DE MEDICALIZARE**

Perioada de criză socială și sanitară pe care o trăim astăzi reprezintă una din premisele ce deschid noi orizonturi pentru cercetătorii din diverse domenii (sociologie, bioetică, psihologie etc.) în analiza tendințelor de medicalizare a societății. Modelele de sănătate nu sunt lipsite de probleme de ordin teoretic și practic și nici nu garantează protecție împotriva medicalizării. În acest context, este necesar de a evidenția premisele și modul în care se manifestă și sunt medicalizate diverse stări prin elucidarea complexității acestui fenomen, fapt care va ajuta la stabilirea măsurilor necesare pentru ca medicalizarea să aibă doar un impact pozitiv asupra omului și minimalizarea riscurilor. Dacă bioetica are menirea de a asigura protecția optimă a calității vieții omului, atunci ea trebuie să ofere soluții și recomandări în legătură cu medicalizarea culturii contemporane, a creșterii enorme a serviciilor medicale care nu au întotdeauna atât un scop medical, cât o conformitate cu ceea ce dictează societatea în materie de estetizare, diete și tot ceea ce constituie consum în scopul menținerii unei stări generale de bine etc.

În acest compartiment se realizează o corelație între medicalizare, comportament, bioetică, încorporarea reperelor bioetice în politica sanitară fiind un obiectiv valabil care poate avea o influență deosebită asupra societății în ansamblu și poate contribui la modelarea comportamentului. Aceste repere ar putea fi ulterior reglementate în legi, hotărâri, ghiduri etc. Motivul rezidă în faptul că în societatea contemporană medicalizarea nu este o problemă ce vizează doar calitatea vieții omului și a personalului medical, dar și o problemă de ordin economic și social cu impact direct asupra sănătății populației.

O altă preocupare importantă reflectată în acest compartiment se referă la modul în care contribuim la stoparea „devalorizării” principiilor și valorilor etice, în contextul în care medicalizarea cade sub incidența sferei economice, scopul căreia este profitul „agresiv”, susținut și de industria farmaceutică, de tehnologie etc., traseul moral fiind perturbat în astfel de condiții. Prin urmare, apare necesitatea de a cerceta foarte minuțios acest „câmp”, pentru a nu eșua și a ne pomeni într-o situație de criză prin adoptarea unui model de viață strict medicalizat fără a conștientiza acest lucru.

## 2.1. Examinarea complexității medicalizării la interferență cu alte procese din societate

Respectarea principiilor și valorilor etice reprezintă cel mai important deziderat în cadrul unei societăți ce asigură integritatea și demnitatea ființei umane, în mod special atunci când facem referire la domeniile al căror obiect este omul. În sfera medicală, respectarea valorilor etice sunt primordiale pentru individ, în deosebi astăzi, când toate ramurile medicinei se dezvoltă într-un ritm alert, iar ocrotirea și salvarea vieții omului necesită a fi valoarea supremă în medicină. Se pare însă că în acest curs accelerat în care se dezvoltă tehnologiile biomedicale, etica este cea care, în mare parte trebuie să răspundă noilor provocări ale medicinei prin revizuirea și stabilirea unor noi limite. Necesitatea aplicării acestor limite este plauzibilă chiar din momentul în care am purcede la o incursiune istorică în tot ceea ce reprezenta și oferea cândva medicina (ex.: epoca medievală) raportată la medicina contemporană, cea din urmă fiind supusă unor noi provocări, iar unul dintre acestea îl constituie medicalizare.

Începând cu abordarea medicalizării lui J. Pitts (1986) și a diversității domeniilor în care acest termen este utilizat: istorie, sociologia sănătății publice, psihiatrie sau asistență socială etc., traseul evolutiv al abordării medicalizării relevă faptul că până în prezent acest concept rămâne a fi nedefinit unanim de către cercetători. Susținem această abordare dat fiind absența unui concept unitar cu privire la medicalizare. Viziunea asupra medicalizării ca proces pozitiv este prezentă și în Enciclopedia Internațională a Științelor Sociale (1968), în care, până la urmă, termenul de medicalizare este menționat în mod explicit pentru prima dată. În enciclopedia menționată, acest termen este folosit pentru desemnarea „tendinței instituțiilor medicale de a face față formelor nonconformiste de comportament care sunt denumite din ce în ce mai mult „boală”. Anterior, în ciuda anumitor rezerve, J. Pitts vedea medicalizarea ca pe un proces social pozitiv – o intervenție utilă, adică „o formă dezirabilă de control social al comportamentelor deviante”. Prin urmare, științele sociale văd inițial medicalizarea ca „un înlocuitor eficient și uman pentru instituțiile (de ex: familia, biserica) a căror putere și influență au început să slăbească”. Un număr semnificativ de teoreticieni ai medicalizării în anii '70 și '80 ai secolului trecut au susținut în mare parte acest punct de vedere. Dacă a existat vreo dovadă contrară - dovada că medicalizarea cauzează (și) daune, aceasta a fost văzută ca un eveniment accidental, exces și nu ca o proprietate intrinsecă a medicalizării [109, p.18].

După cum susține C. Bărbulescu în lucrarea sa „România medicilor”, termenul *medicalizare* este întâlnit pretutindeni și aproape niciodată nu este definit, este unul dintre conceptele din cadrul științelor umane, al cărui succes este asigurat în bună parte tocmai de ambiguitatea sa. Totodată, acest fenomen al medicalizării are o răspândire în întreg spațiul social datorită procesului de aculturație la care este supusă cultura medicală și practicile sociale. Astfel

distingem două componente, una de ordin *instituțional*, „care pune accentul pe crearea și pe dezvoltarea instituțiilor medicale moderne: spitale, instituții de învățământ medical etc.”, iar cea de-a doua componentă este de ordin *comportamental* [14], care, conform sociologului german N. Elias, în „procesul civilizării”, normele de comportament impuse ajung în timp să fie încorporate și asumate la nivel individual [132].

Odată cu evoluția acestui fenomen și a elucidării abordărilor conceptuale expuse în capitolul anterior, în care constatăm caracterul plurivalent al medicalizării, pentru facilitarea copleșirii, este esențial de a analiza și alte aspecte. Remarcăm, că în majoritatea orietărilor cu privire la medicalizare este, evident, sunt centrate pe *comportamentul* pe care îl avem față de fenomenul dat. Acest lucru denotă faptul că, în fond, medicalizarea presupune un comportament adoptat de către individ prin care se încearcă de la prevenire și tratare, până la exagerarea unei stări sau afecțiuni. Pentru a elucida impactul acestui fenomen asupra omului, care constituie un obiectiv de bază al lucrării, vom purcede la explorarea medicalizării prin prisma corelației „*medicalizare-comportament-etică*”. Aici abordarea etică capătă un caracter stringent din momentul în care facem referire la medicalizare, datorită complexității deciziilor și acțiunilor morale ale individului. De asemenea, dificultatea abordării medicalizării din punct de vedere etic se datorează inclusiv diversității, apartenenței culturale, educației, statutului economic și social etc. Fiecare individ percepe în mod diferit medicalizarea, iar atitudinea față de acest fenomen reprezintă factorul determinant al comportamentului. Prin urmare, atitudinea, ca parte integră a comportamentului, este necesar să aibă un fundament etic, deoarece etica răspunde la „comanda socială” și are menirea de a explica, orienta, cristaliza și dezvolta un fond prealabil de moralitate. În acest context, apare întrebarea despre modul în care formăm și educăm individul referitor la comportamentul și atitudinea față de consumul de medicamente și servicii medicale, automedicație etc. Apare necesitatea identificării mecanismelor de control și de formare a unei atitudini care să corespundă standardelor etice acceptate la modul general în cadrul unei societăți, mecanisme ce vor fi elucidate în capitolul următor.

Odată cu efortul de iluminare a populației, care a început să se producă într-un ritm mai accelerat în secolul al XIX-lea, oamenii devin tot mai preocupați față de starea lor de sănătate. În pofida faptului că în acea perioadă existau încă preoți, călugări, vrăjitori etc., care erau considerați „salvatori”, despre care populația avea certitudine că dispun de puteri vindecătoare, odată cu instalarea unei stări de „rău”, boală, medicina începe să evolueze prin formarea de cadre medicale, educație sanitară în școli și în alte instituții. Se remarcă astfel un proces de aculturație intens ce reprezintă unul dintre aspectele modernizării generale a societății românești. Este vorba despre ceea ce se va numi în continuare fenomenul de medicalizare a societății, care se dovedește unul de

durată și care a generat schimbarea atitudinilor față de prescripțiile igienice, boală și, implicit, față de propriul corp. Astfel se face evidentă necesitatea unei inițiative a statului de a difuza în masa de populație rurală informații igienice, anatomice și medicale [13, p.203].

Medicalizarea a generat schimbarea percepției despre sănătate și boală. Drept urmare, conceptul de sănătate este supus medicalizării complete, iar impactul acestui fenomen este evident, „astăzi dacă dorești să menții o viață sănătoasă, nu există altă cale decât respectarea normelor și a directivelor medicinei moderne, care corelează fiecare stadiu al vieții umane. În rezultatul acestui fenomen de medicalizare, medicina a etichetat o multitudine de procese fiziologice umane, astfel încât prin medicalizare nu se iau în considerație alte opțiuni, decât procesul medical. Tot mai des medicii prescriu tratament medicamentos sau sugerează diverse intervenții chirurgicale în scopul inhibării unor procese fiziologice firești. Relevantă în acest sens este abordarea filosofului francez M. Foucault, care aduce în vizor faptul că toate domeniile vieții devin medicalizate, adică „existența, conduita, comportamentul, corpul uman se integrează, începând cu secolul al XVIII-lea, într-o rețea de medicalizare din ce în ce mai densă și mai importantă, care lasă să-i scape din ce în ce mai puține lucruri” [61, p.81].

Drept urmare, actul medical devine tot mai tehnologizat. „Prin tehnologii medicale se înțelege nu doar noi medicamente, ci și metode de diagnostic și tratament, dispozitive, echipamente medicale și materiale, proceduri medicale și chirurgicale, sisteme de îngrijire, de suport, organizaționale sau manageriale” [144, p.4]. Ca rezultat se generează dezumanizarea actului medical: „această tehnologie tinde să înlocuiască medicii care lucrează din ce în ce mai mult „în spatele acestor aparate”, astfel că îngrijirea acestor pacienți, dar și moartea lor, devine „mai dezumanizată, mai mecanică” [11]. Acestea sunt doar câteva dintre motivele ce sugerează că pluralismul viziunilor asupra a ceea ce reprezenta actul medical și a modului în care a evoluat alături de ceea ce numim astăzi fenomenul de medicalizare, necesită o revizuire a argumentelor de ordin etic. Necesitatea în cauză se datorează și faptului că: „dimensiunea etică are capacitatea de a retrasa granițele dintre prezent și viitor, în contextul în care riscurile noilor tehnologii pot construi și reconstitui diferit relația prezentului cu viitorul, mai exact dependența viitorului de prezent” [33, p.11]. Noile imperative ale lumii contemporane ne impun o redirectionare a practicilor din domeniul medical, considerate tradiționale, însă care se dovedesc a fi neactuale în condițiile unei medicine tehnologizate. Amprenta tehnologiei asupra umanității este una evidentă, în acest sens, ținem să evidențiem următoarele aspecte identificate: (a) evoluția tehnologiei a schimbat percepția generală a omului contemporan în ceea ce privește medicina, estetica propriului corp, perfecțiunea fizică, intervențiile la nivelul genomului uman; (b) omul postmodern resimte profund starea de nefericire și simte riscul periclitării specificului uman, a creativității, normalității și fericirii, în



general, tehnologia invadându-i cultura și viața cotidiană; (c) inovațiile din domeniul tehnologiei au modificat percepția asupra timpului și spațiului, prin apariția dimensiunii virtuale a realității fizice; (e) omul societății actuale este nevoit să se adapteze condițiilor nou-create de apariția noilor tehnologii, ca urmare a faptului că dezvoltarea tehnologică a atins punctul în care nu poate fi ignorată, respinsă sau refuzată; (f) accentul se pune, astăzi, pe dimensiunea etică, pe principiile și normele morale ce valorizează interesul către realizarea unui scop comun și pregătirea pentru viitor [33, p.14].

Prin prisma acestor aspecte enumerate putem deduce că, într-o societate influențată de știință și tehnologie, doar etica oferă șansa omului contemporan de a acționa cu responsabilitate și de a conștientiza că alegerile și acțiunile individuale vor avea un impact asupra viitorului umanității. Etica este cea care oferă echilibru în pofida evoluției tehnogene, contribuind la menținerea și păstrarea moralei în cadrul umanității. A avea ca reper al acțiunilor respectarea normelor, principiilor, valorilor morale constituie garantul dezvoltării ascendente [25, p.36], într-o lume atât de controversată în care trăim.

Drept urmare, suntem martori ai producerii unor distorsionări etico-morale, începând cu secolul al XX-lea, dar care iau amploare în secolul al XXI-lea, datorită progresului tehnico-științific care și-a manifestat o influență mai amplă în domeniul medical. În această ordine de idei trebuie să ținem cont că: „nu tot ceea ce este posibil din punct de vedere tehnic este și admisibil din punct de vedere etic, acceptabil din punct de vedere social și aprobat din punct de vedere legal. Acestea sunt principii care acționează drept control împotriva tendinței de tehnologizare agresivă a actului medical. A nu ne îndepărta de uman, dar a cunoaște cât mai bine omul presupune deopotrivă intervenția tehnologică, dar și etică, într-o manieră prin care omului i se păstrează integritatea, individualitatea, i se recunoaște și i se respectă intimitatea” [161].

În condițiile în care am constatat lipsa unei viziuni comune și a unui concept unanim acceptat referitor la medicalizare, reieșind din multitudinea de interpretări pe care le întâlnim în literatura de specialitate, propunem o nouă definiție pentru a forma o viziune de ansamblu a medicalizării, dar care lasă loc și pentru noi completări și detalieri. Prin urmare, medicalizarea poate fi definită ca: *fenomen prin care medicina își extinde controlul dincolo de limitele legitime ale ei, ceea ce a determinat formularea unui nou set de norme și standarde care au marcat schimbarea percepției despre boală/sănătate, normalitate/anormalitate cu impact contradictoriu asupra tuturor ariilor vieții umane*. În aceste condiții reflecția asupra noilor transformări generate de medicalizare este oportună pentru a stabili moralitatea acțiunilor și a modului în care ne tratăm și percepem diverse stări cu care ne confruntăm în decursul vieții.

Există diverse sisteme de reflecție ce oferă răspuns la multiple probleme cu care se confruntă oamenii. Într-o formă succintă putem spune că reflecția medicală, fie ea una științifică sau una cotidiană, se axează pe identificarea soluțiilor de funcționare a corpului, în timp ce reflecția religioasă este centrată pe problemele de funcționare a spiritului uman, iar reflecția estetică se centrează asupra comunicării trăirilor și a traducerii acestora din interiorul minții spre exteriorul ei. Aici apare întrebarea, cărui gen de probleme i se adresează reflecția etică? Un răspuns provizoriu și orientativ ar fi că etica se preocupă de căutarea ordinii în viața umană – acțiune denumită uzual „discernământ”. Vrem să înțelegem ce este important și ce nu este important în viață, să găsim criterii pentru a filtra esențialul de neesențial, o sită care să separe ceea ce contează de ceea ce, la urma urmei, nu contează – la nivelul unei vieți umane, nu la nivelul unei ore sau a unei zile. Din acest punct de vedere, etica se aseamănă cu reflecția religioasă, care caută, de asemenea, ordonarea vieții în funcție de ceea ce contează cu adevărat. Reflecția etică este însă mai generală și mai puțin structurată, deoarece nu pornește de la niște adevăruri cunoscute în prealabil prin revelație (precum majoritatea religiilor), ci pleacă de la nivelul zero, punând totul la îndoială și încercând să găsească principiile de ordonare doar prin efortul minții umane. Reflecția etică se apleacă, prin urmare, asupra căutării criteriilor care să diferențieze ceea ce contează de ceea ce nu contează, dar și asupra aplicării acestor criterii în diferite situații critice. Dar ce este o situație critică? Etica se preocupă deseori de dileme majore ale vieții oamenilor, de decizii importante, care se referă la viață – nu neapărat în sensul prelungirii ei, ci în sensul calității ei. Deseori simțim că decizia pe care o luăm într-o situație de criză ne va îmbogăți sau, dimpotrivă, ne va sărăci viața; astfel de decizii ne vor urmări după aceea, făcându-ne să ne întrebăm ce fel de oameni suntem, dacă am înțeles cum trebuie să trăim sau dacă suntem pierduți în lume. Astfel de situații apar, de exemplu, atunci când trebuie să decidem dacă să sacrificăm ceva important pentru noi în favoarea binelui celorlalți, sau dacă trebuie să alegem între binele unei persoane și binele unei alte persoane. Nu este însă corect să spunem că etica se ocupă doar de probleme complexe, care se referă la viață și la suferință, deoarece putem aborda dintr-o perspectivă etică orice problemă, oricât de nesemnificativă ar părea. Prin faptul că ne aplecăm asupra unei probleme cu instrumentele eticii, acea problemă capătă importanță, deoarece reflecția etică ne determină a ne întreba „în ce fel răspunsul meu la această problemă, aparent neimportantă, arată ce fel de om sunt, și în ce fel răspunsul meu va avea consecințe semnificative asupra mea și asupra lumii în general” [153].

În majoritatea cazurilor, despre medicalizare se menționează în situații de risc, în legătură cu proliferarea consumului de medicamente de către pacienți într-un mod necontrolat, fără prescripție medicală, precum și în cazul problemelor ce vizează etica biomedicală (transplantologie, chirurgie cosmetică, eutanasiu etc.). Aceasta ne vorbește despre

versatilitatea fenomenului de medicalizare, precum și despre nevoia urgentă de cercetări, care va dezvălui caracteristicile sale esențiale, locul medicalizării în spațiul socio-cultural, precum și a riscurilor potențiale asociate cu acest fenomen [212, p.88]. De ce totuși acest fenomen se face tot mai remarcant în societatea contemporană, iar tulburările fiziologice firești, care apar la o anumită etapă a vieții, în mod special când este vorba de senectute, sunt considerate patologii ce necesită tratament medicamentos, intervenții chirurgicale etc.? Unul dintre răspunsuri ar viza creșterea speranței de viață, care a progresat vertiginos datorită creșterii standartelor de trai și al progresului sănătății publice. Oamenii acordă o deosebită atenție condițiilor de trai, igienei personale, medicamentatiei care a luat locul remediilor populare în tratarea anumitor afecțiuni. De asemenea, se acordă o importanță deosebită perioadei de sarcină/naștere, perioadă ce reprezenta un moment de cumpănă în trecut, din cauza lipsei igienei, viața mamei și a copilului era expusă pericolului de infecții și deces. Intervenția etică în asemenea situații este primordială, dar, în același timp, dificilă în contextul în care etica nu are altă alternativă decât să țină ritmul tehnologiilor medicale moderne și să facă „lumină” în ceea ce privește justificarea anumitor permisiuni, impunerea anumitor interdicții, legitimarea anumitor proceduri etc.

Conștientizarea importanței și a valorii pe care o deține etica în actul medical ar contribui la respectarea autonomiei și demnității individului. Chiar dacă pare dificil de realizat acest fapt în societatea modernă, când medicina avansează de la o zi la alta, iar oamenii sunt tot mai tentați de a intra în acest „joc” al progresului, transformându-se în pacienți fără verdictul medicului, este momentul să conștientizăm că orice exces de medicamente și de intervenții asupra organismului poate avea efecte grave asupra stării de sănătate și toate acestea din cauza că, în mod conștient sau inconștient, am abandonat privitor la aceasta și poziționarea față de valorile etice.

În lucrarea lui Ion D. Vulcănescu „Sunt ceea ce sunt”, se vorbește despre dezumanizare, relevându-se modul în care contemporaneitatea este capabilă de lucruri de neconceput altădată. De pe această poziție, întreaga activitate a omului și totalitatea năzuințelor lui au o finalitate unică, materială: bunăstarea. Sub pretextul „totul pentru bunăstare” omul este dezumanizat cu o simplă piesă în complicatul mecanism social și redus la un număr necesar calculelor statistice” [202, p.29]. Prin această tehnologizare este cert că actul medical a devenit mai sigur pentru viața pacientului, însă anumite valori nu pot fi nicicum schimbate sau ignorate, în mod special atunci când facem referire la spațiul spiritual uman, care nu poate fi conformat la standardele medicinei moderne ce și-ar dori detașarea de spațiul spiritual.

O societate complet mecanizată a devenit ca o fantomă amenințătoare pentru autonomia și integritatea omului, care n-ar mai face altceva decât să execute deciziile ordinarilor, pasiv și dezarmat din punct de vedere afectiv. Suntem în fața unei dileme tragice când trebuie să producem

oameni bolnavi pentru a avea o economie înfloritoare, iar indivizii trebuie să fie pasivi și dependenți pentru a permite buna funcționare a organismelor politice și economice [64, p.12].

Pentru a estima un comportament ca fiind moral sau imoral, și a constata corectitudinea direcției pe care alegem să o parcurgem atât la nivel individual, cât și la cel social, trebuie să reflectăm asupra fenomenului de medicalizare din perspectiva teoriilor normative. Odată intrați în zona moralului, una din teoriile normative ale eticii o reprezintă *teoria virtuții*. Pornind de la concepția precum că „virtutea etică presupune evitarea extremelor și respectarea măsurii în toate”, filosoful grec Aristotel menționează despre importanța rațiunii și a voinței în viața morală. Virtuțile morale sunt determinate, de fapt, de virtuțile intelectuale, care funcționează în calitate de „cenzuri comportamentale ce veghează transformarea potenței morale în acțiune morală” [160, p.16]. Conform acestei teorii, omul este cel care face alegerile și decide în mod individual cum să trăiască: onest, cumpătat, înțelept, sau, din contra: nedrept, laș, nesincer etc. Ne-am referit aici doar câteva din virtuțile ce caracterizează individul. Astfel se întâmplă și atunci când facem referire la medicalizare - omul este cel care alege să trăiască o viață strict medicalizată sau mai puțin orientată medical, în conformitate cu virtuțile pe care le posedă. În viziunea filosofului Aristotel, „doar rațiunea ne poate ajuta în evitarea exceselor și găsirea căii de mijloc a virtuții”. Călea de mijloc reprezintă de fapt fericirea, astăzi, datorită medicalizării societății, fericirea este redefinită în termeni medicali. Prin urmare, în dependență de virtuțile pe care le stăpânim purtăm responsabilitate față de sănătate.

În viața reală suntem adesea angajați în diverse tensiuni existențiale: *fericire-nefericire*, *absența fericirii-absența nefericirii*. Fericirea reprezentând de fapt o satisfacție față de propria împlinire. Filosoful grec Epicur, apreciază că poate reprezenta sursă de fericire tot ce ține de natura umană, iar omul nu trebuie să-și refuze ceva. Cum de fapt trebuie să trăim pentru a fi fericiți? Pentru a da răspuns la această întrebare este necesar de a elucida care este principiul de decizie al eticii virtuții. Din acest punct de vedere acțiunile noastre trebuie privite nu din perspectiva consecințelor lor probabile, ci din punctul de vedere al impactului pe care îl are asupra caracterului nostru, pornind de la premisa că individul învață din acțiunile sale și le etichetează pe unele drept „erori” și pe altele „succese” [153, p.11].

În susținerea ideii că omul este mereu în căutarea plăcerii, atingând starea de fericire prin evitarea cu orice preț a durerii, medicalizarea reprezintă „aliatul perfect” în condițiile în care, cu ajutorul medicamentelor, este realmente posibil evitarea stărilor de durere. Abilitatea de a acționa în conformitate cu normele etico-morale reprezintă un aspect esențial în ceea ce privește protecția față de medicalizare a stării de sănătate, „segment” controversat în societatea modernă, din moment ce sănătatea s-a pomenit situată în vizorul a o serie de actori cu impact asupra individului.

În această situație, menținerea unei conștiințe morale reprezintă aspectul primordial în oferirea unui nou „statut” stării de sănătate, datorită modului agresiv în care industria farmaceutică activează în favoarea indivizilor, formarea conștiinței morale reprezintă o necesitate.

A avea o poziție corectă față de medicalizare presupune a poseda anumite virtuți primordiale în delimitarea aspectelor pozitive și negative a ceea ce reprezintă medicalizarea. De exemplu, aspectele eronate cu privire la medicalizare se referă la: categorizarea greșită a unor stări, cum ar fi tristețea, timiditatea etc. Acestea nu reprezintă de fapt simptome sau boli în sine. Prin medicalizarea acestor stări comitem o greșală de categorie și de înțelegere a naturii umane. Mai exact, a trăi înseamnă a lăsa ca anumite probleme, stări să-și parcurgă cursul firesc fără a interveni asupra lor sub aspect medical; focusarea atenției asupra schimbării stării critice pe care o trăiește ființa umană, când de fapt atenția trebuie concentrată asupra schimbării anturajului social care produce astfel de stări, decât a interveni asupra corpului pentru a ne potrivi mai bine normelor dominante.

Deci, pentru a preveni o degradare totală a actului medical și a intervenției asupra corpului uman, apare necesitatea de a privi medicina și progresul medical prin prisma eticii virtuții. Etica ne apare asemeni unui salvator al moralității exact în perioada în care: „Omul informat, scientizat și tehnicizat, copleșit de utilitarism și prosperare materială, tot mai puțin loc oferă universului spiritual, moralității, credinței religioase, sentimentelor sacre, chiar dragostei”. Plătește un tribut enorm performanțelor științifice și tehnice, medicina - una din cele mai vechi și mereu actuale ale științei și culturii care totdeauna a avut un „dualism” armonios, căutând să îmbine cunoștințele și acțiunile cu pârgurile psihologice și spirituale. Anume acestea din urmă s-au pomenit într-o criză tot mai presantă [134].

Cu toate că progresul în domeniul biomedicinii a majorat incidența factorului uman și a contribuit la îmbunătățirea calității vieții omului, dezvoltarea lui după criterii de profit ne demonstrează multitudinea efectelor negative, cu riscul de a oferi o putere necontrolată științei. Se observă un fenomen paradoxal al contemporanității, când progresul științei inițiază scopuri aparent utile comunității, dar o aduce la o depravare morală. Procesul expansiunii unor tehnologii performante (biomedicale, industriale, economice, informaționale etc.) scapă de sub evidența unor sisteme etice, socio-culturale și legale. Mai mult ca atât, concepțiile tradiționale (filosofice, etice, religioase), create pe parcursul istoriei și existente până în prezent, se dovedesc a fi inapte în fața unor noi cerințe și valori ale omului contemporan. Astfel, sunt create toate premisele necesare și devine evidentă inevitabila apariție a unei noi concepții etice. Prin urmare, necesită o revizuire inclusiv a eticii virtuții. În susținerea acestui postulat facem referire la „tabloul” ce denotă realitatea unei vieți medicalizate pe care o trăim, dar de care în mare parte nu suntem conștienți.

În lucrarea lui P. Bruckner, intitulată „Fanaticii apocalipsei” [20, p.155], se menționează că medicina ne vindecă tot mai mult, dar, în același timp, nevoia de securitate alimentează o piață care se află într-o continuă expansiune. Astfel am ajuns să trăim cu cunoștințele unei medicine care nu face altceva decât să ne îmbolnăvească. Am ajuns să credem în virtuțile curative ale remediilor, devenind niște farmaciști preocupați de fișele lor. Antidotul devine mai periculos decât maladia în sine. Astfel se înregistrează și o explozie a bugetului familiei dedicat farmaciei: trusa medicală a familiei devine suprasaturată de fiole, pilule, siropuri nefolosite care, într-un final, sunt aruncate. Fiecare bolnav se crede a fi propriul său medic, afișând „erudiția smintită a incompetentului cu o incultură abisală a esențialului”.

Cu toate transformările care au avut loc de-a lungul istoriei asupra tabloului patologic, cert este însă că medicalizarea este un fenomen caracteristic în mod special societății contemporane, tocmai din cauza că indivizii se pare că sunt mai sensibili ca niciodată la orice durere, la starea sufletească pe care o trăiesc și care se instalează odată cu pierderea unei persoane apropiate, sau datorită unui eșec pe plan profesional, personal etc. Ei sunt tentați să-și regăsească echilibrul atât fizic, cât și spiritual făcând apel la medicalizare, încercând să ignore, să inhibe aceste stări măcar și pentru o perioadă scurtă de timp. Prin medicalizare ei încearcă să regăsească acea bunăstare pe care au trăit-o până la instalarea stării de „rău”.

Oamenii nu au suferit dintotdeauna de aceleași boli. Patologiile s-au schimbat odată cu epocile și la fel s-au transformat și modurile în care oamenii și-au explicat de-a lungul timpului de ce se îmbolnăvesc, sau ce tratamente își pot aplica pentru vindecare. Astfel, fiecare epocă istorică are un specific al tabloului nosologic. Simplificând foarte mult, putem afirma că în zorii umanității, când omenirea era atât de încercată în războaie, traumatismele și afecțiunile consecutive infectării rănilor erau, probabil, predominante. Evul Mediu a fost marcat de epidemii precum cele de ciumă, holeră, lepră. Perioada modernă, odată cu Revoluția Industrială, este caracterizată de maladiile profesionale și cele specifice orașelor industriale aglomerate, insalubre, oferind rezidenților condiții mizere de muncă și locuire. Treptat, medicina progresează, calitatea vieții crește (a hranei, a locuirii etc.), astfel că ultimul secol aduce cu el un mai mare control al bolilor infecțioase, dar și o creștere a incidenței pentru câteva maladii redutabile, cu care omenirea luptă încă și astăzi (HIV/SIDA, cancerul). Ca o consecință a trendului de îmbătrânire a populației ce se înregistrează astăzi peste tot în lume, prezentul pare a fi marcat de bolile cronice, de ținerea sub control a infecției cu HIV/SIDA, de apariția tratamentelor pentru anumite tipuri de cancere, dar și de apariția unor condiții și factori de risc precum obezitatea, sedentarismul, diabetul [196, p.45].

Având în vedere evoluția tabloului patologic de-a lungul timpului, virtuțile, în fond, nu evoluează. Au de suferit doar rigorile virtuții din considerentul că s-au schimbat contextele -

fiecare epocă a pus accentul diferit pe respectarea lor. Cert este că, dincolo de circumstanțe, virtuțile rămân aceleași, se schimbă doar accentele. Problema constă în faptul că este mult mai dificil de a respecta anumite virtuți într-o societate de consum. Tabloul stării de sănătate a indivizilor în societatea de consum denotă faptul că am devenit ipohondrici prin faptul că suntem preocupați într-un mod exagerat față de starea noastră de sănătate. Astfel ajungem să creăm o obsesie pentru menținerea unei bune stări de sănătate și, în același timp, frica de o eventuală îmbolnăvire, fără a exista un temei obiectiv în acest sens. „Ipohondria este adesea caracterizată prin temeri că simptomele corporale minore pot fi semne ale unei boli grave, aceasta este caracterizată prin autoexaminare constantă și autodiagnosticare. În mod tradițional, termenul de ipohondrie este folosit pentru a descrie o tulburare asociată cu tendința de a avea temeri nefondate în ceea ce privește sănătatea personală” [115]. Această stare are capacitatea de a induce frica, atât de necesară în industria farmaceutică și a fortificării fenomenului de medicalizare. Omul este copleșit de sentimentul de frică la gândul că ar putea pierde posibilitatea de a savura din toate plăcerile și posibilitățile pe care ni le oferă astăzi modernitatea. În acest caz, medicina este percepută ca un salvator, prin intermediul căreia se poate instala starea de fericire a omului, chiar dacă în anumite situații valabilitatea morală este depășită de anumite scopuri.

O altă teorie normativă a eticii este *teoria deontologică*. Din perspectiva acestei teorii modul în care acționăm poate fi calificat ca fiind unul moral sau imoral. În cazul nostru, acțiunea de a medicaliza orice stare de disconfort trăită este de-a dreptul imorală. A abuza de servicii medicale, a consuma nejustificat medicamente pentru a inhiba anumite stări cu care ne confruntăm în anumite perioade ale vieții (tristețe, frică, anxietate, ușoare migrene etc.) și, mai mult, a interpreta aceste stări în termeni medicali, reprezintă de-a dreptul o acțiune imorală și o încălcare a eticii deontologice, deoarece aceste acțiuni intră în contradicție cu etica deontologică. O explicație în acest sens ar fi că există valori morale pe care trebuie să le respectăm cu orice preț, iar pentru acțiunile noastre trebuie să existe anumite limite absolute impuse. Această concepție ne ghidează de fapt deciziile și presupune „că principala virtute morală este capacitatea noastră de a ne respecta principiile cu consecvență, chiar și atunci când situația ne împinge în altă direcție” [153, p.12]. Respectarea principiilor și valorilor deontologice atât de către membrii unei societăți, pe de o parte, cât și de către personalul medical, pe de altă parte, reprezintă actualmente un imperativ. Acest fapt se datorează evoluției în ultimul secol al furnizării serviciilor medicale de la statutul de serviciu social, oferit de regulă de profesioniști individuali, la realizarea unui sistem complex care presupune: servicii diversificate furnizate în echipă care de regulă sunt realizate în cadrul instituțiilor medicale cu utilizarea tehnologiilor de ultimă generație. În acest sens și consecințele sunt evidente: creșterea constrângerilor financiare, tendința de consum în exces,

existența unor resurse rare și limitate, divergențe și tensiuni în determinarea priorităților, stabilirea a ceea ce este în interesul societății ca întreg și a pacientului ca individualitate [197, p.108].

Într-un final, ținem să menționăm că este de datoria fiecăruia respectarea normelor și principiilor deontologice. Aici facem referire atât la personalul medical, cât și la populația care beneficiază de servicii medicale și produse farmaceutice. Respectarea reperelor deontologice este de o importanță stringentă datorită modului în care a evoluat medicina și a diversificării specializărilor în acest domeniu. Specificăm că la începutul secolului trecut, medicina era practică de un medic generalist, care se preocupa de îngrijirea copiilor, adulților, bătrânilor, gravidelor, făcea mici intervenții chirurgicale etc., însă ca rezultat al progresului tehnico-științific medicul generalist s-a văzut depășit. Astfel, pentru a putea face față provocărilor a început procesul de specializare, care în prezent a ajuns la situația că toate organele omului au fost preluate de către unul sau chiar mai mulți specialiști. Bunăoară, așa se întâmplă în cazul creierului care este îngrijit atât de neurolog, cât și de psihiatru și de neurochirurg, sau în cazul rinichiului, care este îngrijit atât de urolog, cât și de nefrolog etc. [146, p.6].

În contextul eticii deontologice, filosoful german I. Kant (1724-1804) a propus două formulări ale principiului ultim de decizie morală. Prima formulare presupune existența *unei coerențe între deciziile noastre cu deciziile celorlalți* care presupune să acționăm „ca și când maxima acțiunii tale ar trebui să devină, prin voința ta, lege universală a naturii”, iar cea de-a doua se referă la ideea *egalității fundamentale a oamenilor ca sursă a legii morale*: „acționează astfel ca să folosești umanitatea atât în persoana ta, cât și în persoana oricui altuia, totdeauna în același timp ca scop, iar niciodată numai ca mijloc” [153, p.12]. Deontologia ne impune a reflecta asupra limitelor pe care trebuie să le respectăm atunci când acționăm, fiind necesar a medita asupra îndatoririlor pe care le avem față de ceilalți, precum și față de noi.

Infiltrându-se în viața de zi cu zi a individului, se pare că medicalizarea nu cunoaște bariere, astfel că tocmai din acest considerent, omul este singurul care poate sau nu impune anumite limite a nivelului la care acest fenomen poate fi prezent în viața sa. Aici ne confruntăm cu atitudinea etică, cu toate că a izbucnit în acest context o serie de controverse, existând tot mai multe voci din afara sferei filosofiei care susțin că problemele morale sunt probleme la care se pricepe toată lumea și că ele nu necesită o „expertiză” intelectuală specială – una furnizată de filosofii moralei – deci nici cunoașterea unor teorii etice sofisticate [115, p.72]. Se pare că lucrurile nu stau tocmai astfel. Orice acțiune trebuie să fie ghidată de o etică, în mod special când se face referire la actul medical și la viața omului. Omul trebuie să confrunte anumite stări de ordin moral pentru a accepta medicalizarea unor stări anterior considerate firești ca: menopauza, tulburările sexuale, hiperactivismul la copii, sarcina/nașterea etc.



Pe lângă teoria deontologică, o altă teorie a eticii cu implicare plenară în abordarea medicalizării repezintă *teoria consecinționistă*. Potrivit acesteia, acțiunile noastre generează câștiguri sau pierderi cu impact pozitiv sau negativ. Această perspectivă ne sugerează să adunăm cumva aceste plusuri și minusuri pentru a da curs acțiunii ce are un rezultat net preferabil. Deși această teorie ne permite să punem accent pe propriile interese, în același timp ne sugerează să ținem cont și de interesele celorlalți. Deci, este vorba nu despre o etică a „deciziilor care ne convin cel mai mult”, ci o etică a rezultatelor bine calculate și judecate [153, p.12].

Diferențierea modernă a valorilor apare ca o condiție necesară pentru progresul cultural și libertatea personală și, în același timp, pentru toleranța socială. Dar, în același timp, fenomenul menționat a dat naștere unei serii de inconveniențe, care au dus la „dezorganizarea sănătății”. Tocmai această diferențiere a valorilor afectează destinul omului modern. Asemenea argumente sunt invocate frecvent, și nu fără motiv, pentru a susține teza conform căreia diferențierea valorilor este sursa esențială a conflictului de valori și deci a crizei culturii moderne. Se cere să precizăm aici că prin criză de cultură nu înțelegem neapărat distrugerea, ci mai degrabă crearea și, mai ales, rearanjarea valorilor după diferite criterii [4, p.29].

Nu ne vom opri aici asupra avantajelor și dezavantajelor diferențierii moderne a valorilor, deși merită atenție, ci mai degrabă asupra conflictului de valori, ale cărui efecte tulburătoare sunt mai vizibile în zilele noastre. Desigur, acesta nu este un conflict între valori în sine, deși, fiind autonome, ele sunt implicate într-o adevărată competiție pentru realizarea lor. Acest conflict îi afectează, în primul rând, pe purtătorii valorilor, al cărui proces de evaluare susține întruchiparea unor valori și le respinge pe celelalte. Numai în acest sens ni se permite să vorbim despre valori ca fiind în conflict între ele. De exemplu, o persoană, fie individuală, fie colectivă, poate îmbrățișa o anumită valoare, de pildă, una religioasă, și își poate organiza viața în funcție de valoarea adoptată, fiind indiferentă sau chiar intolerantă față de toate celelalte. Această atitudine ar putea duce la fanatism religios, un comportament care devastează epoca noastră istorică, precum și pe altele. Exemple similare de exclusivitate axiologică pot fi întâlnite și de acei oameni care trăiesc după o singură valoare, care poate fi cea legată de profesia lor, sau alte valori precum cele economice, politice sau estetice. O astfel de atitudine se dovedește a fi o denaturare a conștiinței axiologice și are un impact negativ asupra altor oameni și asupra întregii culturi [4, p.29].

Prin urmare, este de netăgăduit că astăzi, una dintre consecințele diferențierii și conflictului de valori, atât la nivel individual, cât și colectiv al persoanei, constă în faptul că umanitatea este marcată nu de izolare, ci mai degrabă de o tendință de fuzionare și contopire a valorilor, cel puțin în raport cu cele fundamentale. În locul valorilor personale care aparțin tradiției culturale locale sau naționale, treptat sunt îmbrățișate sub presiunea globalizării idei și valori precum: libertatea,

egalitatea, democrația, justiția, economia de piață, protecția mediului etc. Aceste valori dobândite, universal valabile, au devenit scopuri ale lumii întregi.

În situația în care privim medicalizarea atât din perspectivă medicală, cât și socială, respectarea *eticii utilitariste* presupune că acțiunile noastre trebuie să se bazeze pe calculul cost-beneficiu. În concepția lui J. Bentham, „Morală utilitaristă solicită să alegem întotdeauna acea modalitate de acțiune ale cărei consecințe oferă cantitatea maximă de plăcere nu numai și nici măcar în primul rând pentru noi înșine, ci pentru cât mai mulți oameni cu putință și nu numai în viitorul imediat, ci pe termen cât mai lung cu putință” [28, p.131].

Totuși gradul de aplicabilitate a acestui postulat este relativ, deoarece potrivit criticilor, atât plăcerile cât și suferințele sunt inegale, dacă le privim „sub aspectul semnificației și valorii morale;” plăcerile și durerile nici nu sunt cu adevărat cuantificabile („ex.: cum s-ar putea însuma sau scădea cantitățile de plăcere ale unui singur om?”); chiar dacă plăcerile și durerile ar fi strict cuantificabile, noi nu avem capacitatea de a prevedea cu suficientă siguranță efectele însumate ale actelor noastre pe termen mediu și lung. Dacă postulatul lui J. Bentham ar fi valid și utilizabil, atunci s-ar putea stabili care dintre actele alese și deciziile luate sunt cele mai juste, astfel încât societatea să aibă numai de câștigat prin faptul că un mare număr de oameni vor beneficia de urmările acestor acte și decizii. Modul în care J. Bentham focalizează analiza filosofică exclusiv asupra consecințelor unei *singure* fapte sau decizii morale, a fost ulterior numit „*act utilitarianism*” – utilitarism al actului (singular), care încearcă să evalueze fiecare faptă după criteriile „aritmicii plăcerii”. Din această perspectivă radical consecvențialistă, *intenția* unui act este irelevantă - contează numai consecințele. Utilitarismul fiind ulterior dezvoltat de către J. Stuart (1806-1873), care a păstrat intact „principiul utilitarist al maximei fericiri (plăceri)”, în același timp face o concesie bunului simț, recunoscând că nu toate plăcerile au aceeași valoare, unele plăceri, în special cele spirituale, sunt superioare celor triviale [28, p.134]. Prin urmare, ecuația utilitaristă arată în felul următor: „*Binele = fericire = plăcere = utilitate*”, obținută prin acțiunea omenească va reprezenta rațiunea necesară și suficientă a tuturor teoriilor utilitariste” [28, p.6]. Din punct de vedere moral, utilitarismul reprezintă un deziderat respectabil atât timp cât, dându-i curs, are un impact pozitiv asupra unui număr cât mai mare de populație. Medicalizarea interpretată prin prisma teoriilor etice normative poate facilita identificarea unei alegeri optime, astfel încât acest fenomen să aibă un impact pozitiv asupra omului. Revizuirea conceptelor și teoriilor etice este necesară din considerentul că multe din problemele de ordin etic care există astăzi, nu erau considerate probleme morale cu două secole în urmă. Un exemplu în acest sens se referă la consimțământul informat în actul medical. Faptul că unele probleme au început să fie percepute ca morale, denotă faptul că s-au produs schimbări fundamentale, ceea ce face și diferența între culturi,

în ceea ce ele interpretează ca problemă de ordin moral, precum și modul în care sunt identificate soluții corecte pentru rezolvarea acestor probleme. Toate acestea se datorează istoriei, tradiției, educației, prejudecăților existente, experiențelor etc. [211, p.94].

Intervenția etică întrunește anumite dificultăți, în contextul în care nu există alternativă decât să țină ritmul tehnologiilor medicale moderne, precum și să facă „lumină” în ceea ce privește justificarea anumitor permisiuni, impunerea anumitor interdicții, legitimarea anumitor proceduri etc. Medicina contemporană, ca niciodată, este interesată de corpul uman. În rezultat se produce medicalizarea vieții și controlul tot mai evident al medicinei și al domeniilor sale conexe – farmaceutică, dietetică, întreținere corporală. Toate acestea necesită o condiționare etică, în mod special, când facem referire la un corp viu. Corpul este văzut ca un instrument la un nivel macro al deciziilor politice și medicale, unde nu există loc pentru autonomie și individualism. Astfel, toate deciziile sunt administrate și reglementate la nivel central și trebuie respectate. Prin urmare, eficacitatea economică și utilitatea sunt orientate în două direcții. Prima direcție presupune că oamenii trebuie să fie sănătoși, pentru a fi capabili să muncească eficient. Iar cea de-a doua presupune că o persoană bolnavă generează costuri suplimentare pentru comunitate și sistem. Boala sau dizabilitatea necesită costuri/cheltuieli sociale și din acest considerent este foarte important controlul sănătății populației, considerându-se că „prevenirea este mai bună decât tratamentul” [207, p.151]. Dacă înainte individul era obligat să-și ralieze comportamentul și gusturile la valorile, normele morale și legitățile sociale, acum societatea este cea care coordonează activitatea cu interesele individului. Astfel imperativele: *Totul pentru binele omului, Totul pentru confortul omului* etc., în mare parte, au capacitatea de a-l priva pe om nu numai de griji, dar și de voință, de individualitate, sau chiar de propria demnitate [188, p.26].

Acordarea de mai multă autonomie pacienților poate afecta medicalizarea în două moduri. În primul rând, poate face pacienții mai sceptici și critici, ceea ce poate duce la demedicalizare. Pacienții uneori refuză tratamentele medicale sau caută în mod activ alternative (de exemplu, homeopatie etc.). În al doilea rând, o autonomie mai mare înseamnă, de asemenea, că indivizii sunt mai responsabili pentru propria lor sănătate. O caracteristică îngrijorătoare asociată medicalizării este transformarea inherentă a problemelor sociale în tulburări medicale, ceea ce presupune o schimbare prin care problemele sociale cum ar fi sărăcia, educația scăzută și șomajul sunt mai susceptibile de a fi interpretate ca fiind eșecuri personale. În consecință, individualizarea acestor probleme sociale poate declanșa medicalizarea. Potrivit opiniei lui I. Illich, starea de fapt respectivă poate fi descrisă ca iatrogenie socială. Aceasta se referă la efectul negativ al organizării asistenței medicale la nivel social, vizând individualizarea problemelor sociale prin medicalizarea lor și dependența crescută de produse farmaceutice. De asemenea, I. Illich susține că simptomele

depressive nu au nimic de-a face cu șomajul sau cu conflictele interpersonale, cum ar fi divorțul, drogurile ce oferă soluții individualizate la probleme care adesea au origini sociale și structurale. Într-un asemenea caz, statul este privat de implicarea în acțiuni expansive și complexe de politică socială. Ca urmare, accentul pus pe responsabilitatea individuală și pe comportamentul față de sănătate legitimează statul ca având din ce în ce mai puține responsabilități în asigurarea bunăstării cetățenilor. Medicalizarea poate fi văzută ca o teorie de mediu, cum ar fi teoria cauzei fundamentale și perspectiva cursului vieții, care tind, de asemenea, să adopte o abordare neostructurală. Marile teorii, cum ar fi teoria sistemului lui T. Parsons, în care conceptul despre rolul bolnavului este un element bine dezvoltat, încearcă să cuprindă întreaga societate cu toate mecanismele sale. Ele au contribuit foarte mult la dezvoltarea sociologiei prin furnizarea de cunoștințe teoretice, aspecte conceptuale, dar care nu sunt ușor de a fi testate empiric. Pentru a face o teorie testabilă empiric, rămâne întrebarea presantă a modului de măsurare a medicalizării [21, p.32-33].

Menținerea unui echilibru în ceea ce privește consumul de medicamente și utilizarea diverselor metode de inhibare a anumitor stări ce sunt proprii ființei umane (stresul, frica, fobiile, sarcina/nașterea) contribuie la evitarea dezechilibrului moral și la menținerea unui mod sănătos de viață prin acceptarea stărilor firești și proprii ființei umane, la ignorarea cu desăvârșire a lucrurilor ce dăunează vieții omului, transformându-ne în „sclavi” ai unei societăți medicalizate și excesiv tehnologizate. Tendința gândirii actuale constă în excluderea oricărei afecțiuni prin apelarea la remediile medicale de ultimă generație. De asemenea, se consideră că prin impunerea unor reguli stricte de viață omul nu va avea de suferit de pe urma afecțiunilor, dacă are un regim alimentar adecvat, se odihnește suficient, contribuie la menținerea unei stări de bine sub aspect fizic și psihic [110].

Pentru a judeca faptele morale particulare (din domeniul biomedical) nu avem nevoie de marile teorii etice, ci ne este suficient „un cadru pentru identificarea problemelor morale și pentru reflecția asupra lor”, constituit din: principii, reguli, drepturi, virtuți și idealuri morale. Reiterăm că acest cadru metodologic are la bază: *principiul respectului autonomiei* (o normă pentru respectarea capacității și libertății decizionale a persoanelor autonome); *principiul binefacerii* (beneficence) (un grup de norme pentru crearea de beneficii generale și estimarea beneficiilor în raport cu costurile și riscurile); *principiul nefacerii răului* (non-maleficence) ce reprezintă o normă a evitării cauzării unor vătămări; *principiul dreptății* – o serie de norme pentru distribuirea beneficiilor, riscurilor și costurilor într-un mod echitabil [15].

Respectarea acestor principii asigură eliminarea problemelor de ordin etic ce ar putea apărea odată ce se face apel la actul medical și medicalizare. De altfel, conștientizarea promovării

și aplicării teoriilor și principiilor etice reprezintă fundamentul unei practici medicale profesionale, ceea ce constituie un aspect esențial în oferirea de servicii calitative. Abordarea etică presupune a reflecta asupra principiilor generale și a judeca acțiunile în lumina acestora referitor la ceea ce trebuie să facă, pe de o parte, personalul din sistemul medical, iar, pe de altă parte, persoanele din afara sistemului medical, într-o anumită situație. Deci, rolul eticii în raport cu medicalizarea este de a ajuta oamenii și instituțiile să decidă cum să acționeze prin prisma valorilor și a convingerilor morale. Mai mult, principiile reprezintă criterii prin prisma cărora măsurăm acțiunile noastre ca fiind unele morale și altele imorale.

Aplicarea eticii este o luptă pentru a câștiga un statut în fața oamenilor de știință și un îndemn de reflecție și conștientizare a riscurilor avansării tehnologiilor medicale, a industriei farmaceutice etc., ce impun sporirea „puterii” etice mai mult ca oricând. Reflecția asupra problemelor normative în medicină datează încă de la Hippocrate, însă instituționalizarea disciplinei cu numele de etică medicală sau bioetică este una relativ nouă. Gândirea etică în medicină și în biologie se împarte între principiile filosofice și metode, ipoteze, orientate spre științele naturii. Apare aici o dilemă, deoarece grupele de științe ale naturii și cele ale spiritului au diferite metode de investigație a obiectului. Situațiile de conflict moral în medicină își fac apariția încă în perioada premodernă, cazuri care nu au fost discutate pe larg. Acest lucru se datorează „unei situații culturale specifice, în care exista o „armonie prestabilită” între etica medicală și poziția moral-teologică a Bisericii” [167].

Etica medicală chiar de la începuturile sale cuprindea principii morale care guvernau toate activitățile medicale, fiind una dintre primele etici profesionale cu mare vechime. Astăzi ea cuprinde toate discuțiile despre problemele privind asigurarea integrității fizice și morale a oamenilor atunci când sunt supuși tratamentelor medicale. Dar lumea medicală este largă, cu multe valori și virtuți, și nu e de dorit să fie o singură etică medicală, peste tot. Etica medicală corelează cu etica biologică, etica profesională, etica științifică, acestea însă nu trebuie să fie privite separat, ci interpretate în cadrul unei interacțiuni concomitente, pentru ca actul medical să fie realizat la un nivel evoluat.

Corpul uman a devenit deopotrivă obiectul de studiu și victima scientismului medical, iar tehnologiile biomedicale, ce au influențat cursul natural al vieții, au modificat imaginile despre femeie, bărbat și cuplu, despre viață, suferință și moarte etc., modificând astfel și semnificațiile lor valorice [185, p. 38]. Tocmai în perioada în care această mentalitate a intrat în declin, apare și bioetica în secolul al XX-lea, când știința a atins stadiul de revoluție. „Bioetica ajută ca relația medic-bolnav să fie permanent personalizată și nu standardizată prin tehnologie și prin neglijarea

umanului, astfel ca activitatea medicală să nu devieze de la scopul de a îngriji, de a ajuta, de a vindeca” [11, p.116].

Apariția bioeticii nu este una întâmplătoare, ea se ivește la răscrucea dintre umanitate și tehnologizare: „Bioetica a apărut ca o reacție firească la amețitoarea avalanșă de noi tehnologii medicale, ce stau tot mai pregnant sub semnul comercialului și tot mai puțin sub semnul umanismului care trebuie să caracterizeze actul medical. Trasarea unor bariere etico-morale și/sau legislative în calea unor posibile abuzuri, generate de utilizarea necontrolată a acestor tehnologii recent dezvoltate, constituie o necesitate actuală absolută” [119].

Luând în considerație că etica guvernează acțiunile individului în societatea de consum, respectarea valorilor etice și morale este sfidată, în mare parte, dat fiind faptul că „consumismul duce la o sterilitate morală și la o etică care se autodefinește ca fiind dincolo de morală: nici morală, nici imorală, ci amorală” [155, p.141], sau, precum susținea medicul Albert Schweitzer (1875-1965), laureat al premiului Nobel pentru pace din 1952: „etica înseamnă respectul oricărei vieți. Prin intermediul acestui aspect universal intrăm în contact cu lumea, suntem în armonie cu legile ei, un atare principiu ne poate conduce spre un umanism profund și universal, care trebuie să fie elementul dominant în lumea contemporană” [116, p.5].

Un proiect etic este inevitabil în fața medicalizării în momentul în care trăim într-o societate unde există o criză a conduitelor și acțiunilor morale. Dacă e să facem referire la opinia lui Jean Francois Malherbe despre decizia morală, acesta susține că decizia morală include trei componente de bază: *valorile și atitudinile; situațiile problematice* concrete, care necesită să fie soluționate; *conștiința morală* pe post de instanță psiho-spirituală, care are drept scop armonizarea unor stări de fapt cu starea de drept. Neglijarea unui element în decizia morală generează pervertiri, perversiuni ale eticii. În concluzie la ceea ce reprezintă decizia morală și componentele ei: „morală de situații recomandă luarea deciziei în funcție de dorințele subiective proiectate asupra situației; exigențele libertății sunt hipertrofiate în detrimentul exigențelor de solidaritate și justiție (care sunt instanțe valorice). Pe de altă parte, refugiul în tradiție, autoritarism sau, în lumea de azi, înlăturarea incertitudinilor prin invocarea științei anemiează planul moralității trăite” [45].

Datorită faptului că nicio problemă nu este străină medicinei și bioeticii, de la naștere și până la moarte, cert este că în evoluția medicinei contemporane se evidențiază anumite lacune. Soluționarea acestora presupune, în primul rând, creșterea gradului de *responsabilitate complexă*. Responsabilitatea la nivel judiciar, de exemplu, presupune promovarea bunelor practici în domeniul sănătății, inclusiv sub aspect etic, care în Republica Moldova sunt reflectate în următoarele documente: Legea cu privire la activitatea farmaceutică, nr.1456 (1993) [95], Legea cu privire la medicamente, nr. 1409-XIII (1997) [96], Legea ocrotirii sănătății, nr.411 (1995) [97],

Hotărârea pentru aprobarea Regulamentului cu privire la promovarea etică a medicamentelor [76], Codul Etic de Promovare a Medicamentelor. Prin elaborarea Codului Etic, Republica Moldova se obliga să respecte aceleași norme etice de desfășurare a activității de informare în domeniul medicamentului, ca și cele prevazute de Codul EFPIA și de Directiva Consiliului Europei 2001/83/EC1, cu amendamentele acesteia, referitoare la produsele medicamentoase de uz uman. Codul de Etică urmărește să promoveze un mediu în care publicul larg să poată avea încredere că alegerea medicamentelor în vederea prescrierii se face pe baza meritelor fiecărui produs și a nevoilor individuale de asistență medicală a pacienților. La fel se va respecta și Codul de Interacțiune cu Profesioniștii din domeniul medical al Cercetării și cu Producătorii Farmaceutici din America (Code of Interactions with Healthcare Professionals, Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA)).

Relația dintre etică și drept a fost întotdeauna una apropiată, iar o analiză în acest sens este semnificativă pentru înțelegerea interrelației pe care o au acestea, deoarece se influențează reciproc. Durand explică: „etica (sau morala) desemnează în mod corespunzător o reflecție asupra unui ansamblu de exigențe de respect și promovare a individului”. Se poate spune că obiectul de studiu, cel mai important posibil, al eticii este promovarea omului, în timp ce legea urmărește armonizarea conviețuirii sociale pe baza normelor și valorilor pe care le consideră adecvate pentru protecția ființei umane. Etica este preocupată de interiorizarea unei bune conduite (datorii de conștiință), în timp ce legea se ocupă de efectele sociale ale exteriorizării anumitor comportamente. Etica necesită adeziune liberă (voluntară), în timp ce legea se impune ca obligatorie (coercivitate). Etica are intenții universale, iar legea se mulțumește să reprezinte societatea în care este inserată. Etica este autonomă, pentru că ea provine din conștiință; legea este heteronomă, impusă de autoritate. Etica are un caracter mai restrâns domeniului de acțiune decât cel al dreptului, care poate, de asemenea, guverna problemele tehnice și economice, dar care pot fi total străine de morală. În această confruntare, se poate afirma inițial că bioetica și biolegea nu pot fi tratate ca sinonime, deși sunt strâns legate, întrucât etica fără lege își pierde coercitivitatea, iar legea fără etică își pierde legitimitatea. Prin urmare, bioetica propune reflecții etice, legea propune reflecții juridice bazate în totalitate pe demnitatea omului. Despre relația dintre drept și bioetică Broekman afirmă că această relație este semnificativă pentru bioetică dat fiind faptul că corpul supus medicalizării este deja legalizat și viceversa. Medicalizarea și legalizarea sunt procese fundamentale, care dau sens interpretării corpului ca entitate culturală. Prin urmare, ei mențin etica sub puterea lor, așa cum este demonstrat din belșug de lege și medicină. Recunoașterea lacunelor de reglementare este primul pas în construirea unei biotehnologii autonome care este recunoscută ca fiind interdisciplinară, principiologică și suficient de dinamică

în urmărirea inovațiilor biotehnologice care afectează direct ființele umane și care pot, în același timp, aduce beneficii sau pot pune în pericol prezentul și viitorul generațiilor [165, p.283-288].

În lupta cu desacralizarea actului medical, iluminarea sanogenă, inclusiv axarea pe activitatea de consiliere, țin de *responsabilitatea medicului*, care va preveni astfel situațiile de risc față de starea de sănătate a pacientului. Aceste inițiative necesită implicare maximă din partea medicului prin oferirea de explicații sistematice, accesibile și convingătoare, ceea ce va contribui la încurajarea formării unei conștiințe de sine prin atingerea unor idealuri etice, morale, intelectuale demne. Nu vom omite, de asemenea, și *responsabilitatea fiecărui individ în parte* în ceea ce privește accesul la servicii medicale și medicamente într-un mod rațional. De remarcat că medicamentele sunt parte componentă a fenomenului de medicalizare în cadrul unei societăți, iar dacă ne referim la consum, etica este cea care depășește cadrul legal, deoarece este imposibil ca acesta din urmă să prevadă toate situațiile ce presupun consumul de medicamente. Limitele în acest sens țin de regulile morale ale fiecărui om în parte.

Prin urmare, devine necesar a adopta un model general al sănătății conceput ca rezultat al unor obiceiuri echilibrate de viață sănătoasă (dietă, mișcare, odihnă etc.), decât al utilizării unor medicamente („pentru slăbit”, „pentru calmare” etc.); se poate frâna procesul de „medicalizare a problemelor vieții, realizată printr-un marketing public agresiv al unor medicamente și servicii medicale costisitoare, prescrise pentru aceste probleme”. În plan psihologic individual, apare ca necesară formarea unei *mentalități asupra propriei sănătăți*, „self-management model”, conform căreia orice om trebuie să își autoadministreze sănătatea într-un mod conștient și responsabil, ca parte integrantă a stilului său de viață [5].

Prin urmare, ceea ce experimentăm astăzi poate fi caracterizat astfel: este evident că, fie conștient, fie inconștient, omitem cu desăvârșire valorile etice în ceea ce privește abuzul de medicamente și tratamente, care la prima vedere ne par inofensive, iar în timp se dovedesc a ne afecta mult mai grav. Uităm de instinctul de autoapărare al organismului atât de dezvoltat la strămoșii noștri. Ne aflăm într-o continuă stare de identificare a stării de bine, a confortului sub aspect fizic, psihic și emoțional. Astfel dăm importanță mass-mediei, reclamelor, abuzului de medicamente, servicii și proceduri medicale etc., acestea fiind doar câțiva factori cauzatori, care de fapt nu ne sunt impuși, dar suntem într-atât de creduli, încât cu ușurință suntem duși de val în miezul tehnologiilor moderne, care ne demonstrează zilnic că aproape orice este posibil dacă recurgem la medicalizare, însă frecvent fără a se ține cont de aspecte etice elementare, ce protejează ființa umană de dezumanizare, exces etc.

În revista *Bioethics*, în articolul intitulat „On good and bad forms of medicalization” autorul E. Parens susține că a trata problemele umane din punct de vedere medical este ca și cum



am comite o greșeală cu privire la natura lumii. A trăi o viață normală, înseamnă să evităm o astfel de greșeală și să acceptăm anumite probleme ca parte a existenței umane, chiar dacă medicina ne pune la dispoziție o gamă variată de metode și de medicamente pentru a reduce suferința corpului uman. Influența crescută a acestui proces ne poate capta atenția și resursele. O idee binevenită, în contextul când persoanele timide produc modificări cu ajutorul medicamentelor, este schimbarea așteptărilor noastre privind modul în care oamenii se comportă în anumite situații inedite. Schimbarea așteptărilor sociale ar fi echitabile cu individul, care în loc să producă anumite modificări ale corpului cu ajutorul medicamentelor, pentru a se potrivi normelor dominante, mai bine să se conformeze pentru a răspunde noilor provocări [137, p.29]. Acesta este doar un exemplu prin care medicalizarea orientează bioetica spre identificarea și redirecționarea moralității în scopul eliminării oricărui pericol, ce poate interveni în cazul utilizării excesive de medicamente și a tot ce reprezintă biotehnologie modernă. Un alt exemplu cu privire la modul în care până și emoțiile cad sub incidența medicalizării ne este oferit de către P. Conrad în lucrarea „The medicalization of society”. În această lucrare se face referire la lipsa anumitor reglementări din domeniul sănătății, fapt ce a oferit companiilor din domeniul biotehnologiilor medicale și a companiilor farmaceutice libertate în ceea ce privește publicitatea produselor, care s-au dovedit a fi ademenitoare atât pentru medici, cât și pentru consumatori. De exemplu, FDA a aprobat în 1996 preparatul Paxil (clorhidrat de paroxetină) pentru tratamentul depresiei, după Paxil a urmat Prozac și alți generici într-o piață deja saturată de preparate antidepresive. Producătorul de la Paxil (numit acum GlaxoSmithKline) a răspuns la aglomerarea care s-a produs pe piață cu solicitarea pentru aprobare de către FDA a noi aplicații suplimentare pentru Paxil. Producătorul a ales să se specializeze astfel pe „piața de anxietate”, inclusiv tulburări de panică și tulburări obsesive, compulsive la început, apoi tulburări de anxietate socială (SAD) și tulburări de anxietate generalizată (DGA). Astfel preparatul Paxil a contribuit la medicalizarea emoțiilor, cum ar fi grija, timiditatea etc. Acesta este doar o modalitate prin care se încearcă recadrarea și medicalizarea caracteristicilor și experiențelor umane comune prin intermediul industriei farmaceutice [37, p.17].

Pornind de la premisa că progresul științific în domeniul biomedicinii reprezintă pentru umanitate o mare și, în același timp, enigmatică provocare, bioetica dispune de potențialul necesar pentru a optimiza prin control, monitorizare și expertizare capacitățile științei în direcția unde ființa umană este în deplină siguranță de a nu fi percepută ca obiect. Plurivalența acestui fenomen în dimensiune bioetică va fi reflectată într-o manieră comprehensivă în paragraful următor. Cu toate că progresul medical asaltează posibilitățile și intervențiile de viitor asupra corpului uman, constrângerea progresului ar favoriza blocarea dezvoltării științei, ceea ce constituie o imoralitate, iar sarcina bioeticii în acest sens presupune aprofundarea și ajustarea principiilor și valorilor

morale la noile tendințe argumentate științific la rangul în care omul să se simtă protejat. Bioetica, în acest sens, tutelează medicalizarea, fenomen care se pare că „domină” astfel de stări ca anxietatea socială, impotența, schimbările de dispoziție, timiditatea, îmbătrânirea, nașterea, sarcina, formele corpului etc. Acestea sunt doar câteva din stările care sunt intens medicalizate în societatea contemporană, care au trecut de la stări considerate cândva firești la stări asupra cărora trebuie neapărat de intervenit.

## **2.2. Sustenabilitatea reperelor bioetice în procesul medicalizării**

Totalitatea acțiunilor pe care le întreprindem, indiferent de domeniu, împrejurări, situații etc., necesită a fi analizate prin prisma moralității. Dat fiind faptul că percepția umană despre anumite fenomene este influențată de educație, cultură, experiență, la fel și în practica medicală, medicul are menirea de a-și extinde considerațiile dincolo de faptele medicale. A privi pacientul ca un întreg în era tehnologizată a actului medical și a crea o conexiune a părților prin prisma sistemelor etice ordonate în jurul ideilor de lege, obligație, datorie, virtute, fericire, principii, consecințe etc. nu este un proces tocmai ușor de realizat. Cu toate acestea, interpretarea prin prisma moralității este cea care asigură creșterea calității și diminuarea riscurilor actului medical. Într-o perioadă inundată de tehnologie avansată și sofisticată este necesar de a aduce pe prim-plan, în vizorul medicinei, bioetica, pentru a trata problemele abordate de domeniul medical, și mai mult, de a transfera verdictul etic și moral de la aspectele individuale la cele sociale, de la cele psihologice la cele juridice, sau de la cele economice la cultură, culminând cu cele de natură biologică și medicală. În practica medicală modernă apare necesitatea stringentă de compatibilizare a valorilor umaniste, morale ale omului și societății cu dezvoltarea științei, punând în acord acțiunile omului (faptele lui) cu valorile sale morale.

Preocupările medicului și bioeticianului V.R. Potter (1911-2001) dedicate bioeticii, ne ajută la fundamentarea și îmbinarea cunoștințelor despre medicalizare cu valorile umane. El considera bioetica o știință ce asigură binele social, ce are la bază cunoașterea realistă a naturii biologice a omului, precum și a lumii biologice. Pentru el bioetica semnifica ajutorarea umanității în participarea la procesul evoluției biologice și culturale. Deci necesitatea stringentă a bioeticii ne apare în momentul când toate etapele vieții, începând cu nașterea și finalizând cu moartea, ne sunt puse oarecum în pericol ca rezultat al dezvoltării accelerate a științei, când se pune mare accent pe tehnologizare și dezumanizarea actului medical. Continuând cu abordarea lui V.R. Potter referitor la bioetică, acesta afirma că trebuie să existe o sinteză, dar și o specializarea a eticii în etica naturii, bătrânilor, vieții urbane etc. sau, într-un sens mai clar, soluționarea problemelor limitrofe, cum ar fi: eutanasia, ingineria genetică, transplantologia, implantarea organelor artificiale, raclajele,

experimentele clinice, noile tehnologii ale nașterii copiilor, clonarea [184, p.31-33]. Medicalizarea este omniprezentă practic în toate aceste situații. Importanța și rolul pe care îl are bioetica în viața de zi cu zi a omului și, în mod special, atunci când omul încearcă să medicalizeze stările firești ale existenței, poate fi redată printr-o serie de exemple. Unul dintre acestea îl găsim reflectat în lucrarea „Orientarea experiențială în psihoterapie”, autorul căreia este psihoterapeuta Iolanda Mitrofan. Autoarea specifică faptul că, privind la evoluția științelor, se poate remarca că de ceva vreme încoace „omul înțelege tot mai mult că trecerea de la idee la acțiune necesită un fel de filtru etic pentru ca formele de manifestare să fie acceptabile și să poată fi acceptate social” [117]. Pentru a supraviețui, organismul viu are nevoie de ceva bun sau rău, desigur ceea ce este bun întreține viața, iar ceea ce este rău constituie un impediment. Spre deosebire de alte organisme vii, ființele umane nu urmează întocmai valorile de care au nevoie pentru a supraviețui. De exemplu, plantele din încăperea care cresc înspre fereastră sunt orientate automat spre lumină datorită unui mecanism numit „fototropism”, sau animalele au cicluri comportamentale pe care le repetă anual pe tot parcursul vieții, cum ar fi hibernarea, migrația, reproducerea. Spre deosebire de plante și animale, oamenii nu au astfel de comportamente automate. Omul are anumite reflexe, dar sunt mai mult fiziologice decât comportamentale, acestea însă nu sunt suficiente. Omul are nevoie să aleagă cursul acțiunii, el trebuie să decidă cărei acțiuni să-i dea curs, întrucât deciziile pot avea un efect de lungă durată. De aceea omul are și o copilărie atât de lungă, perioadă în care învață a descoperi și internaliza valorile de care are nevoie pe viitor [117, p.14].

Dincolo de automatisme și instincte fiziologice, omul se pare că are nevoie de mai mult pentru ca acțiunile și deciziile care urmează să le întreprindă să fie raționale. La limita dintre rațional și irațional ne apare bioetica, preocupată de modul în care prevenim și tratăm orice afecțiune. Studiind valoarea etică în ceea ce privește descoperirile și performanțele în domeniul biomedical, bioetica încearcă oarecum să întreprindă ceea ce istoricul Tucidide afirma: „Voi, care prin hotărârile voastre veți fi creatorii evenimentelor viitoare, bune sau rele, aveți tot dreptul (dar și datoria) de a vă gândi la consecințele lor posibile”. Aici ne apare întrebarea: dacă ne gândim și conștientizăm consecințele precum și riscurile la care suntem expuși din momentul în care facem apel la medicalizare la cel mai mic disconfort. Rudolf von Ihering prin afirmațiile sale se pare că oferă un răspuns foarte clar la întrebarea de mai sus, și anume, că știința și bioetica are un caracter universal, iar atât timp cât știința reprezintă o provocare bioetica, trebuie să fie un răspuns [167, p.21]. Bioetica este cea care ne poate ghida în ceea ce privește luarea unei decizii într-o anumită situație de risc ce vizează starea de sănătate, precum și a ne proteja față de provocările progresului și ale științei moderne, care nu întotdeauna pune pe prim-plan demnitatea și siguranța ființei umane.

Putem afirma cu certitudine că medicalizarea reprezintă marea provocare astăzi când ne focusăm atenția prea mult pe prevenirea bolilor, în interesul companiilor farmaceutice, chiar de la simplele suplimente alimentare pe care le administrăm pentru imunitate, slăbit, îmbunătățirea memoriei etc., simplul fapt de a fi expuși la un anumit risc patologic devine o patologie în sine și asta prin modul în care „prevenim” afecțiunea.

Credința intuitivă precum că suferim sau că există riscul de a suferi de o afecțiune, alimentată de tehnologiile medicale, fără îndoială se plasează în centrul autodiagnosticării astfel că am ajuns să privim riscul de o viitoare afecțiune ca fiind afecțiune în sine. La mijlocul secolului al XX-lea se atestă o fortificare a fenomenului de medicalizare în rândul persoanelor sănătoase, bazată exclusiv pe tratarea așa-numitului „risc estimat”, care ar putea genera o afecțiune viitoare, ceea ce a determinat apariția inutilă a așa-numitor „afecțiuni cronice”. Condițiile care au favorizat autodiagnosticarea se referă la: avansarea tehnologică ce are capacitatea de a detecta și cele mai mici anomalii; interesele comerciale și profesionale; inițiativele sistemului de sănătate ce favorizează tot mai multe teste și tratamente [123].

Una dintre cele mai stringente probleme ale medicalizării se dovedește a fi faptul că nu sunt limite clar stabilite în ceea ce privește tratarea și prevenirea afecțiunilor. Din acest considerent se confundă prevenirea cu însuși tratamentul. Cheltuielile pentru medicamente au înregistrat pe plan mondial creșteri semnificative de la un an la altul și aceasta nu atât din cauza creșterii demografice, care a avut o contribuție minoră, cât, mai ales, ca rezultat al acțiunii anumitor factori, cum ar fi: creșterea „per capita” a consumului de medicamente, utilizarea unor medicamente noi și scumpe în locul celor vechi și ieftine, creșterea prețurilor medicamentelor deja existente pe piață etc.

Medicalizarea privită prin prisma asistenței cu medicamente deja este suficientă pentru a crea un tablou referitor la amploarea acestui fenomen. De exemplu, în R. Moldova această asistență cu medicamente este oferită de către CNAM „clienților” ei. Cum o condiție esențială a îngrijirilor de sănătate este accesibilitatea, acest principiu trebuie să vizeze și asistența cu medicamente; și cum componenta economică a accesibilității este în acest caz majoră, compensarea în proporții diferite a costului produselor farmaceutice este preluată de societatea de asigurări. În mod practic, toate consultațiile acordate de medici solicitanților se însoțesc de prescrierea unor medicamente. Prin urmare, principalul actor care generează consumul de medicamente, onorat de farmacist și achitat de casa de asigurări, este medicul [54].

O abordare interesantă ce reflectă un adevăr valabil și pentru etica medicalizării este redată în lucrarea lui C. Cuceu *„Imperativul progresului moral. Ipoteze contemporane privitor la intervențiile biomedicale asupra moralității individului”*, care încearcă a oferi un răspuns la

întrebarea: „Ce ne-ar putea opri să intervenim biomedical asupra indivizilor în condițiile în care dispunem de știința și tehnologia care ne-ar permite această acțiune?” [43, p.197]. Se prefigurează astfel două poziții dominante: una *conservatoare*, iar alta *progresistă*. Prima poziție este cea care se axează pe existența principiilor morale, care reprezintă o călăuză pentru individ, dar și pentru spațiul social. Deci ideea de bază ar fi că orice decizie, acțiune individuală sau colectivă, trebuie să se desfășoare în limita acestor principii și respectarea lor. În consecință, C. Cuceu afirmă că această concepție de factură deontologică se bazează pe calcularea măsurii în care ameliorarea stării de sănătate a indivizilor ar putea afecta demnitatea, autonomia și libertatea. Pentru o mai bună înțelegere, autorul oferă și o definiție a conceptului de ameliorare ce desemnează „ramură a geneticii care se ocupă cu crearea unor noi soiuri de plante sau de animale și cu îmbunătățirea soiurilor existente” (F. Marcu și C. Maneca, 1986). Odată cu permisibilitatea ameliorării indivizilor, există riscul să ia amploare fenomenul de inechitate socială, ceea ce reprezintă un puternic contraargument dezvoltat în cadrul teoriei bio-conservatoare, care optează pentru păstrarea structurii „naturale” a capacității umane, fiind contra a orice intervenție ce ar genera modificări radicale. Această teorie acceptă doar ameliorarea „terapeutică”, ce vizează refacerea naturală a stării de sănătate. Cea de-a doua direcție, cea „progresistă”, presupune că în pofida faptului că este afectată natura umană, are loc o creștere a nivelului individual și general de bunăstare. Această concepție contribuie la stabilirea unei proporții dintre nivelul de bunăstare și legitimitatea/moralitatea acțiunii, măsura fiecărei acțiuni fiind determinată de impactul pe care îl are asupra bunăstării individuale sau generale [43, p.198].

De asemenea, este de remarcat faptul că bioetica este preocupată de problemele specifice ale sistemului de sănătate în ansamblu. În societatea contemporană are loc o creștere a problemelor etico-morale și a acțiunilor practice care oferă contur modelului de viață autodistructiv. În altă ordine de idei, prin prisma bioeticii, apare necesitatea să tindem spre construirea unei vieți bazate pe un *sistem educațional al sănătății*. Neglijarea, în acest sens, marchează subsumarea sistemului de valori în scopul obținerii de profit, oferind sens relațiilor sociale, nevoilor umane, ceea ce generează degradarea sociumului. Acest lucru are drept rezultat faptul că valorile au devenit antivalori, fundamentele ordinii stabilite au devenit opusul lor, iar libertatea s-a transformat în liberalism economic și social, provocând aservirea oamenilor. Principalele probleme referitoare la relația dintre bioetică și medici, printre care se regăsește și medicalizarea, se poate rezuma la următoarele:

A. Medici și pacienți: se dovedește a fi o metaforă a bolilor când se instalează suferința iar pacienții trebuie să înțeleagă afecțiunea lor asemeni unui doctor;

B. Înțelegerea că rămân doar două căi: medicalizarea versus demedicalizare. Conformarea principiilor bioetice și a responsabilității;

C. Risc crescut: afecțiuni pentru cei sănătoși (exces de substanțe chimice/agrochimice etc.);

D. Dialogurile universale apar ca mijloc și scop al bioeticii privind practicile medicale cu pacienții [68, p.536].

Este cert că atât interesele industriei farmaceutice, cât și dezvoltarea biotehnologiei și a sistemului de sănătate, „gestionarea îngrijirii” medicale au suferit anumite schimbări care au condus la „legitimarea unor probleme de sănătate”, și mai mult, unii actori s-au inspirat din analiza perspectivelor de medicalizare, care au intenția de a crea noi categorii de boli pentru noi tipuri de medicamente.

President’s Council of Bioethics [131, p.10] oferă următoarea definiție pentru medicalizare. „Medicalizarea” reprezintă un termen inventat de către sociologi, care reprezintă în primă instanță un mod de a gândi și de a concepe fenomenele umane în termeni medicali, care, mai apoi, ghidează modalitatea de acțiune și organizare a instituțiilor sociale. Mai mult, reprezintă tendința de a concepe o activitate ca fenomen, stare, comportament, sau ca o suferință care trebuie privită ca boală sau tulburare. Prin urmare:

- (1) oamenii devin *victime* (drept rezultat, nu sunt responsabili pentru aceasta);
- (2) cauzele sunt de ordin fizic sau somatic, nu „mentale”, „spirituale” sau „psihice”;
- (3) necesită și solicită tratament, ce vizează vindecarea, sau cel puțin ameliorarea și reducerea simptomelor;
- (4) încrederea în personal instruit, autorizat în acest sens.

Această concepție a condiției va fi suportată de către societate, care, de asemenea, va susține eforturile de tratament dincolo de interesele de sănătate (spre deosebire de morală și educație) a populației. Aceste concepte presupun o serie de obiecții. De exemplu, a considera o stare ca fiind o boală este evident că nu implică absolvirea pacientului de responsabilitate și de anumite pretenții față de tratament. Afecțiunile cardiovasculare, de exemplu, sunt percepute ca o boală, inclusiv de cei care se confruntă cu obezitatea sau fumătorii. În acest sens, A. Stark subliniază că costul tratamentului unei afecțiuni nu ar trebui să aibă tangență cu întrebarea dacă este în mod „legitim una medicală”. Medicalizarea este mult mai profundă. Un exemplu în acest sens îl reprezintă „medicalizarea” colesterolului ridicat în scopul de a-l considera potrivit și adecvat, pentru ca oamenii să caute tratament în acest sens, în loc de a-și schimba obiceiurile personale. Această situație revendică clar că medicalizarea este adecvată pentru toate condițiile în care persoana afectată caută să medicalizeze starea, fiind „dus de val”, ca atunci când unei persoane, care este mulțumită de modul și stilul de viață neconvențional, îi este atribuit

diagnosticul de boală mentală. Ce obiecții ar avea un bioetician în acest sens? Evident este că oamenii nu ar trebui să se bazeze pe un anumit medicament pentru a rezolva probleme din exteriorul sferei lor. Desigur, este important de a evalua riscul unor efecte secundare pe termen lung, care pot apărea în timp, după introducerea unor preparate medicamentoase. Acest risc trebuie evaluat în raport cu posibilele riscuri de neadministrare a anumitor medicamente, datorită faptului că anumite medicamente pot avea beneficii/riscuri în administrarea lor pe termen lung. Acesta este motivul pentru care bioeticienii, preocupați de problema medicalizării, consideră că un astfel de tratament nu are niciun efect și se gândesc la „ce ar trebui să facă medicina într-o lume fără limite tehnologice?”. Aceasta reprezintă și una dintre preocupările lucrării de față. Ea a fost studiată și de către Andrew Stark, care susține că „cea mai eficientă acțiune pe care un individ o poate întreprinde..., atât timp cât acțiunea necesită efort sau dificultate”. Apare întrebarea în acest context: care este problema în abandonarea luptei odată ce devine inutilă pentru scopul în cauză? [131, p.10].

Dat fiind faptul că medicalizarea reprezintă un fenomen complex, fiindcă pătrunde în toate sferile de activitate, și mai mult, le influențează, apare o necesitate vădită de a combina măsuri la nivel preventiv și de precauție. Aceste măsuri vor fi analizate mai profund în capitolul trei. În cazul medicalizării prevenirea reprezintă un răspuns a unui risc în legătură cu starea de sănătate. Este cazul, în acest sens, a tempera utilizarea produselor medicamentoase sau a serviciilor medicale, care poate reprezenta soluția rezonabilă, și al căror efect poate avea un impact pozitiv în comparație cu medicalizarea. Referindu-ne la precauție, aceasta tinde să anticipeze anumite riscuri, care se dovedesc a fi iraționale, în cazul în care exagerăm cu utilizarea de medicamente, tratamente etc. În acest sens se preferă instaurarea *precauției la nivelul politicilor publice de sănătate* în scopul poziționării fenomenului de medicalizare în limitele cadrului rațional, care să aducă doar beneficii în ceea ce privește calitatea vieții individului.

Problema de care este preocupată bioetica în raport cu fenomenul de medicalizare se axează, în primul rând, pe respectul față de ființa umană și pe necesitatea de a aduce în vizorul individului faptul că scopul medicalizării nu este doar cel de a contribui la ameliorarea calității vieții și de a o prelungi prin orice mijloace, dar și conștientizarea de către individ că medicalizarea este direcționată în avantajul real a omului. Astfel bioetica vine să supravegheze continuu acest proces pentru a preveni instalarea situației în care medicalizarea parcurge o direcție a iraționalului. Odată ce bioetica este preocupată și vizează etapele vieții de la naștere și până la moarte, este necesară prezența bioeticii pornind de la ideea că medicalizarea vizează toate etapele vieții.

Este dificil de a trasa limite adecvate ale medicinei, iar în cazul în care am face acest lucru, pentru a interpreta medicalizarea unei probleme ca fiind soluția optimă, bioetica ne ajută a identifica o explicație și o soluție alternativă, care să fie cea mai adecvată și rațională într-o anumită stare. Dat fiind caracterul multidisciplinar al bioeticii, autosesizarea asupra efectelor pe care le are medicalizarea în diverse domenii poziționează acest fenomen la nivelul la care nu poate fi ignorat, deoarece are un impact major asupra celor mai importante sfere ale vieții umane cum ar fi sănătatea, economia, mediul social etc. Impactul asupra acestor sfere este redat de către E. Kaczmarek în articolul „How to distinguish medicalization from over-medicalization?” [91, p.120-124]. Medicalizarea irațională presupune întotdeauna anumite riscuri de sănătate cum ar fi (supra-diagnosticarea, supra-prescripția), boli iatrogene, risc pentru sănătate legate de procedurile medicale, efectele adverse în urma administrării medicamentelor, când, de fapt, soluția optimă ar putea constitui posibilitatea utilizării ca instrument, medicina bazată pe dovezi. Aceasta reprezintă siguranța că deciziile, direcțiile și politicile medicale sunt luate în baza celor mai bune dovezi referitoare la efectele diverselor forme de tratament și ale îngrijirii medicale în general. La *nivel economic*, de exemplu, acestea se referă la efectuarea cheltuielilor ineficiente și iraționale de fonduri publice sau private pentru acoperirea costurilor pentru tratamentele afecțiunilor iatrogene și consecințele erorilor de medicație etc. Ca efect *psihologic* ele reprezintă stigmatizarea anumitor condiții, comportamente ca fiind anormale și care neapărat necesită tratament și intervenții sub aspect medical, pentru ajustarea la anumite standarde predominante, când de fapt o soluție ar fi de-tabuizarea bolii și oferirea posibilității ca individul să perceapă starea sa ca fiind una firească, proprie și altora.

La *nivel social* se atestă o ignorare a mediului social, politic și interpersonal a anumitor fenomene, precum și a reacțiilor inadecvate care decurg de aici. După cum a explicat C. Elliot: „a marca o boală, înseamnă a-i modela percepția publică pentru a o face pe placul pacienților”. Acest lucru se produce prin informarea publicului că boala a intrat și în vizorul medicilor și este mult mai răspândită decât se părea până în acel moment. Astfel, unul din obiectivele publicității și al companiilor de promovare a medicamentelor este de a încuraja unele stări ca fiind boală în sine. De aici și concluzia că astăzi indivizii folosesc medicamente pentru a se încadra mai bine în reprezentările sociale despre ceea ce este normal, cum ar fi cazul chirurgiei estetice, ADHD etc. Marea provocare o reprezintă, de fapt, capacitatea a distinge între nevoile autentice și acele cerințe care au fost create pentru a manipula, pentru a fi conforme unor așteptări sociale opresive. Cu toate acestea, va exista întotdeauna o tensiune între ideea de autenticitate ca acceptare de sine și autenticitate ca autocreare. Un exemplu în acest sens îl reprezintă procesul de îmbătrânire și moartea în general. În timp ce unii ar accepta aceste două etape ca o parte inevitabilă a vieții, alții



ar căuta orice modalități de a o amâna. În acest context, sociologia medicală aduce în vizor medicalizarea vârstei a treia, faptul că bătrânețea umană, care reprezintă o condiție firească și naturală, este supusă unui proces de revendicare și redefinire de către medicină. În astfel de condiții tot mai multe stări proprii bătrâneții sunt considerate ca fiind patologice și tratate ca atare [91, p.124]. Drept consecință, medicina ne oferă astăzi o serie de oportunități menite să întârzie bătrânețea sau să o îmblânzească și, eventual, să o „trateze”: produse hormonale pentru întârzierea menopauzei, chirurgia estetică pentru atenuarea semnelor de îmbătrânire, tratamente pentru diverse tipuri de dureri etc. Astfel se creează impresia că bătrânețea poate fi amânată și că o mare parte din constrângerile ei pot fi atenuate [198, p.51].

În măsura în care progresul în domeniul medical, al produselor farmaceutice și tehnologiei la sfârșitul vieții au proliferat, în mod special în țările dezvoltate, a dus și la modificarea modului în care alegem și acceptăm a muri. Astfel alegerile noastre sunt în mare parte influențate de acest progres, în ciuda faptului că moartea, de fapt, reprezintă un proces biologic și, în același timp, inevitabil. Alegerea opțiunii medicalizate oferă persoanelor muribunde și familiilor lor opțiuni instituționalizate, agresive, inutile și adesea durerosase pentru susținerea corpurilor muribunde, dat fiind faptul că adesea sunt neglijate aspectele fizice, emoționale, spirituale și sociale cauzate de acestea. Prin urmare, medicalizarea ajunge să modifice practicile și semnificațiile modului în care oamenii decedază și acest lucru se produce din cauza medicalizării ca alternativă.

Moartea medicalizată nu este categoric considerată ca fiind ceva rău. În general, termenul s-ar putea aplica oricărei persoane care primește orice îngrijire medicală în timpul procesului de moarte. Dar critica noastră se referă la formele de moarte medicalizată – extinderea agresivă sau încetarea prematură a vieții – care deopotrivă exemplifică și perpetuează credința că moartea este o criză medicală, din care pacienții trebuie să fie salvați. Pacientul cu cancer pulmonar terminal a cărui ventilație mecanică pur și simplu împiedică moartea, de exemplu, experimentează acest tip de moarte medicalizată. O astfel de moarte ridică întrebarea: Care este locul potrivit pentru moartea medicalizată în contextul scopurilor medicinei? [73, p.767].

Poate că moartea medicalizată și dorința de salvare ar fi compatibilă cu medicina, dacă medicina ar fi orientată exclusiv spre controlul morții și extinderea nedefinită a vieții. Dar nu este așa. Controlul morții și întârzierea nu sunt scopurile medicamentelor; sunt supuse scopului său mai larg. Care este, deci, scopul medicinei? Într-una din lucrările sale, bioeticianul L. Kass sugerează că scopul medicinei este promovarea sănătății, pe care o descrie drept „întregime”. El afirmă că: „Cuvântul sănătate, tradus din limba engleză, înseamnă literalmente „întregime”, iar a vindeca înseamnă „a face întreg...”. A fi întreg înseamnă a fi sănătos, iar a fi sănătos înseamnă a fi un întreg” [92]. Sănătatea nu este pur și simplu sănătate fizică. Psihiatrul G. Engel a declarat în

anul 1970 că o viziune reduționistă, strict biomedicală a pacientului, era insuficientă. El a propus în schimb un nou model – modelul biopsihosocial – pentru a înlocui modelul bolii [55]. De atunci, alți cercetători au extins modelul și mai mult, solicitând o abordare bio-psiho-socio-spirituală a medicinei [179].

Evident că pentru adepții progresului, domeniul medical și farmaceutic este disponibil să ofere o gamă variată de oportunități ce promet un impact puternic în ceea ce privește menținerea și îmbunătățirea calității vieții. Astfel, obținerea de noi și tot mai variate vaccinuri pentru diverse infecții, medicamente, pentru tot mai multe și uneori „banale” afecțiuni, varietatea suplimentelor alimentare etc. sunt doar câteva din ceea ce a generat biotehnologia modernă. Deși practic toate țările civilizate ale lumii au elaborate coduri etice și au aderat la diverse tratate și convenții internaționale, care prevăd necesitatea respectării valorilor morale supreme și care contribuie la educarea unui comportament corespunzător de către comunitatea medicală, anumite „scenarii” ne demonstrează că valorile etice, atât de indispensabile sectorul medical, sunt oarecum amenințate de interese oculte. Această situație ne sugerează încă odată că etica are un rol facultativ, iar acest derapaj de pe calea valorilor morale duce la distorsionarea imaginii medicinei moderne și a industriei farmaceutice. Și mai devastator pare a fi tabloul medical într-o societate în care sub aspect legislativ și normativ din punct de vedere etic totul pare a fi perfect. Cu regret, starea lucrurilor este una gravă, deoarece cei interesați de profituri mizează pe credulitatea bolnavilor. Drept rezultat avem ceea ce avem: un sistem medical invadat de angajați care au dat definitiv uitării Jurământul lui Hippocrate, în concepția căruia „*medicul trebuie să introducă înțelepciunea în medicină*” [176, p.3075]. Medicina nu trebuie să servească unor scopuri profitabile de pe urma contrafacerii, comercializării iraționale a produselor medicametoase pentru banale afecțiuni, care, în final, ne și îmbolnăvesc cu adevărat, companiilor farmaceutice, care, prin intermediul așa-numiților reprezentanți medicali, promovează și, într-un final, oferă recompensă medicilor pentru a prescrie produsele companiei respective bolnavilor. Acestei situații i se adaugă și, așa cum o numește T. Lung, polipragmazia, care este practică astăzi conștient sau inconștient atât de către medici, cât și de pacienți, prescrierea antibioticelor de fiecare dată când bolnavul dă semne că are o răceală, o mică infecție, când, de fapt, antibioticul care și semnifică „împotriva vieții”, acționează chiar în acest sens datorită iraționalității cu care este administrat. Astăzi, din păcate, se recurge tot mai mult la automedicație, care generează modificări fundamentale în organism. În rezultat, pe fundalul unei imunități slabe a organismului, dezvoltăm cu repeziciune boala la care suntem predispuși, și aceasta deoarece ne-am „preparat” organismul în sensul imposibilității de a se apăra [105, p.51].

Conștient sau inconștient se pot omite cu desăvârșire valorile etice în privința abuzului de medicamente și tratamente care, la prima vedere, ne par inofensive, iar în timp se dovedesc a ne afecta mult mai grav. Se uită de instinctul de autoapărare al organismului atât de dezvoltat la strămoșii noștri. Ne aflăm într-o continuă stare de identificare a stării de bine, a confortului sub aspect fizic, psihic și emoțional. Prin urmare, oferim importanță mass-mediei, reclamelor, medicilor etc., care sunt doar câțiva din actorii principali în susținerea medicalizării, care de fapt nu ne sunt impuși, dar într-atât de creduli, încât cu ușurință suntem induși în miezul tehnologiilor moderne, care ne demonstrează zilnic că aproape orice este posibil odată ce recurgem la ele, însă adesea fără a se conștientiza problemele morale pe care le generează. În această ordine de idei, bioetica intervine pentru a rezilia conflictele dintre medicina actuală, supusă procesului de tehnologizare, și etica medicală clasică, prin evaluarea într-o manieră riguroasă a evoluției și utilizării pe scară largă a biotehnologiilor inovatoare, care au condus la schimbarea percepției despre boală și sănătate.

### **2.3. Concluzii la capitolul 2**

1. Medicalizarea corelează fiecare stadiu al vieții, fiind un fenomen complex, care a generat schimbarea percepției despre sănătate și boală. Conduita individului face diferența în această situație în a accepta/inhiba o anumită afecțiune prin intermediul utilizării produselor medicamentoase și a serviciilor medicale etc. În acest context, elaborarea unui proiect etic este de o importanță majoră vis-a-vis de fenomenul de medicalizare, ce se datorează confruntării cu o criză a conduitelor și a acțiunilor morale.

2. Bioetica ne oferă un impuls pentru ca imaginile despre viață, bărbat, femeie, moarte, suferință etc. să parcurgă „direcția naturală” și pentru a preveni transformarea în victime, transformare datorată scientismului medical a progresului biotehnologic. Aici apare necesitatea percepției sociale a bioeticii în rândul populației, care să-i asigure dezvoltarea armonioasă în viitor și să constituie un imperativ primordial. Prin urmare, șansele de impunere a bioeticii la nivelul indivizilor, pentru a nu rămâne o sterilă disciplină secundară, necesită diseminarea conceptelor ei în conștiința opiniei publice. Omenirea trebuie să conștientizeze că tehnologia are deja un avans evolutiv considerabil, care nu încetează să mențină pasul față de ritmul evoluției omenirii biologice ca specie.

3. Preocuparea bioeticii față de fenomenul de medicalizare este una stringentă, datorită faptului că acest fenomen are o extindere semnificativă în viața de zi cu zi, ceea ce îl poziționează la nivelul la care nu poate fi ignorat, deoarece are un impact major asupra celor mai importante sfere ale vieții umane cum ar fi economia, psihiatria, mediul social etc.

4. În societatea contemporană este dificil de a impune anumite limite medicinei. În cazul acestei imposibilități, medicalizarea ar putea deveni soluția optimă în ameliorarea diverselor afecțiuni. În acest cadru, bioetica ne ajută să identificăm modalitatea cea mai adecvată și rațională de rezolvare a problemelor de sănătate care să funcționeze strict în beneficiul omului.

5. Medicalizarea are un impact pozitiv în ceea ce privește creșterea speranței de viață, micșorarea suferințelor fizice și psihice, dar problema apare în momentul în care se exagerează cu anumite stări ale sănătății atât la nivel de prevenire, cât și de tratare a afecțiunilor. În acest sens medicalizarea nu-și găsește justificare morală. Prin urmare, promovarea potențialului bioetic generează soluționarea dilemelor etice referitor la fenomenul de medicalizare, valoarea vieții și a sănătății individului fiind o prerogativă indubitabilă.

### **3. IMPLICAREA BIOETICII ÎN GESTIONAREA PROBLEMELOR GENERATE DE MEDICALIZARE**

Implicarea bioeticii în evaluarea intervenției omului asupra vieții reprezintă o preocupare majoră în societatea contemporană. În această situație este important de a lua în considerație nu numai de ce intervine, dar și modul în care intervine omul, dat fiind faptul că marile pericole apar atunci când mijloacele folosite nu au justificare morală, fiind prea mult influențați de cultura tehnologică. Prin urmare, respectarea mijloacelor legitime din punct de vedere moral reprezintă condiția indispensabilă pentru ca progresul științifico-tehnic să poată să se califice ca „uman” în sens complet: nu numai în finalitățile urmărite, dar și în mijloacele folosite, nu numai în scopul său, dar și în drumul său [85, p.121].

În acest context sunt importante redarea aspectelor specifice ale bioeticii în privința gestionării fenomenului de medicalizare. Necesitatea acestei analize apare odată ce se observă că omul contemporan se confruntă cu o provocare inedită: trebuie să decidă asupra multor aspecte ce se referă la propria sănătate, asupra căreia posedă cunoștințe limitate din punct de vedere științific, dar, în același timp, are acces la informații ce sunt furnizate prin diverse căi, care fortifică medicalizarea în cadrul unei societăți, nu întotdeauna într-o manieră pozitivă. De asemenea, poate fi propus un model de demedicalizare, autoîngrijire etc., scopul cărora reprezintă depășirea nivelului tratamentului clinic, care nu-și găsește relevanță în anumite situații cu care se confruntă omul.

Oamenii sunt obligați să adopte intervenții, care includ în unele cazuri proceduri de diagnosticare sau medicamente cu efecte secundare, ca urmare a unei modificări conștiente sau, în unele cazuri, a manipulării propriei percepții asupra riscului care generează o serie de alte situații legate de ipohondrie, automedicație, poligramazie, ș.a. Aici se poate miza în mare parte pe responsabilitatea indivizilor sănătoși și pe schimbarea comportamentului față de propria sănătate. Această analiză va permite elucidarea unor perspective ale evoluării medicalizării precum și elucidarea traseelor ce ar contribui la optimizarea impactului negativ pe care îl poate avea medicalizarea în anumite situații prin propunerea de soluții teoretice și aplicative în acest sens. De asemenea, va fi elaborată o analiză mai amplă a medicalizării în contextul pandemiei COVID-19, unde acest fenomen a luat o amploare deosebită, pentru a înțelege într-un mod comprehensiv complexitatea acestuia. Mai mult, apare necesitatea în asemenea condiții a stabili un set de recomandări socio-bioetice, aplicabile din punct de vedere practic, ce se adresează așa-numitor factori de decizie, cercetători, cadre medicale și farmaceutice în scopul corelării acțiunilor la nivel strategic, normativ și aplicativ, care vor fi capabile să facă față provocărilor procesului, să conducă

sau să gestioneze astfel, încât medicalizarea să nu depășească limitele normalului. În acest context reglementarea unei conduite umane, examinată în lumina valorilor morale, reprezintă o preocupare majoră reflectată în acest capitol.

### **3.1. Evidențierea relațiilor bioeticii cu alte domenii în vederea cunoașterii caracterului problemelor de medicalizare**

Datorită faptului că medicalizarea are o largă răspândire în diverse domenii: medical, social, economic etc., în contextul exploziei informaționale care întrunește atât beneficii, cât și riscuri, omul nu a reușit să-și adapteze gândirea și comportamentul în a face cele mai raționale alegeri și a întreprinde cele mai optime acțiuni. În aceste condiții, în măsura în care progresul ne oferă resursele necesare pentru soluționarea diverselor probleme cu care se confruntă omenirea, pe primul plan poziționăm sănătatea, care reprezintă o dimensiune strategică prin intermediul căreia putem evalua calitatea vieții.

Atunci când facem referire la sănătate, medicalizarea devine parte a acestui concept evident în societatea contemporană. În acest context, este important de a remarca poziția OMS, care adoptă o viziune multidimensională a stării de sănătate, viziune ce extinde conceptul stării de sănătate dincolo de structura și funcționarea corpului uman. Specific modelului medical tradițional era înglobarea în cadrul conceptului de sănătate personalitatea, sentimentele, emoțiile, valorile, credințele, tipul de relații interpersonale etc. Astfel, în 1947, OMS stabilește că sănătatea este „o stare de bunăstare fizică, mentală și socială completă și nu doar absența bolii și infirmității”. Această definiție globală a sănătății este cuprinzătoare, incluzând toate aspectele biopsihosociale, dar ea are și limite în sensul că este o definiție greu de aplicat în măsurarea și ameliorarea stării de sănătate. Referitor la sănătate și boala, un rol deosebit revine convingerilor, precum și cunoștințelor noastre privind aceste stări. De aici reiese faptul că calitatea vieții se află într-o strânsă interdependență cu starea de sănătate. În acest context, din punct de vedere structural putem aborda *starea de sănătate* prin prisma următoarelor direcții:

- pornind de la aspectele sale negative, se poate defini ca absență a bolii. În acest caz, indicatorii sănătății sunt datele privind mortalitatea, morbiditatea și speranța de viață;
- poate fi considerată ca o bună adaptare a individului la mediul său și ca funcționare bună în acest mediu. Definiția este, de această dată, mai pozitivă, dar și în acest caz indicatorii se focalizează pe consecințe: neplăcerile bolii, incapacități funcționale, handicap și/sau dezavantaj social;
- poate fi definită în modul în care este concepută în documentele OMS (ca o bunăstare fizică mentală și socială), într-o manieră pozitivă, devenind o valoare [195].

Apare astfel necesitatea unei abordării etice a domeniilor care cad sub incidența medicalizării din considerentul că acest fenomen este dependent de conduita umană, iar etica, având un caracter social, este preocupată de activitățile și acțiunile individului și ale societății în general. De asemenea, necesitatea elucidării impactului eticii asupra medicalizării relevă faptul că etica situează omul pe primul loc, iar de comportamentul uman depinde starea de sănătate, tot el fiind capabil să emită judecăți cu o valoare semnificativă care pot preveni eventuale riscuri.

Susținerea noastră este că medicalizarea nu este un fenomen complet negativ, având și efecte pozitive. Mai degrabă, nucleul argumentului este că medicalizarea este un proces social, fiind influențat de o serie de factori și actori sociali care interacționează, iar ca rezultat al acestei interconexiuni în avalanșa de informații, oportunități, promisiuni ce stau în spatele diverselor tratamente, intervenții, diagnoze etc. există riscul ca omul să dea greș în alegerea soluției optime la problema cu care se confruntă. În aceste condiții, un interes deosebit revine eticii preocupate de respectarea și implimentarea în practică a principiilor, valorilor și a conduitei morale, astfel încât medicalizarea să aibă un impact pozitiv asupra individului, dar și al societății în întregime. Prin urmare, datorită abordării etice vom elucidă motivațiile și consecințele fenomenului de medicalizare astfel că în final etica se dovedește a fi o activitate eminentă practică.

Datorită multidimensionalității răspândirii medicalizării, considerăm oportun a analiza modul și amploarea fenomenului. Abordarea etică a medicalizării din punct de vedere *social* are o relevanță majoră pornind de la premisa că, în pofida faptului că medicalizarea are un specific propriu domeniului medical, acesta deține un loc aparte, având impact asupra relațiilor, existenței sociale și biologice de care medicina a devenit preocupată. Se includ aici o serie de stări patologice definite în termeni medicali, cum ar fi: sarcina, nașterea, îmbătrânirea, moartea, hiperactivismul la copii, controlul greutatei etc., acestea fiind doar câteva din stările care necesită consultanță și recomandări din partea medicului. Prin prisma celor relatate, putem afirma cu certitudine că sănătatea se transformă într-o „marfă”, iar terminologia medicală este mult prea utilizată în determinarea stării de sănătate. Astfel se ajunge în situația când corpul este considerat din ce în ce mai mult ca un „text”, prin care oamenii pot transmite semnale și informații [193].

*Medicalizarea socială* este asociată cu ceea ce I. Illich numește iatrogenie culturală, ceea ce înseamnă un mod difuz și ascuns de iatrogenie în biomedicină: pierderea potențialului cultural de a face față majorității situațiilor de durere, de boală și de suferință. Medicalizarea socială poate fi considerată un rezultat al succesului eforturilor științifice în sănătate de a monopoliza acest domeniu. Cele mai importante propuneri ale lui I. Illich se referă la îmbunătățirea, reinventarea și/sau răscumpărarea autonomiei oamenilor în sănătate-boală ca modalitate de a restabili echilibrul

între *acțiuni autonome și heteronome*. Aceasta se referă la rolul pe care îngrijirea, împreună cu sănătatea instituțională, îl joacă în acest proces [45].

Din perspectiva dezvoltării strategiilor de acțiune practică, necesită claritate și înțelegere puterea acțiunii de medicalizare a îngrijirii de bază, precum și a modului de operare a performanței medicilor și a cunoștințelor acestora asupra sănătății culturale a indivizilor, care se dezvoltă în fiecare interacțiune individ-servicii sau medic-pacient. În consecință, strategiile de îngrijire a sănătății și orientarea către centrele de sănătate, care au caracteristica de a fi „nemedicalizate” și/sau reducătoare ale medicalizării, devin valoroase și relativ rare.

Fortificarea medicalizării la nivel social se datorează contribuției dezvoltării unor domenii adiacente, cum ar fi farmaceutizarea sau biomedicalizarea. Farmaceutizarea este „procesul prin care disconforturile sociale, comportamentale sau corporale sunt tratate sau considerate ca având nevoie de tratament, intervenție cu medicamente de către medici, pacienți sau ambii” [112]. Deși farmaceutizarea se suprapune pe scară largă cu medicalizarea, ele totuși diferă, deoarece nu este neapărat legată de un fel de diagnostic medical, după cum arată fenomenul în creștere al utilizării medicamentelor fără indicație terapeutică, mai degrabă, care vizează o „super normalitate”. Deci farmaceutizarea este ca un proces social și tehnic complex, care interacționează cu medicalizarea. Farmaceutizarea creează identități în jurul utilizării anumitor medicamente, pe lângă consolidarea ideii „unei pastile pentru fiecare bolnav”, extinzând astfel piața farmaceutică dincolo de zonele tradiționale, inclusiv utilizarea de către indivizi sănătoși, subminând predominanța profesiei medicale prin crearea de relații directe între industrie și „consumatori” și colonizarea vieții umane cu produse farmaceutice [94, p.845]. Totodată, psihofarmacologia a depășit pacienții, medicii, sistemul medical și guvernele, ministerele sănătății care nu se arată afectate de acest proces. Atâta timp cât medicamentele țin consumatorul sub control, este o acțiune mult mai rentabilă în comparație cu tratamentele terapeutice alternative. În afară de aceasta, trebuie să luăm în considerare și de ce cu toate intervențiile medicale oamenii devin mai bolnavi. În mod special, crește numărul bolilor psihice și al afecțiunilor fizice etc. Aceste schimbări se atestă, nu numai într-o anumită regiune, ci simultan în multe părți ale lumii, problemele sociale devin o problemă psihică individuală, iar psihiatria se dezvoltă într-o singură direcție - medicalizarea minții. Acest fenomen devine astfel unul problematic. Psihologia clinică de astăzi se dezvoltă agresiv spre o direcție singulară, iar cele mai multe eșecuri emoționale banale au fost tratate în principal prin tratamente cu medicamente. Astfel de tratamente au ținut simptomele sub control, dar vindecarea sau abordarea cauzei principale a problemei pare să fi eșuat, sau să nu fi fost văzute ca o problemă de urgență sau de o importanță majoră. După cum susținea I. Parker, cei care elaborează diagnosticele și cei care sunt supuși acestora sunt, de fapt, supușii puterii DSM-ului. Manualul, se



pare, în multe cazuri transformă oamenii normali, care dintr-un motiv sau altul se confruntă cu tulburări emoționale. Tratamentele au fost sortate pentru a introduce pacienții în taxonomia prezentată în manual, ca apoi să prescrie o rețetă pentru tratarea acestora [130].

Ca domeniu adiacent, biomedicalizarea intensifică medicalizarea, transformată și stimulată datorită tehnologiei științifice inovatoare, ambele procese definesc mecanisme similare cu medicalizarea. Se atestă câteva procese care generează biomedicalizarea: (1) reconstituirea economică și politică a vastului sector al biomedicinei; (2) plasarea accentului pe sănătatea însăși și evaluarea riscurilor și controlului de către biomedicină; (3) natura din ce în ce mai tehnologică și științifică a biomedicinei; (4) transformări în modul în care cunoștințele biomedicale sunt produse, distribuite, consumate și în managementul informațiilor medicale [32].

Medicalizarea socială presupune, deci, menținerea unui control social medical prin acceptarea unei perspective medicale ca definiție dominantă a anumitor fenomene. Când devin perspective medicale ale problemelor și soluțiile lor dominante, diminuează definițiile concurente. Aceasta este particularitatea problemei în legătură cu funcționarea corpului în aria în care tehnologia își poate demonstra eficacitatea (ex., imunizarea, contracepția, medicamentele antibacteriene), devenind din ce în ce mai valabile pentru comportamentul și problemele sociale ce stau la baza construcției normelor medicale. Prin elucidarea acestor momente, este evident că medicalizarea are menirea de a exercita un control social.

Un cadru explicativ mai larg pentru determinarea caracteristicilor centrale ale procesului de medicalizare se referă la cauzele și consecințele medicalizării societății. În acest sens vom face referire la modalitatea prin care filosoful grec Platon a evidențiat anumite transformări care s-au produs în societate, prognosticând ceea ce ulterior a fost denumit medicalizare. Filosoful Platon a determinat cuantumul cauzelor, scopurilor, factorilor și consecințelor medicalizării, fapt ce reliefează concluzia că acest fenomen este prin excelență sociologic. El, de fapt, observă clar schimbările ce au loc în medicină ca rezultat al unor presiuni de ordin social. Despre caracterul acestor schimbări sociale, filosoful Platon, din păcate, nu vorbește în detaliu, mai bine spus, vorbește insuficient de clar. Afirmația sa se rezumă la următoarele: medicalizarea - fenomenul când medicii încep să eticheteze bolile „ireale” în termeni de boli – apare numai atunci când situația din stat/societate a devenit „dezordonată”. Altădată afirmă că medicalizarea apare atunci când în stat este „multă desfrânare”. Această stare „instabilă” din stat/societate duce la producerea unei serii de schimbări noi și semnificative atât sociale, cât și fizice, chiar psihologice. Pe aceasta din urmă, filosoful Platon o consideră a fi cea mai importantă și mai vizibilă: starea de „desfrânare” este cauza unei și mai mari stări de „dezordine”. În aceste circumstanțe cel mai des oamenii preferă să aleagă un stil de viață nesănătos și apoi consecințele negative ale unui astfel de stil de viață

încearcă să-l rezolve rapid, cu ajutorul medicilor, medicamentelor etc. În asemenea împrejurări, în starea „dezordonată” a țării, competențele medicale nu mai sunt, așadar, necesare. Faptul că situația a devenit cu adevărat „dezordonată”, adică „desfrânarea”, „răul și educația insuficientă” în societate au luat amploare, este cel mai bine confirmat de faptul că din motive greșite - adică pentru afecțiuni care nu reprezintă „boli reale” -acest fenomen s-a intensificat [109, p.8].

Controlul social include inclusiv recomandări de ordin medical, consiliere și informații care fac parte din stocul general de cunoștințe: menținerea unei diete echilibrate, fumatul provoacă cancer, supraponderalitatea crește riscul pentru sănătate, sănătatea înseamnă efectuarea cu regularitate a exercițiilor fizice etc. În termeni mai concreți, controlul social medical este o intervenție medicală profesională ce include tratament medical (deși poate include unele tipuri de autotratamente). Această intervenție vizează readucerea persoanelor bolnave la o stare de sănătate și la rolurile lor sociale convenționale, adaptându-le la noi roluri (de exemplu, afectate) sau pe lângă aceasta, determinarea individului de a se simți mai confortabil cu starea lui. De exemplu, controlul social medical al comportamentului deviant, reflectat în capitolul anterior, reprezintă o variantă a intervenției medicale care urmărește eliminarea, modificarea, izolarea sau reglarea comportamentului, definit social ca deviant, cu mijloace medicale și în numele sănătății [38].

Deși au existat multiple discuții sociologice și dezbateri cu privire la rolul mass-media în procesele de medicalizare, trebuie să se acorde o atenție sociologică mai mare în viitor rolului noilor tehnologii ale informației și comunicării, atât cauzei, cât și consecinței acestor procese. În ce măsură, de exemplu, asistăm la apariția unei noi faze a medicalizării în era informației digitale? Să luăm în considerare, de exemplu, evoluțiile din noua așa-numită *arena m-Health*. „M” în cauză înseamnă „mobil”, la fel ca în aplicațiile digitale mobile noi pentru smartphone-uri, tablete și altele asemenea, pentru a ne ajuta să monitorizăm și să gestionăm singuri corpurile și sănătatea noastră. Utilizarea acestor aplicații oferă oportunități de a împărtăși aceste informații profesioniștilor din domeniul sănătății, precum și familiei, prietenilor și altor persoane cu interese sau probleme de sănătate similare, prin intermediul platformelor. Deja există multe discuții și dezbateri, dacă nu chiar „hype”, în cadrul mediilor medicale și de sănătate publică despre puterea și promisiunea acestor inovații digitale de a „transforma” sau „revoluționa” medicina și asistența medicală în secolul al XXI-lea, inclusiv lansarea în Marea Britanie a unei noi biblioteci de aplicații pentru sănătate a Serviciului Național de Sănătate (NHS) cu aplicații de sănătate aprobate oficial și clasificate. În timp ce aceste evoluții ridică, așadar, o serie de probleme sociologice critice „dincolo” de medicalizare, ele ridică, de asemenea, o serie la fel de importantă de întrebări cu privire la puterea sau potențialul lor de a reconfigura procesele de medicalizare în mai multe sau mai puține moduri semnificative în deceniile viitoare [37].

Medicalizarea socială nu s-a produs, de fapt, datorită puterii politice pe care o dețin sau care poate fi influențată de către medici, ci prin medicalizarea oarecum voalată a vieții de zi cu zi, eticheta de sănătos sau bolnav devenind relevantă pentru viața oamenilor, faptelor și credințelor lor. După cum afirma E. Freidson, în *The Social Construction of Reality*: „...realitatea este definită social. Dar definițiile sunt întotdeauna *întrupate*, adică indivizi și grupuri concrete servesc ca definitori ai realității. Ca să înțelegi starea universului construit social în orice moment sau schimbările de-a lungul timpului, trebuie să înțelegi organizarea socială care permite acestor definitori să-l definească”. I. Zola (1972) merge mai departe și susține că medicina este o instituție de control social menită să-și extindă jurisdicția asupra:

- a) unui număr din ce în ce mai mare de aspecte ale vieții precum dieta sau temerile;
- b) unui număr tot mai mare de procedee tehnice care nu mai au scop curativ, precum chirurgia estetică;
- c) unor domenii considerate tabu ca sexualitatea, alcoolismul;
- d) implementarea ideii de bună practică a vieții, stipulând câte exerciții, câtă muncă și câtă odihnă este bună pentru om.

Societatea contemporană așteaptă ca profesioniștii, cu ajutorul medicamentelor și tehnologiilor să rezolve probleme care țin de domeniul privat al vieții și relațiilor personale. În final, se face evident fenomenul de iatrogenizare, care constă în distrugerea sistematică a culturii medicale populare, care rezolvă suferințe, dureri și indispoziții curente. Când depinzi de profesioniști pentru alinarea durerii și indispoziției, răbdarea în fața suferinței și tăria în fața morții se diminuează simțitor. În acest context, un termen marxist sugerează că sănătatea este expropriată. Faptul că medicina tratează individual un fenomen colectiv duce la incapacitatea ei de a fi efectivă și eficientă. Sociologia marxistă face saltul de la forțele sociale patogenice (premize) la boală (consecința), fără să simtă nevoia să demonstreze mecanismele fiziopatologice intermediare care, de fapt, ar legitima științific concluzia. Ideea responsabilității individului față de propria sănătate prin alegerea stilului de viață este combătută cu argumentul că oamenii nu au controlul asupra mediului în care trăiesc. Nu mai este suficient să mănânci rațional, să faci mișcare și să păstrezi un echilibru între muncă și viața privată pentru că sănătatea ta este consecința sănătății planetei. Desigur, complexitățile interne și echilibrele multiple dintre om și mediul planetar le scapă ecologiștilor tot așa cum le scăpau sociologilor legăturile fiziopatologice. Concluzia tristă este că nu există încredere în om și în capacitatea lui de a se comporta rațional. La acest nivel are loc o fortificare a fenomenului de medicalizare, instrumentele de manifestare fiind foarte diverse. Apare problema tratamentului clinic sau a celui terapeutic și cui și în ce circumstanțe îi oferim prioritate.

În acest context este evidentă necesitatea ca terapia să depășească nivelul tratamentului clinic (care denotă dominarea) și al inegalităților sociale (care denotă deprivarea). Soluția presupune îndeplinirea a trei obiective:

1. Înlăturarea *dominației* care presupune *depășirea medicinei clinice*. Medicina clinică trebuie înlocuită cu rețele de suport social, create prin politici de „demedicalizare”, „deprofesionalizare” a îngrijirii sănătății și/sau renunțarea la conceptul de medicină ca bun de larg consum.

2. *Deposedarea*, care poate fi înlăturată prin politicile de bunăstare ale statului. Aceasta presupune creșterea măsurilor de protecție în beneficiul celor săraci și dezavantajați. Scopul este de a asigura afluența pentru toți prin redistribuirea egală a resurselor. Ca rezultat, îmbunătățirea stării de sănătate va urma de la sine.

3. Schimbarea (probabil democratică) a medicinei și a societății în beneficiul nevoilor oamenilor care lasă nerezolvată problema definirii individului. Promotorii *modelului dominării – deposedării* se pare că au o concepție supra-socializată asupra omului. În aceste condiții omul devine anonim, standardizat și docil în cadrul ordinei sociale dominante [133].

Un alt aspect esențial de remarcat vizează concepția sociologului american P. Conrad, care ridică anumite provocări legate de fenomenul de medicalizare ce se referă la examinarea (în cazuri din viața reală) modului în care se desfășoară (re) construcția sau extinderea categoriilor de diagnostic, aducând în prim-plan procesele subiacente și expunând rolul intereselor care sunt chiar contrare bunăstării populațiilor. Una dintre aceste stări o reprezintă medicalizarea timidității, care a devenit o stare „patologică”. Astfel un comportament care prezintă trăsături precum liniștea, reflexivitatea, umilința, care erau privite ca valori în trecut, reprezintă semne de tulburări care necesită a fi medicalizate. Astfel oamenii timizi, rușinoși, retrași au acceptat să fie catalogați ca anxioși din punct de vedere social și să caute tratamente pentru ca să fie mai ușor acceptați în societate. Este cert că anumite stări ale indivizilor din cadrul unei societăți s-au transformat într-o reală preocupare pentru medicină, stări pentru care intervine psihiatria. Ea este caracterizată „medicina fără semne”, adică ramura medicală în care nu există semne obiective, unde nu se face referire la ecografie, radiografie etc. Aici totul rămâne la nivelul cuvintelor, unde cuvintele au o valoare excepțională, iar o interpretare greșită în acest sens poate conduce uneori la daune ireparabile [197]. Conexiunea stabilită în științele sociale între medicalizare și control social, urmărește accentuarea „individualizării” problemelor sociale, întrucât medicalizarea, de fapt, astfel și funcționează - transformă o problemă socială într-una individuală. Prin diagnosticul pe care îl stabilesc și etiologia pe care o propun, oamenii creează astfel o problemă socială din una personală. Alegerea unei soluții medicale la o afecțiune percepută ca problemă sau tulburare

servește la validarea etiologică recunoscută de subiect și devine un act cu impact social. Automedicalizarea poate fi echivalentă cu afirmarea unei cauze economice, sociale sau politice în spatele problemelor de sănătate a oamenilor. Semnificația politică a conceptului de „medicalizare” înseamnă a atrage atenția asupra unui proces constând în considerarea fenomenelor ca medicale atunci când nu sunt neapărat medicale. Semnificația politică a „automedicalizării” este de a sublinia implicarea condițiilor structurale (sociale, economice, politice) în patologizarea fenomenelor corporale. În acest caz, automedicalizarea nu este întotdeauna o chestiune de internalizare a perspectivelor medicale și terapeutice, ducând la decizia de a face corpul dependent, dar poate fi și afirmația unei judecăți personale – deși încă construită social – cu privire la cauzele sociale ale bolii și, prin urmare, realizarea unui act politic [178, p.502].

Abordarea psihiatrică, după cum a declarat Double (2002), reprezintă îngrijirea sănătății mintale care poate funcționa ca un panaceu pentru multe și diverse probleme personale și sociale. Majoritatea psihiatrilor care activează în spitalele publice generale regretă apariția medicalizării/psihiatricizării, care a permis comunității (cetățeni, poliție, instanțe și agenții sociale) de a forța psihiatria clinică să accepte responsabilitatea pentru situațiile/problemele asupra cărora nu au nicio influență reală.

Se poate constitui un mediu prielnic pentru validitatea tulburărilor psihiatrice, cum ar fi schizofrenie, tulburare depresivă majoră, tulburare bipolară și obsesiv compulsivă. Prin urmare, psihiatrul, utilizând protocoale „bazate pe dovezi”, este capabil să asigure cel mai bun management posibil pentru persoanele care suferă de aceste tulburări. Pe de altă parte, criticii manifestă o stare de incertitudine cu privire la validitatea unor „tulburări” descrise recent, multe născute de medicalizarea dificultăților din viața de zi cu zi (suferință). Tabelul 1 listează unele comportamente și diagnostice care pot corespunde intenției de a nu discredita aceste categorii de diagnostic, ci de a ilustra potențialul pentru ca un comportament normal să fie considerat drept tulburare mentală:

Tabelul 1. Potențialul pentru ca un comportament normal să fie considerat tulburare mentală [142].

| <b>Comportament</b> | <b>Diagnostic</b>                                      |
|---------------------|--------------------------------------------------------|
| Timid               | Tulburare de anxietate                                 |
| Obraznic            | Tulburare de conduită, debut în copilărie, adolescență |
| Limbaj întârziat    | Tulburare de limbaj expresiv                           |
| Activ               | Tulburare de hiperactivitate                           |
| Îngrijorare         | Tulburare de anxietate generalizată                    |

Noile tulburări generate de medicalizare pot arăta, la o inspecție ocazională, ca tulburări tradiționale (persoana care plânge poate părea că suferă de tulburare de depresie). Există totuși diferențe psihologice, sociologice și biologice, iar tratamentele care sunt eficiente pentru tulburarea standard sunt inefficiente în gestionarea problemelor „diagnosticate” greșit. Unii critici manifestă îndoieli referitor la validarea unor „tulburări”, multe „născute” de medicalizarea dificultăților de zi cu zi (suferință).

Clinicienii care activează în secții psihiatrice nu se îndoiesc de existența unei serii de tulburări depresive, aceasta fiind o tulburare gravă și, de obicei, recurentă. Episoadele timpurii pot fi declanșate de evenimente nedorite (pierdere). Episoadele ulterioare pot apărea spontan, fără a fi detectate anumite evenimente declanșatoare. Starea deprimată (tristă, nefericită) este unul dintre simptomele majore de tulburare depresivă (și afecțiuni conexe recunoscute psihiatric, cum ar fi tulburarea bipolară), dar numai starea de spirit deprimată nu este suficientă pentru a justifica diagnosticul. Alte simptome includ simptome vegetative, cum ar fi modificări ale somnului, capacitatea de concentrație, energie și poftă de mâncare (hrană, intimitate sexuală). Un diagnostic psihiatric poate să se facă în siguranță numai atunci când a existat o constelație recunoscută de simptome pentru o perioadă suficientă de timp [142].

În această ordine de idei, psihiatria este situată în fața unor serii de provocări cărora trebuie să le facă față în perioada contemporană. Una dintre preocupări o reprezintă rezolvarea problemelor sociale și umane, probleme pe care se focalizează astăzi tot mai mult știința și tehnologia. Psihiatria, în asemenea condiții, trebuie să meargă dincolo de caracterul său „modernist” pentru a se corela cu propunerile guvernamentale recente și cu puterea din ce în ce mai mare a utilizatorilor de servicii. Postpsihiatria accentuează contextele sociale și culturale, plasând etica înaintea tehnologiei și încercând să reducă, cât de mult posibil, controlul medical al intervențiilor coercitive. Se dorește astfel o cale de mijloc între excesele psihiatriei și orgoliile antipsihiatriei. În prezent a devenit alarmantă dimensiunea la care tulburările psihice tind să fie explicate și abordate din perspectivă neurobiologică și neurochimică, accentuându-se defecte la nivel de receptor, neuromediator, sinapsă etc. și golindu-se de orice fel de conținut psihopatologic. Continuarea abordării tulburărilor psihice din această perspectivă organicistă va conduce la îndepărtarea psihologului de psihopatologie și medicalizarea absolută a acesteia. O recentă sinteză arată că, pe măsură ce perspectiva soluțiilor la problemele de sănătate mintală este din ce în ce mai bogată prin tratamentele psihiatrice, granițele tradiționale ale tulburării psihiatrice s-au lărgit. Problemele zilnice, considerate ca teritoriu al altor sfere sociale, s-au „medicalizat” prin psihiatrie. Se consideră că îngrijirea sănătății mintale poate funcționa ca o soluție pentru multe probleme

personale și sociale diferite. Spre exemplu, diagnosticul tulburării de deficit de atenție/hiperactivitate la copii a crescut dramatic în ultimii ani în țările anglo-saxone, în paralel cu o creștere, la fel de explozivă, a prescrierilor de medicamente stimulante. Totuși, comportamentul copiilor la care se identifică tulburarea deficitului de atenție/hiperactivitate se suprapune cu comportamentul care apare frecvent la copii, când aceștia se simt frustrați, anxioși, plictisiți, abandonați sau stresați în orice alt mod. Dintr-o perspectivă critică este evident că fenomenul social de supraîncărcare medicamentoasă a copiilor nu indică o creștere reală a frecvenței unei tulburări mintale, ci o strategie de mutare a accentului de la sarcina dificilă de îmbunătățire a calității vieții de familie și a sistemelor școlare. Recurgerea la tratament medicamentos descurajează însă asumarea responsabilității omului și, deci, exacerbează dificultățile pe care acesta ar trebui să le remedieze. Exemplele pot continua cu adevărate noi capitole de patologie, cum ar fi cazul anxietății sociale. Este deosebit de interesant că adepții viziunilor biologice în psihiatrie nu numai că nu neagă noile entități, ci găsesc modele neurochimice cu o suspectă ușurință creatoare. Mai mult, marile companii producătoare de psihotrope produc într-un vârtej amețitor medicamente circumscrise noilor entități. La fel de inventivi, psihoterapeuți de cele mai diverse orientări doctrinare găsesc rapid soluții adaptate noilor provocări. O serie de medici, sociologi, psihologi arată că psihiatria trebuie să-și reducă excesele, în special pe cele biologizante, reîntorcându-se și limitându-se cu insistență la modelul biopsihosocial [191, p.12, 20, 304].

Perspectiva unui control complet asupra bolii este iluzorie și, probabil, nici măcar dezirabil. Bolile ne schimbă capacitatea de a ne adapta și a supraviețui într-un mediu în continuă schimbare. Mai mult, progresele din domeniul medical nu au redus cererea de servicii medicale, ci, din contra, au crescut. Astfel, în ciuda medicalizării unei vieți sănătoase, promițând reducerea pe termen lung a costurilor pentru sistemele de sănătate, se atestă o serie de factori care au contribuit la creșterea constantă a cererii și costurilor de asistență medicală, astfel:

(1) pe măsură ce progresează, cunoștințele medicale cresc exponențial și generează în continuare niveluri de complexitate a investigației, diagnostice, terapii și servicii de asistență medicală;

(2) schimbările în structura demografică și speranța de viață au contribuit la creșterea numărului populației vârstnice și creșterea resurselor pentru această categorie;

(3) s-a trecut de la furnizarea de servicii controlate de sus în jos la o cerere determinată de către pacienți, presiunea medico-legală și interese economice divergente;

(4) se anticipă diagnosticul și prevenirea care implică medicalizarea unei vieți sănătoase, care în mod tradițional era privată de medicamente.

Medicalizarea a generat un context operativ radical diferit pentru medicină. Acesta implică mai degrabă risc decât afecțiuni medicale. Scopul intervenției medicale este, deci, neclar: tratăm o boală sau un risc de boală? Care este exact beneficiul pe care vrem să-l obținem? Vrem să prevenim anumite boli care pot afecta o persoană în timpul vieții sale? Suntem în stare să întârziem îmbătrânirea? Și dacă da, îmbătrânirea trebuie considerată o boală? Pentru medicină sunt întrebări prea complexe pentru a putea răspunde la ele de una singură fiind necesară o impunere a abordărilor socio-culturale printre actorii medicalizării. Se pare că schimbările determinate de medicalizare au indus în cele din urmă o transformare a medicinei în sine, solicitând o redefinire a conceptului de boală, a granițelor intervenției și a rolului indivizilor informați în determinarea obiectivelor personale de sănătate [39, p.48]. În acest context, etica reflectă valoarea vieții atunci când se face referire la medicalizare și, în mod special, distincție între ceea ce este mai degrabă bine decât rău atât pentru individ, cât și pentru întregul sistem sau societate în general. Ca atare, abordarea noastră cu referire la medicalizare este profund încărcată de valori. Analiza etică a evoluției la nivel practic a fenomenului de medicalizare este complicată, deoarece aici se includ nu doar medici practicițieni și asociații de medici, ci și unitățile farmaceutice, industria dispozitivelor medicale, oferind medicamente și tehnologii medicale care constituie o componentă esențială a medicinei moderne; instituțiile academice implicate în instruirea medicilor și sponsorizarea activităților esențiale de cercetare; industria asigurărilor medicale care procesează plăți pentru cea mai mare parte a serviciilor medicale; acordarea de către guverne și alți sponsori a fondurilor pentru cercetări efectuate în domeniul medical.

În acest context apare întrebarea: unde sunt limitele? Cu referire la limitele medicinei, I. Illich a produs cea mai radicală critică. Considerând că limitele medicinei trebuiau marcate acum un sfert de secol, autorul critică dur medicina modernă și industrializarea ei. Argumentul său în anumite privințe este unul simplu. Moartea, durerea și boala sunt parte a ciclului vieții omului. Toate culturile au dezvoltat mijloace pentru a ajuta oamenii să facă față tuturor celor trei stări. Într-adevăr, sănătatea poate fi chiar definită ca având succes în a face față acestor realități. Medicina contemporană a distrus, din păcate, aceste capacități culturale și individuale, lansând în schimb o încercare inumană de a învinge moartea, durerea și boala. A stopat voința oamenilor de a suferi realitatea. „Oamenii sunt condiționați să obțină lucruri mai degrabă decât să le facă”. Vor să fie învățați, mișcați, tratați sau îndrumați mai degrabă decât să învețe, să se vindece și să își găsească propriul drum”. Analiza este susținută de datele A. Sen, care arată că, cu cât o societate cheltuie mai mult pentru îngrijirea sănătății, cu atât locuitorii ei sunt mai susceptibili să se considere bolnavi [168].



Critica lui I. Illich poate părea ofensatoare, pentru medicul care stă la capătul patului unei persoane grav bolnave. Pacientul ar trebui aruncat afară și să i se spună să facă față singur? Desigur, este mult mai ușor a critica culturile decât a crea altele noi. I. Illich face referire la recuperarea capacității de îngrijire reciprocă și apoi să se învețe cum se combate acest lucru cu utilizarea tehnologiilor performante. Oamenii ar putea prelua din ce în ce mai mult controlul, cântărind mai conștient costurile și beneficiile „medicalizării” vieții lor. Înarmați cu informații mai bune despre cursul natural al afecțiunilor comune, ei pot evalua mai judicios valoarea reală a regimului nesfârșit al medicamentelor, testelor și tratamentelor.

Medicii ar putea deveni acum inițiatorii demedicalizării. Aceștia pot restitui puterea pacienților, pot încuraja îngrijirea de sine și autonomia, pot solicita o mai bună distribuție la nivel mondial a asistenței medicale simple și eficiente, pot rezista la clasificarea problemelor vieții ca fiind medicale, pot promova profesionalizarea asistenței medicale primare și pot ajuta la stabilirea serviciilor complexe [145].

Din multitudinea stărilor care cad sub incidența medicalizării expuse în acest capitol, este cert că rădăcinile medicalizării unei probleme se situează aproape întotdeauna mai adânc decât puterea industriei farmaceutice sau a asistenței medicale în ansamblu. Desigur, capacitatea medicilor de a influența și promova medicalizarea este enormă, iar noi susținem asistența medicală pentru că credem cu desăvârșire în ea. Ajungem mai ușor - avid - pentru soluții medicale la rezolvarea problemelor noastre. Am putea fi considerați parte a mașinărilor farmaceutice. Este vorba de abordarea medicală a unei probleme care va fi îmbrățișată de unii și respinsă de alții, în funcție de ceea ce se consideră că este o problemă, cum încadrează această problemă, ce contează ca soluție, convingeri, valori, proiecte etc. Mai mult, nimeni nu va susține o abordare medicală, dacă aceasta nu funcționează deloc. Există apoi o altă latură a acestui aspect încărcat de valoare. Medicalizarea aspectelor vieții există, deoarece abordarea medicală are, cel puțin parțial, succes în tratarea lor. Eventual, trebuie să credem că funcționează sau că ne oferă cea mai bună speranță. Dacă medicii nu ar fi în stare să ne ajute la soluționarea unor probleme, nu ar exista nicio îngrijorare referitor la medicalizarea acestora. Mai mult, în mod normal acceptarea abordării medicale a unei probleme trebuie să fie destul de răspândită înainte de a-i determina pe oameni să fie neliniștiți cu privire la medicalizare.

În aceste condiții, dacă abordarea medicală a unei probleme este acceptată suficient pentru a declanșa îngrijorări referitor la medicalizare, ea trebuie să ofere cel puțin o parte din ceea ce își doresc mulți oameni. Criticii medicalizării trebuie să recunoască că o abordare medicală este, cu siguranță, capabilă să mascheze adesea sau să amortizeze durerea, parte pe care nu o poate nega.

Medicalizarea trebuie, deci, să fie un răspuns justificat la problemele noastre. Am menționat credința noastră în medicină și parțial succesele unei abordări medicale. Este acolo ceva? Fără a ne îndepărta prea mult și a identifica care este de fapt *cauza fortificării medicalizării*, este posibil să oferim imediat câteva soluții. Prima ar fi *identificarea comodității și a soluțiilor ușoare*. Preferăm o soluție mai ușoară unei alte soluții, care presupune o cale mai anevoioasă. O pastilă dietetică ar fi extrem de bineventă comparativ cu efectuarea exercițiilor fizice. Și de ce, la urma urmei, nu este mai bine ceea ce este mai ușor? A doua este că *dorim și ne așteptăm să ne simțim bine tot timpul*. Nu doar că ne temem că ceva ar putea fi grav, în neregulă, dacă nu ne simțim bine, dar așteptarea noastră este că sentimentul de bine reprezintă felul în care ar trebui să ne simțim aproape întotdeauna. Tuturor oamenilor le place să se simtă bine, desigur. Toată lumea preferă să se simtă bine decât să se simtă rău. Și dacă efectele secundare fiziologice sau riscurile pe termen lung nu sunt problema, ce este în neregulă cu dorința de a simți în permanență starea de bine?

În acest context, apare întrebarea: cine este afectat de medicalizare? Îngrijorarea implică, în mod normal, credința că cineva este afectat. Cine? Putem identifica câteva grupuri diferite care ar putea fi afectate: a) clienții/pacienții a căror problemă este tratată medical; b) societatea sau cultura noastră ar putea fi afectată de medicalizare care promovează într-o oarecare măsură lipsa de responsabilitate personală, voința sau autocontrolul de care avem nevoie; c) profesia medicală ar putea fi afectată, dat fiind faptul că medicina se extinde dincolo de domeniul și așteptările nerezonabile pentru care sunt create. Multor medici le este dificil să țină cont de aspectele fizice, psihice și sociale ale unei boli, oricât de mult ar vedea relevanța tuturor acestor factori. Acest concept de boală pune, pur și simplu, prea multe sarcini pe umerii unui medic. Dacă medicii sunt acum necesari și pentru a oferi suport spiritual, cum poate cineva să fie un medic competent?

În cele din urmă, alte profesii și alți profesioniști ar putea să fie afectați, deoarece domeniile și practicile lor sunt „golite” de conținutul și resursele care își găsesc alocarea în altă parte. De ce am mai avea nevoie să găsim răspuns la problemele noastre în altă parte, atunci când exista o pastilă pentru depresie sau anxietate? Care ar fi rolul bisericii, dacă medicina oferă tratament pentru suflet? Astfel, practica medicalizării morții, de exemplu, ia locul bisericii, credința fiind într-o oarecare măsură ignorată și plasată în spatele medicinei și a asistenței medicale.

Precum a fost menționat și în capitolul anterior, publicitatea, accesul liber la orice informație au un impact enorm în raspândirea fenomenului de medicalizare. Un rol major în acest caz le revine inteligenței și responsabilității consumatorului, atunci când vine vorba de publicitate și alegerile făcute. Argumentul clasic al unei piețe libere este că aceasta vine să satisfacă cererea existentă. În situația în care producătorii *crează* cerere pentru produsele lor, acest argument este subminat. Este relevantă ideea conform căreia publicitatea este ea însăși coercitivă, datorită

faptului că interferează cu libera alegere a consumatorului, căruia îi este tot mai dificil să decidă de unul singur de ceea ce are nevoie, fiind supus unui baraj de influențe care se pot dovedi a fi irelevante, sau și mai mult, contrare nevoilor lui. Atunci când unui produs i se face publicitate pe baza unor informații tehnice incorecte, incomplete sau, pur și simplu, false, atunci când un „remediu pentru răceală” este vândut împreună cu promisiuni, însă fără o dovadă solidă de eliminare a simptomelor și de prevenire a complicațiilor, iar efectele secundare periculoase și cunoscute sunt camuflate de sfatul: „Consultați medicul sau farmacistul”, atunci noțiunea de „adevăr în publicitate” devine un imperativ moral, iar principiile etice sunt încălcate. Este deci mare probabilitatea ca consumatorul să nu înțeleagă informațiile privind produsul în cauză. Astfel acesta se pomenește în situația când nu-și asumă responsabilitatea pentru propriile decizii, iar pe de altă parte, reclamele nu pot fi învinuite pentru iresponsabilitatea și iraționalitatea proprie. Corporațiile au anumite obligații față de consumatori, dar și aceștia au anumite responsabilități la rândul lor. De aici rezultă că există responsabilități reciproce aflate în interacțiune [169].

Dezbaterile, susținute de publicația British medical journal cu privire la conceptul despre ce este și ce nu este o boală, reflectă diverse interpretări. Este ușor să crezi noi boli și noi tratamente, precum și multe dintre procesele normale ale vieții: nașterea, [87] îmbătrânirea, [53] sexualitatea, [69] nefericirea, [50] și moartea [31] - care pot fi medicalizate.

În interacțiunea dintre părțile interesate în domeniul medicalizării, populația generală reprezintă utilizatorul final al procesului. Este atât cea mai mare forță care acționează după adoptarea medicalizării, cât și cel mai fragil actor. Este suficient să privim în urmă cu 50 de ani, pentru a vedea o creștere remarcabilă a numărului de alegeri pe care, oricine locuiește într-o țară dezvoltată, a fost chemat să le facă cu privire la propria sănătate. Este relevant să se distingă *formele de medicalizare* care sunt puternic determinate medical (de exemplu, chemoprevenție, teste de screening etc.) și, din acest motiv reglementate, de o medicalizare mai extinsă care implică nutriție, sport și timp liber, unde principalul motor este piața liberă. În raport cu aceste ultime forme de medicalizare, este mai greu să identifiți interese false, influențele de marketing și cele socio-culturale. De obicei, ipotezele sunt neclare, obiectivele discutabile și rezultatele incerte. În aceste cazuri, factorii de decizie de stat și de politici nu pot planifica intervenții, iar comunitatea medicală se luptă pentru a defini un impact cuantificabil, oferind un mediu prosper, în special, pentru companiile private și pentru a genera profit direct sau indirect din servicii inutile și colectare de date. Individul obișnuit se confruntă cu o provocare nouă, trebuind să decidă asupra multor aspecte ale sănătății sale, cu o înțelegere limitată și acces la informațiile furnizate de mai multe canale în afara relațiilor fiduciare cu medicii. Oamenii sunt obligați să adopte intervenții, care includ proceduri de diagnostic sau medicamente cu efecte secundare, ca urmare a unei modificări

conștiente sau, în unele cazuri, a manipulării proprii percepții a riscului. Medicalizarea este un proces relativ recent ce este prezent în cadrul societății la toate nivelurile și depășește reperele actuale ale asistenței medicale publice. Beneficiile pentru societate sunt multe, la fel ca și îngrijorările în ceea ce privește libertatea de alegere pentru indivizii sănătoși care acționează la intersecția dintre interesele statului, ale companiilor private, ale asiguratorilor și ale sistemelor de sănătate [168, p.51-53].

Progresele din medicină nu au redus cererea de servicii medicale în dezvoltare, ci din contra, au contribuit la diversificarea acestora, iar în ciuda medicalizării unei vieți sănătoase, ce promite reducerea pe termen lung a costurilor pentru sistemele de sănătate, există mai mulți factori care contribuie la o creștere constantă a cererii și costurilor de asistență medicală.

Indiferent de factorii care generează medicalizarea în cadrul unei societăți, fie că acestea sunt de ordin psihologic, social, economic etc., cert este că au un impact direct asupra omului. În acest context apare necesitatea elucidării implicațiilor de ordin pozitiv și negativ ale acestui fenomen, pentru a avea o mai mare claritate referitor la acțiunile pe care este binevenit a le întreprinde astfel încât medicalizarea să aibă doar implicații pozitive asupra individului la nivel biopsihosocial. O serie de considerente implică analiza impactului medicalizării. Societatea contemporană constituie un ambient deosebit care nu determină indivizii să-și asume responsabilități sigure și de durată față de propria viață. Referitor la domeniul etic, elucidăm următoarele tendințe: prima se referă la *îndepărtarea responsabilităților de om* în favoarea instituțiilor, fapt care generează suprapunerea eticii (codice sociale de reguli și convenții, dictate de instituții). De aici crește riscul ca într-o societate democratică să fie promulgate legi civile contrare legii naturale. A doua tendință a societății actuale este de a *dispensa o bună parte a acțiunilor umane de judecata morală*. Astfel este explicat relativismul în domeniul moral, acest relativism conduce la transformarea naturii societății: „*conviețuirea socială este profund deformată*”; „*totul este supus convenției, totul este supus negocierii: chiar și primul dintre drepturile fundamentale, dreptul la viață*”. Ceea ce își propune astăzi omul este păstrarea bunăstării atinse și beneficierea de oportunitățile lui de „a se bucura de viață”. La acest nivel societatea de consum cunoaște modalitatea în care să le propună într-o varietate infinită. Această percepere a semnificației vieții ca adaptare are consecințe clare la toate nivelurile: economic, politic, social, cultural. Prin urmare, are loc o schimbare a modului de a trăi: nu mai este viața ca precondiție pentru un scop de atins, ci „viața de calitate”. Ne aflăm în fața unei inevitabile și dramatice confruntări dintre rău și bine, dintre moarte și viață, dintre „cultura morții” și „cultura vieții”. Ne aflăm nu numai „în fața”, ci inevitabil „în mijlocul” acestui conflict: suntem toți

implicați activ și nu ne putem sustrage responsabilității noastre de a face o alegere necondiționată în favoarea vieții [85, p.54-56].

Cu privire la aspectele pozitive și negative ale medicalizării, sociologul american P. Conrad a luat în considerare implicațiile acestui fenomen referindu-se la devianță, începând cu beneficiile de conceptualizare medicală a comportamentului deviant. Există mai puține condamnări ale persoanelor care au un comportament deviant, devenind mai puțin stigmatizați social, dat fiind faptul că, în anumite cazuri, tratamentul medical în sine este mai binevenit în ceea ce privește controlul social, decât sistemul de justiție penală, după care a enumerat și anumite consecințe negative. Problema „controlului expert”, care elimină o problemă din domeniul public, ce poate fi rezolvată cu ajutorul oamenilor din afara sistemului și a instituțiilor medicale, sau „individualizarea problemelor sociale”, care îi determină pe oameni „să caute soluții la probleme sociale complexe mai degrabă la individ decât la sistemul social” - aceasta presupune că se așteaptă o schimbare a oamenilor și nu a instituțiilor și practicilor sociale. Transformarea condițiilor umane în probleme medicale este în creștere. În trecut, profesia medicală era considerată principalul motor al acestei tendințe. Astăzi ar trebui luați în considerare și alți factori: consumismul, marketingul pentru produse farmaceutice sau biotehnologia care, aplicată la om, este punctul extrem pe care-l poate atinge progresul. Ea se poate caracteriza ca „reducționistă”, în sensul precis că tinde să reducă omul la o realitate materială complet controlabilă. Proiectul științific și tehnic integral îl consideră drept obiect pe însuși autorul său, manipulând însăși ființa umană: aceasta este, simplu, o materie care poate fi plasmuită și utilizată în libertate, conform unor scopuri și proiecte cu totul arbitrare [85, p.103]. Riscul medicalizării este de a neglija rolul factorilor determinanți sociali în modelarea sănătății umane. În acest context, apare un nou fenomen ce presupune îmbunătățirea condiției umane, adică utilizarea dispozitivelor biomedicale pentru a optimiza normalitatea (și nu pentru a vindeca bolile) [22].

În procesul de schimbare a condiției umane în probleme medicale, după cum am argumentat anterior, sunt implicați o serie de actori care, fie direct, fie indirect sunt parte a acestui fenomen. Cert este că un rol important îi revine medicului care este „înzestrat” cu o putere imensă în ceea ce privește schimbarea traiectoriei de percepere și tratare a problemelor și stărilor trăite de către pacient de la o abordare medicală la una de conștientizare și acceptare de a soluționa problemele dincolo de zona medicală.

În concepția lui Paracelsus, doctorul este cel care vindecă, și nu cel care vinde medicamente. În acest context, ne este sugerat să ținem cont de următoarele aspecte: a) *Consimțământul informat*. Atâta timp cât medicul nu se poate juca cu sănătatea pacientului, el trebuie să-și știe în mod exact limitele în tratarea unei afecțiuni. Nu se poate justifica niciun fel de

„înșelăciune”, nici măcar în presupusul beneficiu pe care l-ar avea asupra pacientului; b) de asemenea, medicul ar trebui să cunoască opțiunile de tratament, chiar dacă acestea constau în terapii total opuse; c) diagnosticul oferit pacientului trebuie să arate atât părțile slabe, cât și punctele forte din punct de vedere biopsihosocial, precum și să urmărească preveziunile relevante împreună cu fundamentele de ordin teoretic și practic; d) de asemenea, să propună tratamente alternative existente cu referire la situațiile de iatrogenie, care nu exclude oferirea pentru pacient a unei informații eronate, care se dovedește a fi în detrimentul pacientului. Prin urmare, este necesară evitarea medicalizării și clarificarea situației generate de utilizarea și efectele secundare ale medicamentelor prescrise de medic și administrate de către pacient; e) este recomandat de a ignora produsele medicamentoase, intervențiile, serviciile medicale care oferă soluții pentru orice. Aici se include nu doar vindecătorii tradiționali, dar și medicii convenționali care, se presupune, că au întotdeauna rețeta pentru orice tip de boală și medicamente care perturbă, de obicei, funcționarea generală a sistemului corp-minte și care au un impact negativ asupra pacientului [68].

Odată ce o problemă este făcută medicală, aceasta este eliminată din sfera morală și orice dezbateri ulterioară despre binele sau greșeala sa, sau despre cauzele și consecințele sale, este redusă la tăcere. Pur și simplu, odată ce eticheta de „boală” a fost aplicată, subiectul său devine în mod inerent rău și trebuie neapărat tratat (de preferință vindecat), fără a se confrunța cu niciuna dintre ambiguitățile sale morale. În unul din articolele sale, A. Moscrop susținea printr-un exemplu următoarele: atâta timp cât problemele legate de droguri și alcool (fiecare dintre ele trecând din domeniul moral la cel medical în secolul al XX-lea) sunt privite prin prismă pur clinică, aspectele lor sociale și morale mai tulburătoare pot fi în mod convenabil trecute cu vederea [122].

Problemele etice legate de medicalizare rămân a fi un subiect de dezbateri controversate, deoarece acest fenomen vizează corpul uman, care se dovedește a fi manipulat de către știința medicală, fiind schimbate semnificațiile valorice prin distorsionarea imaginii despre viață. Subminarea dimensiunii etice este una evidentă datorită faptului că prin intermediul medicalizării are loc o diminuare a posibilităților de dezvoltare a unei relații profunde medic-pacient. De asemenea, a crescut posibilitatea de informare „profesională” a pacientului și prin utilizarea medicației în scopul prevenirii și tratării diverselor afecțiuni. În aceste condiții doar etica ne susține în a găsi un suport rațional în legătură cu modul în care trebuie să trăim, iar în contextul medicalizării a ne pune întrebarea, dacă o viață cu sens înseamnă a medicaliza stările începând de la naștere și până la moarte.

### 3.2. Particularitățile valorificării reperelor axiologice în diminuarea medicalizării

Este cert că medicalizarea implică un set complex de interese, reguli și moduri care au schimbat percepția societății asupra bolii, sănătății, calității vieții etc. În cadrul corelației dintre fenomenul medicalizării și societate se constată un coraport de parteneriat, dat fiind faptul că medicalizarea vizează condiția umană, având impact asupra tuturor etapelor vieții individului. În asemenea împrejurări, apare necesitatea valorificării fundamentelor morale în condițiile în care în societatea contemporană se atestă o pierdere a dimensiunii reale a medicalizării unde tot mai multe probleme de ordin social își găsesc rezolvare în asistența coordonată de modelul medical. În acest context este evident că *medicalizarea generează consumul* și ca rezultat costuri suplimentare pentru întreținerea, tratarea diverselor afecțiuni. În aceste condiții se face remarcată patologia iatrogenă, ipohondria, automedicația etc.

O contribuție remarcabilă revine dezvoltării medicalizării la nivel de *macro* condiții, care include un set de norme și valori sociale ce ne influențează ca un tot. Acest lucru are un impact asupra influenței comportamentului și așteptărilor la nivel *micro* în relația dintre medic-pacient ceea ce presupune multiple tratamente, diagnostice etc. Ca rezultat, la nivel macro se atestă o utilizare tot mai mare a asistenței medicale, adică supradiagnosticul. De exemplu, într-o societate medicalizată, acceptarea pierderii de memorie în rândul populației în vârstă scade. Drept urmare, persoanele în vârstă trăiesc mult mai conștienți față de pierderea memoriei și, prin urmare, țin să consulte medicii mult mai frecvent decât ar fi făcut-o altădată, din care cauză rezultă un număr tot mai mare de diagnostice și prescripții. Acest proces de supradiagnosticare susține fortificarea medicalizării. Mecanismul suspectat în spatele acestui proces generează creșterea conștiinței sociale vizavi de această stare și tratamente, diminuând toleranța socială și individuală pentru a suporta această stare zi de zi. În acest context, este relevant de a elucidă riscurile pe care le presupune toleranța, acceptarea etc. și ridicarea la nivel de conștiință a unor stări care pot compromite sănătatea individului.

Astăzi se discută foarte mult despre risc, acest termen fiind inclus în contexte diverse. Prin urmare, am trecut de la o societate dominată de *pericole* la una dominată de *riscuri*. Potrivit opiniei lui Douglas (1992), riscurile reprezintă rezultatul acțiunilor umane, în timp ce pericolele au legătură cu imprevizibilitatea naturii. Dacă daunele pot fi văzute ca o consecință a unei decizii proprii, atunci putem vorbi despre riscuri, iar în cazul în care daunele ne depășesc voința, ceva „extern”, atunci putem vorbi de pericol. Un exemplu în acest sens îl reprezintă faptul că, dacă în trecut cancerul reprezenta un pericol, în zilele noastre, datorită tehnologiilor avansate, în special al screeningului, îmbolnăvirea de cancer a devenit un risc de prevenire ratată. În discursul despre sănătate, riscul poate fi legat de individualizarea problemelor sociale, de reduționismul biologic

și de trecerea frontierelor de la normal la patologic. Prin urmare, considerând boala un risc extern, responsabilitatea de a evita este transferată de la politica socială la individ, deși patologia are o legătură puternică cu condițiile sociale și economice [111].

În societatea contemporană sănătatea este considerată din ce în ce mai mult o responsabilitate a individului. Oamenii ar trebui să evite fumatul, supraponderalitatea, să amâne cât mai mult posibil procesul de îmbătrânire. Prin urmare, prevenirea este construită social ca fiind o datorie individuală. Mai mult, investițiile uriașe la nivel de diagnosticare și genetică au condus la neglijarea cauzelor sociale ale afecțiunilor și la luarea în considerație a acestora numai în termeni biologici.

Medicalizarea prevenirii conduce la explorări diagnostice periodice și ample în căutarea trăsăturilor predispozante ale tulburărilor incipiente, recurgând adesea la medicația profilactică de rutină a sănătoșilor. Recent, termenul „prevenire cuaternară” este folosit pentru a filtra intervențiile medicale printr-un filtru etic, pentru a evita efectele negative ale supramedicației. Pe lângă prevenirea efectelor iatrogenice, unii autori sugerează că reabilitarea și restabilirea funcției ar trebui să fie scopul prevenirii cuaternare. Realocarea multora, deși nu a tuturor măsurilor preventive către explorarea și medicația individuală profilactică este simptomatica unei schimbări majore de la sănătatea publică la boala clinică, determinând ca cea mai mare parte a prevenirii să fie absorbită de către organizațiile și practicienii din domeniul sănătății private [97, p.68].

Acțiunile preventive sunt menite să prevină riscurile și amenințările la adresa sănătății populațiilor. Astfel de acțiuni trebuie să fie eficiente, să evite interferența nejustificată și inutilă cu viața privată a cetățenilor și să vizeze problemele de sănătate predominante, mai degrabă decât să se concentreze exclusiv pe factorii individuali de risc relativ ridicat. Prevenția bazată pe populație redirecționează acțiunea pe riscuri colective și nu pe riscuri individuale.

Deși mulți cercetători [36; 38; 45; 61] atestă că în țările dezvoltate factorii sociali au un impact mult mai mare asupra stării de sănătate decât o creștere a cheltuielilor pentru menținerea acesteia, condițiile sociale și economice sunt rareori menționate în discursul biomedical asupra sănătății. De exemplu, este mai puțin costisitor a eticheta un copil ca având un comportament deviant, caracterizat în termeni de patologie, decât a lua în considerare alți factori, cum ar fi: șomajul posibil al părinților, sărăcia, mediul familial problematic etc., sau dacă considerăm depresia ca efect al lipsei de serotonină din creier, în loc de a da un răspuns natural și normal la o condiție de deprivare și stres, noi, implicit, respingem rolul politicilor sociale.

În această ordine de idei se legitimează o viziune individualistă și neoliberală asupra societății, în care statul are din ce în ce mai puține responsabilități pentru promovarea bunăstării cetățenilor. Mai mult, accentul pus pe un stil de viață sănătos poate fi greșit. Există dovezi ale



cauzelor bolilor ce au legătură cu statutul social economic, conexiunea dintre stilul de viață și sănătate pe care se bazează factorii de risc și doar o parte a legăturii etiologice dintre sănătate și societate. Este important de menționat în acest context două caracteristici ale riscului, care generează răspândirea medicalizării. Primul se referă la *prag*, dat fiind faptul că una dintre cele mai eficiente modalități de lărgire a sferei patologice reprezintă modificarea nivelului de prag. Prevenția a devenit medicalizată prin înșși scăderea pragului la care individul este considerat pre-bolnav. Un exemplu relevant în ceea ce privește medicalizarea prevenirii reprezintă hipertensiunea. Tensiune arterială crește odată cu înaintarea în vârstă și reprezintă unul dintre factorii care pot crește riscul de accident vascular cerebral. Dar, deoarece tensiunea arterială este supusă medicalizării, în jurul ei s-a dezvoltat o lume a marketingului. A doua caracteristică o reprezintă o idee distorsionată a *cauzalității*. Un exemplu în acest sens îl reprezintă conceptul de genetizare, tendința de a considera genele drept factor principal responsabil de orice fel de afecțiune. În acest tip de reduționism o înțelegere complexă a cauzelor dezvoltării umane este deplasată de una în care genele sunt percepute ca adevărata cauză a înțelegerii afecțiunilor, când, de fapt, cercetările au demonstrat că genele sunt „destinul” nostru doar în câteva cazuri [102].

Modalitatea în care societățile abordează medicalizarea are o legătură directă cu normele sociale, politicile guvernamentale, valorile morale și etică, precum și alte caracteristici și circumstanțe specifice țării. În R. Moldova studii cu privire la gradul de medicalizare a societății, la nivelul la care societatea este familiaizată cu acest fenomen, la modul în care se manifestă în societate și ce impact are asupra sănătății și a vieții de zi cu zi, practic, sunt inexistente. Profesorul T. N. Țirdea, în numeroase publicații, tratează problema medicalizării din perspectiva bioeticii sociale, precum și tendințele și direcțiile pe care le generează acest fenomen. Cu toate acestea, nu identificăm studii în care să fie expres tratată problema medicalizării, atât la nivel legislativ cât și social, medical. Totuși realitatea demonstrează omniprezența acestui fenomen prin diverse căi. Până la abordarea fenomenului de medicalizării în contextul R. Moldova este relevant de a elucidă la nivel global cele mai stringente probleme de medicalizare. Aici enumerăm următoarele:

- *Sănătatea mentală globală* – abordarea actuală pune accentul pe bolile biologice, pe realizarea unei conexiuni dintre psihiatrie și neurologie, pe revizuirea categoriilor de tulburări ale sănătății mentale. Promovează universalitatea simptomelor, a cauzelor și diagnosticilor biomedicale în cadrul diferitelor culturi, și oferirea unei viziuni individualiste, acordând prioritate tratamentului biomedical și extinderii intervențiilor medicale.

- *Boli non-comunicabile* – focusarea pe ținte individualiste, care evită cauzele profunde ale problemei, deviază atenția de la politicile individuale sau a reglementărilor în domeniul

farmaceutic, alcoolului, alimentelor și băuturilor, pentru extinderea rolurilor atribuite medicilor, lucrătorilor din domeniul sănătății, medicamentelor și monitorizării medicale.

- *Acoperire medicală universală* – conexiunea sănătății cu asistența medicală, ignorând factorii sociali și structurali ai sănătății și riscul ca asistența medicală să contribuie la agravarea inechităților, se axează pe acțiuni de prevenție și curative atribuite la nivel individual ce riscă o comodificare a sănătății [30].

Deși sănătatea reprezintă o preocupare pe agenda globală, totuși medicalizarea acestor probleme nu va genera rezultatele pozitive dorite. Impactul benefic este compromis de către interese legate de profit, de neglijarea factorilor sociali și politici ce au influență inclusiv asupra sănătății. Eforturile comune pot genera modificări ale agendei globale ce ar include acțiuni sociale și politice suplimentare în soluționarea problemelor medicale și tehnice ale sănătății globale.

Medicalizarea se regăsește în toate segmentele ce se referă la ființa umană și la sănătatea individului. Opiniile cu privire la medicalizare sunt diverse, întrucât unii acceptă foarte ușor sau chiar exagerează în acest sens, alții detestă fenomenul și îl consideră un business profitabil pentru marile corporații ale industriei farmaceutice și tehnologiilor moderne. Cert este că bioetica reprezintă știința care este ca un mentor pentru medicalizare și are un argument pentru fiecare acțiune în care este prezentă medicalizarea, al cărui scop este vădit, respectarea integrității și moralității atât a actului medical, cât și a individului în sine.

Medicalizarea o întâlnim în viața de zi cu zi și în R. Moldova, fiind inundați de imagini ale corpurilor perfecte, de sfaturi despre cum să rămânem sănătoși, de reclame despre produse care promovează sănătatea. În acest context, este evident că publicul va atribui rolul bolii pentru orice afecțiune care se abate de la acea presupusă normă. Există, deci, o problemă reală în presupunerea că corpul uman este o mașină perfectă, astfel încât orice imperfecțiune este interpretată greșit ca fiind o boală ce necesită a fi tratată cu medicamente, intervenții etc.

Nu putem ignora contribuțiile pozitive ale industriei farmaceutice la îmbunătățirea generală a îngrijirii pacienților. Cu toate acestea, industria farmaceutică reprezintă una din forțele motrice din spatele medicalizării. Companiile farmaceutice susțin cercetările pentru a dovedi că medicamentele lor funcționează în „tratarea” acestor „afecțiuni” și ameliorarea suferințelor pe care le provoacă. Reclamele comerciale pentru promovarea produselor medicale sunt finanțate de către producătorii de medicamente în care sunt prezente persoane cunoscute publicului larg, medici a căror prezență sporește credibilitatea. Alarmantă este tendința în creștere a utilizării medicamentelor fără prescripție medicală. Aici apare o altă problemă - cea a automedicației. Automedicația poate fi definită ca utilizare a medicamentelor pentru tratarea tulburărilor sau a simptomelor prin autodiagnosticare sau utilizarea intermitentă sau continuă a unui medicament

prescris pentru afecțiuni cronice sau recurente. Practica automedicației este o practică comună la nivel global, proprie atât țărilor dezvoltate cât și țărilor în curs de dezvoltare și poate fi chiar mai frecvent practică compartiv cu medicamentele prescrise de medici [17, p.49].

În urma analizei cadrului legislativ național, constatăm lipsa unei abordări referitoare la automedicație. Lipsa de monitorizare de către guvern, societatea civilă și organismele profesionale, generează la scară largă practicarea acesteia, ceea ce are un impact negativ asupra pacientului, datorită tratamentului incomplet sau insuficient, reacții adverse etc. În acest context, apare întrebarea: care este locul medicamentelor în societatea noastră? Nu cumva acordăm medicamentelor o putere prea mare? Medicamentele pot fi răspunsul la oricare dintre problemele noastre? Dacă până acum medicii erau administratorii bunei utilizări a medicamentelor și aveau monopolul prescripțiilor medicale, ei pierd încet acest statut. Industria farmaceutică se adresează astăzi direct pacienților pentru a-și promova medicamentele. Medicii se confruntă cu o adevărată presiune din partea pacienților, dar și a anumitor distribuitori de produse farmaceutice, care „dictează” prescrierea anumitor medicamente. Medicalizarea este deci legată de efectul substanțelor chimice, de felul prin care sunt comercializate, de felul prin care sunt prescrise și de legătura dintre medici, industria farmaceutică și stat. În aceste condiții apare necesitatea unei noi proiecții, și anume, *modelul „demedicalizat”* al viitorului, ce are viziuni opuse față de ceea ce reprezintă medicalizarea. Aici deja ne referim la servicii medicale și consumatori și nu la medici și pacienți. În procesul de demedicalizare întreaga comunitate muncește cu inteligență și într-o manieră participativă reciprocă pentru a realiza pregnant ceea ce în concepția OMS este un „stat de bunăstare fizică, mentală și socială deplină”. [104, p.580].

*Demedicalizarea* vizează atât substanțele medicale, cât și comportamentele. Din ce în ce mai mult medicii trebuie să facă față tratării problemelor legate de efectele negative ale medicamentelor. În medicină, interacțiunea dintre numeroasele sisteme complexe interpelează medicii în mod constant. Un exemplu este cel al patologiilor multiple, al iatrogeniei, polimedicației și al interacțiunii medicamentoase. *Iatrogenia* medicamentoasă este definită ca efectul nedorit provocat de luarea de medicamente, fie la prescrierea medicului, fie prin automedicație. De exemplu, aceste efecte pot fi datorate administrării unei doze de medicamente mai mari decât cele indicate, efectelor secundare ale medicamentelor, interacțiunilor dintre medicamente sau reacțiilor produse de acestea. Manifestările acestor efecte pot fi dintre cele mai diverse: oboseala, hemoragia digestivă etc. Orice persoană este expusă iatrogeniei medicamentoase, dar cele mai expuse sunt persoanele cu patologii multiple. Colaborarea dintre pacient, familie și echipa de îngrijiri este esențială în depistarea problemelor de iatrogenie, prevenția, educația terapeutică, formarea și informarea privind iatrogenia. De asemenea,

medicalizarea impune comportamente ce induc dependența sau intoleranța față de medicamente. La fel ca și în cazul iatrogeniei, o reglare a comportamentelor privind administrarea medicamentelor (medicamentele adecvate, dozajul, efectele secundare, suprimarea tratamentului etc.) trebuie să țină seama de triada pacient - familie - echipa de îngrijiri. În fine, pe măsura medicalizării societății, reflectată în cadrul medicinei formale a unor subiecte cândva străine acestui domeniu (nutriția, kinetoterapia, problematica adicțiilor), practica medicală diversifică și mai mult caracteristicile distinctive ale medicului, peste limitele diagnosticului și a acțiunilor curative, incluzând elemente de inducere a unor comportamente preventive, avizarea și informarea pacienților, pe scurt, asimilarea unui rol de comunicator [135, p.23, 47].

În asemena context, bioetica ne ghidează să facem apel la raționalitate. Având în vedere diferența dintre raționalitatea economică și cea medicală, este important să se ia în considerație, alături de *homo politicus* și *homo economicus*, un al treilea subiect arhetip și anume *homo medicus*. Deși acest termen se referă la medic, recent a fost utilizat pentru a denumi un subiect condus de imperativul sănătății, prin urmare, abordează totul în termeni de maximizare a sănătății și minimizare a riscurilor pentru ea. Drept exemplu ne poate servi starea de pandemie Covid-19 în care am devenit toți *homo medicus*, evaluând activ oamenii și lucrurile din jurul nostru în termeni și întrebări medicale, precum: Oamenii din fața mea sunt contagioși? Ar trebui să port o mască? Copiii mei se vor îmbolnăvi dacă merg la școală? [47, p.11]. Dar și *homo medicus* ridică anumite îngrijorări. Datorită angajamentului său primordial pentru menținerea sănătății, *homo medicus* poate oferi prea mare încredere medicilor, în mod special capacității lor de a dezvolta și executa soluții la probleme publice. În astfel de circumstanțe, acest subiect ar putea găsi un teren comun cu *homo economicus*. În timp ce *homo medicus* ar trebui la moment să apere politic acțiunile publice care susțin sănătatea, el pare să-și dorească eliberarea de politică.

Criza generată de Covid-19 a adus în vizor o problemă importantă, căreia i s-a atras mai puțină atenție, și anume, emoții care pot genera medicalizarea. Frica este probabil cea mai frecventă emoție experimentată și discutată în criza curentă. Reprezintă, de asemenea, o emoție strâns legată de medicalizarea propriilor noastre corpuri și comportamente. Oamenii care sunt bolnavi nu numai că se tem de boala de care suferă, ci și de propriul corp și de modul în care este afectat de boală. După cum subliniază H. Carel, boala ne face conștienți de aspectele noastre existențiale care, de altfel, fac parte din zgomotul de fundal al vieții noastre de zi cu zi, cum ar fi vulnerabilitatea noastră, capacitatea noastră de a gândi și de a acționa [70]. După cum demonstrează actuala criză, oamenii nu trebuie să fie bolnavi ei înșiși pentru a experimenta acest lucru. Deși o mare parte din populație nu este bolnavă, aproape toată lumea pare să fi devenit conștientă de vulnerabilitatea sa, ajungând să se teamă de o întreagă serie de lucruri, comportamente și oameni.

În această ordine de idei traseul dintre vulnerabilitate și manipulare este foarte mic, consumul de medicamente și, evident, o readaptare a industriei farmaceutice a luat amploare în scopuri de profit. Această situație a generat automedicalizarea, autovătămarea. Prin urmare, suntem inundați de informații de ordin medical care, în mare parte, fac apel la interesele noastre și la frica profundă de o eventuală infirmitate. Toate aceste aspecte presupun medicalizarea unor afecțiuni sau stări firești. În această conjunctură, oamenii și-au asumat o responsabilitate personală mai mare față de propria sănătate, fiind interesați în căutarea de informații cu privire la tratamente fie din surse viabile, fie din alte surse ce abordează problema sănătății. Aici ne apare în vizor, precum am menționat și anterior, fenomenul de automedicație, în mod special când este vorba de afecțiuni minore. Potrivit opiniei lui W. Richards, principiile pentru a considera problemele de sănătate ca boli minore includ o durată limitată, fiind nepericuloase pentru pacient [210].

OMS la începutul anului 2020 și-a exprimat îngrijorarea referitor la efectele pe care COVID-19 le-ar putea avea asupra bunăstării psihologice. Dovezile impactului psihologic abia începeau să apară, întrucât un număr tot mai mare de studii sugerau stările de anxietate și depresie crescută [59]. Reacțiile psihologice comune, frica generalizată și anxietatea comunitară sunt asociate cu focare de boală care au sporit șansele răspândirii fenomenului de medicalizare și de automedicație.

Una dintre problemele bioetice identificate în perioada de pandemie COVID-19, a reprezentat-o tensiunea dintre standardul medical (adică medicina bazată pe dovezi), care devenise efectiv unul moral, și noile practici medicale (diagnostic, tratament), care încă mai avea nevoie de o validare științifică (studii clinice, farmacovigilență). Pentru a atenua această tensiune s-a acționat prin intermediul unei abordări la nivel microbioetic (la nivel de spitale, instituții etc.), decât macrobioetic (la scară globală, societate, țară), delimitând teoria etică a fericirii și supraviețuirii bolnavilor la nivel micro, care părea a fi o soluție satisfăcătoare pe termen scurt, aplicat la începutul unei viitoare crize de sănătate sau echivalente [159]. De asemenea, în cadrul discursului etic, se prefigurează două direcții principale. Prima etapă este de natură normativă (care este, de fapt, o componentă a statutului profesional de cunoștințe medicale sau profesionale), în timp ce o altă componentă se referă la acceptabilitatea (etică, și în cele din urmă socială) a modului în care un fenomen medical influențează viața socială prin medicalizare. Prin urmare, discursul bioetic ar trebui conturat într-o dezbatere în sfera socială, ar trebui să participe nu numai specialiști în domeniul medical, ci, de asemenea, și cei din alte ramuri - cum ar fi sfera politică, cea a sociologiei sănătății și calității vieții, filozofie, drept etc. Remarcăm nu doar rolul bioeticii în timpuri de criză, dar și criza profundă a bioeticii, care pe perioada pandemiei nu a reușit să respecte principiile

fundamentale ale acesteia: principiul binefacerii, principiul non-maleficienței, principiul autonomiei, dreptății sociale [156].

Chiar dacă măsurile precum carantina, starea de alertă au fost luate cu scopul de a reduce numărul de cazuri infectate, restricțiile și izolarea socială reprezintă o preocupare importantă pentru bunăstarea psihologică a familiilor [172, p.1714]. În asemenea situație „cel mai bun răspuns psihologic la pandemie ar fi consolidarea rezistenței psihologice și răspândirea conștientizării, stării pozitive, speranței, empatiei și înțelegerii celor care se luptă din cauza efectelor pandemiei de COVID-19, precum și a celor care suferă din cauza bolii” [107, p.37].

Pe arena internațională există o schimbare a acestor afecțiuni prin practicarea autoîngrijirii, datorită faptului că acest lucru poate contribui la reducerea costurilor și a distragerii atenției față de afecțiunile minore, ceea ce permite în același timp specialiștilor din domeniul medical să se concentreze asupra problemelor de sănătate mai grave. În acest caz, menirea farmacistului este una importantă în garantarea unui plan responsabil de automedicație. De exemplu, în Statele Unite se estimează că aproximativ 100-150 de milioane de consultații medicale generale pe an sunt legate de afecțiuni care ar putea fi autotratate. În ultimele decenii, rolul farmacistului a fost schimbat, fiind nu numai un distribuitor de medicamente, ci acționând ca parte a unei echipe multidisciplinare implicate în îngrijirea sănătății [211, p.17].

Anual, mii de produse noi sunt lansate pe piața medicamentelor ca produse fără prescripție medicală (OTC), iar farmaciștii sunt într-o poziție excelentă de a oferi pacienților informații corecte despre utilizarea acestor medicamente. Automedicația are avantaje pentru sistemele de sănătate și facilitează o mai bună utilizare a abilităților clinice, crește accesul la medicamente și poate contribui la reducerea costurilor medicamentelor prescrise, asociate cu programe de sănătate finanțate public [80]. Cu toate acestea, există și anumite aspecte ce se referă la pericolul automedicației cum ar fi: autodiagnostic inexact; nerespectarea promptă a sfaturilor medicale adecvate; alegerea incorectă a terapiei; nerescunoașterea riscurilor farmacologice neobișnuite; efecte adverse mai puțin frecvente, dar severe; eșecul diagnosticării contraindicațiilor, interacțiunilor, avertismentelor și precauțiilor; aceeași substanță activă este deja luată sub un alt nume; nerescunoașterea sau raportarea reacțiilor adverse la medicament; calea de administrare incorectă; dozaj excesiv; utilizare excesiv prelungită; riscul dependenței și abuzului; interacțiunea dintre alimente și medicamente [67, p.13].

În publicațiile din perioada anilor '80 ai secolului al XX-lea sunt enumerate numeroase forme de medicalizare a devianței proceselor naturale ale vieții. Studiile din ultima decadă elucidează în mod particular profunzimea medicalizării vieții femeii: bătrânețea, devianța, anorexia, bulimia și o multitudine de probleme legate de reproducere, sarcină, naștere, controlul

sarcinii, infertilitate, avort, menopauză etc. Precum susținea C. Riessman [147], din diverse motive femeile sunt mult mai vulnerabile în fața medicalizării în comparație cu bărbații. În altă ordine de idei, este cert că procesele naturale care fac parte din viața unei femei (în mod special cu privire la reproducere) sunt mult mai probabil a fi medicalizate comparativ cu cea a bărbaților. De aici rezultă că genul reprezintă un factor important în înțelegerea medicalizării. În acest context, este relevant de elucidat consecințele medicalizării în cazul în care suntem mai mult orientați spre a „parcurge” această direcție. P. Conrad și W. Schneider separă consecințele medicalizării în părți „întunecate” și „luminoase”. Ei includ în partea întunecată: asumarea neutralității morale medicale, dominarea experților, individualizarea problemelor sociale, depolitizarea comportamentului, dislocarea comportamentului, dominația puterii tehnologiilor medicale. Preocuparea fundamentală o reprezintă modul în care modelul medical decontextualizează problemele sociale și colateral le include sub incidența controlului medical. Acest proces individualizează ceea ce ar putea fi perceput ca problemă socială colectivă. Un exemplu în acest sens îl constituie faptul că controlul medical poate afecta opinia publică și politicile sociale. Rosenberg, de exemplu, sugerează că politicienii au o înclinație spre soluțiile medicale, pentru că ele sunt „mai puțin evazive decât măsurile economice și politice, care sunt omologii lor naturali” [36, p.222-224].

Oricare ar fi motivele medicalizării, cert este că are loc o perturbare a granițelor dintre normal și patologic și apariția a ceea ce a fost menționat și în capitoul precedent, a unei categorii pe care o considerăm intermediară, aflată la risc de boală. Dacă continuăm să acceptăm medicalizarea riscului, este evident că acest proces de medicalizare a vieții este imposibil să fie stopat tocmai din motive de extindere a etiologiei bolilor la factori culturali, sociali, ceea ce a determinat extinderea bolilor și a tratamentelor. Precum susține doctorul Oană Sever-Cristian în articolul „Patru întâlniri cu sociologia medicală”, conform teoriei etichetării boala are „...semnificații culturale ridicate la rangul de simptome. Separarea normalului de patologic are deci o dimensiune morală intrinsecă. Dacă negăm existența unei granițe între moral și amoral, rezultă că singurele linii de separație într-o societate sunt cele politice”. Un exemplu în acest sens îl reprezintă influența politicilor asupra bolii, care este perceptibilă în cazul fumătorilor. Aceștia trebuie instruiți și convinși că acest obicei este unul periculos, iar aspectul politic al problemei constă în faptul că prevenția reprezintă sarcina guvernului. În acest sens I. Zola, susține că medicina reprezintă o instituție de control social ce se extinde asupra unor norme care anterior țineau de religie, tradiție sau viață privată [133].

Cert este că medicalizarea reprezintă un proces istoric, iar eticheta de sănătos sau bolnav devine tot mai relevantă în viața oamenilor, spectrul acesteia fiind foarte larg, începând cu

mâncarea sănătoasă, bio, până la politicile care conduc societatea „bolnavă” în care trăim. Credulitatea față de medicalizare este un traseu din start ales greșit, în mod special când avem probleme care, de fapt, sunt de o cu totul altă natură, cum ar fi șomajul, emigrarea, divorțul etc. Există tendința de a căuta soluții în locuri nu tocmai potrivite, iar persoanele care experimentează astfel de stări la un moment dat în viață nu înseamnă neapărat că sunt bolnavi. Dat fiind faptul că medicalizarea presupune menținerea unui control social pentru o înțelegere fermă a stării universului construită social sau schimbările care au loc de-a lungul timpului, trebuie să înțelegem organizarea socială „care permite acestor definitori să-l definească.” Conform demersului lui T. Szasz, el este cel care acuză medicalizarea devianței și stigmatizarea iar mecanismul prin care se realizează acest proces reprezintă învinovățirea victimei. Astfel se ajunge la starea de lucruri când societatea este într-o stare de așteptare ca medicamentele, medicii, tehnologia etc. să rezolve medical anumite probleme când de fapt au nevoie de o altă abordare și o redirecționare a mediului în care acestea trebuie să fie tratate.

Trebuie să examinăm pașii concreți pentru înlocuirea medicinei clinice, care reprezintă soluția perfectă pentru înlăturarea dominației medicale. În acest context reiterăm *demedicalizarea* care susține retragerea medicinei din sfera vieții private, cum ar fi sarcina, moartea, alcoolismul etc. De exemplu, alcoolismul va fi privit ca o problemă de ordin educațional, iar moartea necesită a fi „îmblânzită” și va avea loc în mediul familial. Cert este că prin intermediul demedicalizării va avea loc destigmatizarea, deoarece oamenilor nu li se vor mai aplica etichete de diagnostic. Demedicalizarea nu va fi eficientă până nu va ajunge la reprezentări și practici sociale. Datorită faptului că nu există nicio normă universal valabilă privind sănătatea și că boala și sănătatea reprezintă concepte relative, care variază în dependență de condițiile de existență (suportă schimbări odată cu istoria, cultura, economia, politica etc.), primordial este transformarea concepției noastre asupra bolii. Și mai mult, sănătatea trebuie asumată mai presus de toate, ca o experiență umană a corpului și nu ca definiție medicală. Sănătatea perfectă continuă este anormală, deoarece experiența de a trăi include boala, iar depășirea ei ne îmbogățește existența. Pentru a ne transforma concepția despre sănătate și boală se impun, așa cum am menționat anterior, măsuri educaționale și o largă transformare culturală a valorilor asociate [136, p.120].

Un *model demedicalizat* al viitorului proiectează viziuni promițătoare în vederea promovării unor politici de sănătate, în care furnizorii și consumatorii de sănătate (nu mai vorbesc despre doctori și pacienți), comunitatea lucrează cu sârguință, inteligență și, mai presus de toate, într-o manieră reciproc participativă pentru a obține cât mai mult posibil ceea ce OMS consideră „o stare de bunăstare fizică, mentală și socială generală”.



Având în vedere dificultatea prognozirii tendințelor culturale, care devine de-a dreptul problematică în societatea contemporană, apare necesitatea de a ne concentra atenția asupra dezbaterei cu privire la *medicalizare* vs. *demedicalizare* din punctul de vedere al sănătății holistice. În disputa dintre medicalizare și demedicalizare, trebuie să analizăm cine aduce mai multă lumină prin propria dreptate din numeroasele puncte de convergență. Susținem acest lucru din motive diverse:

- Sănătatea holistică pune un mare accent pe persoanele care își asumă responsabilitatea pentru propria sănătate și bunăstare. Demonstrarea unui sentiment de responsabilitate prin căutarea de informații despre sănătate, dietă, schimbarea comportamentului, reducerea stresului, explorarea spirituală etc.

- Prin încurajarea unei atitudini mai proeminente față de sănătatea cuiva, sănătatea holistică vizează reducerea substanțială a distanței dintre statutul de medic și pacient. Atingerea unei simetrii mai mari în relație este văzută ca instrument în susținerea și consolidarea angajamentului individului față de asistența medicală auto-responsabilă. Realizarea acestei condiții ar reprezenta o măsură semnificativă a deprofesionalizării.

- Sănătatea holistică presupune lărgirea sferei tradiționale a medicului de la o concentrare îngustă asupra simptomatologiei bolii, într-un domeniu extins, în care sunt incluse focare importante pentru sănătate, precum nutriția, bunăstarea psihologică și spirituală, relațiile interpersonale și influențele parvenite din mediul înconjurător [104, p.581-582].

În practica medicală, în mod special a medicului generalist, abordarea unui sistem holistic este binevenit de a fi utilizat. Medicul generalist se confruntă cu pacientul și cu problemele sale în ansamblu, se concentrează pe nevoile și preocupările individuale ale acestuia. Medicul încearcă să integreze în mod constant date despre starea emoțională a pacientului, diverse comorbidități, factori de mediu, antecedente familiale etc. Cu alte cuvinte, medicii se confruntă cu o serie de informații neliniare, multidimensionale, în timp ce au nevoie de știința medicală pentru a lua decizii liniare, reduționiste. Este vorba de o temă generală: „o boală, un factor de risc, un scop” cu o lipsă de informații dinamice. În următorul deceniu sistemul medical își propune utilizarea instrumentelor pentru a lua în considerare complexitatea corpului uman și bolile în medicina practică de zi cu zi [76, p.308]. În context se propune o abordare pe care o numim *P4-medicine*, care este construită pe patru principii fundamentale: *prevenție*, *personalizare*, *predicție* și *participare*. Acest model este atractiv prin faptul că redă nu numai bolile, ci și stările de sănătate potențial controlabile. Conform opiniei lui L. Hood și N. Flores (2012), „Medicina sistemelor (P4) medicine reprezintă ceva inovativ a ceea ce nu a existat niciodată – înțelegerea bolilor și a bunăstării ca o rețea continuă de stări, unică în timp și spațiu pentru fiecare ființă umană în mod individual”. Ce presupune de fapt P4? *Prevenție* - în loc de a reacționa la apariția bolilor, depistată

adesea în stadii avansate, medicina personalizată permite recunoașterea persoanelor cu risc sporit de boală în scopul luării măsurilor profilactice. Există mai mult de 1600 de teste genetice prin intermediul cărora este posibilă depistarea predispoziției pentru o anumită problemă de sănătate de la pierderea auzului până la stop cardiac etc. Pe baza genomului, medicii i au posibilitatea să aleagă strategii persoanlitate în scopul prevenirii bolii. Astfel este posibil ca tratamentul bolii să fie preventiv sau scurtat semnificativ. *Personalizare* – în cadrul medicinei personalizate atenția medicilor este concentrată pe pacient, pe modul de viață, fondul genetic, deci nu pe boală. Se încearcă tratarea bolnavului prin prisma particularităților lui, de la genom la stil de viață, și nu cu diferite medicamente care au avut succes la alții cu aceeași boală. De asemenea, biomarkerii, analizele genetice, contribuie la selectarea unui tratament corespunzător, care tratează boala unui anumit pacient. De exemplu, pentru femeile care sunt diagnosticate cu cancer de sân se utilizează medicamente care acționează strategic asupra anumitor segmente din structura celulei, detectate prin teste genetice. *Predicție* - medicina personalizată permite medicilor a anticipa evoluția unui pacient și evoluția sub tratament. *Participare* – medicina persoanlizată presupune implicare din partea pacintului în scopul ocrotirii propriei sănătăți. Dat fiind faptul că testele genetice elucidează riscul de a suferi de o anumită boală, pacientul cunoaște cum trebuie să se protejeze. De pildă, în cazul formelor de hipercolesterolemie moștenite crește riscul de infarct miocardic înainte de vârsta de 40 ani. Testarea genetică ajută persoanelor predispuse conștientizarea acestui lucru, fiind o motivație pentru schimbarea stilului de viață și pentru urmarea unui tratament. P4-medicine se deduce din convergența a trei megatendințe (Anexa 1):

- Creșterea capacității biologice și medicale de a detecta complexitatea biologică a bolii;
- Capacitățile radical îmbunătățite ce se datorează revoluției digitale pentru colectarea, integrarea, stocarea, analizarea și comunicarea datelor și informațiilor cu includerea istoriei medicale convenționale;
- Accesul pacienților la informație, iar drept consecință creșterea interesului pentru gestionarea propriei sănătăți. Consumatorii generează transformarea asistenței medicale prin aceste megatendințe [22].

O altă soluție inedită o reprezintă *deprofesionalizarea*, ce constituie o continuare a demedicalizării, medicina înlocuindu-se cu anumite servicii de suport. Astfel are loc o schimbare de paradigmă, care presupune orientarea medicinei clinice spre medicina holistică, ce cuprinde o serie de terapii alternative: herbalism, meditație, homeopatie, osteopatie etc.

Familiarizarea cu fenomenul de medicalizare și a impactului acestuia la diverse nivele (social, economic, medical etc.), aduce pe ordinea de zi necesitatea valorificării aspectelor teoretico-morale ale medicalizării, mai ales că literatura de profil relevă o seie de exemple care

dovedesc omiprezența acestui fenomen. Într-unul din articolele sale, J. Busfield (2017) susține că medicalizarea rămâne astăzi la fel de relevantă din punct de vedere empiric și conceptual, ca rezultat al influenței continue a medicinei de zi cu zi. Cercetătorul J. Williams (2017) este de acord cu această concepție, dar, în același timp, evidențiază anumite probleme, referindu-se la faptul că medicalizarea conține categorii „elastice” ,care se extind și se contractă în timp la nivel conceptual, instituțional și interacțional. Această dezbatere evidențiază măsura în care definițiile medicalizării continuă să necesite clarificări suplimentare. Remarcăm aici afirmația lui Peter Conrad, conform căreia „cheia medicalizării este definiția”. Lucrarea lui P. Conrad despre medicalizarea societății sugerează că medicalizarea s-a petrecut într-un timp relativ bine circumscris și într-un domeniu de aplicare al cunoștințelor medicale: „Profesia medicală și extinderea jurisdicției medicale au fost forțe motrice principale pentru medicalizare”; „medicalizarea este rezultatul extinderii intenționate de către profesia de medic”; implică „autorizarea profesiei medicale pentru a oferi un anumit tip de tratament pentru această boală”; înseamnă că „problemele umane intră în jurisdicția profesiei medicale”; că „medicii sunt cei mai direct implicați”; și că diagnosticul și tratamentul medical se bazează pe „prescrierea medicamentelor”. Pe scurt, presupunerea de bază este că apariția medicalizării este legată de profesia medicală din Occident, despre care se știe că s-a dezvoltat dintr-o ramură specifică de cunoaștere construită pe biologie și fiziologie și susținută îndeaproape de practici și dovezi tehnologice; de unde denumirea sa ca biomedicină sau medicină biologică [179].

Având în vedere concentrarea lui P. Conrad asupra proceselor pe care le-au suferit societățile occidentale începând cu secolul al XX-lea odată cu extinderea domeniului medicinei, el susține că conceptualizarea medicalizării este fundamentată empiric. Cu toate acestea, preocuparea lui Conrad față de definiția medicalizării ridică o problemă importantă și provocatoare, decodată din afirmația că „Interesul pentru medicalizare s-a concentrat predominant pe problemele anterior non-medicale care au fost medicalizate, dar, de fapt, medicalizarea trebuie să includă toate problemele care ajung să fie definite în termeni medicali” [36, p.211]. Acest lucru pune sub semnul întrebării cum să fie definiți „termenii medicali”. Argumentul principal este că definirea medicalizării ca proces prin care lucrurile sunt făcute medicale necesită un punct de vedere teoretic clar cu privire la definirea cunoștințelor medicale și poate fi destul de diferit de contextul empiric pe care P. Conrad și alții îl studiau.

Dacă distincția dintre contextul empiric și sfera teoretică a medicalizării nu este recunoscută în mod corespunzător, riscăm să reproducem un argument eronat din punct de vedere cultural, deoarece s-ar baza pe o viziune a medicinei bazată pe profesie. Pentru ca medicalizarea societății să existe, cunoștințele medicale ar trebui să fie acceptate, produse și reproduse de către

„experți”, dincolo de profesioniștii medicali în sine, cum ar fi instituțiile de reglementare (de exemplu, juridice, politice și educaționale), alte profesii medicale, mai strâns legate de biomedicină (de ex., nursing), cunoștințe laice și alți actori ai sănătății, care nu sunt în întregime legați de profesia de medic [22]. Este necesar să recunoaștem că ceea ce face ca anumite cunoștințe medicale să existe fără intervenția directă a practicienilor săi este instituționalizarea controlului social al medicinei și că acest lucru ar fi putut avea loc numai după ce medicina a trecut printr-un proces de profesionalizare [179]. În societatea contemporană profesia de medic a suportat anumite transformări, dacă în trecut, medicul era considerat cu atât mai bun cu cât persoanele de sănătatea cărora se ocupa se îmbolnăveau mai rar sau chiar deloc astăzi medicii sunt tot mai apreciați dacă au mulți bolnavi și prescriu multe medicamente. Produsul care a generat cel mai mult transformări în ceea ce privește statutul profesiei de medic este medicamentul, drept rezultat ne aflăm în fața unor mijloace care au efect direct pe o cale sau alta asupra organismului și a căror administrare trebuie să fie monitorizată în mod obligatoriu de specialiști în materie. Drept rezultat medicalizarea este evidentă în apariția unor noi probleme, cum ar fi: dependența de antibiotice, amfetamine și barbiturice, utilizarea tehnologiilor de reproducere etc [163, p.130-131].

Medicalizarea cuprinde mai multe forme, adică orice ramură a cunoștințelor medicale poate medicaliza viața. Fără a recunoaște pluralitatea cunoștințelor medicale, poziția sociologică este părtinitoare și normativ empirică cu privire la diferitele ramuri ale cunoștințelor medicale și reproduce granițe stabilite de formele cunoștințelor medicale, care reușesc să instituționalizeze controlul social. Argumentul este că, din punct de vedere empiric, medicalizarea și controlul social nu se suprapun, pentru că tocmai asta s-a întâmplat în țările industrializate cu paradigma biomedicală. Punctul central este că medicina are o existență teoretică (în plus față de cea empirică) și, prin urmare, definiția a ceea ce este și a ceea ce nu este medical nu poate fi legată de procese pur empirice.

Pașii operaționali cheie necesari pentru a utiliza această abordare bazată pe cunoștințe a medicalizării sunt următorii. *Primul pas* este să acceptăm că medicalizarea condițiilor și comportamentelor umane ar putea rezulta din activități din cadrul tuturor ramurilor cunoașterii medicale, indiferent de statutul și de locul lor în societate. Prin urmare, acceptarea unei definiții incluzive a medicalizării este un pas important. De asemenea, recunoașterea faptului că, atunci când o ramură a cunoașterii exercită control social asupra societății în ansamblu, cum este cazul biomedicinei, nu împiedică și alte ramuri să medicalizeze comportamente și condiții, chiar dacă o fac parțial. Propunerea de deschidere a medicalizării către diferite cunoștințe medicale presupune riscul unei definiții inexacte a medicinei, făcând astfel necesară adoptarea unui punct de vedere analitic clar, care să stabilească limite exacte între ceea ce este medical și ce nu este.

În consecință, *al doilea pas* este necesitatea de a testa coparticiparea diferitelor ramuri ale cunoașterii la definirea trăsăturilor ontologice ale medicinei, care presupun că medicina poate fi definită ca utilizarea abilităților discreționare pentru transformarea principiilor abstracte în situații concrete în funcție de adevăruri specifice ce vizează recuperarea sănătății.

*Al treilea pas* este acela de a clarifica în legătură cu ce etiologie specifică condițiile și comportamentele umane sunt etichetate ca fiind medicale. Recunoașterea formei de cunoaștere medicală utilizată este esențială pentru a identifica tipul de medicalizare abordat (de exemplu, biologie și fiziologie, naturalism, filosofie, moralitate etc.), făcând astfel posibilă depășirea criticilor cu care medicalizarea se confruntă frecvent.

*Al patrulea pas* este acela de a afla cum se conectează între ele diferite tipuri de medicalizare, având în vedere că spectrul cunoștințelor medicale este neclar și adaptabil. De exemplu, indivizii pot acapara și utiliza cunoștințele în mod diferit, atunci când se află în afara jurisdicției biomedicale și a procedurilor testate științific.

*Al cincilea pas* este de a stabili dacă și cum diferitele ramuri ale cunoașterii exercită control social în societăți. E. Halfmann (2012) a menționat că actorii, discursurile, practicile și identitățile specifice integrează controlul social medical în societate prin procese specifice și la diferite niveluri. În timp ce controlul social poate fi exercitat la nivel macro în legislația, hotărârile, rapoartele și dezbaterile organizațiilor naționale și internaționale, cum ar fi birocrații guvernamentale, tribunale, legislaturi, corporații, universități, reviste, fundații, organizații non-profit și mass-media, la nivel mezo poate fi exercitat prin declarații de misiune, rapoarte, publicitate și proceduri în organizații locale și regionale, cum ar fi locurile de muncă, spitale, grupuri medicale, clinici, case de bătrâni, școli, agenții de servicii sociale și închisori; și la nivel micro - în interacțiunile față în față. Concluzia de bază în urma parcurgerii acestor pași este că diferitele forme de cunoștințe medicale se pot raporta la modalități specifice de exercitare a controlului social asupra condițiilor și comportamentelor umane [40]. În acest context, confruntarea medicalizării cu antropologia și sociologia este una potrivită în măsura în care sociologia se referă la comportamentul social și la impactul acestuia asupra relațiilor dintre indivizi, iar antropologia vizează omul de la apariția speciei umane și parcurgerea traseului de urbanizare, industrializare, informatizare, care a cunoscut și va fi supus și în continuare unei serii de transformări. Aportul antropologic este salutar, odată ce condiția umană este într-o continuă schimbare, unde frecvent apare dilema valorilor etico-morale, care, evident, este rezultatul impactului modernizării societății. După cum afirma E. Wolf: „Cea mai științifică dintre științele umaniste și cea mai umanistă dintre științe“. Prin această definiție putem elucida dimensiunea

holistică a antropologiei în plan conceptual și global, și asta deoarece se referă la toate ființele umane, spațiile, dimensiunile umanității din toate timpurile [108, p.309].

A urmări evoluția, precum și metodele de tratament utilizate din cele mai vechi timpuri și până în prezent, și a înțelege cauzele care au sensibilizat într-atât ființa umană, încât am devenit vulnerabili la cele mai banale afecțiuni, facem apel la antropologie, care ne ajută în elucidarea și prevenirea crizei, în special cea legată de valorile etico-morale ale fenomenului de medicalizare. Antropologia ne ghidează în stăpânirea cunoștințelor și a progresului medical, astfel încât să prevenim utilizarea irațională de produse medicamentoase. Tocmai aici este și problema universală, ce constă în utilizarea irațională de medicamente datorată promovării agresive a produselor farmaceutice și considerarea unor banale dureri drept afecțiuni acute, ce necesită o intervenție imediată.

Complexitatea fenomenului de medicalizare ne creează dificultăți în a elabora un model standart, care ar situa medicalizarea într-o lumină favorabilă ce ar aduce doar beneficii individului și întregii societăți. Argumentele de rigoare în acest sens presupun că, deși suntem diferiți, suntem liberi în alegerea a ceea ce este important pentru viața și sănătatea noastră. Fiecare dintre noi avem:

- cerințe diferite față de propria sănătate;
- accesibilitate la produse medicamentoase fără prescripție medicală;
- tendința orientării spre prevenția afecțiunilor prin utilizarea medicației la apariția celor mai minore semne de boală;
- acces la promovarea agresivă a produselor medicale prin intermediul mass-media (în mod special), a produselor ce pot fi utilizate fără consultarea medicului etc.

Liniile de cercetare și perspectivele pe care acestea le pot adopta în studiul fenomenelor de medicalizare sunt vaste, variate și productive, în ansamblu. În acest context, se impun mai multe cunoștințe referitor la dinamica medicalizării. Prin urmare, principala contribuție de așteptat din partea profesioniștilor din domeniul sănătății este o implicare mai mare în modularea, cel puțin, a unora dintre excesele evidente care au loc în prezent. Aici facem referire la cercul vicios stabilit între interesele economice, prejudecăți, pregătirea profesională, nevoia acestora de a face față așteptărilor pacienților, depășind din ce în ce mai mult capacitățile lor de rezoluție și mecanismele care modelează aceste așteptări, ce funcționează armonios și care se dovedește a fi și profitabile pentru unele dintre părți.

Oricât de excesive ar fi aceste așteptări ale populației, uneori încurajate iresponsabil de sistemul de sănătate și de mass-media, principalii agenți ai medicalizării sunt, în mod evident, profesioniștii din domeniul sănătății. Natura descentralizată a deciziilor privind diagnosticul și tratamentul necesită un acord între profesioniștii din domeniul sănătății cu privire la beneficiile

presupuse ale anumitor intervenții terapeutice. Chiar dacă există multiple interacțiuni și sinergii în procesul de medicalizare, profesioniștii din domeniul sănătății experimentează și ei o oarecare fascinație față de noile tehnologii și chiar de noile boli. O explicație complementară a dorinței profesioniștilor de a accepta aproape orice entitate clinică nouă ar trebui să țină cont de situația lor particulară în ceea ce privește schimbarea statutului cunoștințelor, precum și de așteptările și cerințele utilizatorilor. Ei sunt prinși între o îndoială interioară cu privire la capacitățile lor reale de rezoluție și o presiune socială crescândă, care cere răspunsuri și are încredere că știința va preveni chiar și ceea ce este imposibil de prevenit. De aceea, probabil, „riscul” a devenit o boală răspândită, demonstrat de faptul că medicamentele preventive se numără printre principalele produse în creștere. Utilizarea lor continuă să se extindă, chiar dacă există dezacorduri între ghidurile de practică clinică și impactul minor al beneficiilor acestora la nivel individual. Responsabilitatea profesioniștilor în acest sens este prea importantă, așa că nu putem folosi drept scuză inerția promisiunilor exagerate ale unora sau așteptările fără temei ale altora. Evitând orice tentație patronatoare, trebuie să reflectăm la cel mai bun mod de a ne pune cunoștințele și abilitățile în slujba unei contribuții eficiente pentru o îmbunătățire socială dezirabilă a sănătății populației [113, p.178].

O înțelegere corectă presupune că sănătatea necesită o colaborare multisectorială. Aceasta nu înseamnă însă că toate nevoile sociale ar trebui să cadă sub îngrijirea sănătății. În momentul de față, bioetica încearcă să ofere un răspuns la tot ceea ce provoacă știința și tehnologia biomedicală, cu alte cuvinte, să ofere răspuns primelor supoziții, dar și ultimelor consecințe ale cunoașterii științifice biomedicale. Trebuie să menționăm aici că medicina liberală, care a dat garanții accentuate de libertate și de informare bolnavului, a adus cu sine riscul comercializării actului medical, bolnavul fiind perceput mai mult ca un client decât ca un deținător al unui drept de sănătate. În sfârșit, bioetica este în măsură să ofere un răspuns și unor curente antimedicale la modă, care pretind demedicalizarea vieții și demercantilizarea medicinei [167, p.58]. Reperele bioetice sunt învinse uneori de considerente individualiste într-o lume în care oamenii s-au obișnuit cu un anumit nivel de confort, de accesibilitate la servicii medicale etc. Astfel s-a dezvoltat o parte negativă care a generat o formă a individualismului dusă la extreme.

Medicalizarea, ca practică socială, poate reprezenta o gamă largă de interese umane și valori și poate servi unul sau mai multe scopuri sau funcții sociale. O evaluare orientată spre etica medicalizării necesită identificarea unor astfel de valori, interese și funcții, precum și cântărirea și echilibrarea acestora. Aceste valori, interese și funcții nu pot fi pe deplin înțelese fără recurgerea la o analiză care să situeze aceste valori, interese și funcții într-o viziune mai largă asupra lumii. Unele dintre acestea includ, fără o anumită ordine:

*Îngrijire, vindecare, control.* Sarcinile tradiționale de îngrijire medicală implică îngrijirea bolnavilor și vindecarea sau controlul (managementul) bolii [3]. Echilibrul dintre aceste trei valori variază între tradițiile clinice, de exemplu, între tradițiile medicului și asistența medicală, dar majoritatea tradițiilor medicale le încorporează pe toate în diferite grade.

*Eficiență, economie, bunăstare profitabilă sau sănătate.* În mod cert, asistența medicală a devenit o marfă principală în toate societățile dezvoltate, influențând productivitatea economică, calitatea vieții și alte aspecte personale și sociale. Pentru că este o marfă, oamenii se simt obligați să maximizeze sănătatea și minimizeze timpul, efortul și cheltuielile prin aplicarea metodelor științifice, management și tehnici de livrare a serviciilor. Stimulentele pentru profit încurajează practicienii și industria să extindă biomedicina și tehnologia biomedicală în zone neexplorate anterior, fapt ce conduce la răspândirea medicalizării în societate.

*Dorința de putere sau bogăție.* O versiune specială a impulsului către medicalizare este interesul propriu al profesiei medicale. Illich și Foucault susțin ambii că medicii au extins lista entităților formale de boală pentru a-și acorda mai multă putere și autoritate. Un exemplu recent îl reprezintă extinderea listei categoriilor de tulburări psihice enumerate în Manualul statistic al tulburărilor mintale (DSM) în scopul extinderii domeniului social și a ariei economice în psihiatrie.

*Eudaimonia.* Acest concept este din ce în ce mai relevant astăzi, când oamenii de știință se întreabă dacă explozia tehnologică „avansarea” contribuie cu adevărat la îmbunătățirea bunăstării umane. În jurul medicalizării pot apărea diverse puncte de vedere despre bine sau noțiuni idealizate (și ideologice) de bunăstare sau de „înflorire” umană.

*Individualism versus colectivism.* Societățile se ciocnesc frecvent în privința echilibrului dintre drepturile individuale și responsabilități și roluri guvernamentale. De exemplu, societățile occidentale au medicalizat recent „stilul de viață”, în special dieta, exercițiile fizice și îngrijirea de sine, într-un efort de a schimba responsabilitatea pentru sănătatea publică.

*Depolitizarea problemelor sociale.* Acțiunea politică cu privire la probleme sociale grave, cum ar fi criminalitatea sau sărăcia, este adesea un proces lent, anevoios și controversat. Reformarea acestor probleme în preocupări medicale sau de sănătate publică pot ocoli multe dintre ineficiențele procesului politic și pot transfera aceste probleme sociale în contextul soluțiilor tehnologice.

*Depășirea limitelor existențiale umane.* Discuțiile recente despre îmbunătățirea biomedicală și „trans-” sau „post-umanism” s-au concentrat pe o regândire sau chiar pe o respingere a metafizicii tradiționale, pe concepte precum demnitatea umană sau natura umană. Abordările biomedicale, biotehnologice și de bioinginerie ale limitărilor existențiale umane au condus la discuții speculative despre „vindecarea” morții, îmbunătățirea competențelor mentale și



fizice. A medicaliza poate însemna a transcende natura umană. Aceste funcții, valori sau interese asociate cu medicalizarea variază în diverse moduri. O componentă importantă a unei evaluări normative a medicalizării ar fi redescoperirea, evaluarea și „măsurarea” acestor valori și interese [154].

Există două motive fundamentale pentru care termenul de medicalizare poate fi considerat ca valoare majoră, ca instrument conceptual pentru analizele sociologice ale medicinei, sănătății și bolii. În primul rând, se identifică un proces important care este în desfășurare. Examinând medicina secolului al XX-lea, Porter a constatat: „Intervențiile medicale au crescut în toate ramurile vieții”. Același lucru a continuat să fie evident și în primele decenii ale secolului al XXI-lea. Medicalizarea decurge rapid și continuă să transforme înțelegerile de zi cu zi despre comportamentul uman, experiențe și probleme, în ciuda eforturilor ocazionale de demedicalizare. Și apoi, se atestă utilizarea din ce în ce mai mare a medicamentelor pentru a încerca reducerea riscului de îmbolnăvire prin evaluarea riscurilor ca o persoană să dezvolte afecțiuni specifice și prin prescrierea de medicamente pentru a preveni acest lucru. Doar că sunt din ce în ce mai multe riscuri identificate, dar pragurile markerilor corporali considerați ca indicatori ai riscurilor care necesită intervenție sunt frecvent coborâte, încurajând prescrierea unor astfel de medicamente ca stimulente, statine, antihipertensive și altele, pentru multe persoane, adesea pentru perioade lungi de timp, sau chiar pentru toată viața. Acest lucru se întâmplă în ciuda faptului că valoarea unor astfel de medicamente în prevenirea bolilor este una controversată și generează o serie de dispute. Al doilea motiv pentru care medicalizarea rămâne un instrument conceptual cheie este că atrage atenția asupra cauzelor sociale care stau la baza extinderii domeniului medicinei și asupra impactului acesteia. Cauzele, după cum am văzut, includ avantajele și interesele sociale, politice și economice ale unei game largi de actori, inclusiv guverne, companii farmaceutice, pacienți, consumatori și profesioniști din domeniul medical. Consecințele sunt, de asemenea, cuprinzătoare și variate și includ transformarea înțelegerilor și a comportamentelor de zi cu zi. Cu toate acestea, interpretarea a ceva în termeni medicali poate determina omul să excludă normele și inegalitățile sociale și economice, care stau la baza problemelor personale. Modul în care medicina poate modela înțelegerile și subiectivitatea a fost surprins de N. Rose când vorbea despre cum „am ajuns să ne experimentăm pe noi înșine în termeni fundamentali medicali”. N. Rose, deși explică această pătrundere a medicinei în viața de zi cu zi, totuși sugerează sociologilor să renunțe la conceptul de medicalizare. Este, cu siguranță, corect că termenul are destul de frecvent o conotație negativă. Conrad, de exemplu, susține că definirea unei afecțiuni ca boală și adoptarea unei abordări medicale pot avea consecințe sociale majore și pot compromite alternativele. Deși este clar că, în unele cazuri, medicalizarea poate duce la câștiguri importante pentru indivizi, în altele problema

devine una a individului și sarcina de a trata ceea ce este judecat în funcție de patologia lui, depolitizând problema și ignorând în mare măsură contextul social și instituțional mai larg, a stărilor fizice și mentale, a comportamentului indivizilor și a deficiențelor societății în care trăiesc. Resursele și prioritățile sunt dedicate intervențiilor medicale mai degrabă decât îmbunătățirilor sociale și politice mai ample [22, p.770-771].

Dilemele teoretico-practice sunt evidente în situația în care trăim într-o societate unde există o confruntare acerbă dintre globalizare și consumerism, pe de o parte, și valorile universale pentru viață, libertate, dreptate etc., pe de altă parte, care reprezintă o preocupare majoră pentru bioetică. În aceste condiții este necesar să înțelegem legătura dintre sarcina științei și a tehnologiei, cu exacerbară modelului de viață consumerist ce suportă o serie de transformări socio-culturale cu impact asupra omului, fapt ce amplifică vulnerabilitatea acestuia și detașarea de valorile etico-morale. În asemenea circumstanțe sănătatea individului are cel mai mult de suferit datorită condițiilor și posibilităților create, omul fiind dus de val și impulsionat să acționeze mai mult într-o manieră tehnologică, decât prin prisma valorilor etico-morale, a responsabilității etc. Astfel medicalizarea devine un fenomen omniprezent și nu întotdeauna cu un impact pozitiv. Medicalizarea are un potențial imens de îmbunătățire a calității vieții. Ar trebui să planificăm să acordăm prioritate consumului de resurse medicale și, în același timp, să punem la îndoială pe scară largă consumul excesiv de medicamente și diagnostice excesive. Nu trebuie să ne concentrăm doar pe situarea omului în centrul îngrijirii sănătății, ci este necesar să ne direcționăm atenția și prioritățile asupra modului de îndepărtare a oamenilor de serviciile de asistență medicală, atunci când acestea nu mai sunt relevante. Prin urmare, este necesar să educăm și să informăm societatea noastră despre pericolele medicalizării, autolimitarea bolilor inofensive și despre avantajele unui mod de viață sănătos, punând un accent puternic pe schimbările comportamentale pozitive și pe strategiile de adaptare personală. Societatea ar trebui să fie proactivă în a crea soluții sociale la problemele noastre sociale, mai degrabă decât să caute la nesfârșit explicații medicale.

Tocmai această extindere exagerată a medicinei asupra sferei sociale, psihologice etc. au un impact negativ asupra individului, datorită faptului că această extindere a contribuit la schimbarea atitudinii și concepției față de viață, sănătate și boală, calitate a vieții etc. Depășirea de către medicină a hotarelor legitime dintre normal și patologic a contribuit la accentuarea fenomenului de medicalizare, fapt ce a generat o pierdere semnificativă dintre rigoare și coerență. Compromiterea limitelor medicale legitime generează o serie de dileme de ordin moral. În astfel de condiții dificile de a delimita zona legitimă de cea ilegitimă, I. Zola face apel la responsabilitatea morală a individului și a rolului său față de propria moarte, invaliditate sau recuperare [89, p.52].

La etapa actuală se impune implementarea anumitor măsuri la *nivel social* în scopul diminuării conflictelor de interes care stau la baza fortificării medicalizării. De asemenea, este importantă focusarea pe educație publică, realizată de actori credibili din domeniul medical, care să promoveze, să definească, să explice etc. foarte clar limitele dintre boală și sănătate, bunăstare, calitate a vieții și educarea în maniera acceptării anumitor limite fiziologice. Necesitatea implementării măsurilor la nivel social rezidă mai ales din faptul că, atunci când indivizii devin autorii acestui proces, alegând singuri să ofere o interpretare medicală a unor stări corporale, se angajează într-o formă autonomă de medicalizare, uneori irațională și nejustificabilă. Alegerea unei soluții medicale la o afecțiune percepută ca problemă sau tulburare servește astfel la validarea etiologiei recunoscute de subiect și devine un act cu impact social. Medicalizarea poate fi astfel echivalentă cu afirmarea unei cauze economice, sociale sau politice din spatele problemelor de sănătate a oamenilor. În asemenea situație, bioetica necesită o coordonare clară între fizic, social și calitatea vieții oamenilor la nivel individual și colectiv. Este o etică globală, planetară care, în acest context, integrează sănătatea umană în rețelele biofizice, care fac viața posibilă. În acest sens, științele vieții reprezintă metodologia bioeticii. [68, p.535]. Este necesar să tragem o linie de demarcație cu privire la tot mai puternica tendință de exercitare a dictaturii medicale, care garantează interesele marilor companii în practică. Este cazul companiilor farmaceutice în mare parte, care își asigură beneficiul economic din sursele populației bolnave, care este văzută ca o piață captivă a „clienților”. Atât fenomenul medicalizării, cât și bioetica sunt existențiale. De ce? Deoarece calitățile lor existențiale pot fi în raport de cea mai mare opoziție și contradicție în același timp. Medicalizarea poate avea, după cum am constatat, calitate negativă, în timp ce bioetica pretinde a avea doar calitate pozitivă. Fenomenul medicalizării societății și al socializării medicinei, desigur, întrunește conotații negative atât timp cât afectează corpul uman, modifică semnificația stării de boală și sănătate, inclusiv modul de tratare a diverselor afecțiuni considerate ca stări fiziologice normale până la socializarea medicinei. Aceasta deoarece se atestă o medicalizare a societății într-un mod abominabil. O astfel de situație contrazice și este direct opusă calității pozitive a imperativelor categorice ale bioeticii, cum ar fi respectarea principiilor binefacerii, nondăunării, autonomiei etc.

Din multitudinea exemplelor și a stărilor supuse medicalizării, un lucru este cert – specificul social și preocuparea etică față de acest fenomen. De asemenea, este important să remarcăm distincția dintre domeniul legitim al medicinei și cel „ilegitim”, sau exagerarea, în acest sens, fapt care generează extensia acestui domeniu. Recuperarea simțului limitei și al responsabilității este necesară nu numai pentru a obține o conștientizare realistă, ci și ca motor de îmbunătățire a științei medicale.

### 3.3. Concluzii la capitolul 3

1. Gestionarea problemelor generate de medicalizare este o sarcină dificilă care necesită o implicare multidisciplinară. Odată ce bioetica constituie unul dintre domeniile care tind să salveze relația dintre știință și îmbunătățirea calității vieții, fiind preocupată de toate etapele vieții de la naștere și până la moarte, merită o atenție deosebită modul în care tehnologia, influența mass-mediei, înșiși profesioniștii din domeniul medical au transformat o serie de stări dintr-o parte naturală a experienței umane într-o criză medicală, supusă unui traseu medicalizat. În această capitol am examinat caracterul problemelor care cad sub incidența medicalizării prin sugerarea regândirii acestora în contextul orientării medicinei către sănătate, integralitate, responsabilitate etc.

2. Prin capturarea vocabularului medical, oamenii au dezvoltat o conștiință intimă a condițiilor de sănătate, un comportament de automonitorizare și autodiagnosticare a stărilor corporale și emoționale, fapt ce conduce la așteptări despre posibile tratamente pe care să le dezvolte medicina. Sănătatea și boala devin excesiv medicalizate, corpul transformându-se într-un spațiu empiric al acestor preocupări. În asemenea condiții ne axăm pe reperele axiologice care sunt preocupate de respectarea și implementarea principiilor, valorilor și practicilor morale, astfel încât acest fenomen să aibă un impact pozitiv asupra individului în momentul în care sănătatea se transformă într-o „marfă”, iar terminologia medicală este mult prea utilizată în determinarea stării de sănătate.

3. Este dificil de a elucida un traseu unic din punct de vedere etic care ar răspunde tuturor provocărilor la care este supusă astăzi medicina contemporană. Acest fapt se datorează faptului că medicina este asemeni unui organism viu supus unor transformări în mod continuu. Cu toate acestea, înțelepciunea de a întrevedea și a lua atitudine vizavi de fenomenul de medicalizare asigură armonizarea relației dintre om și modul în care acesta își evaluează și percepe starea de sănătate.

4. Datorită dificultății de a prognoza tendințele socio-culturale de dezvoltare a societății, care sunt de-a dreptul controversate în societatea contemporană, apare necesitatea de a ne concentra atenția la anumite aspecte legate de fenomenul de medicalizare, și anume, dezbateră cu privire la *medicalizare vs. demedicalizare*. Prin urmare, stabilirea clară a reperelor bioetice pentru delimitarea a ceea ce este medical și a stărilor care trebuie să-și găsească rezolvare în afara sferei medicale, contribuie la diminuarea riscurilor pe care le implică medicalizarea.

5. Echilibrul dintre interesele umane și valori reprezintă o provocare pentru medicalizare și o preocupare pentru etică. În acest context am analizat anumite interese și funcții dintr-o viziune mai largă asupra lumii, fără o anumită ordine, tocmai pentru a evidenția necesitatea echilibrării acestora, una față de alta cum ar fi: *Îngrijire, vindecare, control; Eficiență, economie, bunăstare*

*profitabilă sau sănătate; Dorința de putere sau bogăție; Eudaimonia; Individualism versus colectivism; Depolitizarea problemelor sociale; Depășirea limitelor existențiale umane.*

## CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

Analiza procesului de medicalizare demonstrează faptul că acesta reprezintă un fenomen omniprezent în societatea contemporană și necesită clarificări urgente, astfel încât impactul acestuia să fie unul pozitiv asupra individului, mai ales că medicalizarea vizează probleme sociale, care altădată își găseau rezolvarea în afara sferei medicale. Dacă lăsăm lucrurile să deruleze în aceeași direcție prin medicalizarea sarcinii, nașterii, comportamentului deviant, hiperactivismul la copii, menopauza etc., riscăm să clacăm într-o direcție greșită. În această ordine de idei e necesar să identificăm o imagine a omului contemporan bulversat în ceea ce privește alegerile și acțiunile pe care trebuie să le întreprindă, astfel încât afecțiunile care țin de sfera medicală să nu fie confundate cu cele de ordin social sau cele firești, care survin pe parcursul vieții. Problema constă în delimitarea și stabilirea limitelor în acest sens.

**Rezultatele obținute care contribuie la soluționarea unei probleme importante** se regăsește în realizarea potențialului bioetic la interferență cu alte discipline ce contribuie la omiterea și minimizarea riscurilor medicalizării, reorientarea către valorile morale într-o societate în care se evidențiază o criză în acest sens.

Ideile științifice expuse în lucrare sunt elaborate de către autor și reprezintă convingerile acestuia. Rezultatele au fost reflectate în 17 lucrări științifice internaționale și naționale, majoritatea fără coautor.

În rezultatul cercetării efectuate s-au formulat următoarele concluzii:

1. Analiza celor mai importante cercetări, atât din țară cât și de peste hotare, a servit ca bază solidă pentru crearea unei imagini a caracterului multidimensional al fenomenului de medicalizare, în situația în care nu există un concept unanim acceptat, fiindu-i conferite conotații diverse, în funcție de domeniul de interes al cercetătorului (sociologie, psihologie, drept etc.).

2. Relevarea suportului metodologic cu privire la medicalizare a servit la evidențierea unor riscuri și a impactului medicalizării pentru persoană, care generează necesitatea preocupării față de valorile universale pentru viață, sănătate, libertate și axarea pe schimbarea paradigmei comerciale în favoarea uneia umane.

3. Caracterul complex al medicalizării impune fundamentarea unei abordări din perspectivă bioetică datorită complexității fenomenului ce variază între condiții practice și situații socio-culturale în care acest fenomen are loc. În aceste împrejurări controlul moral este unul primordial, aspect abordat și susținut de bioetica socială.

4. Potențialul bioetic permite identificarea unei poziții morale adecvate privitor la medicalizarea sarcinii, nașterii, alcoolismului, depresiei, fobii etc. În acest context principiile

bioetice, care se axează, în primul rând, pe respectul față de ființa umană, contribuie la menținerea unui control continuu al acestui fenomen, cu scopul de a preveni instalarea situației în care medicalizarea parcurge o direcție a iraționalului.

5. Fenomenul de medicalizare este unul complex care ne influențează semnificativ calitatea vieții în moduri diverse. Din acest considerent nu este suficient ca medicalizarea să fie abordată doar din prisma reperelor bioetice ci și ajustată la cultura socială existentă și a axiologiei eticii viului. Componentele teoretice ale fenomenului de medicalizare – conceptualizarea, axiologia, metodologia implimentării etc., contribuie la eficientizarea și raționalizarea medicalizării. Astfel corpul nu mai este perceput ca instrument la nivel macro al deciziilor politice și medicale.

6. În societatea contemporană se impune o atenție deosebită impactului noilor tehnologii informaționale și celor de comunicare, inclusiv consecințelor acestor mijloace prin intermediul cărora medicalizarea își asigură succesul. În caz contrar, pot apărea noi faze a medicalizării datorită digitalizării. În asemenea condiții omul riscă să fie tratat asemeni unui „fenomen colectiv”, fapt ce denaturează scopul medicinei în general. În atare circumstanțe se poate depăși nivelul tratamentului clinic prin implementarea politicilor de demedicalizare, care va avea drept consecință renunțarea la conceptul de medicină ca bun de larg consum și axarea pe acceptarea unor stări firești ca parte a ciclului de viață, fără a interveni medical în acest sens. Corelarea acestui proces este plauzibilă în cotextul în care factorii de decizie, cercetători, cadre medicale și farmaceutice se implică activ în gestionarea medicalizării.

În baza concluziilor conturate, pentru atingerea scopului și obiectivelor propuse, se înaintează următoarele *recomandări*:

1. În condițiile în care R. Moldova ține pasul cu dezvoltarea tehnico-științifică, cu diversificarea serviciilor medicale, creșterea continuă a unităților farmaceutice, promovarea uneori agresivă a serviciilor și produselor de îngrijire a sănătății etc., apare necesitatea revizuirii actelor normative de către (Ministerul Sănătății al R. Moldova) responsabil de implementare ce vizează sănătatea, în care să fie inclus conceptul de medicalizare, fapt ce va atrage atenția asupra complexității lui prin generarea de reacții față de impactul acestui fenomen asupra sănătății omului.

2. Necesită ca rezultatele studiului să fie utilizate într-o formă extinsă și modificată radical în cadrul cursurilor: „Bioetica”, „Științele comportamentului. Sociologie medicală”, „Malpraxis și decizie morală în medicina clinică”, desfășurate la (Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”), cât și în planul de învățământ în cadrul altor discipline și instituții, mai ales că medicalizarea reprezintă un fenomen multidisciplinar. Elaborarea unui curs opțional adresat viitorilor specialiști din domeniul medical, asistență socială, psihologie etc. pentru

detalierea fenomenului de medicalizare și a riscurilor pe care le implică de pe pozițiile postulatelor bioetice.

3. În vederea aprofundării cunoștințelor despre medicalizare și a asigurării unei educații axiologice ca parte a procesului de demedicalizare, este oportun de a organiza forumuri științifice, mese rotunde etc., organizate de către (Centrul Național de Bioetică din R. Moldova) în cadrul cărora să fie discutate diverse aspecte ale medicalizării și stabilite clar limitele și scopurile acesteia (ex.: profit, control social etc.).

4. Propunem organizarea și promovarea prin intermediul canalelor media a procesului de demedicalizare și de promovare a sănătății holistice, având drept scop reducerea substanțială a distanței dintre medic și pacient. În mod special, schimbarea propriei culturi prin axarea pe nutriție, bunăstare psihologică și spirituală, relații interpersonale etc., cultură susținută de bioetică care promovează etica tradițională.

5. Încorporarea reperelor bioetice în politica sanitară prin elaborarea unui ghid (Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”), în care să fie elucidat fenomenul de medicalizare, factorii și condițiile care contribuie la modelarea stării de sănătate strict medicalizate și modalități alternative de asigurare a bunăstării omului, dincolo de sfera medicală. Potențialul bioetic permite o mai bună înțelegere a misiunii medicalizării, o interpretare esențială, ce permite limitarea expansiunii și prevenirea efectelor negative ale acesteia, de care trebuie să țină cont lucrătorii medicali în activitatea lor și delimitarea problemelor de ordin medical de cele sociale.



## BIBLIOGRAFIE

1. ABRAHAM, J. Pharmaceuticalization of society in context: theoretical, empirical and health dimensions. In: *Sociology*. 2010, vol. 44(4), pp. 603–622. ISSN 0038-0385.
2. AGAMBEN, G. *Ce rămâne din Auschwitz*. Cluj-Napoca: Ed. Idea Design & Print, 2006. 120 p. ISBN 978-973-7913-54-8.
3. AGICH, G. J. Toward a pragmatic theory of disease. In: *What is disease?* Totowa: Ed. Humana Press, 1997, pp. 219–246. ISBN 0742-1796.
4. AIFTINĂ, M. Value Differentiation and the ideal of mankind. In: *Values of the human person: contemporary challenges*. USA, 2013, vol. 47. pp. 25-33. ISBN 978-1-56518-284-4.
5. ANTONIO, S. *Metode de cercetare în știința comunicării*. Iași: Ed. Lumen, 2012. 124 p. ISBN 978-973-166-304-3.
6. ARISTOTEL. *Etica nicomahică*. București: Ed. IRI, 1998. 393 p. ISBN 973-98377-4-3.
7. ARMUS, D. *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1979*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005. 304 p. ISBN 950-892-214-1.
8. ASMAT, A. I. Contemporary Medicalization and the Ethics of Death and Dying. In: *Bangladesh Journal of Bioethics*. 2021, nr. 12(2), pp. 29-36. ISSN 2226-9231.
9. ASTĂRĂSTOAE, V. *Etica medicală și medicalizarea societății* [online]. 2020. [citat 14.03.2021]. Disponibil: <https://astarastoe.wordpress.com/2020/10/27/etica-medicala-si-medicalizarea-societatii/>.
10. AURENQUE, D. Medicalization and pathologization: Can the tension between prevention, prediction and health be avoided? In: *European Conference on philosophy of medicine and health care*. [online]. Belgium, 2015 [14.08.2023]. Disponibil: <https://www.espmh.org/wp-content/uploads/Abstract-booklet-Ghent-2015.pdf>.
11. AVRAM, A., VIERU-SOCACIU, R. Bioetica – o necesitate? În: *Studia Universitatis Babeș-Bolyai Bioethica*. Cluj-Napoca. 2007, nr. 2, pp. 115-116. ISSN 2247-0441.
12. BALLARD, K., ELSTON, M. Medicalisation: A multi-Dimensional Concept. In: *Social Theory&Health*. 2005, vol. 3, pp. 228-241. ISSN 1477-8211.
13. BĂRBULESCU, C. *Imaginarul corpului uman*. București: Ed. Paideia, 2005. 272 p. ISBN 9735962772.
14. BĂRBULESCU, C. *România medicilor*. București: Ed. Humanitas, 2015, 360 p. ISBN 978-973-50-4825-9.

15. BEAUCHAMP, T.L. Childress J.F. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Ed. Oxford University Press, 2001. 546 p. ISBN 9780190640873.
16. BIANCHI, E. La perspectiva teórico-metodológica de Foucault: algunas notas para investigar el ADHD. În: *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2010, vol. 8, pp. 43-65. ISSN 2027-7679.
17. BIRRER, R.B, TOKUDA, Y. Medicalization: A historical perspective. In: *Journal of General and Family Medicine*. 2017, vol. 18, pp. 48-51. ISSN 2189-7948.
18. BONACCORSO, S.N., STURCHIO, J.L., Direct to consumer advertising is medicalising normal human experience: against [online]. In: *British medical journal*. 2002, vol. 324, pp. 910–911. [citat 16.05.2022]. ISSN 0959-8138  
Disponibil: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1122846/pdf/910.pdf>.
19. BORGMANN, A. *Technology and the character of contemporary life: A philosophical inquiry*. Chicago: Ed. University of Chicago Press, 2009. 310 p. ISBN 9780226163581.
20. BRUCKNER, P. *Fanaticii apocalipsei*. București: Ed. Trei, 2012. 256 p. ISBN 978-973-707-715-8.
21. BUFFEL, V. *Mental health and mental health care use of the unemployed: A multilevel study into the medicalization of unemployment in Europe* [online]. Belgium, 2015-2016. 361 p. [citat 02.08.2022]. Disponibil: <https://biblio.ugent.be/publication/7243282/file/7243297.pdf>.
22. BUSFIELD, J. The concept of medicalisation reassessed. In: *Sociology of Health & Illness*. 2017, vol. 39, nr. 5. pp. 759–774. ISSN 0141-9889.
23. CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2009. 129 p. ISBN 978-85-218-0393-5.
24. CAPCELEA, V. Atribuția tehnocriticii la soluționarea problemelor morale cu privire la raportul dintre om, tehnică și tehnologiile create de umanitate. În: *Tehnocopia: Revistă științifico-metodică*. 2014, nr. 1(10), pp. 12-18. ISSN 1857-3843.
25. CAPCELEA, V. Etica în fața provocărilor tehnicii și tehnologiilor contemporane. În: *Tehnocopia: revistă științifico-metodică*. 2013, nr.1, pp. 32-37. ISSN 1857-3843.
26. CERNADAS, M. C. The growing medicalization of life: Are physicians aware of the damage it causes? In: *Archivos Argentinos de Pediatría*. 2012, vol.110(6), pp. 459-460. ISSN 0325-0075.
27. CHRISTIAEN, W., VAN TEIJLINGEM, E. Four meanings of medicalization: childbirth as a case study. In: *Salute e Società*. 2009, nr.19, pp. 123-141. ISSN 1723-9427.

28. CIOARĂ, I. *Teorii etice standard* [on line]. 2012. [citat 22.11.2020]. Disponibil: <http://socioumane.ro/blog/ionelcioara/files/2012/10/teorii-etice-standard2.pdf>.
29. CLARK, D. Between hope and acceptance: the medicalisation of dying. In: *British medical journal*. United Kingdom, 2002, vol. 324(7342), aprilie, pp. 905–907. ISSN 0959-8138.
30. CLARK, J. Do the solutions for global health lie in healthcare? In: *British medical journal* [on line]. 2014. [citat 26.05.2022]. Disponibil: doi: 10.1136/bmj.g5457.
31. CLARK, J. Medicalization of global health 1: has the global health agenda become too medicalized? In: *Global Health Action* [online]. 2014. [citat: 26.04.2022]. ISSN1654-9716. Disponibil: DOI: 10.3402/gha.v7.23998.
32. CLARKE, A. Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness and U.S. Biomedicine. In: *American Sociological Review*. 2003, vol. 68, 164 p. ISSN 0003-1224.
33. COCALIA, M. A. Riscuri ale noilor tehnologii în contextul globalizării, o perspectivă etică. Rezumat teză de doctor [online]. citat: 19.11.2020]. Disponibil: [http://www.usv.ro/fisiere\\_utilizator/file/Doctorat/2017/09/Cocalia/REZUMAT%20Cocalia%20\(Craciun\)%20Mirela%20Alina.pdf](http://www.usv.ro/fisiere_utilizator/file/Doctorat/2017/09/Cocalia/REZUMAT%20Cocalia%20(Craciun)%20Mirela%20Alina.pdf).
34. COCKERHAM, W.C. Sociological theory in medical sociology in the early twenty-first century. In: *Social Theory & Health*. 2013, nr. 11(3), pp. 241-255. ISSN 1477-8211.
35. CONCHA, R., BRAUER, D. *Philosophy of Globalization*. Boston: Ed. De Gruyter, 2008. 480 p. ISBN 978-3-11-054467-1.
36. CONRAD, P. Medicalization and social control. In: *Annual Review of Sociology*. USA: Ed. Brandeis University, 1992, vol. 18, pp. 209-232. ISSN 0360-0572.
37. CONRAD, P. *Medicalization of society*. Baltimore: Ed. The Johns Hopkins University Press, 2007. 205 p. ISBN 978-0801885853.
38. CONRAD, P. Types of medical social control. In: *Sociology of health and Illness*. 1979, vol.1 [online]. [citat 11.05.2022]. ISSN: 0141-9889. Disponibil: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1467-9566.1979.tb00175.x>.
39. CONTINO, G., The medicalization of health and shared responsibility. In: *The new bioethics*. 2016, vol. 22, pp. 45-55. ISSN 2050-2877.
40. CORREIA, T. Revisiting Medicalization: A Critique of the Assumptions of What Counts As Medical Knowledge. In: *Frontiers in Sociology*. [online]. 2017, vol. 2, [citat 14.08.2023]. ISSN 2297-7775. Disponibil: DOI: 10.3389/fsoc.2017.00014.
41. COSMESCU, A. Specificul descrierii fenomenologice. În: *Revista de Filosofie, Sociologie și Științe Politice*. 2015, nr. 1(167), pp.180-192. ISSN 1957-2294.

42. CRĂCIUN, D., MORAR, V., MACOVICIUC, V. *Etica afacerilor*. București: Ed. Paideia, 2005. 600 p. ISBN 973-596-270-5.
43. CUCEU, C. *Imperativul progresului moral. Ipoteze contemporane privitor la intervențiile biomedicale asupra moralității individului* [on-line]. 2015, [citat:19.06.2017]. Disponibil: [http://www.humanistica.ro/anuare/2015/Continut/Cuceu%20Humanistica\\_2015.pdf](http://www.humanistica.ro/anuare/2015/Continut/Cuceu%20Humanistica_2015.pdf).
44. CUCU, M. *Paradigme umaniste. Explorări în tradiție și actualitate*. Suceava: Ed. Universității „Ștefan cel Mare”, 2013. p. 255. ISBN 978-973-666-405-2.
45. DALCANALE, C. T. Social medicalization (II): Biomedical limits and proposals for primary care clinic. In: *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2006, vol. 10, nr. 20, pp. 347-362. ISSN 1414-3283.
46. DAVID Le BRETON. *Antropologia corpului și modernitatea*. Timișoara: Ed. Amarcord, 2002. 254 p. ISBN 973-8208-20-3.
47. DEGERMAN, D. The Political Is Medical Now: COVID-19, Medicalization and Political Theory. In: *Theory & Event*. 2020, vol. 23, nr. 4, october, pp. 61-75. ISSN 2572-6633.
48. *Dicționar de Filosofie și Bioetică*. Autori: T.N. Țirdea, P.V. Berlinschi, D.U. Nistoreanu, A.I. Eșanu, V.I. Ojovanu. Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic „Medicina”, 2004. 441 p. ISBN 9975-907-33-4.
49. DOMONKOS, S., Power from indirect pain: a historical phenomenology of medical pain: management, In: *Continental Philosophy Review*. 2020, october, pp. 41-59. ISSN 1387-2842.
50. DOUBLE, D. The limits of psychiatry. In: *British medical journal*. 2002, vol. 324 (7342), april, pp. 900-904. ISSN 0959-8138.
51. DRĂGĂNESCU, M. *On the Notions of Understanding and Intelligence*. Ed. NOESIS, 1998, nr. 23, pp. 87-97. Fără ISBN.
52. DYCZEWSKI, L. Man in contemporary culture. In: *Values of the Human Person: Contemporary Challenges*. 2014, vol. 47, pp. 44-55. ISBN 978-1-56518-284-4.
53. EBRAHIM, S. The medicalisation of old age. In: *British medical journal*. 2002, vol. 324 (7342), april, pp. 861–863. ISSN 0959-8138.
54. ENACHESCU, D., CIUTAN, M. *Considerații privind consumul și cheltuielile cu medicamentele în România* [online]. [citat 29.03.2021]. Disponibil: <https://www.emcb.ro/article.php?story=20030112204435000>.
55. ENGEL, G.L. The clinical application of the biopsychosocial model. In: *The American Journal of psychiatry*. 1980, 137(5), may, pp. 535-544. ISSN 0002-953X.

56. EȘANU, A. Abordarea conceptului de dezvoltare umană durabilă prin prisma bioeticii globale. În: *Bioetica, Filosofia, Economia și Medicina în strategia de asigurare a securității umane*. Materialele conferinței a XII-a științifice internaț., dedicată semicent. catedrei Filosofie și Bioetică și jub. de 70 de ani a prof. univ., dr. hab. în filosofie Teodor N. Țârdea. Chișinău: CEP „Medicina”, 2007, pp. 120-124. Fără ISBN.
57. EȘANU, A. Cercetarea biomedicală din perspectiva bioeticii globale. În: *Bioetica, Filosofia și Medicina în strategia de asigurare a securității umane*. Materialele Conferinței a XVI-a științifice internaționale. Chișinău: CEP „Medicina”, 2010, p. 87-93. ISBN 978-9975-4152-8-6.
58. EȘANU, A. Principiul precauției în contextul bioeticii globale. În: *Analele științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*. Probleme actuale de sănătate publică și management. Ediția IX-a.vol. II. Chișinău: CEP „Medicina”, 2008, p. 158-162. ISSN 1857-1719.
59. EVERY-PALMER, S., JENKINS, M., GENDALL, P., HOEK, J., BEAGLEHOLE, B. Psychological distress, anxiety, family violence, suicidality, and wellbeing in New Zealand during the COVID-19 lockdown: A cross-sectional study. In: *PLoS One*. 2020, nr. 15(11). ISSN 1932-6203.
60. FERREIRA, F.R. Biopower and biopolitics in the field of Food and Nutrition. In: *Revista de Nutrição/Brazilian Journal of Nutrition*. 2015, nr. 28(1), january/february, pp. 109-119. ISSN 1678-9865.
61. FOUCAULT, M. *Biopolitică și medicină socială*. Cluj: Ed. Idea Design&Print. 2003. 148 p. ISBN 973-7913-15-6.
62. FOUCAULT, M. *Istoria sexualității*. Timișoara: Editura de Vest, 1995. 484 p. ISBN 973-36-0224-8.
63. FOUCAULT, M. *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception*. New York: Vintage Books, 1994. 215 p. ISBN 100394710975.
64. FROMM, E. Texte alese. Idei contemporane. București: Ed. Politica, 1983, 516 p. Fără ISBN.
65. GEOFFREY, P. Medical Ethics and Economic Medicalization. In: *International Journal of Business Governance and Ethics*. 2012, march, pp. 51-68. ISSN 1741-802X.
66. GEOFFREY, P., MEREDITH, M., Ethical Transparency and Economic Medicalization. In: *Journal of Business Ethics*. 2009, nr. 86(3), pp. 313-325. ISSN 0167- 4544.
67. *Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for use in Self-Medication*. 2000. Geneva. World Health Organization, 2000 [online]. [citat 22.06.2022].

Disponibil:[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66154/WHO\\_EDM\\_QSM\\_00.1\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66154/WHO_EDM_QSM_00.1_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

68. GUILLERMO, T. C. The bioethics and medicalization. In: *Journal of Historical Archaeology & Anthropological Sciences*. 2018, vol.3, pp. 534-537. ISSN 2573-2897.

69. HART, G., WELLING, K. Sexual behaviour and its medicalisation: in sickness and in health. In: *British medical journal*. 2002, nr. 324. pp. 896–900. ISSN 0959-8138.

70. HAVI, C. *Phenomenology of illness*. United Kingdom: Ed. Oxford University Press, 2018, pp.86-105. ISBN 9780199669653.

71. HEIDEGGER, M. *Ființă și timp*. București: Ed. Humanitas, 2012. 674 p. ISBN978-973-50-3459-7.

72. HEIDEGGER, M. *The question concerning technology and other essays*. New York: Ed. Garland Publishing, 1977. 193 p. ISBN 0-8240-2427-3.

73. HETZLER, P. T., DUGDALE. L., How Do Medicalization and Rescue Fantasy Prevent Healthy Dying? In: *AMA Journal of Ethics*. 2018, vol. 20, pp. 766-773. ISSN 23766980.

74. HOFMANN, B. The technological invention of disease. In: *Medical Humanities*. 2001, nr. 27, pp. 10-19. ISSN 15733645.

75. HOFMANN. B., SVENAEUS. F. How medical technologies shape the experience of illness. In: *Life Sciences, Society and Policy* [online]. 2018. [citat 05.05.2020]. Disponibil: <https://doi.org/10.1186/s40504-018-0069-y>. ISSN 2195-7819.

76. HENRIK, V., HOFMANN, B. The new holism: P4 systems medicine and the medicalization of health and life itself. In: *Medical Health Care and Philosophy*. 2016, january, pp. 307-323. ISSN 1386-7423.

77. HORWITZ, A.V., WAKEFIELD, J.C. *All We Have to Fear: Psychiatry's Transformation of Natural Anxieties into Mental Disorders*. New York: Ed. Oxford University Press, 2012. ISBN-13978-0199793754.

78. HORWITZ, A.V., WAKEFIELD, J.C. *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. New York: Ed. Oxford University Press, 2007. 312 p. ISBN 0199921571.

79. Hotărârea pentru aprobarea Regulamentului cu privire la promovarea etică a medicamentelor: nr. 944 din 03 octombrie 2018. În: *Monitorul Oficial al R. Moldova* 2018 nr. 424-429.

80. HUGHES, C.M., MCELNAY J.C., FLEMING, G.F. Benefits and risks of self medication. In: *Drug Safety*. 2001, nr. 24(14), pp. 1027–1037. ISSN 0114-5916.

81. ILLICH, I. *Medical nemesis: The expropriation of health*. New York: Ed. Random House, 1976. 294 p. ISBN 0-394-40225-1.
82. ILOAIE, Ș. Frumusețile și limitele tehnologiei. În: *Studia Universitatis Babeș-Bolyai Bioethica*. Cluj-Napoca, 2012, nr. 1, pp. 3-5. ISSN 2247-0441.
83. ILOAIE, Ș., Responsabilitate creștină în decizia bioetică. În: *Studia Universitatis Babeș-Bolyai Bioethica*. Cluj Napoca. 2015, nr. 1, pp. 5-7. ISSN 2247-0441.
84. IQRA, A., TEHREEM. K., GHUFRAN, Z. Over-medicalization: A Modern Problem Divisible from Medicalization. In: *Systematic Review in Pharmacy*. 2021, vol. 12. pp. 236-238. ISSN 0976-2779.
85. ISIDOR, C. *Bioetica. Responsabilitatea față de viața umană*. Iași: Ed. Sapientia, 2005. 324 p. ISBN 978-606-578-230-3.
86. JARAMILLO, L.C. An introduction to medicalization. In: *Acta Psychopathologica*. 2017, vol. 3, nr. 5, august. ISSN 2469-6676.
87. JOHANSON, R., NEWBUR, M., MACFARLANE, A. Has the medicalisation of childbirth gone too far? In: *British medical journal*. 2002, vol. 324, pp. 892–895. ISSN 0959-8138.
88. JOSE, M. C. The growing medicalization of life: Are physicians aware of the damage it causes? In: *Archivos Argentinos de Pediatría*. 2012, nr.110(6) pp. 459-460. ISSN 0325-0075.
89. JOSEPH, E. D. How medicalization lost its way? In: *Society*. 2006. nr. 43, pp. 51-56. ISSN 0147-2011.
90. JURGEN, H. *Conștiință morală și acțiune comunicativă*. București: Ed. All Educational, 2000. 184 p. ISBN 973-684-242-8.
91. KACZMAREK, E. How to distinguish medicalization from over-medicalization. In: *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2018 [online]. [citat 27.04.2022]. Disponibil: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11019-018-9850-1.pdf>.
92. KASS, L. R. Regarding the end of medicine and the pursuit of health. In: *The Public Interest*. 1975, nr. 40, pp.11-42. ISSN 003-3557.
93. KAUFERT, P. A., LOCK, M. Medicalization of Women's Third Age. In: *Journal of Psychosomatic Obstetrics&Gynecology*. 1997, vol 18 (2), pp. 81-86. ISSN 1743-8942.
94. KENNETH Rochel de Camargo Jr. Medicalization, pharmaceuticalization, and health imperialism. In: *Cadernos de saúde pública*. 2013, vol. 29 (5), may, pp. 844-846. ISSN 0102-311X.
95. KIRALY, V. I. *Fenomenologia existențială a secretului*. București: Ed. Eikon, 2018. 307 p. ISBN 978-606-711-950-3.

96. KIRALY, V. I. *Moartea și experiența muririi*. Cluj-Napoca: Ed. Casa Cărții de știință, 2002. 154 p. ISBN 973-686-325-5.
97. KOTTOV, M. Public Health Bioethics. In: *Global Bioethics – Perspective for Human Survival*. Chille, 2011. 162 p. ISSN 078-953-307-537-2.
98. Legea cu privire la activitatea farmaceutică: nr. 1456 din 25 mai 1993. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 1993, nr. 59-61.
99. Legea cu privire la medicamente: nr. 1409 din 17 decembrie 1997. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 1997, nr. 52-53.
100. Legea ocrotirii sănătății: nr. 411 din 28 martie 1995. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, nr. 34.
101. Legea privind dreptul de autor și drepturile conexe: nr. 139 din 02 iulie 2010. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2010, nr. 191-193, pp. 5-29.
102. LINK, B.G., PHELAN, J.C. Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: theory, evidence and policy implications. In: *Journal of health and social behavior*. 2010, vol. 51, march. pp. 28-44. ISSN 00221465.
103. LITTLE, W. *Introduction to Sociology - 1st Canadian Edition*. Canada: Ed. Rice University, 2013. 808 p. ISBN 1452282072.
104. LOWERBERG, J. S., FRED, D. Beyond medicalisation-demmedicalisation: the case of holistic health. In: *Sociology of health&Illness*. 1994, vol. 16, nr. 5, pp. 579-599. ISSN 0141-9889.
105. LUNG, T. Poliferarea factorilor de risc asupra sănătății în epoca contemporană. În: *Revista Română de Sociologie*. București, 2015, pp. 39-53. ISSN 1224-9262.
106. MACOVICIUC, V. *Filosofia comunicării*. București: Ed. comunicare.ro, 2002. 228 p. ISBN 973-8376-21-1.
107. MĂGURAN, B., VINTILĂ, M. Calitatea vieții de familie și starea de sănătate mintală în contextul pandemic într-o societate cu drepturi reglementate legislativ. În: *Drepturile Omului*. București. 2021, nr.2, pp. 28-40. ISSN 1220-613X.
108. MAJURU, A. Cum să te citești în chipul celuilalt. În: *Revista Medicală Română*. 2011, nr. 4. pp. 309-310. ISSN 1220-5478.
109. MALENICA, M. ŽIVKA, J. On Causes and Consequences of the Medicalization of Life and Society: Analytical / Critical Discourse. In: *Socijalna ekologija: časopis za ekološku misao I sociologiska istraživanja očoline*. 2014, vol. 23, pp. 5-37. ISSN 1849-0360.
110. MARSCHITZKY, H., HARTL, T. *Frica de boală. Cum să o înțelegem și să o depășim*. București: Ed. Trei, 2015. 231 p. ISBN 9786067193541.



111. MATURO, A. Medicalization: Current concept and future directions in a bionic society. In: *Sociology and Biomedicine*. 2012, vol. 10(1), pp. 122-133. Fără ISSN.
112. MEINDERS, M. J., TANKE, A.C., WESTERT, G.P. Medicalization Defined in Empirical Contexts – A Scoping Review. In: *International journal of Health Policy and Management*. 2020, august, nr. 8(9), pp. 327-334. ISSN 2322-5939.
113. MENEU, R. Life medicalization and the recent appearance of „pharmaceuticalization”. In: *Farmacia Hospitalaria*. Spain, 2018, vol. 42, nr. 4. pp. 175-179. ISSN 11306343.
114. MIHAILOV, E. Complexitatea judecării morale: limitele metodelor de decizie și tipuri de contexte. În: *Etica aplicată, de la reflecție morală la norme instituționale*. București: Ed. Universității din București, 2017. Fără ISBN.
115. MINCAN. M. UNGUREANU. L. *Boala bolilor fantomă: ce unește ipohondria, internetul și televizorul* [online]. [citat: 09.02.2018]. Disponibil: [http://adevarul.ro/sanatate/minte-sanatoasa/boalabolilor-fantoma-uneste-ipohondria-internetul-televizorul\\_1\\_53355e340d133766a84c684e/index.html](http://adevarul.ro/sanatate/minte-sanatoasa/boalabolilor-fantoma-uneste-ipohondria-internetul-televizorul_1_53355e340d133766a84c684e/index.html).
116. MINCU, M. *Bioetica medicală*. București: Ed. Academiei, 2003. Fără ISBN.
117. MITROFAN, I. *Orientarea experiențială în psihoterapie*. București: Ed. S.P.E.R., 2000. 347 p. ISBN 973-99221-4-7.
118. MOLDOVAN. S. *Eseuri de bioetică*. Sibiu: Ed. ASTRA, 2013. 234 p. ISBN 978-606-8520-75-9.
119. MORAR, S., DURA, H. Coordonate etice ale reproducerii asistate medical. În: *Revista Română de Bioetică*. 2005, vol. 3, nr. 3. pp. 55- 59. ISSN 2247-0441.
120. MOROȘANU, M., GHEORGHE, R. Aspecte bioetice ale progresului tehnico-științific. În: *Jurnal Medical Brașovean* [on line]. [citat 27.11.2020]. Disponibil: <http://webbut.unitbv.ro/jmb/JMB%202008%20nr.2%20supliment%20ist%20med/CD/articole%20extenso/etica%20pdf/A%2032%20Morosanu%20-%20Bioetica%20si%20tehnologie.pdf>.
121. MOSCOSO, J. *Pain: a cultural history*. Basingstoke: Ed. Palgrave Macmillan. 2012. ISBN 978-1-4-4039-9118-8.
122. MOSCROP. A. Medicalisation, morality, and addiction: why we should be wary of problem gamblers in primary care. In: *British Journal of General Practice*. London. 2011, december. pp. 834-838. ISSN 0960-1643.
123. MOYNIHAN, R., DOUST, J., HENRY, D. *Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy*. 2012 [online]. [citat 15.06.2017]. Disponibil: [http://epublications.bond.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1504&context=hsm\\_pubs](http://epublications.bond.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1504&context=hsm_pubs)].

124. MUREȘAN, C. BĂRBÂNȚĂ, A. Claude Lévi-Strauss – «Părintele» structuralismului. În: *Revista de Management și Inginerie Economică*. 2016, vol. 15, nr. 2, pp. 417-422. ISSN 1583-624X.
125. MUREȘAN, V. Este etica aplicată o aplicare a eticii? În: *Revista Română de Filosofie Analitică*. 2007, vol.1, nr.1. pp. 70-108. ISSN 1844-2218.
126. MUREȘAN, V. *Managementul eticii în organizații*. București: Ed. Universității din București. 2009. 348 p. ISBN 978-973-737-657-2.
127. MURGUIA, A. The study of processes of medicalization in Latin America. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro. 2016, vol. 23. pp. 1-16. ISSN 1678-4758.
128. MYKYTYN, C. E. Medicalizing the Optimal: Anti-Aging Medicine and the Quandary of Intervention. In: *Journal of Aging Studies*. 2008, vol. 22(4), pp. 313-321. ISSN 0890-4065.
129. NICA, D. Etica autonomiei și etica autenticității. Afinități, distincții și opoziții. În: *Studia Universitatis Moldaviae*. 2019, nr. 4(124), pp. 216-221. ISSN 1811-2668.
130. NILANI, L.D.S. *Medicalisation of the human mind. Challenges to the current system and suggestions for future direction*. Munich: Ed. GRIN, 2015. 149 p. ISBN 9783668176102.
131. NIMUE, A. In Praise of Fairy Godmothers: A Limited Defense of Medicalization. In: *Newsletter on philosophy and medicine*. 2006, vol. 6, nr.1, pp. 9-14. ISSN 1067-9464.
132. NORBERT. E. *Procesul civilizației. Cercetări sociogenetice și psihogenetice*. Vol. 2. Iași. Ed: Polirom, 2002. 311 p. ISBN 9736836460.
133. OANĂ, S. C. *Patru întâlniri cu sociologia medicală (IV) 2021* [on line]. [citat 19.07.2022]. Disponibil: <https://amf-b.ro/patru-intalniri-cu-sociologia-medicala-iv/>.
134. OJOVANU, V. Context și premise ale axiologiei medicale. În: *Analele științifice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”*. Probleme actuale de sănătate publică și management. Ediția a VIII-a. Vol. II. Chișinău: CEP „Medicina”, 2007, p. 329-334. ISSN 1857-1719.
135. OPREA, L., BOTEZAT, D., GAVRILOVICI, C. *Instituții și sisteme în sănătate*. București: Ed. Pro Universitaria, 2015. 192 p. ISBN 978-606-26-0422-6.
136. PALACIOS, A., ROMANĂCH, J. Functional Diversity, Bioethics and Sociological Theory: a New Approach to Disability. In: *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*. 2012, vol. 6 (1), pp. 115-130. ISSN 1887-3898.
137. PARENS, E. On Good and Bad Forms of Medicalization. In: *Bioethics*. 2013, vol 27. pp. 28-35. ISSN 1467-8519.

138. PASCARU, A. *Societatea între conciliere și conflict: cazul Republicii Moldova*. Chișinău: Ed. Arc, 2000. 143 p. ISBN 9975611230.
139. PETTY, D. Drugs and professional interactions: the modern day pharmacist. In: *Heart*. 2003, vol. 89, pp. 31-32. ISSN 1355-6037.
140. POPOVENIUC, B. „What is a technological mentality? In: *Philosophy of Engineering and Artifact in the Digital Age*. Cambridge Scholars Publishing. 2010, pp. 125-135. ISBN 978-1-4438-1970-1.
141. PORTER, R. *The Greatest Benefit to Mankind*. London: Ed. Fontana, 1999. 872 p. ISBN 0393319806.
142. PRIDMORE S. Medicalization of distress. In: *Download of Psychiatry*. 2021 [online]. [citat 23.05.2022]. Disponibil: <https://eprints.utas.edu.au/287/557/Chapter%2032.%20Medicalization.pdf>.
143. PRIVITERA, S. Bioetica: questioni aperte. In: *Bioetica e cultura*. Palermo. 2004, nr. 24. pp. 287-297. ISSN 1121-6948.
144. RADU, C. P., PANĂ. B. Aspecte cheie ale introducerii evaluării tehnologiilor medicale în România. În: *Revista Management în sănătate*. 2013, vol. 17, nr. 2 pp. 4-7. ISSN 1221-8618.
145. RAY, M., SMITH, R. To much medicine? In: *British medical journal*. 2002, vol. 324 (7342), april, pp. 859-860. ISSN 2044-6055.
146. RESTIAN, A. Cele două fețe ale medicinei contemporane. În: *Practica Medicală*. 2014, vol. 9, nr. 1(33), pp. 5-11. ISSN 1842-8258.
147. RIESSMAN, C.K. Women and medicalization: a new perspective. În: *Social Policy*. 1983, nr.14(1), pp. 33-18. ISSN 14697823.
148. RIGA, D., RIGA, S. Construcția sănătății și medicina omului sănătos. În: *Revista Medicală Română*. 2010, vol. LVII, nr. 4, pp. 225-231. ISSN 2069-606X.
149. ROȘCA, L. Imperativele morale ale omului contemporan. În: *Studia Universitatis*. Revistă științifică a Universității de Stat din Moldova. 2007, nr. 10, pp.76-79. ISSN 1857-209X.
150. ROȘCA, L. Redimensionarea problemelor morale și tehnogene în condițiile societății globalizate. În: *Bioetica, Filosofia, Economia și Medicina în strategia de asigurare a securității umane*. Materialele conf. a XI-a științ. internaț., 6-7 martie 2006. Chișinău: CEP „Medicina”, 2006, pp. 17-22. ISBN 978-9975-918-56-5.
151. ROȘCA, L. Strategia supraviețuirii din perspectiva bioeticii. În: *Analele științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*. Ediția VII-a. Vol. II. Probleme actuale de sănătate publică și management. Chișinău: CEP „Medicina”, 2006, p. 249-255. ISSN 1857-1719.

152. ROSE, N. *Medicine, history and the present*. London: Ed. Routledge, 1994. ISBN 9780203019481.
153. RUGHINIȘ, C. *Perspective și competențe etice*. Suport de curs. București, 2010 [citat 18.08.2023]. Disponibil: [http://cursuri.sas.unibuc.ro/etica/wp-content/uploads/2011/10/Rughinis\\_Competente-si-perspective-etice.pdf](http://cursuri.sas.unibuc.ro/etica/wp-content/uploads/2011/10/Rughinis_Competente-si-perspective-etice.pdf).
154. SADLER, J.Z, JOTTERAND, F., LEE, S. Can medicalization be good? Situating medicalization within bioethics. In: *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2009, december, pp. 411-425. ISBN 15731200.
155. SANDU, A. *Introducere în filosofie*. Iași: Ed. LUMEN, 2012. 142 p. ISBN 9731663002.
156. SANDU, A. Social Construction of a Pandemic. Medicalization of Social Life - Anxiety, Frustration and Ethical Risks. In: *Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2023, vol. 14(2), pp.165-197. ISSN 2068-0473.
157. SANDU. A. *Dimensiuni etice ale comunicării în postmodernitate*. Iași: Ed. LUMEN, 2009. p. 220. ISBN 978-973-166-176-X.
158. SATAVA, R. M. Biomedical, Ethical, and Moral Issues Being Forced by Advanced Medical Technologies. In: *Proceedings of the American philosophical society*. 2003, vol. 147, nr. 3, september. pp. 246-258. ISSN 0003-049X.
159. STOEKLER HC, CHARLIER P. *Systemic modelling in bioethics*. In: *The New Bioethics*. 2020, vol. 26(3), pp. 197-209. ISSN 20502877.
160. ȘAPTEFRAȚI, S. *Etica virtuții: tradiție și contemporanietate*. În: *Revista de Filozofie și Științe Politice*. Chișinău. 2009, vol. 9(151), pp.15-20. ISSN 2587-4160.
161. ȘARGU, E. *Aspecte situaționale privind fenomenul de medicalizare*. În: *Revista de Științe ale Sănătății din Moldova*. 2018, nr. 4(17), pp. 77-83. ISSN 2345-1467.
162. ȘARGU, E. *Impactul medicalizării în societatea contemporană*. În: *Filosofia și perspectiva umană. Materialele Conferinței Științifice consacrată Zilei Mondiale a Filosofiei*, 16 noiembrie 2017, Chișinău: Biotehdesign, 2018, pp. 81-86. ISBN 978-9975-3036-7-5.
163. ȘARGU, E. *Omniprtezența fenomenului de medicalizare în societatea contemporană*. În: *Filosofia și perspectiva umană. Materialele Conferinței Științifice consacrată Zilei Mondiale a Filosofiei*, 20 noiembrie 2014, Chișinău: ArtPoligraf, 2015, pp. 129-133. ISBN 978-9975-3036-7-5.
164. SAXBY, P. Download of psychiatry. In: *University of Tasmania*. 2006. ISBN 1862593376.

165. SCHAEFER, F.R. Biolaw: an autonomous discipline? In: *Revista bioética*. 2017, vol. 25(2) pp. 282-289. ISSN 1983-8042.
166. SCOUTERIS, C. Bioetica socială și bioetica creștină. În: *Studia Universitatis Babeș-Bolyai Bioethica*. Cluj Napoca, 2010. 106 p. ISSN 2247-0441.
167. SCRIPCARU, G., CIUCĂ, A. *Bioetica. Științele vieții și drepturile omului*. Iași: Ed. Polirom, 1998. 233 p. ISBN 973-683-196-5.
168. SEN, A. Health: perception versus observation. In: *British medical journal*. 2002, vol. 324, april, pp. 859–860. ISSN 1756-1833.
169. SINGER, P. *Tratat de etică*. Iași: Polirom, 2006. 605 p. ISBN 973-46-0243-8.
170. SÎRBU, T. *Etică: Valori și virtuți morale*. Iași: Editura Societății Academice „Matei-Teu Botez”, 2005. 66 p. ISBN 973-7962-64-8.
171. SMITH, R. In search of „non-disease”. In: *British medical journal*. 2002, vol. 324(7342), april, pp. 883–885. ISSN 2044-6055.
172. SPINELLI, M., LIONETTI, F., Parents’ stress and children’s psychological problems in families facing the COVID-19 outbreak in Italy. In: *Frontiers in Psychology*. 2020, pp. 1711-1713. ISSN 1664-1078.
173. SPRINCEAN, S. Biomedicina în fața dilemelor bioetice și socio-politice contemporane. In: *Anale Științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*. Ed. a 11-a. Chișinău: CEP Medicina, 2010, vol. 2, Probleme actuale de sănătate publică și management, pp. 446-451. ISSN 1857-1719.
174. SPRINCEAN, S. Rolul fenomenului bioetic în redimensionarea corelației dintre politică și morală. *Revista de Filosofie, Sociologie și Științe Politice*. 2013, 162(2), pp. 66-73. ISSN 1957-2294.
175. SPRINCEAN, S. *Securitatea umană și bioetica*. Chișinău: Ed. Tipografia Centrală, 2017. 304 p. ISBN 978-9975-53-589-2.
176. STAVROS, A. ANTONIOU, G. A. Reflections of the Hippocratic Oath in Modern medicine. In: *World Journal of Surgery*. 2010, vol. 32(12), december, pp. 3075-3079.
177. SULMASY, D. P. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. In: *The Gerontologist*. 2002, vol. 42, october, pp. 24-33. ISSN 10795006.
178. SYLVIE, F. The Other Side of Medicalization: Self-Medicalization and Self-Medication. In: *Culture, Medicine and Psychiatry*. 2013, vol. 37, pp. 488-504. ISSN 15413527.
179. TIAGO, C. Revisiting medicalization: A critique of the Assumptions of What Counts As Medical Knowledge. In: *Frontiers in Sociology*. 2017, vol. 2 (14), septembrie. ISSN 2297-7775.

180. TIMU, M. *Etica aplicata- binele contextual* [online]. [citat 04.10.2017]. Disponibil:<http://www.filosofie.unibuc.ro/docs/eseuri/Etica%20aplicata%20%20binele%20contextual.pdf>.
181. ȚÎRDEA, T. Medicalizarea societății din perspectiva bioeticii sociale: tendințe și probleme. În: *Analele Universității de Medicină și Farmacie „Nicolae Testimiteanu” din Moldova*. 2012, vol. 2(13), pp. 519-524. ISSN 1857-1719.
182. ȚÎRDEA, T. N. *Bioetică: repere teoretico-metodologice*. Chișinău: Ed. CEP „Medicina”, 2015. 139 p. ISBN 978-9975-82-004-2.
183. ȚÎRDEA, T. N. Bioetica socială în strategia dezvoltării inofensive: profil teoretico-metodologic. În: *Revista de Științe ale Sănătății din Moldova*. Chișinău, 2014, nr. 2, pp. 67-74. ISSN 2345-1467.
184. ȚÎRDEA, T. N. Traseele istorico-noționale și modelele teoretice în dezvoltarea bioeticii: analiză teoretico-metodologică și comparativă. În: *Revista de Filosofie, Sociologie și Științe Politice*. 2011, nr. 1(155), pp.7-18. ISSN 1957-2294.
185. ȚÎRDEA, T.N. *Bioetica: Curs de bază*. Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic „Medicina”, 2017. 331 p. ISBN 978-9975-56-399-4.
186. ȚÎRDEA, T.N. *Bioetică: teorie și practică. Suport de curs*. Chișinău: Ed. CEP „Medicina”, 2016. 224 p. ISBN 978-9975-56-304-8.
187. ȚÎRDEA, T.N. *Filosofia contemporană - filosofie a supraviețuirii*. În: *Filosofie, medicină, ecologie: probleme de existență și de supraviețuire ale omului*. Materialele Conferinței a IV-a științifice internaționale, 7-8 aprilie 1999. Chișinău: CEP „Medicina”. Fără ISBN.
188. ȚÎRDEA, T.N. *Filosofie și Bioetică: istorie, personalități, paradigme*. Chișinău: CEP „Medicina”, 2000, 251 p. Fără ISBN.
189. TRAUȘAN-MATU, L. *De la leac la rețetă. Medicalizarea societății românești în veacul al XIX-lea (1831-1869)*. București: Editura Universității din București, 2011. 446 p. ISBN 978-606-16-0001-4.
190. TROIANOWSKI, L., PASCARU, A. Valori estetice: globalizare versus uniformizare (II). În: *Revista de Filosofie, Sociologie și Științe Politice*. 2007, nr. 144(2), pp. 22-28. ISSN 1957-2294.
191. TUDOSE, F., *Psihopatologie și orientări terapeutice în psihiatrie*. București: Editura Fundației România de Măine, 2007. 336 p. ISBN 978-973-725-934-9.
192. TURCU, I., *Dreptul sănătății. Frontul comun al medicului și al juristului*. București. Ed: Wolters Kluwer, 2010. 369 p. ISBN 978-606-8201-15-3.

193. TURNER, B. *The New Medical Sociology*. London: Ed. Norton & Company, 2004. 432 p. ISBN 978-0-393-97505-5.
194. VERWEIJ, M. Medicalization as a moral problem for preventative medicine. In: *Bioethics*. 1999, vol. 13(2), pp. 89–113. ISSN 02699702.
195. Vieillissement, aide et soins de santé en Belgique, Rapport pour le SPF, 2004 [cit. 20.08.2023]. Disponibil: <https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/wp-vieillissement-fr.pdf>.
196. VINCENT, J. A. Ageing Contested: Anti-Ageing Science and the Cultural Construction of Old Age. In: *Sociology*. 2006, vol. 40 (4), pp. 681-698. ISSN 0038-0385.
197. VLĂDESCU. C. *Sănătate publică și management sanitară*. București: Ed. Cartea Universitară, 2004. 469 p. ISBN:973-731-073-X.
198. VOICU. B., RUSU. H.M, POPA. A.E. *Este România altfel? Societatea și sociologia...încotro?*. Sibiu: Ed. Universității „Lucian Blaga”, 2015. 152 p. ISBN 978-606-12-1225-5.
199. VRASTI, R. *Ajută-te singur în caz de anxietate (timiditate, jena, rușinea)*. București: Ed. All, 2016. 328 p. ISBN: 606-587-377-3.
200. VRASTI, R. *Demedicalizarea anxietatii sociale - o abordare hermeneutică a rușinii, jenei și timidității* [online]. [cit. 14.03.2021]. Disponibil: <http://www.vrasti.org/Demedicalizarea%20anxietatii%20sociale%20%20o%20abordare%20hermeneutica%20a%20timiditatii.pdf>.
201. VRASTI, R. *Ghid practic de intervenție în criză*. 2012 [online]. [cit. 14.03.2021].Disponibil: <http://www.vrasti.org/Ghid%20Practic%20de%20Interventie%20in%20Criza.pdf>.
202. VULCĂNESCU, V. I. *Sunt cel ce sunt*. București: Ed. Mica Valahie. 2011. 312 p. ISSN 978-606-8304-61-8.
203. WALSH, A. J., What do you think is a non-disease? In: *British medical journal*. 2002, vol. 324, aprilie, pp. 912–914. ISSN 2044-6055.
204. WEBER, D. Medical hegemony. In: *International Journal of Complementary & Alternative Medicine*. 2016. Tianjin University, China [online]. [cit. 26.04.2022]. Disponibil: <http://medcraveonline.com/IJCAM/IJCAM-03-00065.pdf>. ISSN 2381-1803.
205. WELSH. T. Many Healths: Nietzsche and Phenomenologies of Illness. In: *Frontiers of Philosophy in China*. 2016, vol. 13(3), pp. 338-357. ISSN 16733525.

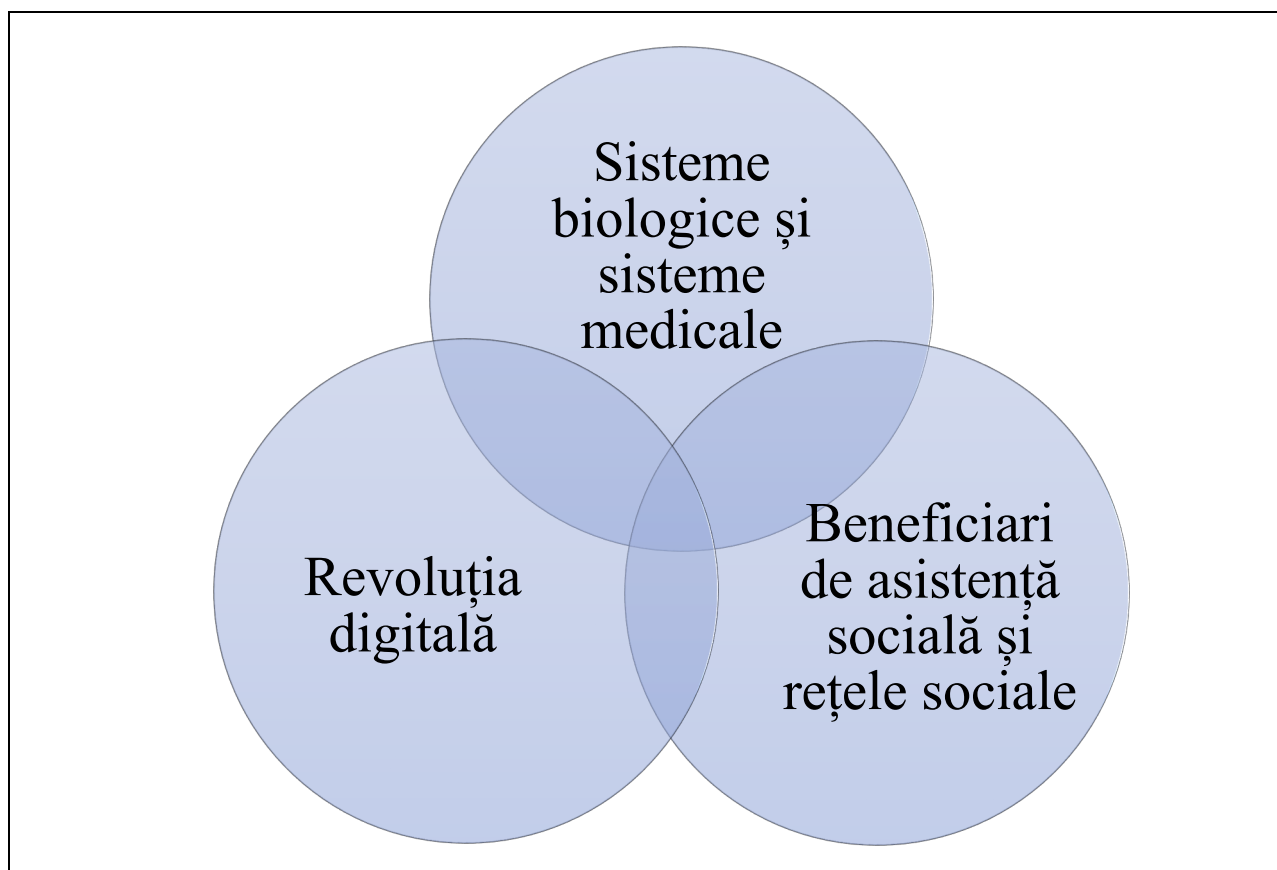
206. WHITTINGTON, Z., CANTRILL, J., HASSELL, K. BATES, F. NOYCE, P. Community pharmacy management of minor conditions: the „at the chemist” scheme. In: *Pharmacology*. 2001, vol. 266, p. 425-428. ISSN 0031-6873.
207. WIECZORKOWSKA, M. Medicalization of a woman’s body- a case of breasts. In: *Sociological Review*. Medical University of Łódź. 2012, vol. 61(4), pp.143-172. ISSN 0033-2356.
208. WILDES, K. W. Medicalization and social ills. USA, 1999, nr. 180(11), p. 16-18 ISSN 0002-7049.
209. WILLIAMS, S., COVENEY, C., GABE, J. (2017). The concept of medicalisation reassessed: a response to Joan Busfield. In: *Sociology of Health&Illness*. 2017. vol. 39. pp. 775–780. ISSN 0141-9889.
210. WINFIELD, A. J. RICHARDS, R. M. E. *Pharmaceutical practice*. Hong Kong: Ed. Churchill Livingstone, 1998. 523 p. ISBN 044305729X, 9780443057298.
211. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication*. Hange: World Health Organization, 1998 [citat 20.08.2023]. Disponibil: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65860>
212. ДОБРОРОДНИЙ, Д. Г, ЧЕРНЯК.Ю. Медикализация как социокультурный феномен и предмет междисциплинарного исследования. В: *Философия и социальные науки*. Минск. 2012, № 1-2, с. 82-86. ISSN 2218-1385.
213. МЕЩЕРЯКОВА. Т. В. Причины появления биоэтики. В: *Вестник томского государственного университета. Философия. Социология. Политология*. 2010, nr.4(12), с.90-100. ISSN 2311-2395.



## ANEXE

### ANEXA 1

**Trei megatendințe convergente care generează transformarea asistenței medicale**  
[142]



*Notă: Asistența medicală P4 apare la intersecția acestor tendințe. P4: Prevenție, Personalizare, Predicție, Participare.*

## Concepte timpurii referitor la medicalizare [22]

| Autor                   | Definiție                                                                                                                                                                                    | Factori explicativi                                                                                          | Consecințe                                                                                                                                                    |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| J. Pitts (1986)         | Controlul comportamentului deviant de către medicină.                                                                                                                                        | Răspândirea gândirii freudiene.                                                                              | Mai uman și indulgent , dar mai înverșunat.                                                                                                                   |
| I. Zola (1972)          | Determinarea ca medicamentele și etichetele privind sănătatea și bolile să facă parte din ce în ce mai mult din viața omului.                                                                | Sistemul tehnologic și birocratic.                                                                           | Aparent privează individul de responsabilitate morală. Depolitizează problemele, ignorând alte tipuri de intervenții.                                         |
| I. Illich (1975)        | Nedefinit; colonizarea medicală este o alternativă. Evidențiat prin creșterea cheltuielilor pentru îngrijirea sănătății, dependența de droguri, medicalizarea duratei de viață a omului etc. | Produs al unei societăți supraindustrializate.                                                               | Amenințare la adresa sănătății; subminează capacitatea familiilor și indivizilor de a avea grijă de boală, durere și suferință.                               |
| P.Conrad (1975)         | Definirea comportamentului în termeni medicali și determinarea profesiei medicale de a oferi tratament.                                                                                      | Revoluție farmaceutică; acțiunile guvernamentale; prestigiul medicinei și interesul crescut față de știință. | Poate fi considerată umanitară, dar transformă problemele de ordin social în probleme de ordin medical; individualizează și depolitizează problemele sociale. |
| M.Foucault (1974, 1976) | Corpul și comportamentul uman este adus din ce în ce mai                                                                                                                                     | Regimul de putere și cunoștințe; biopolitica.                                                                | Formează un nou mod de gândire și de percepție individuală, pe cât de creativ pe atât de represiv.                                                            |

## DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnata, Șargu Elena, declar pe proprie răspundere că materialele prezentate în teza de doctor în filosofie se referă la propriile activități și realizări, în caz contrar, urmând să suport consecințele, în conformitate cu legislația în vigoare.

Șargu Elena

Semnătura



Data

## CURRICULUM VITAE

**ȘARGU Elena**

**Data nașterii:** 12.10.1986

**Locul nașterii:** R.Moldova, r-nul Nisporeni

**Naționalitatea:** moldoveancă

**Stare familială:** căsătorită

**Adresa:** Chișinău, str. Țărâni 114

**Tel:** 069921599

**E-mail:** [elena.sargu@usmf.md](mailto:elena.sargu@usmf.md)



**Aria intereselor științifice:** filosofie, etică, bioetică

### **Studii:**

**2013-2017** - doctorantă USMF „N.Testemițanu”, Catedra Filosofie și Bioetică

**2008-2010** - masterat Universitatea de Stat din R. Moldova, Specialitatea - servicii publice

**2005-2008** - studii de licență Universitatea de Stat din R. Moldova, Specialitatea - servicii de asistență socială

**2002-2005** - studii liceale L.T. „B. Cazacu” or. Nisporeni

**1997-2002** - studii gimnaziale, L.T. „M. Eliade”, or. Nisporeni

**1994-1997** - studii primare, Școala generală nr. 2 or Nisporeni

### **Experiență profesională:**

**2014** - prezent asistent universitar la Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova;

**2010-2013** - consultant-superior Direcția politici de protecție socială a persoanelor cu dizabilități. Ministerul Muncii Protecției Sociale și Familie.

### **Participări în proiecte științifice:**

**2020-2023** - membru–executor al grupului de lucru, cercetător științific în cadrul proiectului de cercetare: „Abordarea interdisciplinară bioetico-socio-medicală a contingentului vulnerabil de populație cu stare severă de sănătate și posibilitățile de reabilitare” din cadrul Programului de Stat 2020-2023.

### **Participări la manifestări științifice (naționale și internaționale):**

▪ Conferința Științifică Internațională: „Сахаровские чтения 2016 года: экологические проблемы XXI века. 16-я международная научная конференция, 19-20 мая 2016 г., г.

Минск, Респ. Беларусь. Raportul: *Феномен медиализации в современном обществе: влияние этических ценностей и принципов*.

- Conferința Internațională: „Istorie, spiritualitate, cultură. Dialog și interactivitate”, 22-23 aprilie 2016, Galați, România. Raportul: *Configurații etice ale medicalizării fricii – o strategie de succes în societatea contemporană*.

- Conferința Științifică: Filosofia și perspectiva umană: Conferință științifică consacrată Zilei Mondiale a Filosofiei, 19 nov. 2020, Chișinău. Împreună cu asis. univ. Federiuc, V. Raportul: *Impactul medicalizării și a farmaceuticalizării asupra contingentului vulnerabil de populație*.

- Conferința Științifică: Filosofia și perspectiva umană: Conferință științifică consacrată Zilei Mondiale a Filosofiei, 17 nov. 2016, Chișinău. Raportul: *Repere etice în analiza medicalizării societății*.

- Conferința Științifică: Filosofia și perspectiva umană: Conferință științifică consacrată Zilei Mondiale a Filosofiei, 19 nov. 2015, Chișinău. Raportul: *Controverse conceptuale și etice în aprecierea procesului medicalizării societății*.

- Conferința Științifică: Filosofia și perspectiva umană: Conferință științifică consacrată Zilei Mondiale a Filosofiei, 20 nov. 2014, Chișinău. Raportul: *Omniprezența fenomenului medicalizării în societatea contemporană*.

- Seminarului Științific Național: „Actualități în promovarea principiilor bioetice în Republica Moldova”, 17 dec. 2018, Chișinău. Raportul: *Impactul tendinței de medicalizare a stărilor psihologice firești în societatea contemporană*.

- Seminarul Științific Național: „Actualități în promovarea principiilor de bioetică în Republica Moldova”, 14 dec. 2017, Chișinău. Raportul: *Provocări etice a medicalizării vieții în societatea contemporană*.

**Lucrări științifice publicate:** 3 articole de categoria B, în Moldovan Journal of Health Sciences Revista de Filosofie, Sociologie și Științe Politice, Revista științifico-practică Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină; 13 articole, teze la manifestări științifice internaționale și național.

### **Cunoașterea limbilor:**

Limba română (maternă)

Limba engleză (B2)