

afîit, problema modalităților de stocare a noilor „produse” artistice, care nu se mai constituie din obiecte ca atare...

Dupa cum vedem, memoria sociala a cunoscut o amplă dezvoltare în înțelesul și sensurile multiple date de carctatori în domenii în cursul căreia și-a restructurat atât schema de funcționare internă, prin trecerea de la forme imediate la forme mediate (prin limbaj și procedee mnemotehnice), cât și aria de cuprindere, ajungând să înregistreze și să conserve informații despre toate genurile de fenomene și evenimente, precum și întreaga gamă de experiențe, accesibile la nivel individual și comunitar, reapropiind astfel trecutul în microdetalii. Prin urmare prin memoria socială trecutul se încapăținează să supravețuiască[1]. Interferența retroactivă face dificilă obținerea unei imagini corecte asupra prezentului. Din această cauză, factorii de putere sunt interesați nu numai să rescrie istoria dar și să reorganizeze memoria socială.

Deci memoria sociala, definește dimensiunea temporală a organizării sociale, integrată pe cele trei segmente ale orizontului temporal – trecut, prezent, viitor. Grație memoriei sociale, dobândim continuitatea identității în timp. Fără dimensiunea mnezică socială, am trăi numai prezentul clipei, am fi în permanență puși în fața unor situații noi, pentru care nu am dispune de nici un fel de experiență elaborată, de nici un procedeu de abordare și rezolvare, ne-am zbate permanent în jocul încercărilor și erorilor, adaptarea devenind, practic, imposibilă. Memoria sociala devine, așadar, o condiție bazală indispensabilă a existenței și adaptării optime, a unității temporale a personalității și a identității noastre.

Note

1. *A se vedea: Chelcea Septimiu. Personalitate și societate în tranziție.* - București, 1994, p. 304-320.
2. *A se vedea: Chelcea Septimiu. Memoria sociala - organizarea și reorganizarea ei* In: Psihologie socială. Aspecte contemporane. Coordonator Adrian Neculau.- Iași, 1996, p. 109-122.
3. *A se vedea: Chelcea Septimiu. Memoria socială - organizarea și reorganizarea ei* In: Psihologie. Aspecte contemporane. Coordonator Adrian Neculau.-Iași, 1996, p. 109-122.
4. *A se vedea: Chelcea Septimiu. Personalitate și societate în tranziție.* - București, 1994, p. 304-320.
5. *A se vedea: Chelcea Septimiu. Memorie sociala și identitate naționala.* - București, 1998, p. 57-60.
6. *A se vedea: Chelcea Septimiu. Memorie sociala și identitate națională .-* București, 1998, p. 32-36
7. *A se vedea: Halbwachs Maurice. La memoire collective-* Paris, 1958, p.67.
8. *A se vedea: Halbwachs Maurice. Les cadres sociaux de la memoire.* - Paris, 1925. p. 93.
9. *A se vedea: Halbwachs Maurice . Les cadres sociaux de la memoire.* - Paris, 1925, p. 103-105. sociala

ASPECTE ETICE ALE CERCETĂRII PSIHIATRICE

Adriana Paladi, Rodica Gramma

Catedra de Filosofie și Bioetică USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Psychiatric researches have of crucial importance in the decrease of the mental pathologies' effects as well as for the eradication of mental disorder in itself. The involvement of human subjects in such researches arises unavoidably moral issues accounted in the great extend in international legal acts for following their solving. Nevertheless, some problems remain out of the scope of the international law. Two of them are: 1) lack of explicit definition of concept of

“incompetence”, which by the way is very often invoked in legal context; and 2) lack of consensus concerning the threshold of risk acceptability in non-therapeutic research.

Rezumat

Cercetările psihiatrice sînt de o importanță covârșitoare pentru contracararea efectelor cît și eradicarea în sine a patologiei mintale. Încadrarea ființelor umane în desfășurarea acestor cercetări ridică multiple probleme de ordin moral care în cea mai mare parte a lor sînt contabilizate în acte legislative internaționale, configurate cu scop final de soluționare a lor. Unele dintre probleme, însă, rămân dincolo de limitele cadrului legal internațional. Două dintre acestea sînt: 1) lipsa unei definiții explicite a conceptului, dealtfel frecvent utilizat în actele normative menționate, de „incompetență”; și 2) lipsa de consens în ceea ce privește riscul minimal acceptat în cercetările psihiatrice ne terapeutice.

Epoca contemporană se caracterizează prin proliferarea cercetărilor de ordin psihologic, psihopatologic și psihiatric, fapt condiționat nu doar de tendința milenară de a sonda și cunoaște abisurile opace ale ființei umane ci mai ales de necesitatea științifică de a elucida natura și conținutul maladiilor sufletești, extrem de răspîndite în timpurile noastre [1] și din necesitatea terapeutică de a eradica efectele deranjante dacă nu bulversante ale acestor maladii. Dealtfel în ultimele decenii au fost realizate succese remarcabile, chiar spectaculoase în contracararea patologiei mintale. Printre acestea pot fi menționate: elaborarea de agenți farmaceutici destinați tratării sau atenuării simptoamelor depresiei, maniei, psihozei, anxietății; producerea agenților ce inhibă adiția medicamentoasă și cea alcoolică, care induc starea de cal în cazul copiilor hiperactivi și care stopează evoluția demenței Alzheimer; dezvoltarea tratamentului psihologic al depresiei; elaborarea metodelor de management psihologic al schizofreniei ... – succese ale căror posibilitate a fost cu puțință, în mare parte, grație experimentelor realizate pe ființe umane. Iar încadrarea subiectelor umane în procesul cercetărilor biomedicale, în mod iminent, ridică problema protecției drepturilor acestor ființele.

În epoca idealurilor politice liberale unul dintre drepturile fundamentale ale omului frecvent invocate în contextul cercetării este dreptul la autodeterminare. În lumina acestui drept una dintre condițiile care justifică moralmente desfășurarea unei cercetări medicale este obținerea acordului informat al viitorului participant în cercetare, unde acesta este definit ca expresie a deciziei voluntare de a participa la cercetare, bazată pe prelucrarea rațională, înțelegerea adecvată și estimare competentă a informației referitoare la cauzele, conținutul și consecințele acestui studiu. Parafrazând expresia lui Robert Michels subiectul cercetării ca rezultat al procesului de informare trebuie să înțeleagă: diferența dintre terapie și cercetare clinică, natura cercetării preconizate, riscurile și beneficiile cercetării, specificul alternativelor disponibile cercetării, faptul puținței de a te retrage din cercetarea în desfășurare fără de a fi sancționat sau prejudiciat într-un fel oarecare, în plus decisa luată trebuie să fie autonomă adică să nu fie indusă de starea patologică a subiectului, de credințe false, de relații de dependență etc. [2].

Capacitatea de a consimți în manieră deliberată și autonomă a pacienților psihiatrici este de cele mai multe ori deteriorată sau diminuată gradual în funcție de specificul patologiei, de etapa de evoluție a acesteia sau de dinamica recurentă a ei, ceea ce le atribuie pacienților psihiatrici statut de persoane vulnerabile, adică pasibile de a fi abuzate sau exploatare în numele progresului științific și al beneficiului viitorilor pacienți. În scopul evitării tentației de exploatare a acestei grupe de pacienți și de reglare în spirit etic al cercetării cu implicarea lor au fost adoptate un șir de acte legislative internaționale [3], care constituie un cadru legal universal al cercetării biomedicale. Însă, deși comprehensive în intenție, aceste acte lasă ne clarificate o seamă de întrebări semnificative, relevate de practica particulară a cercetării. Două dintre ele sînt legate de dificultatea definirii noțiunii de „competență”, pe de o parte, și dificultatea de a atinge un consens în ceea ce privește nivelul de risc acceptabil în cazul cercetărilor psihiatrice ne terapeutice. În cele ce urmează vom încerca să dezvoltăm intriga celor două probleme enunțate.

1. Conceptul de „competență”

Consiliul Organizațiilor Internaționale a Științei Medicale în Ghidul pentru Cercetarea Biomedicală cu Implicarea Ființelor Umane menționează că „*în cazul incompetenței subiectului acordul informat este obținut de la reprezentativul legal al pacientului*”

În Declarația de la Helsinki, articolul 24 se spune : „*Pentru subiectul legal incompetenți [...] investigatorul trebuie să obțină acordul informat de la reprezentantul oficial al pacientului*”

Fenomenul competenței sau incompetenței pe baza prezenței sau absenței căruia pacienții psihiatrici sînt calificați ca persoane vulnerabile, pasibile de protecție suplimentară în contextul cercetării, deși invocat nu este explicit definit nu doar în documentele sus citate, ci nici într-un document internațional, ce conține capitole referitoare la protecția persoanele clasificate ca fiind incompetente. Ne clarificarea conceptului dat în cadru legal lasă spațiu pentru interminabile interpretări ce produc derută în nemijlocita practică a cercetării și premise pentru derogări indezirabile. Întru argumentarea presupuziție enunțate ne vom referi la polemica condiționată de căutările consacrate ale unei definiții relevante a conceptului menționat. Una dintre definițiile larg acceptate ale competenței sună astfel: capacitatea de a recepta și memora informația, capacitatea de a lua decizii, de a evalua adecvat informația receptată și de a o folosi informația relevantă în formularea deciziilor [4]. Această definiție, numită convențională, inteligibilă ca conținut și aparent exhaustivă, lasă totuși ne clarificată problema măsurii posedării de către pacientul psihiatric a unei asemenea capacități, astfel încât el să poată fi calificat ca competent sau corespunzător ne competent, fapt indispensabil comprehensiunii fenomenului nominalizat datorită necesității aplicării în cel din urmă caz a măsurilor de protecție suplimentară, prevăzute de legislația internațională pentru persoanele incompetente încadrate în cercetare. Definiția convențională sus menționată de asemenea necesită specificarea precum că competența pacientului este și poate fi estimată și în funcție de sarcina înaintată pentru rezolvare pacientului. De exemplu, un pacient cu infirmitate mintală poate fi competent să-și exprime acordul pentru o cercetare a căruia protocol este simplu, dar poate fi incompetent în comprehensiunea unui protocol de cercetare vădit mai complex. Una dintre obiecțiile majore aduse unei asemenea definiții exclusiv intelectualiste a fenomenului competenței este critica realizată de către Carl Elliott în lucrarea sa *Îngrijindu-ne de riscuri...*

El se întreabă referitor la completitudinea și valabilitatea practică a acestei definiții prin aplicarea ei la o categorie concretă de pacienți psihiatrici. Este vorba de pacienții depresivi. Ce este depresia? Depresia este o psihopatologie afectivă caracterizată de două componente clinice: una de natură somatică iar alta de natură psihică. Componenta somatică se exprimă printr-o stare de oboseală generală inexplicabilă, ce îl face pe pacient lent sau chiar inert, inexpressiv în mimică. În ciuda oboselii resimțite depresivul poate trăi stări perene de insomnie. De asemenea se atestă tulburări de ordin neurovegetativ: inapetență, scădere ponderală, constipație, hipotensiune arterială. Componenta psihică a depresiei se caracterizează prin: dispoziție tristă, senzație de apăsare sufletească, sentimente de culpabilitate, deznădejde legată de viitor, restrângerea sferei intereselor, comunicării, idei și tentative suicidare. În depresie se atestă deseori și modificări ale travaliului intelectual (scăderea randamentului intelectual, slăbirea atenției, dificultăți de evocare mnezică), sau așa tulburări din sfera gândirii de tipul „delirului melancolic” (ideii de negație, de ruină, de autoacuzare, ipohondriace, de doliu...) [5]. Pacienții care semnalează tulburări de ordin intelectual, pot fi calificați (reieșind din definiția intelectualistă sus menționată) ca fiind posesori ai unei competențe reduse sau ca fiind incompetenți de a consimte să participe în cercetare, ceea ce îi situează automat sub incidența protecției legale adiționale. După cum menționează Carl Elliott, un număr considerabil de pacienți depresivi nu au capacitatea de comprehensiune intelectuală periclitată, adică sînt capabili să înțeleagă toate datele referitoare la patologia lor, datele referitoare la protocolul investigației în care urmează să fie încadrați, sînt capabili să aprecieze riscurile și implicațiile cercetării asupra propriilor vieți, însă rămân în viziunea autorului de fapt incompetenți.

El invocă două argumente ale incompetenței unor pacienți depresivi a căror capacitate deliberativă rămâne preponderent ne alterată. Este vorba de argumentul *autenticității* și cel al *interesului de sine (self-interest)*. Primul argument se referă la alterarea temporară a nucleului

personalității, a dimensiunii valorice a existenței pacientului depresiv, ceea ce îl pune pe pacient într-o relație de inadecvare cu sine însuși, cel din perioada anterioară îmbolnăvirii. Această inadecvare fiind o elocventă mărturie a neautenticității deciziilor luate de pacientul depresiv și deci a incompetenței acestuia. *„Atunci când persoana e prinsă în capcana depresiei valorile, credințele, dorințele și dispozițiile ei sînt radical diferite față de acelea purtate în condiție de sănătate. În unele cazuri acestea sînt într-atît de diferite încît ne provoacă suspiciunea precum dacă deciziile acestei persoane sînt cu adevărat ale ei. O decizie luată de o persoană poate fi considerată a fi străină ei dacă aceasta reflectă dispoziții și valori tranzitorii și inconsistente trăsăturilor profund angrenate în personalitatea acestei ființe”* [6]. Cei reveniți la starea normală, spune autorul, mărturisesc precum că se simțeau de parcă nu erau ei însuși, iar deciziile luate nu erau cu adevărat ale lor, prin urmare aceste persoane nu pot fi făcute responsabile de deciziile și acțiunile realizate în starea inadecvării de sine, iar dacă nu pot fi făcuți responsabili de deciziile lor atunci nu trebuie considerați ca fiind în competență să ia decizii de tipul celor de participare în cercetare, care într-o măsură mai mare sau mai mică implică incertitudine și risc. Pentru a atribui credibilitate aserțiunilor sale referitoare la incompetența depresivilor, autorul invocă întru comparare scutirea de responsabilitate a pacientului cu sindrom maniacal pentru faptele ilicite realizate în plină desfășurare a maladiei, pe motivul inadecvării lui și deci al incompetenței.

Al doilea argument, cel al interesului de sine se referă la presupuziția precum că oamenii le este caracteristică tendința de a se îngriji de sine, de binele său, de a se asigura împotriva riscurilor. Pe prezența acestei tendințe în structura intimă a ființei umane se bazează instituirea acordului informat. Informația i se oferă pacientului în scopul ca acesta să decidă dacă participă sau nu la cercetare în conformitate cu necesitatea lui de protecție și securitate. Omului sănătos îi stă în ființă să evite riscurile, sau să le accepte în caz de inevitabilitate pe cele minore. Depresivul, spune C.Elliott, poate fi conștient de riscurile implicate de cercetare, dar în virtutea bolii sale poate să nu le acorde nici o importanță. Mai mult de-atât, poate chiar să-și dorească să fie supus riscurilor, de exemplu, din cauza sentimentului maladiv de culpabilitate și necesității morbide de pedeapsă, crescute din acest sentiment. Autorul prezintă descrierea laconică dar relevantă a unui caz, în care o pacientă depresivă de 49 ani, în plină capacitate de înțelegere a riscului terapiei anticonvulsive la care urma să fie supusă, atunci cînd i s-a vorbit că într-un caz din 3000 această procedură poate provoca moartea, ea a replicat: „sper că acest unic caz va fi al meu”. Neglijare, de altfel reprezentativă pentru cazurile de depresie, a interesului de sine, a propriului bine este, consideră autorul, un indiciu al incompetenței pacientului de a consimte la cercetare. Și dacă acceptăm asemenea pacienți în cercetare pe motivul consimțământului aparent competent atunci creăm premise pentru erodare institutului acordului informat însăși.

Reieșind din cele sus enunțate se poate conchide că orice act legislative, elaborat întru protecția persoanelor cu dizabilități mintale trebuie să conțină o definiție explicită a conceptului de „competență”, a cărui semnificație să epuizeze totalitatea trăsăturilor fenomenului reflectat, în intenția de a diminua incertitudinea practică și a asigura persoanelor, în necesitate, protecție adecvată.

2. Riscul minimal

Consiliul Organizațiilor Internaționale a Științei Medicale în Ghidul pentru Cercetarea Biomedicală cu Implicarea Ființelor Umane stipulează că : *„prealabil demarării cercetării pe subiecți psihiatrici investigatorul trebuie să se asigure că:*

- riscul în cazul intervenției ne terapeutice este minor și comensurabil cu importanța cunoștințelor scontate”.

Convenția Drepturilor Umane și Biomedicina a Consiliului European adoptată la Oviedo în a. 1997 în Capitolul V , art.15 menționează „ [...] când cercetarea nu posedă potențial de a produce un beneficiu direct pentru sănătatea subiectului (incompetent) [...] riscul presupus de această cercetare trebuie să fie doar minimal [...]”

Problemă referitoare la riscul minor în cercetarea psihiatrică ne terapeutică este discutată în contrariu, de asemenea, dat fiind dificultatea de a găsi mijlocul cel mai fericit pentru

dezvoltarea științei fără de a neglija interesul și binele subiectului particular. Un cadru polemic relevant cu referire la problema enunțată s-a configurat în jurul cercetării pe bolnavi schizofrenici, plener dezvăluit în lucrarea lui Paul S. Appelbaum - *Drug-Free Research in Schizophrenia*.

Ce este schizofrenia? Schizofrenia este o afecțiune psihiatrică gravă, care produce o modificare profundă, de durată și cu serioase consecințe pentru personalitatea bolnavului. Simptoamele esențiale ale acestei patologii sînt:

1. Cele constante: disociație intrapsihică, ce constă în pierderea armoniei și a continuității activității psihice în toate domeniile – gândire, limbaj, afectivitate, voință, comportament; disociere între Eul bolnavului și lumea externă (pierderea contactului vital cu realitatea)

2. Cele inconstante: delirul (tulburare de gândire caracterizată prin dezacordul ideilor cu realitatea obiectivă logică); halucinațiile auditive, cenestezice, fenomene de automatism mintal [7]. Un pas important în evoluția tratamentului antischizofrenic a fost realizat în anii '50 ai veacului trecut prin descoperirea primului medicament eficient – Phenothiazine antipsichotice. Administrarea acestuia contribuie la atenuarea episoadelor psihotice acute și la diminuarea posibilității de recurență a lor. Însă, acest medicament nu este un panaceu al schizofreniei. El este eficient doar în 80% dintre pacienți, 20% procente ne fiind receptivi la el. Chiar și în cazul celor 80% de pacienți el e eficient în diminuarea simptomaticei nu și în eradicarea patologiei. Mai mult de atât, administrarea de durată a Phenothiazinului produce eminamente, ca efect secundar, dischinezie ce afectează pe termen lung fața, limba, trunchiul și membrele bolnavului. Insuficiențele medicației curente a schizofreniei, sus menționate, ridică problema unor noi investigații, care în ultimele decenii se desfășoară în vederea atingerii următoarelor obiective: (1) descoperirea unui medicament superior în caracteristicile sale curative celui actual; (2) descoperirea factorilor de predicție a cazurilor (a bolnavilor) care se pot lipsi, fără a fi prejudiciați, de tratamentul antipsihotic; (3) elucidarea patopsihologică a schizofreniei. Fiecare dintre aceste trei obiective sînt, prezumtiv, realizabile cu condiția abținerii de la medicația standard pentru o perioadă îndelungată de timp – procedură calificată ca intervenție de tip ne terapeutic. În primul caz medicația trebuie suspendată întru curățarea organismului și deci întru minimizare riscului interacțiunii adverse dintre medicamentul vechi și cel nou. În cel de-al doilea caz sistarea tratamentului standard este realizată din necesitatea de depistare a unor trăsături ale bolii, comune bolnavilor care nu necesită tratament antipsihotic permanent (adică acei care pot recidiva în boală cu mai puțină probabilitate, pentru o perioadă considerabilă de timp) pentru a nu-i expune pe pacienții de acest tip în mod inutil și periculos la riscul efectelor secunde ale tratamentului dat. În cel de-al treilea caz, tratamentul necesită de a fi sistat din considerentele științifice de elucidare a patologiei. Efectul imediat al strategiei științifice de abținere este recurența episodului psihotic cu rata medie de 54.8 cazuri la sută în comparație cu rata medie de 16.6 % la sută printre pacienții care continuă medicația. Consecințele recurenței episodului psihotic implică nu doar suferința psihică, ci mai ales destabilizarea echilibrului psihic a subiectului, condiție ce poate să-l împingă spre un comportament autoagresiv (suicidar) sau/și agresiv (chiar ofensiv).

În lumina stipulării legale sus menționate apare întrebarea: pot fi efectele cercetărilor bazate pe abținerea de la medicația standard egalate cu ceea ce în actul legislativ citat este numit „*risc minor și comensurabil cu importanța cunoștințelor scontate*”? Răspunsul la această întrebare nu este univoc. Un număr de persoane implicate în evaluarea etică a cercetărilor pe bolnavii schizofrenici, recomandă interzicerea procedurii de abținere de la medicația standard, dat fiind riscul considerabil pentru participanții la cercetare generat de această intervenție și chiar incommensurabilitatea acestuia cu cunoștințele scontate. Prohibiția, însă, este doar în aparență etică căci în fapt ea stopează nu doar expunerea la risc ci și obținerea beneficiului de pe urma progresului științific. Mai mult chiar, nu cumva în cazul dat prohibiția înseamnă discriminarea pacienților schizofrenici prin limitarea accesului lor la cercetare și deci la beneficiul presupus de succesul acesteia ?

O poziție relativ contrară celei sus enunțate este cea care permite abținerea de la tratament în contextul cercetării schizofreniei dat fiind importanța cunoștințelor expectate, dar cu condiția elaborării unui mecanism eficient de diminuare a riscului. Așa Paul S.Appelbaum menționează câteva proceduri de minimizare a riscului printre care: 1) excluderea din lista participanților potențiali în cercetare a pacienților cu risc sporit de dezvoltarea a episoadelor psihotice ca rezultat al abținerii de la medicația standard; 2) asigurarea cu metode psihosociale de tratare a bolnavilor înrolați în cercetare; 3) monitorizarea cercetării în scopul relevării cazurilor posibile de a recidiva și de întrerupere cu această ocazie a cercetării. În viziunea noastră cea de-a doua poziție pare a fi mai pertinentă din punct de vedere moral, căci moderează riscurile fără de a prejudicia progresul.

În concluzie ar fi de menționat că orice cercetare biomedicală implică riscuri de natură variată pentru participanți, aceste, însă, pot fi dacă nu eradicate cel puțin atenuate ca rezultat al deliberărilor etice, care în același timp asigură o realizare nuanțată a stipulărilor relevante ale legislației internaționale referitoare la cercetare.

Note

1. Cinci patologii provocatoare de dezabilități din cele zece cel mai răspândite sînt de origine psihiatrică: depresia, alcoolismul, patologia afectivă bipolară, schizofrenia și obsesia compulsivă

2. **Robert Michels, Are Research Ethics Bad for Our Mental Health?**, New England Journal of Medicine 340 (1999)// E.J. Emanuel and Al., Ethical and Regulatory Aspects of Clinical Research, The Johns Hopkins University Press, 2003, p.235

3. **Council for International Organization** of Medical Sciences, International Ethical Guidelines For Biomedical Research Involving Human Subjects (1993); Council of Europe Convention for Protection of Human Rights and Dignity of the Human Beings with regard to the Application of Biology and Medicine (1997); Declaration of Helsinki (1964)

4. **Baruch A.Brody, The Ethics of Biomedical Research**, Oxford University Press, 1998, p. 231

5. **C. Enăchescu**, *Tratat de Psihopatologie*, Polirom, 2005, pp. 222-223

6. **C.Elliott**, *Caring about Risks: Are Severely Depressed Patients Competent to Consent to Research?*, Archives of General Psychiatry 54 (2007): 113- 16 // E.J. Emanuel and Al., Ethical and Regulatory Aspects of Clinical Research, The Johns Hopkins University Press, 2003, p.239

7. **C. Enăchescu**, *Tratat de Psihopatologie*, Polirom, 2005, pp. 350-359

8. **Paul S.Appelbaum**, *Drug-Free Research in Schizophrenia*// E.J. Emanuel and Al., Ethical and Regulatory Aspects of Clinical Research, The Johns Hopkins University Press, 2003, p. 329

BIOETICA ȘI MORALA CREȘTINĂ: TENDINȚE ȘI CORELAȚII

Ion Banari

Catedra Filosofie și Bioetică

Summary

Bioethics and christian morality: tendencies and correlations

The conflict of opinions around contemporary world problems is founded on two poles. One represents the Christian conception about the world, another is the humanist secular conception. The first exposes the existence of One single Creator and certain divine law. The last negate and secularize it self of this conceptions. The study emphasize consequences, it the and it establishld place and role of the religious in contemporary society, showing the bioethical correlation with Christian morality, science and religion.