

## Cap. 9: Conceptul de boala - între naturalism și normativism<sup>1</sup>

### 9.1. Istoria conceptului de boala

Bolile sunt ubicuitare, le găsim peste tot, afectează deopotrivă oameni, animale sau plante. Ele sunt în conștiința oamenilor ca și în discursul public sau în conversațiile zilnice. Despre boli se vorbește la TV, la radio, în ziare, în romane, piese de teatru, sau poate fi vorba de boli în picturi sau chiar în muzică. Pe de altă parte, este puțin probabil ca cineva să treacă prin viața fără să nu fi avut vreodată o boală. Cu toate că boala este o problemă așa de importantă în viața oamenilor, nu se știe suficient despre natura ei și mai ales există dificultăți în a găsi o definiție agreată de toți: ce este boala? Oamenii înțeleg instinctiv ce este boala, dar atunci când se caută o definiție problema devine foarte complicată. Toate acestea duc la necesitatea de a menționa că există o diferență între înțelesul conceptului de boală folosit de medici, cel folosit de filozofi și antropologi și cel folosit în viața de toate zilele. Pentru medicină, boala se află drept în inima ei, ea este ceea ce a făcut ca medicina să fie posibilă, necesară și dorită, pentru filozofi boala este un subiect de dispută referitor la statutul ei ontologic și epistemologic: este ea un lucru care are o existență independentă, naturală, sau este o creație a minții noastre, în special a medicilor, este înțelesul ei dat de mecanismele ei intrinseci sau de valorile sociale și culturale într-un spațiu dat? Și, în fine, pentru oamenii obișnuiți boala este ce te aduce la medic pentru ajutor, este ceea ce explică suferința și ceea ce dă sens apariției sănătății. În mare parte, lipsa acordului cu privire la ce este boala vine din faptul că boala nu este un lucru, un obiect, ea este mai mult un concept. Ca multe alte concepte, nu are un înțeles uniform și astfel pentru unii este vorba de frică, suferință sau neșază, pentru alții este vorba de simptome și de deteriorarea bunăstării lor fizice. Pentru uzul curent, boala este înțeleasă ca o afectare a unui organ sau a întregului organism, se poate transmite între oameni sau de la animale la oameni, poate avea legătura cu alimentația sau cu vârsta, cu contactul cu anumite substanțe sau cu expunerea la diferiți agenți fizici sau climaterici.

Din această succintă prezentare se poate deduce de ce conținutul noțiunii de boală a fost mereu un subiect de dezbateră ce a însoțit istoria civilizației umane de milenii și până astăzi.

---

<sup>1</sup> Menționez încă o dată că această lucrare nu include comentarii despre bolile psihice; când vorbesc de boli mă refer numai la bolile somatice, corporale, fizice. După părerea mea, acestea pot și trebuie să facă subiectul unor lucrări separate, statutul lor ontologic, epistemologic și fenomenologic fiind cu totul aparte.

### 9.1. Istoria conceptiilor despre boala

Conceptele pe care oamenii în variate culturi le-au utilizat în încercarea de a înțelege și răspunde la experiențele de boală au legătură cu felul cum oamenii se raportează la natură (von Engelhardt, 2004). Preocuparea oamenilor față de acestea poate fi documentată din cele mai vechi timpuri. Ea apare pe măsura în care bolile au produs consecințe imediate pentru persoana în cauză și consecințe extinse pentru grupul și comunitatea din care individul bolnav făcea parte. Astfel, noțiunea sau conceptual de boală a exprimat diferite idei despre natura bolii de-a lungul timpului. La început acest cuvânt a vrut doar să diferențieze durerea sau suferința de sănătate și nu natura sau cauza bolii. Urmărirea evoluției acestui concept urmează dezvoltarea medicinei și a științelor biologice în general.

Ideea de boală ca entitate separată a izvorât în parte din conceptual demonic așa cum a fost descris de culturile foarte vechi. Se poate spune că în acele timpuri medicina avea un caracter magico-mistic, demonic-religios. Factorii exogeni precum spiritele, vrăjile și zeii erau considerați responsabili pentru boli. Precursori ai sistemului medical și ai teoriilor bolii au fost găsiți în culturile vechi ale Mesopotamiei și Egiptului, stabilind conexii între conceptele naturale și religioase, pe de o parte, și viziunea bolii și sănătății pe de altă parte. Pentru aceștia, sănătatea și boala ar fi atât fenomene naturale cât și religioase. Explicatia cauzală, magia și credința coexistau în teoria și practica medicală, iar medicina acelor vremuri combina ritualul religios cu tratamentul empiric (von Engelhardt, 2004). De exemplu, îmbolnavirea a fost asociată cu păcatul sau datorată invaziei de spirite, de vrăjitorii și pedepse ale zeitatilor pentru încălcarea regulilor stabilite. Codul babilonian al lui Hammurabi (1750 î.e.n.) conține prima listă de onorarii chirurgicale și penalități în caz de eșec. Vindecatorul tradițional de sorginte religioasă devine treptat doctorul profesionist.

Conceptul de boală, ca deviere de la normal, a apărut mai întâi în gândirea greacă. Vechii greci explicau sănătatea și boala cosmologic și antropologic, adică, în relație strânsă cu natura în general și cu natura umană în special. În Grecia antică coexistau reprezentanții mai multor școli de gândire care încercau să explice cauzele bolilor și modul de tratare a lor. Printre acestea, erau „metodistii” care suspectau că ceva necunoscut produce pori în țesuturile corpului astfel încât substanțe pot să patrundă din afară sau să iasă dinauntru, ceea ce face corpul ori prea uscat or prea umed. „Empiricistii” credeau în trăirile celor ce erau bolnavi și experiența lor era ceea ce

poate arăta ce este boala; astfel ei acceptau doar datele care pot fi percepute de simțuri, iar trairile care se repetau des deveneau simptome și boli. Medicul grec Hipocrate (460-370 î.e.n.), considerat părintele medicinei, a negat originea divină a bolilor și a dezvoltat o abordare naturalistă a medicinei. El a postulat originea umorală a bolilor, spunând că corpul omului conține sângele, flegma, bila galbenă și bila neagră iar sănătatea este dată de o proporție corectă între aceste fluide. În schimb, boala era generată de perturbări în cele patru umori ale corpului. Această perturbare poate apărea din excese nenaturale sau defecte ale umorilor, dintr-o schimbare a locului lor natural sau din faptul că umorile și-au schimbat calitatea. În majoritate, bolile sunt date de predominanța flegmei sau a bilei și această perturbare se produce datorită dietei sau mediului, iar bolile pot fi descrise și diagnosticate în funcție de simptome. Mai erau și „pneumatistii” care credeau în pneuma, un foc interior care ține în viață toate ființele, dar care stă și la baza bolilor. Ei inventează cuvântul discrazie ca un dezechilibru al umorilor din organism. „Eclecticii” acceptau toate dogmele care meritau și care se potriveau unei situații. Mai târziu, în Grecia lui Alexandru cel Mare, s-a permis disecția corpurilor umane și Herophilus este primul care a furnizat date coerente despre anatomia umană.

Cel mai cunoscut medic grec eclectic a fost Galen (129-216 e.n.). El a fost un admirator al lui Hipocrate, diseca animale și agreea ideea că bolile apar din dezechilibrul celor patru umori. El era totodată și empiricist, afirmând că cunoașterea în medicină se poate obține prin observație și experiență. El a elaborat un model al sănătății și bolii ca o structură a elementelor, calităților, umorilor, organelor, temperamentelor, orelor zilelor și anotimpurilor. Sănătatea a fost înțeleasă în această perspectivă ca o condiție a armoniei și echilibrului dintre aceste componente de bază iar boala ca discordanță sau dominanță nepotrivită a unuia din componentele de bază.

Contribuția majoră a lumii greco-romane la definirea naturii bolilor a constat în faptul că a propus multe teorii alternative și a furnizat un mediu în care să se compare meritele și slăbiciunile fiecăreia (George, 2005). Această contribuție a fost preluată de arabi și dusă până în sec. XVI din nou în Europa medievală, când aceste idei au fost la baza apariției medicinei ca știință.

În evul mediu creștin, sănătatea și boala au fost interpretate în perspective teologice. Abordările cosmologice sau naturale și cele antropologice sau umane au fost subordonate viziunii religioase. Doctrina creștină vedea sănătatea și boala ca mutual exclusive, boala fiind era descrisă simultan ca entitate fizică și ca intervenție a lui Dumnezeu.

Dupa o perioada de relativa stagnare din timpul evului mediu timpuriu, cand viziunea asupra bolii se intoarce spre origine divina sau spirituala, sec. XV si XVI aduc noi voci care resusciteaza vechile idei greco-romane si arabe la care se adauga noi contributii conform stadiului gandirii epocii.

Odata cu debutul erei moderne, in epoca Renasterii, gandirea medievala a facut loc unei noi viziuni asupra lumii, naturii si individului. "Secularizarea paradisului", respectiv viziunea ca pamantul este locul de realizare a aspiratiilor oamenilor, a avut repercursiuni asupra cursului medicinei, de atunci si pana in prezent, in sensul ca observatiile empirice, explicatiile cauzale si terapia rationala devin bazele teoriei si practicii medicale. Cu toate acestea, magicul, astrologia si alchimia au jucat inca un rol in explicarea bolilor in sec. XIV-XVI (Engelhardt, 2004). Mai intai trebuie mentionat medicul si alchimistul elvetian Theophrastus Bombastus von Hohenheim cunoscut sub numele de Paracelsus (1493-1541) care a fost primul care a aruncat o privire critica asupra teoriilor inaintasilor sai, precum teoria umorala a lui Hipocrate si eclecticismul lui Galen. El considera ca o intelegere adecvata a bolii necesita luarea in considerare a unei componente chimice care contribuie la esenta fiinite umane. El lanseaza idea ca sanatatea si boala, prin dependenta lor de chimie, pot avea acelasi traiect ca al unei substante chimice, sanatatea fiind asimilata cu o substanta pura si boala cu una impura. Dupa Paracelsus, bolile omului sunt influentate de cinci instante care conduc la boli distincte. Aceste instante sunt: Dumnezeu, stelele sau climatul, otravurile, constitutia naturala a omului si spiritul sau psyche. Dupa el, factorii generali care contribuie la boala apartin atat naturii cat si spiritului. Astfel, el deschide usa unei viziuni asupra cauzelor bolilor si nu numai asupra aspectului lor simptomatologic. Conceptia lui Paracelsus despre boala este ontologica sau esentialista, boala avand un statut autonom, fiind o entitate separata, independenta, de opiniile noastre.

Diferita era conceptia lui Fracastro din Verona, care in 1546 si-a publicat lucrarile despre contagiune. El spunea ca exista un numar mare de boli cauzate de contagiune mai curand decat de perturbarea balantei dintre umori. El definea contagiunea ca o tulburare care se transmite de la un individ la celalalt si este cauzata de particule imperceptibile numite de el "*seminaria*". Aceasta contagiune se realizeaza prin contact direct sau indirect, prin haine si alte medii. Face si o lista de boli care se transmit direct precum sifilisul, rabia, lepra, scabia sau ftizia.

Ulterior trebuie mentionat aportul filozofiei lui Descartes (1596-1650) la dezvoltarea medicinei. El are o conceptie mecanicista asupra sanatatii si bolii, considerand ca corpul uman

este ca un mecanism perfect de ceas pus în mișcare de Dumnezeu. Sufletul, creație divină, este independent de corp și astfel el prezintă un sistem dualist cu două “substanțe”, cea a corpului, “*res extensa*” și cea a sufletului/mintii, “*res cogitans*”, sistem care a susținut pentru prima oară, și de atunci pentru totdeauna, problema dualității minte-corp, dualitate în care ramasa ancorată și astăzi medicina. Acest model de relație dintre minte și corp stă încă la baza unor aspecte la medicină, precum bolile psihosomatice și la interpretările laice despre sănătate și boală.

În 1543, Andreas Vesalius, publică o carte despre descoperirile sale făcute cu ocazia disecției corpurilor umane, carte care poate fi considerată primul atlas anatomic. Imaginea oaselor, articulațiilor și mușchilor din atlasul lui Vesalius, la care se adaugă ideile din mecanica newtoniană, făceau ca corpul omenesc să fie comparat cu un mecanism care funcționează după reguli fizico-matematice. Conform viziunii newtoniene, lumea este un sistem mecanic urias. Acest mecanism este guvernat de legi caracterizate prin simplitate. Un sistem complex derivă din aglutinarea mai multor sisteme simple, așa cum se întâmplă în cazul mașinii umane. Acest sistem poate fi transpus în operații matematice și poate fi măsurat. Așa a apărut pe lângă iatrochimia lui Paracelsus și iatrofizica, exponentul său cel mai de seamă fiind Friedrich Hoffmann (1660-1742). După acesta din urmă, sănătatea constă în funcționarea adecvată a acțiunilor vitale precum mișcarea, senzația și nutriția, iar atunci când acestea se perturbă, apar bolile. El mai spunea că bolile sunt expresia afectării părților solide din organism și mai puțin a umorilor. În același paradigmă, Herman Boerhaave (1668-1738) îndemna studenții săi de la medicină să aplice principiile hidraulicii, mecanicii și chimiei pentru a afla funcționarea organismului și cauzele bolilor. El considera că boala este expresia unei insuficiențe funcționale a organismului. Istoria medicinei renasterii îl mai menționează pe Thomas Willis (1621-1675) care susținea că în organism intra diferite particule care generează fermentație, proces care ar sta la baza diferitelor boli (Wulff, 1999; George, 2005; Funkhouser, 2020).

Povestea construirii conceptului de boală nu-l poate ignora pe Giovanni Battista Morgagni (1682 – 1771), anatomist italian, privit ca părintele anatomiei patologice moderne. El a funcționat 56 ani ca profesor de anatomie la Universitatea din Padova, timp în care a publicat o lucrare în cinci volume despre experiența sa capătă făcând 646 disecții asupra corpurilor umane în încercarea de a localiza cauzele bolilor în modificări ale țesuturilor și organelor (Ventura, 2000). Aceste contribuții la cunoașterea cauzelor anatomo-patologice ale bolilor sunt duse mai departe de anatomistul și fiziologul francez Marie-François Xavier Bichat (1771-1802) care

sustinea că organismului conține 21 tipuri de țesuturi, fiecare cu principiul vital de contractibilitate și sensibilitate. Boala apare când principiul vital este perturbat. Teoriile vitaliste trădau incapacitatea oamenilor de știință din acele vremuri de a explica funcțiile organismului și chimia celulară. Totuși, pe baza vitalismului s-a născut fiziologia, ca știința a funcționării organelor și sistemelor corpului uman.

Timul și împărțirea cunoașterii științifice a dus la acumularea ideilor și astfel medicina a mai făcut un pas spre clasificarea bolilor. Aici este important de a-l menționa pe Thomas Sydenham (1624-1689), numit și Hipocrate al englezilor. Bazat mai mult pe simptome și considerând bolile ca entități unice, el a stabilit un compendium, o clasificare ierarhică centrată pe simptome. Bolile ar exista independent în lumea naturală, iar manifestările și expresia lor clinică pot fi descrise la fel cum plantele pot fi descrise în botanică. Sub influența sistematicii utilizate de Linne (1707-1778) în botanică, clasificarea bolilor în medicină devine o preocupare dominantă și astfel apare nosologia ca ramură a științei medicale care se ocupă cu clasificarea și denumirea bolilor.

În 1768 François Boissier de Sauvages publică o lucrare monumentală în cinci volume „*Nosologia Methodica System Morborum*”. Această lucrare este rodul a 20 ani de strângere și sistematizare a descrierilor bolilor de la mii de medici ai timpului. El face o nouă sistematizare în funcție de simptome și aspectul clinic, identifică un număr mare de entități clinice pe care apoi le grupează în zece clase, fiecare clasă în 50 ordine, apoi în specii, ca în final să ajungă la un număr de 2400 entități. Sauvages dorea ca nosologia să fie un ghid pentru medicul individual, și compară rolul acestei lucrări cu firul Ariadnei care l-a ajutat pe Theseus să iasă din Labirintul Minotaurului. O altă nosologie este publicată în 1785 William Cullen (1710-1790) la Edinburgh sub titlul de „*Synopsis Nosologiae Methodicae*” care a fost mai mult folosită în scopuri statistice. Pe un astfel de drum apare treptat conceptul de boală ca o entitate clinică care poate fi descrisă în termeni de simptome și semne medicale, entități cărora li s-a atribuit un nume. Această strădanie nu s-a oprit aici și în 1891, International Statistic Institute, la întrunirea de la Viena din 1891, desemnează un grup de lucru condus de Jacques Bertillon (1851-1922) să realizeze o clasificare a bolilor în funcție de cauzele de deces. În această clasificare bolile sunt grupate în funcție de organ sau sisteme în loc de simptome. Această clasificare a stat la baza primei versiuni a Clasificării Internaționale a Bolilor („*International Classification of Disease – ICD*”) din anul 1946, ca astăzi să ajungă la versiunea a 11-a care aranjează bolile sub forma ierarhică și

codifica in jur de 60.000 conditii de boala. In toate aceste clasificari boala este vazuta de pe pozitii ontologie ce indica entitati clinice cu istorie naturala proprie, independenta si un curs al bolii autonom.

Treptat medicina urmeaza modelul stiintelor naturale si incepe sa se desparta de filozofia naturala si antropologia filozofica a erei romantic-idealiste. Medicina incepe sa capete constiinta stiintifica. Boala incepe sa fie definita ca o afectare structurilor organice ale corpului. Aceste leziuni pot fi cauzate de factori microbiologici, chimici, fizici, genetici sau agenti degenerativi, iar leziunea era definita ca o schimbare a modelului standard al structurii si functiei organismului. Pacientul devine din ce in ce mai mult un obiect de cercetare, anatomia si fiziologia se conecteaza si odata ce microscopia a devenit mijloc de explorare a cauzelor bolilor, celula inlocuieste tesutul ca centru al atentiei in cautarea cauzelor bolilor. Rudolf Virchow (1821-1902) initiaza studiul patologiei bolilor identificand bazele celulare ale inflamatiei sau diferenta dintre tumorile maligne si cele benigne. In viziunea lui, entitatea de boala era o alterarea a unei parti din corp sau o alterare a celulei sau a mai multor celule, tesut sau organ. El subliniaza importanta locului bolii si nu a conceptului de boala, boala este ceva despre o alterare morfologica. Prin aceasta viziune clinico-patologica a bolilor Virchow considera boala ca o afectare a sistemului reglator al corpului, incapabil de a depasi o perturbare a corpului, fie ea anatomica sau fiziologica. In acest sens el este un ontologist pentruca totdeauna a privit boala ca o entitate vie care are o existenta proprie (Stempsey, 2000; Engelhardt, 2004; George, 2005).

Sec. XX incepe cu ascensiunea triumfala a modelului infectios al bolii: apare bacteriologia. Louis Pasteur (1822-1895), chimist francez, si-a indreptat atentia asupra procesului de fermentatie, precum producerea de acid lactic din lapte sau producerea de alcool din struguri sau din fermentarea berii. El a fost la un moment dat chemat sa investigheze o boala epidemica a viermilor de matase, ocazia cu care face o analogie dintre fermentatie si boala, respectiv asa cum fermentatia este produsa de drojdie si bacterii, tot asa bolile pot fi cauzate de miscoroganisme. El isi muta atentia de la viermii de matase la cauzele antraxului si rabiei si a ramas proverbiata expresia lui: "cauta microbul" atunci cand cineva se intreba care este cauza unei boli. Intre 1870 si 1880, doctorul Robert Koch (1843-1910) demonstreaza ca antraxul si tuberculoza sunt cauzate de bacterii. El ajunge la concluzia ca exista diferite bacterii care cauzeaza diferite boli si astfel cea de a doua parte a sec. XIX a fost denumita "varsta de aur a bacteriologiei" pentru ca atunci s-au descoperit agentii patogeni ai gonoreei (1879), holerei

(1883), difteriei (1883), tetanosului (1884), penumoniei (1886), meningitei (1887), botulismului (1896), disenteriei (1898), sifilisului (1903) (Thagard, 1997).

Povestea merge mai departe cu Frederick Twort care descopera in 1915 virusii si responsabilitatea lor pentru unele boli. Apoi se descopera exo- si endotoxinele si mecanimele umorale celulare a imunitatii. Urmeaza pe rand descoperirea **complementul si mecanismele** interactiunii dinte anticorpi si antigene, a mecanismelor auto-imune, a diferitelor tipuri de cytokine, ca mediatori imunologici intre celulele ce regleaza raspunsul la injurii si infectii, ce alcatuiesc un sistem ce produce o ierarhie de mesageri chimici care participa la organizarea diferitelor tipuri de raspuns la agresiuni si care pot contribui la generarea de tipuri diferite de boli.

Ca raspuns la biologizarea excesiva a medicinei o parte din cercetatorii medicinei descopera circumstantele individuale si sociale ale sanatatii si bolii. Fiinta umana incepe sa fie conceputa ca participant in constructia nisei ecologice si a celei culturale. Medicul german Viktor von Weizsäcker (1886–1957) introduce viziunea sa antropologica a medicinei vorbind de persoana ca subiect. Se intetesc controversese dintre gandirea monocauzala, cauzalism si cea plurifactoriala, conditionalism. Se formuleaza intrebarea daca boala poate fi dedusa dintr-o cauza sau sunt necesare diferite cauze din diferite arii ale realitatii. Sumarizand, se poate spune ca sec. XX a adus clarificari asupra etiologiei, fiziopatologiei si a elucidat multe din mecanismele bolilor evidentiind inca odata cat de complex este acest domeniu. Majoritatea teoriile vechi au fost abandonate si au facut loc viziunii biomedicale a bolilor si a conceptului biopsihosocial (Engel, 1977).

In concluzie si pentru a face legatura cu urmatorul paragraf, se observa ca din timpurile stravechi si pana astazi au existat doua mari concepte care au dominat toate scrierile despre natura bolii: i) boala este o entitate distincta, existand multiple feluri de boli care au caracteristici diferite, si ii) boala este o deviatie de la normal, o deviatie care se petrece sub influenta diferitilor factori, fizici sau mentali, conform cartezianismului viu al medicinei (Cohen, 1953).

## **9.2. Problema definitiei bolii**

Medicina consta in trei lucruri, boala, pacientul si medicul, iar boala a facut medicina posibila. Intr-un sens cronologic boala a precedat medicinei, ea este ceea ce a provocat medicina. Temkin (1977) spunea ca boala a fost acea portiune a suferintei umane pe care noi am ales-o



istoricește să o alocăm medicinei; când și unde omul începe să separe boala de alte forme ale suferinței, noi nu știm, această demarcație neclară se întinde până astăzi.

Conceptele de sănătate și boală reflectă modelele care stau la baza științei medicale, a eticii și a societății (Khushf, 2007). Conceptele de sănătate și boală au consecințe de mare importanță pentru diagnostic și terapie, pentru atitudinea și comportamentul medicilor, pentru felul cum pacienții văd boala, pentru atitudinile și structurile sociale, și contribuie decisiv la formarea alegerilor morale și a comportamentelor de bunăstare. Sănătatea și boala nu sunt numai termeni medicali, sunt și teme vitale în artă, filozofie, teologie, sociologie și psihologie. De fapt, aceste discipline reamintesc mereu medicinei caracterul ei antropologic distinct în sensul că medicina se ocupă cu natura și destinul oamenilor. Conform teoriei echilibrului lui Pörn (1984) sănătatea este legată de profilul scopurilor subiectului, ea este capacitatea psihofiziologică de acțiune și răspunde în mod potrivit situațiilor de viață. Sănătatea și boala nu sunt concepte complementare, opusul sănătății este suferința și nu boala, iar bolile, infirmitățile, injuriile sunt procese fiziopatologice, stări sau schimbări care compromit sănătatea. Pentru Pörn, sănătatea este un echilibru între scopurile individului și capacitățile organismului său.

Nici medicina și nici conceptele de sănătate și boală pe care le folosește, nu pot fi înțelese adecvat doar prin utilizarea categoriilor din științele naturale și științele umane. Așa cum medicina nu poate fi redusă la una din acestea două, tot așa este necesar de a conecta natura și cultura în scopul înțelegerii sănătății și bolii (von Engelhardt, 2004). Sănătatea și boala nu sunt nici concepte biologice științifice pure și nici concepte sociale pure, ele aparțin lumii ciudate, hibride, a medicinei (Rosenberg, 2003). A fi bolnav, sau starea de îmbolnavire, este un mod extern și public de a nu fi sanatos. Este vorba de un rol social, de un statut, de o poziție negociată în lume, o înțelegere între persoana bolnavă, cu plângerile ei, și societate, care este gata să recunoască sau să susțină persoana (Boyd, 2000).

Privită singular, boala este un eveniment biologic, un construct verbal reflectând istoria intelectuală și instituțională a medicinei, o legitimitate pentru politica de sănătate publică, un element definind statutul social al bolnavului, o sancțiune pentru normele culturale și un element care structurează relația medic-pacient. Hucklenbroich (2014) scria că entitatea de boală este conceptul teoretic cheie al medicinei. El arată că boala este o entitate ca și oxigenul, o entitate cu margini fie fizice, fie metaforice. Într-un anumit fel, boala nu există până când nu suntem de acord să o percepem, să o numim și să răspundem la ea (Rosenberg, 1989). Boala este un cuvânt

utilizat de observatori, fie ei medici, apropiați de cel care suferă sau oricare altcineva, pentru a descrie un proces care se petrece când un organism suferă schimbări fizice sau mentale, schimbări pe care observatorul le consideră ca fiind un dezavantaj față de starea anterioară sau un prejudiciu conform normelor culturale locale.

Problema bolii, direct sau indirect, este o preocupare fundamentală a fiecărui demers medical (George, 2005). Existența și diagnosticarea bolii, denumirea ei, sunt probleme care framântă mai întâi pe cel suferind, pe bolnav, care își găsește astfel explicația și validarea suferinței și justificarea căutării unui ajutor specializat la care societatea ia parte. Se poate spune că prin recunoașterea calității de bolnav, individul capătă o nouă identitate. Totuși, medicii nu sunt preocupați cu definirea ei, ei sunt capabili să recunoască și să trateze sute de boli dar nu au nici o preocupare cu definirea conceptului. Cu toate acestea definiția bolii este o problemă importantă pentru filozofia medicinei pentru că natura bolii reprezintă baza conceptuală a medicinei. Cum percep pacientii, cum comunică medicii, cum este livrată educația medicală, cum este organizată cercetarea, toate se bazează pe definirea bolii (Berlin și colab. 2018).

Problema definirii unui lucru izvorăște de la Aristotel care discută despre ierarhii, specii și esențele lor. El gândea că atunci când lucrurile pot fi definite atunci acele lucruri sunt specii care se caracterizează printr-o descriere adecvată a esenței lor. În sensul celor de mai sus, bolile, așa cum le gândim astăzi, sunt specii arbitrare pentru că nu putem descrie în mod adecvat esența lor. Încă din Grecia antică, prin dispute dintre școlile de medicină din Cos și Cnidos, s-a pus problema dacă boala este o entitate care există prin ea însăși sau este creația observatorilor, în special a medicilor. Această întrebare persistă și astăzi sub diferite abordări și sub diferite narțiuni; limbajul însuși poate induce în eroare. În mare, ontologii consideră că fiecare boală este o entitate aparte, are o existență particulară, autonomă, iar nominaliștii spun că bolile împartășesc toate variabilele posibile legate de modificările fiziologice și funcționale și de modelele explicative culturale și sociale atașate lor. De aici izvorăsc ideile lui Robinson (1972) pentru care definiția este o activitate intelectuală umană sub forma unor expresii verbale care stabilesc asociații care pot fi despre cuvinte sau/si despre lucruri. Aplicând această teorie la noțiunea de boală putem spune că boala poate fi definită lexical, ceea ce implică existența celui care definește, respectiv știința medicală, a celui care citește definiția, medicul, și persoana care folosește cuvântul cu înțelesul pe care cel ce definește l-a atribuit, adică utilizatorul. Fiecare parte poate face interpretări subiective privind cuvântul boală. El mai spunea că cuvintele sunt semne

si ca fiecare semn este lexical definibil de catre cineva pentru cineva in anume timp si loc. Al doilea fel de definitii, pentru Robinson, sunt definitiile stipulative care sunt facute sa inlature erorile utilizarii comune a cuvintului, imbunatatirea conceptelor, inlaturarea arbitrariului din limbaj, abrevierea limbajului si denumirea unui obiect nou. Utilizarea unor definitii stipulative poate fi necesara pentru domeniul definirii bolii. In timp ce o definitie lexicala incearca sa identifice intelesul pe care oamenii il au pentru subiect, o definitie stipulativa incearca sa rectifice inadecvarile existente si definirile lexicale nesatisfacatoare ale subiectului. Valoarea unei definitii va depinde de succesul prin care se clarifica un subiect obscur ca cel de boala.

Problema definirii bolii s-a pus cu mai multa acuitate din deceniul sapte al sec XX in momentul in care Christopher Boorse (1975 si 1977) emite teoria biostatistica a bolii si sanatatii. De atunci aceasta chestiune a stat la baza unor dispute aprinse, mai ales printre cei ce ocupa de filozofia medicinii. Hofmann (2001) se intreaba care ar fi ratiunea sa cautam mereu o definitie a bolii. De ce oamenii de stiinta se straduiesc sa gaseasca o definitie coerenta a bolii? Raspunsul este ca boala este notiunea centrala a medicinii si ea conduce societatea la masuri de preventie si la identificarea altor boli. Avem nevoie de ea si pentru ca trebuie sa stim exact daca ceea ce credem ca este o boala se califica pentru a fi tratata medical. In plus identificarea corecta a bolilor poate ajuta la planificarea si alocarea resurselor economice dedicate sistemului de ingrijire a sanatatii.

Se spune ca daca se priveste stradania de decenii de definire a bolii, aceasta este un demers care a esuat! Dupa ce afirma ca medicina cuprinde cuvintele care vorbesc despre boala si ca una din cele mai importante concepte ale medicinii pare sa fie cuvantul boala, Kendell (1975) clameaza ca boala este un concept alunecos care nu a fost niciodata bine definit. Mai mult, el declara ca conceptul de boala este mort, respectiv este vag, alunecos, complex si indefinibil. In consecinta, ar fi bine sa se abandoneze conceptul de boala si sa se termine cu toate incercarile de a-l defini. Cei mai multi doctori nu se gandesc nici un moment la intelesul termenilor precum boala sau suferinta si nici nu au de ce sa o faca. In mod simplu, ei trateaza pacientii pe care-i consulta cat de bine pot, ii diagnosticheaza cat de bine pot si incearca sa le redea sanatatea cat de bine pot. Hesslow (1993) abordase o pozitie mai radicala dupa care exista mai multe conditii care sunt numite boala si care nu necesita atentie medicala si exista multe conditii care necesita atentie medicala dar nu sunt numite boala. Rolul acestui concept este iluzoriu, distinctia dintre sanatate si boala fiind irelevanta pentru majoritatea deciziilor medicale si reprezinta o „camasa

de forță conceptuală”. La acest punct de vedere se asociază și Sundstrom (2001) când afirmă că înțelesul cuvântului de boală este vag, elusiv și instabil. Tu poți să-l atingi dar nu poți să-l prinzi cu excepția unor părți sau fragmente. Acest înțeles este inclinat să se schimbe, să aibă permutații și să se fragmenteze în funcție de circumstanțe. În plus, poți să-l folosești, dar nu vei fi sigur că termenul va însemna ceea ce doreai să spui.

Conceptul de boală devine mai util dacă i se atasează criterii adiționale care să îmbunătățească definiția și granițele sale. Worall și Worall (2001) recunosc că boala este un lucru natural, un concept real, dar nu există o distincție reală în natură între boală și non-boală. Este clar că boala este un concept “*borderline*” pentru că ea cuprinde o multitudine de condiții pentru care nu există criterii pentru a fi acolo sau nu. Nordby (2006) și Schwartz (2007 și 2014) fac o analiză critică a conceptului de boală și găsesc că definiția bolii încorporează multe presupuneri problematice, ceea ce duce la necesitatea de identificare a condițiilor necesare și suficiente care guvernează aplicarea conceptului, adică a unei liste de condiții care sunt individual necesare pentru o definiție clasică. Ei spun că nu este posibil să extragi o definiție a bolii din analiza felului cum este utilizat termenul și ce înțeles are, dar că este posibil să dezvolti o pluralitate de definiții ale bolii care pot fi utilizate în diferite contexte, în funcție de scop.

În mare, ceea ce medicina consideră că fiind o boală este un grup de probleme fiziologice și psihologice care afectează funcționarea organismului și care împiedică individul în realizarea scopurilor sale. Această definiție presupune că schimbările nu se petrec fără cauză, fără prezența agenților etiologici. Interacțiunea dintre organism și factorii etiologici reprezintă mecanismul central patogen al bolii. Boala se caracterizează prin schimbări între starea premorbida și starea actuală. Aceste schimbări au anumite cauze, iar existența cauzelor bolii face parte din definiția bolii. Faptul că în definiția bolii trebuie să existe și cauzalitatea are diferite implicații. Una din implicații este faptul că ideea de boală în general implică înțelegerea felului cum cauza afectează organismul. Chiar o boală fără cauză aparentă poate avea în mecanismul dezvoltării ei cauze care afectează părți din acest mecanism (George, 2005). Toate acestea sunt văzute prin grila epistemologică prin care unii consideră că bolile sunt entități naturale. În final, observatorul judecă dacă boala a generat un dezavantaj pentru individ și astfel se creează premisele unui diagnostic. Cu un deceniu înainte de acești autori, Ludwig Fleck (1989) afirmă că entitățile de boală individuale sunt indefinibile. Entitățile individuale de boală sunt iluzii științifice create de abstracții bazate pe statistici și intuiții. Ele sunt irrationale, elusive și indefinibile fără echivoc.

Chiar între indivizi, există o variație extraordinară în ceea ce privește înțelesul bolii. El sugerează că în loc de a urmări o definiție științifică a bolii, mai bine să ne rezumăm la o definiție lexicală, de dicționar, care împărtășește o minimă înțelegere a ceea ce boala este. În final ne putem gândi că ar fi cazul să ne gândim să reunim la o definiție a bolii și să acceptăm că este vorba de o familie de înțelesuri utilizate în funcție de circumstanțe și interese.

Această poziție a lui Fleck deschide ușa discuției despre cât de util sau nu este conceptul de boală. Hesslow (1993) credea că termenul de boală este unul util din cauza că face o referire simplă ca o anumită clasă de lucruri coincide în mare măsură cu aria de competență a medicinei. Termenul nu este identic cu această arie, totuși, o înțelegere profundă a acestei arii este necesară pentru a ști cum acest termen poate fi folosit în mod normal. Mai mult, Kincaid (2008, citat de Vreese, 2017)) pune în alte cuvinte aceeași poziție când scria că noi nu trebuie să definim exact lucrurile și felurile naturale („*natural kind*”) pentru a ne ocupa de o știință. Medicina este o știință în care noi înțelegem cauzele în manieră „bucată cu bucată” și în care ne focalizăm pe cauze specifice pe care le putem manipula, fără să facem teorii și definiții precise ce lucru natural este boala. Vreese (2017) se declară partizan al poziției că boala poate fi mai bine caracterizată ca un concept practic care presupune că înțelesurile lui pot varia, iar utilizarea lui este inevitabil influențată de natura practică a medicinei. Conceptul de boală este în mod intrinsec „*value-laden*”, adică încărcat de poziții subiective, contextuale, ideologice, culturale și politice. În consecință el e de acord cu poziția lui Miller Brown (1985) în a recunoaște complexitatea și variabilitatea conceptului de boală, ceea ce implică să oprim eforturile de a descoperi o definiție corectă a bolii.

Este de înțeles pentru ceilalți oameni de ce conceptul de boală este considerat vag sau ambiguu. Când am o răceală și totuși merg la serviciu și cineva mă întreabă cum mă simt, eu sunt inclinat să spun că sunt bolnav, iar când cineva mă întreabă cum mă simt pentru că stau în pat pentru o luxație la picior după ce am jucat fotbal, înclinatia mea este să spun că sunt sănătos. Boala este ceva diferit în cuvinte și semnificații între ceea ce înțelegem când suntem bolnavi și ce înțelegem când vorbim despre boli în general. O parte din această ambiguitate vine din gradul cunoașterii celui care vorbește despre boală. Într-un fel vorbește doctorul despre boală și altfel oamenii obișnuiți.

Ceea ce înseamnă boala ține și de experiența proprie, de cunoștințele generale, de cunoștințele specifice, de așteptări, frici, vârstă, sex, religiozitate/spiritualitate. Conceptul, în

vorbirea curentă, mai ales, este atât descriptiv, cât și evaluativ, vorbește atât despre tine cât și despre alții, are atât aspecte subiective, cât și obiective și are o variabilitate interindividuală foarte mare. Acest concept este polisemantic, adică are nenumărate conotații sau sinonime atunci când vrem să comunicăm ceva despre boală. Aceasta face ca utilitatea lui în comunicare să fie redusă, și mai curând se comunică suferința decât boala ca atare. Individul intră în condiția de bolnav datorită suferinței și nu bolii, el devine parte a carierei de bolnav doar după ce medicul validează suferința lui, pune un diagnostic și da un nume științific suferinței lui (Hofmann, 2010). Marinker (1975) observă că o minoritate semnificativă de pacienți, care vin să consulte în mod regulat un medic de familie, vin mai mult pentru prescripții și nu acuza nici un fel de boală. Ei apar în cabinetul de consultație mai curând pentru a stabili o relație cu medicul care este capabil și numit de societate să îngrijească bolnavi. Așa că pacient este cineva care în mod activ consultă un doctor, mai curând decât cineva care este bolnav sau se recunoaște ca fiind bolnav. Astfel, majoritatea pacienților pot fi clasificați ca indivizi bolnavi sau simțindu-se bolnavi doar pentru că sunt recunoscuți ca bolnavi de către alții (de observatori) și mai ales de către medici.

Boala este dată de o varietate de atribute precum durere, suferință, disfuncții fizice, desfigurări, structuri sau procese anormale față de norma statistică. Atunci este legitimă întrebarea lui Temkin (1963): există boli sau numai bolnavi? Căutând răspunsul la această întrebare Stempsey (1999) formulează ideea că boala nu are nimic general, ci agregă toate entitățile curente de boală. Conceptul de boală este dat de extensivitatea lui. Bolile nu au nimic în comun decât că sunt numite boli. Tocmai acest lucru face ca eforturile spre o definiție unitară să fie așa de frustrante. Medicii vor identifica și trata bolile și ei nu au nevoie de un concept general. În fapt, încercarea de a defini boala va eșua din cauza că entitățile de boală nu au intradevar nimic în comun decât faptul că sunt denumite boli.

Chestiunea dacă boala este dată de extensia ei sau de proprietățile ei este o problemă de semantică, în particular de logica claselor și atinge domeniul filozofiei limbajului. Atunci ni se pare logic ceea ce încearcă Walker și Rogers (2018). Trecând în revistă toate aceste dificultăți, ei găsesc că cea mai bună explicație pentru incapacitatea noastră de a găsi o definiție adecvată a bolii este că acest concept are o structură diferită, „non-clasică” și de aceea ei propun ca boala să fie privită ca un concept „cluster”, adică ca un grup de entități.

Recunoașterea că boala este un concept practic variabil și complex ajută la explicarea de ce conceptual nu este potrivit pentru o analiză conceptuală descriptivă. Noi nu avem nevoie de o

definiție a bolii ca „*natural kind*” pentru a avea o cunoaștere medicală bună și pentru a face decizii medicale corecte. Distincția dintre sănătate și boală, care stă la baza tacită a înțelegerii noțiunii de boală, nu joacă un rol important în procesele de luare a deciziilor clinice, morale, legale, sociale, etc. care pot avea consecințe importante în practică. În procesul de medicalizare, când un număr de comportamente sunt percepute ca boli și conduce la tratarea și alocarea de fonduri pentru acestea, se poate vedea că practicienii nu sunt atât de îngrijorați dacă ei tratează boli adevărate (de ex. sindromul de oboseală cronică, boala Lyme, fibromialgia, hiperkinezia, sindromul de sensibilitate chimică, etc.). Practicienii sunt destul de înclinați de a clasifica problemele oamenilor ca boli și a le trata în consecință, ei lucrând într-un context instituțional în care eticheta de boală este luată de bună sau de-a gata.

Mentinerăa acestei dezbateri despre definiția bolii nu face altceva decât să îndepărteze medicina clinică de problema acestei definiții. De obicei, definiția ar trebui să cuprindă caracteristicile bolii, criteriile bolii. Prezența lor este necesară și suficientă pentru a vedea boala iar absența lor să îndepărteze certitudinea de a avea boala. Prin această definiție a bolii devine o condiție a judecării clinice. Pe de altă parte, se consideră că toate definițiile sunt arbitrare, ele nu au un caracter logic în sine. Totuși, dacă definiția bolii nu poate fi nici adevărată și nici falsă, ce o face utilă este faptul că se adere la ea și o face capabilă să definească pacienții cu aceeași boală. Dar pentru a fi riguroși, această definiție trebuie să conțină caracteristicile necesare și suficiente pentru a defini boala. În definiția bolii trebuie să existe criteriile obligatorii prezente la toți cei care au boala și absente la toți care nu au boala, iar existența criteriilor obligatorii conduce la universalitatea bolii și la faptul că poate fi parte la o nosologie valabilă pentru medicina științifică universală. Existența definiției face posibile presupuzițiile clinice și existența situațiilor tipice a ceea ce este specific unei boli, adică a ceea ce este esențial. De aici izvorăsc simptomele sau semnele patognomonice sau cele cardinale. Vocabularul esențialismului a fost împrumutat de medicina clinică și astfel se poate spune că o boală prezintă simptomele sau markerii necesari care împreună sunt suficienți pentru diagnostic. Atât termenul de suficient cât și cel de necesar sunt folosiți pentru a formula explicațiile cauzale ale bolilor (Jensen 1984).

Problema definirii bolii întâmpină așa de multe obstacole și disensiuni și din cauza complexității acestui concept. Complexitatea conceptului de boală vine din încercarea de a aborda diferite perspective, aspirații teoretice și valori, din dorința de a exprima diferite metodologii de cercetare, diferite cauzalități și diferite limbaje. Asta face să nu existe un concept

unificator. Noi putem avea un concept de boala bazat pe defecte anatomice, anomalii histologice, factori etiologici, constelații de simptome și semne. Complexitatea conceptului de boala vine și din faptul că înțelesul termenului este în funcție de contextual în care este folosit (Worall și Worall, 2001). Nordby (2003) se întreabă: dacă avem diferite înțeleșuri în funcție de context, cine decide care este înțelesul corect? Aceasta face ca utilitatea conceptului să fie redusă. Mai înainte King (1984) deja deschisese dezbaterile spunând că definiția bolii este un proces arbitrar depinzând de context, interes și utilitate. Toate încercările de a-l defini au fost profund criticabile și nu au strans adeziune suficientă pentru a se impune.

Există mai multe argumente care susțin că boala nu este definibilă (Hofmann, 2010):

i) definiția bolii vrea să cuprindă mai multe scopuri, precum să decidă cine este bolnav, dacă generează suferință sau nu, dacă atenția medicală este cerută sau felul cum medicul o poate descrie;

ii) Boala este abordată din diferite perspective teoretice care sunt greu de conciliat;

iii) O definiție trebuie să rezolve aceste contradicții și să furnizeze o poziție normativă, ceea ce nu s-a putut întâmpla din cauza pozițiilor ireconciliabile ale cercetătorilor care au ajuns la concluzia că boala cere mai mult decât o definiție;

iv) Problema limbajului prin care boala este descrisă este complexă pentru că boala este printre cele mai fundamentale și primitive elemente ale limbajului natural, adică este un concept înăscut cu o semantică indefinibilă;

v) Este imposibil de a defini boala prin limbajul ordinar din cauza că orice încercare a dus la o circularitate vicioasă a înțeleșurilor (Nordby, 2006), precum: termenul de boala este definit de cuvântul boala, sau la faptul că adevărul definiției stă în înțelesul cuvintelor folosite și nu în definiția însăși;

vi) În limbajul laic definiția bolii este foarte vagă și nu se poate distinge între ceea ce înseamnă și cine este cel îndreptățit să-l folosească, între cei ce spun despre boala altora și ce spune unul care este bolnav.

### **9.3. Conceptul de boala între naturalism și normativism**

De la început trebuie să-l citez pe Hesslow (1993) care observă că de-a lungul timpului mai ales filozofii, sociologii și specialiștii în sănătate publică au prezentat un interes real în definirea bolii. În schimb medicii clinicieni nu au apărut interesați în mod special de absența unei



definiții rafinate, universal acceptate, a bolii. Analizarea conceptului de boală a fost preocuparea centrală a filozofiei analitice a medicinei începând din anii 1970, când se întreba pe ce poziție trebuie să ne plasăm când concepem ceva ca fiind o boală, din perspectiva suferinței, a leziunilor corporale, a interesului terapeutic sau în funcție de realizarea unor scopuri?. Este boala o experiență subiectivă, un semn obiectiv, o problemă terapeutică sau una socială? Complexitatea acestei probleme a fost până la urmă redusă la dezbaterile dintre pozițiile naturaliste, biologizante, și cele normativiste, sociologizante.

Problema centrală a acestei literaturi a fost rolul așa-numiților factori biologici și factori sociali în definirea conceptului de boală, căutând să se răspundă la întrebarea: poate fi boala analizată în termenii biologiei umane sau în termenii valorilor și practicilor sociale, sau ambele variante luate împreună? Astfel, unii filozofi afirmau că doar știința biomedicală este capabilă să documenteze cauzele și consecințele variației fenotipice și astfel poate determina care din aceste variații sunt boli, în timp ce alții merg mai departe susținând că condițiile biologice nu sunt suficiente pentru ca o condiție biologică să fie considerată boală, aceasta fiind determinată mai mult de opiniile, presupunerile, ideologiile, inclinațiile, “parti-pris”-urilor celor care încearcă să o descrie. După acești gânditori, orice trăsătură fenotipică poate fi ori normală, ori patologică într-un context social particular (Glackin, 2010; Matthewson și Griffiths, 2017). Această dezbateră este legată de dilema: ar fi noțiunea de boală pur descriptivă sau ar fi pur evaluativă?

Cei care susțin că boala este un lucru descriptiv, numiți și naturalisti, se bazează pe faptul că boala este ceva obiectiv, un fel natural, și nu depinde de cultura locală sau de credințele indivizilor, ea nu este relativă, oamenii prezintă o convergență a ideii că o anumită condiție este o boală, ea este o condiție “*value-free*”. Termenul de naturalism denotă atât realismul semantic, poziția descriptivistă, cât și poziția care clamează că boala poate fi descrisă în limbajul științelor naturii. Termenul de obiectivism descrie poziția descriptivistă și se aplică și denotă și ca aspectele normative ale conceptului de boală sunt obiective și intersubiective. Esentialistii, obiectivistii, naturalistii, realistii, sunt cei care susțin că termenul de boală este aplicat în concordanță cu fenomenele comune din natură. Bolile sunt grupate împreună pe baza împărtășirii unei existențe reale date de caracteristici naturale, ele sunt feluri existente naturale (“*natural kind*”). Ce este o boală poate fi investigat prin metodele științelor naturii. Categoriile precum ontologic, realist, rationalist și altele au fost aplicate pentru a arăta poziția că boala este un fel sau un sort natural. În acord cu acest punct de vedere, boala ar fi o entitate independentă,

auto-suficientă, care parcurge un curs propriu și are o istorie naturală separată. Aceste entități nu au fost inventate, ci descoperite, clasate sau grupate în familii de boli ce nu pot fi create arbitrar sau după voința noastră, ele există ca atare în natură. Încă în secolul XIX Charcot (1892, citat de Hofmann, 2001) spunea că boala este ceva vechi și nimic nu poate fi schimbat; noi suntem cei care ne schimbăm și care învățăm să cunoaștem ceea ce odată era imperceptibil. Această concepție ontologică a bolii este prevalentă în concepția laică despre boli și puțini oameni de știință contemporani o mai susțin.

Cei care susțin că boala este evaluativă afirmă că oamenii nu sunt unanimi în a considera o condiție ca fiind o boală și pozițiile fiecăruia depind de predilecțiile și beneficiile individuale, de poziția socială și „*background*”-ul cultural, ea este „*value-dependent*”. Dacă boala nu este un fapt natural, adică „*natural kind*”, atunci ce este? Contrar poziției ontologice, conceptul de boală a fost categorisit ca fiziologic, biografic, istoric, empiric, nominalist sau conventional. Ea este un proces și nu un tablou fix și spre deosebire de a fi un lucru, boala este un dezechilibru și o alterare, o deviație de la normă. Sustinătorii acestor idei sunt denumiți normativisti și acest termen are diferite conotații.

Normativismul se referă la poziția care spune că bolile au în comun proprietăți care sunt definite social și spune că o boală este ceea ce spune medicul că este. În plus, normativismul spune că boala este o entitate „*value-laden*” adică încărcată de predilecții, inclinații, presupozitii, ideologie, factori culturali și sociali, factori istorici și religioși, etc. și este opusă descriptivismului. Ei rejetează legătura bolii cu ceva real sau natural. Ceea ce este comun nu este dat de natură, ci de societate, de subiectivism sau evaluationism. Tocmai faptul că definiția bolii a variat așa de mult în istoria medicinei spune că ea este subiectivă, legată de cultură, de context, de societate (Hofmann, 2001). Problema statutului normativ al conceptului de boală se asează pe dezbaterile generale filozofice despre norme și valori și astfel avem partizani ai poziției normative (Brown, 1985; Reznek, 1987; Sade, 1995), evaluative (Tristram Engelhardt, 1986; Fulford, 1989) sau valorice (Margolis, 1976). În concluzie, aceștia au postulat că cultura determină judecări de valoare și că aceste definiții ale bolii pot fi înțelese numai în termenii unei culturi și ideologii particulare (Margolis, 1976); că o explicație epirică a bolii nu poate fi susținută din cauza că bolile nu sunt definite de cauzele lor, ci de efectele lor (Reznek, 1987) și efectele lor castigă semnificație doar într-un context cultural.

Tristram Engelhardt Jr. (1984) ne prezintă o bună introducere istorică la disputa dintre naturalisti și normativisti de astăzi. Astfel, istoria medicinei ne arată că această dispută a început încă din Grecia antică când școlile de medicină din Cos și Cnidos nu erau în de acord dacă boala poate primi o singură definiție, adică să fie un singur fel de entitate; medicii din Cnidos susțineau că există diferențe între simptome, lucru care justifică crearea de noi entități clasificatorii. Această dispută s-a prelungit peste ani cu privire la faptul dacă boala are o realitate în sine sau dacă este doar creația medicilor sau o culturii. Cei care susțineau ideea că bolile sunt feluri sau lucruri existente în natură („*natural kind*”) au primit denumirea de ontologiști. Ei mai spuneau că entitățile de boală sunt entități anatomico-patologice, respectiv au la bază un substrat lezional organic și descoperirea unor boli noi nu este altceva decât descoperirea altor modificări ale țesuturilor și organelor corpului. Ceilalți, numiți și nominaliști, aveau o poziție care explica bolile prin perturbările funcțiilor sau fiziologiei organismului, evaluate la rândul lor prin intermediul propriilor valori legate de concepțiile de sănătate și boală. Aceste dispute între poziții diferite privind nosologia bolilor din secolul XVIII și XIX nu se duceau doar referitor la faptul că bolile sunt entități naturale sau entități construite artificial, ci și care este cea mai bună cale de a aborda realitatea medicală, cea ontologică sau cea în termenii utilității definirii bolii cu privire la tratamentul pacientului.

Istoric, s-a trecut de la clasificarea bazată pe simptome a lui Sauvages la abordarea anatomico-patologică a lui Xavier Bichat, Broussais și Virchow, nu atât ca o căutare ontologică a adevăratei realități a bolii, ci ca o căutare a modurilor de examinare a condițiilor medicale care să explice fenomenele bolii și să ducă la forme eficiente de tratament. Pentru că mai apoi, așa cum spunea cu altă ocazie tot Tristram Engelhardt (1978), boala să nu fie altceva decât un concept care îmbrățișează modul cum un eveniment fiziopatologic sau anatomico-patologic se leagă și explică semnele sau simptomele caracteristice ale suferinței ce permit o bază conceptuală rațională, coerentă și confidentă pentru o intervenție medicală.

Istoria modernă a acestei dezbateri începe când Christopher Boorse lansează teoria care spunea că boala este o diminuare atipică a funcției sau abilității funcționale a unui individ. În două ocazii diferite, el spunea că boala este ceea ce interferează cu una sau mai multe funcții pe care în mod tipic le posedă membrii unei specii, deficiențe funcționale care devin boli atunci când ele sunt nenaturale pentru că sunt fie atipice, fie pentru că sunt atribuibile acțiunii ostile a mediului (Boorse, 1975), sau că boala este un tip de stare internă care este fie o afectare a abilității de

funcționare normală, de exemplu reducerea uneia sau mai multor abilități funcționale sub nivelul tipic de eficiență, fie o limitare a abilității funcționale cauzate de agenți de mediu; cu alte cuvinte, boala este o stare substandard a unei părți sau proces al corpului sau „fitness-ului” evolutiv în comparație cu alți indivizi din aceeași clasă sau specie (Boorse, 1977). Aceste definiții arată o abordare naturalistă, pentru că prezintă boala ca o stare a organismului generată de o funcționare fiziologică deficitară. Boorse (1997) spunea că el a pornit de la o analiză unificatoare a sănătății, bolii și funcției, pe care ulterior le-a tratat ca un standard despre concepția largă că sănătatea și boala sunt concepte științifice „*value-free*”. După el, sănătatea din punct de vedere teoretic este absența bolii și boala este numai o problemă a unor funcții subnormale statistic. Prin această poziție Boorse se plasează în categoria teoriilor naturaliste, în opoziție cu cele normativiste care includ judecăți de valoare, adică „*value-laden*”. El numește teoria sa ca o teorie biostatistică pentru că se bazează pe conceptele de funcție biologică și de normalitate statistică. Teoria lui se referă la un anumit tip de stare internă care presupune o limitare a abilității funcționale sub un prag al funcționării normale, prag determinat statistic, lucru ce ar conduce la boală; această teorie se bazează pe existența unei linii de demarcație între ceea ce este normal și ceea ce este anormal. Prin definirea în acest fel a bolii, Boorse face ca problema definiției bolii să fie o chestiune legată de investigația științifică, de obiectivism, liberă de influențele sociale sau de alt fel. Aceasta nu înseamnă totuși că nici o valoare nu joacă un rol în medicina clinică. El recunoaște că criteriile pe care le folosesc medicii în diagnosticul și tratamentul bolnavilor implică valori, dar le consideră având un rol secundar. Boorse acceptă că suferința reflectă valori sociale, spunând că a fi bolnav implică judecăți normative despre tratament și responsabilitate.

Un comentariu al teoriei lui Boorse îl face Tristram Engelhardt (1984) arătând că în această teorie dificultatea constă în identificarea unui standard neutru din punct de vedere valoric. Boorse el însuși recunoaște că strădania de identificare a unui nivel tipic pentru o specie sau funcții tipice pentru o specie face ca o boală să nu poată fi considerată universală. Definirea unei funcții normale este un proces de referire statistică tipică pentru membrii unei specii referitor la capacitatea lor de supraviețuire și reproducere. Dar medicina clinică nu este interesată de acest prag și nici de supraviețuirea sau reproducerea speciei, ci de un caz particular. Dacă cineva încearcă să înțeleagă sănătatea ca o adaptare de succes la un mediu anumit, atunci este necesar să se specifice nu numai mediul respectiv, dar și scopul succesului. Oamenii nu au fost rezultatul evoluției într-un mediu ideal. O dimensiune a unui astfel de mediu ar fi cultura în care

oamenii trăiesc. Atunci este important să se identifice lucrurile care sunt favorabile oamenilor și scopurile lor. Pe cale de consecință, pentru definirea sănătății și bolii în domeniul medicinei este important să se determine la care scopuri ale oamenilor răspunde medicina. Conceptele de boală vor trebui să facă referință și la problemele dobândirii abilităților așteptate ale funcției sau ușurarea durerii, etc. în măsura în care aceste probleme sunt văzute ca având baze fiziologice și psihologice și sunt dincolo de voința imediată a individului în cauză. Căutarea deviațiilor funcțiilor fiziologice sau psihologice specifice speciei poate avea o valoare euristica dar nu este suficient pentru a deveni un ghid pentru clasificarea bolilor în medicină. Atât timp cât medicina este o acțiune socială, generalizările privind suferința și explicațiile ei trebuie adaptate la rolurile particulare ale terapiei și scopurilor de care pacienții sunt legați, ele sunt doar elementele descriptive, explicative și performative ale limbajului medical al bolii (Tristram Engelhardt, 1981).

După părerea mea, medicina clinică nu are ca scop căutarea explicațiilor și predicțiilor de dragul ei sau pentru o mai bună înțelegere a realității, ci caută explicații și predicții pentru un caz particular în scopul unei terapii specifice. Boala pe care o are medicul în față este un caz specific, are un statut ontologic, ea este reală, obiectivă și trebuie diagnosticată, numită și tratată, iar dacă se gândește la suferința pacientului, atunci ea devine particulară, subiectivă și *value-dependentă*.

Cu toate că teoria biostatistică este una din cele mai citate lucrări în domeniu, ea a dus la apariția a sute de lucrări critice. Boorse (1997) publică un răspuns la cei 20 ani de critică sau obiecții la teoria lui, realizând totodată că în ciuda acestor critici lucrările lui au fost foarte mult citate. Dacă utilizarea dihotomiei sănătate versus boală deranjează pe unii, ea poate fi înlocuită de dihotomia normal versus patologic. Atunci scopul teoriei biostatistice ar fi să analizeze această distincție. Normalul este natural, sănătatea fiind conformă cu proiectul speciei, cu construcția originară a speciei, adică cu funcționarea internă conform organizării tipice a membrilor speciei. În schimb, ceea ce numim boală este un tip de stare internă care ar fi fie o afectare a abilității de funcționare normale, fie o limitare a abilității funcționale cauzate de agenți ambientali. Distincția dintre normal și patologic s-ar face pe baza unei distribuții statistice a normalității definite de funcțiile biologice ce au ca scop supraviețuirea și fitness-ul speciei. Atât sănătatea cât și boala sunt concepte ce depind de judecări de valoare precum de credințe, concepții, intenții, costuri, beneficii, riscuri, ideologii, inclinații, etc.

Critica principala a teoriei lui Boorse este ca definitia bolii este inerent normativa. Conceptul de boala nu este dat de o descriptie stiintifica, independenta, a fenomenului in natura. Ea este stabilita in functie de nevoile, valorile si normele umane. Conceptul este inventat si nu descoperit (Margolis, 1978; Tristram Engelhardt si Wildes, 1995) si depinde de rolurile sociale stabilite pentru a fi bolnav si pentru a fi medic (Tristram Engelhardt, 1975).

In cadrul conceptului de boala normativa si evaluativa este important de a dezvalui despre a cui valori si norme este vorba. Si atunci apare distinctia dintre conceptele de boala ale subiectivistilor si obiectivistilor. Distinctia se aplica la discutia daca conceptul normativa al bolii este dat de "normele subiective" sau de "normele obiective", daca este definit de pacientul individual sau de alti membrii ai comunitatii. Acesta se reflecta si pe plan lingvistic, cuvantul boala avand o multime de sinonime care il fac sa fie greu de pus intr-un lexicon (maladie, defect, dizabilitate, handicap, deformitate, desfigurare, infirmitate, afectare, disfunctie, distrofie, anormalitate, debilitate, deranjament, malignitate, morbiditate, suferinta, durere, slabiciune, incompetenta, simptome, sindrom, etc.). Prin acest tezaur lingvistic se poate evidientia distinctia dintre boala, suferinta si bolnav, respectiv cum vad boala medicul, persoana si societatea si ce cuvinte specifice utilizeaza.

O analiza a valorii peste ani a teoriei naturaliste rezida arata ca ea aduce in discutie distinctia dintre fapte si valori, intre stiinta si societate, distinctie care evidientiaza tensiunile din interiorul modelului managementului ingrijirii sanatatii in medicina moderna. Este vorba de pozitii diferite intre administratorii si practicienii ingrijirii sanatatii, administratorii ocupandu-se de conditiile materiale ale stiintei, influentand direct protocoalele clinice, iar practicientii fiind implicati direct cu faptele realitatii clinice de la patul bolnavului, inceercand sa potriveasca valorile generate de sistem cu faptele clinice particulare (Khushf, 2007).

De partea cealalta a baricadei se plaseaza normativistii. In mod traditional, ei considera boala ca ceva holistic si evaluativ, adica pe de-o parte boala intereseaza intreaga persoana si nu numai o functie sau o parte din organism si, pe de alta parte, boala este judecata ca un lucru rau, ca un lucru pe care noi si societatea il evaluam ca fiind constituit din dizabilitate, esuarea actiunii, dauna, suferinta, lipsa de noroc sau indezirabilitate. In mod tipic, normativistii sbliniaza necesitatea includerii termenilor evaluativi in definitia conceptuala a bolii. (Amoretti si Lalumera, 2022). Un reprezentant important al acestei pozitii a fost Lennart Nordenfelt (1986, 1987) care sustinea ca a fi sanatos inseamna sa ai abilitatea, in circumstante standard, sa

dobândesti scopurile vitale care sunt necesare și suficiente pentru o minimă fericire, iar suferința poate fi dedusă din orice deficiență a sănătății. El vedea boala ca o condiție internă care cauzează suferința, o condiție care amenință abilitatea cuiva de a îndeplini scopurile vitale. Astfel, se poate vedea că Nordenfelt utilizează noțiuni ca dizabilitate, scopuri vitale, fericire, toate fiind noțiuni încărcate de valori culturale și sociale.

Cronologic, îl menționez pe Bill Fulford (1989), care nota că în limbajul obișnuit descrierile bolii sunt legate de judecăți de valoare negative. După el conceptul primar în medicină nu este boala, ci suferința, adică experiența directă a pacientului, experiența care este guvernată de evaluări subiective mai curând decât de elemente factuale. În mod specific, experiența suferinței este un fel distinctiv ce implică eșecul acțiunii, adică un eșec în a face ceva care este în mod inerent ușor de făcut, un eșec de a face ceva care în mod obișnuit era făcut. În această perspectivă boala este secundară suferinței și eșecului acțiunii și astfel este o situație evaluativă în termeni de valori și nu de fapte.

Alte două poziții normativiste ce merită menționate aici sunt cele ale lui Lawrie Reznick (1987) și Jerome Wakefield (1992, 1995). Reznick afirmă că o anumită condiție corporală sau mentală devine boala dacă și numai dacă este anormală, necesită intervenție medicală, nu este voluntară și afectează statutul biologic și psihologic al membrilor unei specii în circumstanțe standard. El pune accentul pe noțiunea de daună („*harm*”), definită ca ceva care face subiectul mai puțin capabil de a dobândi ce e bine pentru el, adică ceva care afectează bunăstarea generală. Conceptul de boală la Reznick nu este bazat pe elemente factuale pure, ci mai curând este holistic și evaluativ, iar noțiunea de daună poate fi determinată numai cu privire la valorile și scopurile individuale. Wakefield porneste de la contrastul dintre clinic și normal cu scopul de a defini conceptul de tulburare („*disorder*”) utilizat în psihiatrie. Pentru el tulburarea este un concept clinic ce ignoră caracterul patologic și care indică doar vătămarea sau daună („*harm*”). El spune că pentru a fi o tulburare, disfuncția trebuie să cauzeze o vătămare semnificativă a persoanei. În acest caz noțiunea de daună duce la o afectare semnificativă a bunăstării generale a subiectului, bunăstare care trebuie evaluată în relație cu standardele sociale, valori și înțelesuri. Noțiunea de daună depinde de o evaluare negativă cu privire la normele sociale și culturale și astfel este legată de lumea socială de care subiectul aparține și nu de cea naturală, descriptivă, ca la naturalisti. Astfel, pentru Wakefield, boala este doar o disfuncție daunătoare.

Reznek (1987) afirmă cu tărie că teza normativistă vede conceptul de boală ca „*value-laden*” și că majoritatea conceptelor medicale cheie sunt negative și conectate la noțiunea de daună sau la o stare indezirabilă ce trebuie depășită. Dacă conceptul de boală înglobează conceptul de daună, concluzia ar fi că judecățile despre boală sunt evaluative și vom fi forțați să acceptăm că boala este în legătură cu sistemul de valori al cuiva. El continuă susținând că noțiunea evaluativă de daună cere o referință la o normă, care și ea, la rândul ei, este supusă judecăților și credințelor culturale și sociale. Aceste norme nu pot fi pe de-a-ntregul naturale pentru că natura nu furnizează un standard sau o normă naturală, pentru că natura nu face nimic, natura nu îngrijește și nu este îngrijorată de soarta indivizilor (Tristram Engelhardt, 1975). Ideile normativiste nu sunt altceva decât o versiune a constructivismului social aplicat în dezbaterile despre natura conceptului de boală.

Nu pot încheia acest paragraf fără să amintesc ce spunea Richard Mervyn Hare (1986) că ideea de boală este doar o simplă definiție care apare din când în când la suprafața discuțiilor filozofice despre boală. El amintea pe Wittgenstein când spunea că un cuvânt poate avea o multitudine de înțelesuri, putând exista o multitudine de condiții pentru folosirea lui și poate că niciunul din ele nu este suficient și necesar. Folosirea unor astfel de cuvinte ne ajută să recunoaștem aceste condiții, când ele sunt prezente sau absente, și nicidecum să le dăm o definiție exactă. La această poziție se asociază și George (2005) care recunoaște că nici o definiție nu este satisfăcătoare și că boala poate fi atât un cuvânt, o idee, cât și o stare naturală. Pentru el, o bună definiție operațională, utilizabilă, este aceea care acceptă că boala este doar un cuvânt utilizat de observatori pentru a descrie un proces ce se petrece când unul sau mai mulți factori externi interacționează cu un organism viu pentru a produce schimbări fizice și/sau mentale în organismul pe care observatorul îl consideră ca fiind dezavantajat comparativ cu starea lui anterioară. Apoi Charles George distinge opt implicații ale acestei definiții:

- i) schimbările nu se petrec fără cauză;
- ii) cauza cere atât organismul cât și factorii externi;
- iii) interacțiunea este mecanismul central patogenetic al bolii;
- iv) cauzele și schimbările pot fi evidente sau ascunse, fizice sau mentale;
- v) observatorul judecă dacă dezavantajul este prezent;
- vi) percepțiile fiecărui observator creează premisele unui diagnostic personal;
- vii) consensul între observatori întărește diagnosticul;



- viii) ideile colective și universale despre boala se dezvoltă pornind de la cazurile individuale.

#### **9.4. Despre relația dintre boala și patologie**

Educația academică a medicilor se bazează pe științele biologice. Ea începe cu un abecedar științific care introduce studentul mai întâi în morfologie, adică în anatomie și histologie pentru ca mai apoi să treacă mai departe la sintaxă, adică la semiologie, anatomie-patologică și clinică.

Medicina este un demers uman profund teleologic, adică este orientat spre scop. Scopul este diagnosticarea suferinței, care capătă denumirea unei boli, și apoi la tratarea ei în vederea recuperării sănătății. Nu poți să întâlnești un medic clinician, cel de la patul bolnavului, care să nu fie „naturalist”, adică să nu creadă în originea biologică, fizică a bolilor cu care se confruntă, pentru că facultatea de medicină fabrică mai ales practicieni și nu filozofi! Pentru el, un criteriu hotărâtor al originii naturaliste a bolii este eficiența tratamentului allopathic. Ideile, concepțiile, credințele despre boli nu ajută cu nimic tratarea bolilor organice de care se îngrijește. Faptul că prin procesul de medicalizare s-au acaparat diferite comportamente umane și au fost înrolate în categoria bolilor nu reprezintă un argument împotriva celor afirmate mai sus, ci doar expresia imixtiunii ideilor constructivismului social în medicină. În dialog cu pacientul sau, medicul are în minte construcția organismului acestuia și posibilele schimbări petrecute care să explice suferința și nicidecum ideile generale în care se scaldă atât pacientul, cât și medicul cu privire la un subiect sau altul. Pentru medici conceptul de boală este doar un vehicul pentru cunoașterea și experiența clinică și astfel să se evite întrebarea metafizică despre natura bolii (Wulff, 1981). În plus, se afirmă că medicii nu trebuie să se concentreze pe deosebirea dintre naturalism și normativism, ci mai curând să încerce să apere știința medicală de intruziunea factorilor socio-economiци (Khushf, 2007). Lemoine (2013) susține că analiza conceptuală nu ne ajută să decidem între naturalism și normativism și că unica cale pentru o decizie este răspunsul la întrebarea dacă conceptul de boală poate fi naturalizat, adică bazat pe biologie. Boala nu este altceva decât un concept care îmbrățișează modul cum un eveniment fiziopatologic sau anatomopatologic se constituie și explică semnele sau simptomele caracteristice ale suferinței ce permite o bază conceptuală rațională, coerentă și confidentă pentru o intervenție medicală.

Înainte de a merge mai departe trebuie să lamuresc înțelesul pe care-l dau cuvintelor patologice, patologic și patogeneza. Patologic este un adjectiv care se atasează unui eveniment sau a unui fenomen sau unei schimbări care generează apariția sau evoluția a ceva rău, daunător, negativ, în organism. Prin termenul de patologie vom înțelege disciplina medicală dedicată cauzelor, schimbărilor structurale/functionale, a mecanismelor și a istoriei naturale a bolilor. Termenul de patogeneza se referă la schimbările în structură și funcția organismului la nivel clinic și care evidențiază anormalitățile produse de schimbările la nivel celular și tisular și care se tradează prin simptome, semne și schimbările funcțiilor și structurilor organismului care, împreună, reprezintă conținutul a ceea ce medicina clinică înțelege prin termenul de boală (Funkhouser, 2009). Trebuie să facem totuși distincția dintre patologi, care sunt cei care studiază caracteristicile morfologice ale bolii, și clinicieni, care studiază boala în aspectul ei semiologic. Când patologii vorbesc de boala ei vorbesc de fapt de corelația dintre morfologia leziunilor și fenomenologia bolii.

Hucklenbroich (2014a) consideră că termenul de patologie are două înțelesuri diferite, unul utilizat ca o prescurtare pentru teoria generală a bolii, incluzând aici anatomia patologică, fiziopatologia, biochimia patologică, nosologia clinică și simptomatologia, și altul, în sens strict biologic, delimitând disciplina morfologică a anatomiei patologice cu ramurile ei, histopatologia și morfopatologia. El prezintă o trecere în revistă a ideilor și principiilor fundamentale ale patologiei medicale moderne după care bolile sunt procese parțiale, circumscrise ale vieții oamenilor. Ele nu sunt o parte necesară a vieții pentru că o viață fără boli sau condiții patologice este teoretic posibilă. Sănătatea este atât timp cât nu există condiții patologice în organism, adică organe și funcții alterate patologic, iar acest criteriu al patologicului nu exprimă o evaluare normativă sau valorică, ci formează un criteriu pentru construirea conceptului de boală. El militează pentru introducerea termenului de patologitate („*pathologicity*”) care desemnează măsura în care o condiție patologică este mai mult sau mai puțin patologică pentru o boală, capacitatea ei de a determina o boală. Termenul are o similitudine cu alta noțiune folosită în medicină, cea de patogenitate, respectiv măsura în care un agent sau cauză internă sau externă este patogenă, adică daunătoare pentru organism. Noțiunea de patologitate arată că cursul unei entități de boală este pe de-a-ntregul conectat cauzal cu stări și evenimente ale afectării organismului atât timp cât ele sunt patologice. El caracterizează conceptul de patologitate ca fiind de un sistem de criterii care izvorăsc din ideile despre boală, suferința și anormalitate care

au fost rafinate si precizate in procesul de definire a bolilor conform descrierii structurale a organismului uman.

Hucklenbroich (2014a, 2014b) contureaza sapte criterii ale patologitatii, care sunt si criteriile entitatii de boala.

1. Bolile sunt procese parțiale, circumscrise și condiții ale procesului vieții oamenilor. Ele nu sunt o parte necesară a vieții, doar condițiile procesului vieții pot fi alterate patologic;
2. Bolile sunt în general distinse de sănătate în măsura în care împlinesc cel puțin un criteriu de boală sau criteriu de patologitate;
3. Sunt cinci criterii primare ale patologității („*pathologicity*”):
  - 3.1. Scurtarea expectanței de viață sau letalitate imediată;
  - 3.2. Durere și alte plângeri somatice sau vegetative specifice;
  - 3.3. Infertilitate, inabilitatea de reproducere biologică;
  - 3.4. Inabilitatea sau afectarea vieții împreună cu alți oameni din comunități simbiotice;
  - 3.5. Dispoziție non-universală a organismului de a dezvolta o condiție care este patologică în acord cu una sau mai multe din aceste criterii (această condiție acoperă ceea ce se numește în mod comun factori de risc, dizabilitate, afectare sau handicap);
4. Bolile apar din cauze primare sau circumscrise care interacționează din afară (de ex. din mediul fizic sau familie) cu procesele de viață ale individului;
5. Toate procesele parțiale ale unei boli sunt cauzal conectate; în mod particular și retrospectiv, ele ar apărea fără ca subiectul să fie conștient sau împotriva voinței lui;
6. În teoria medicală, totalitatea proceselor patologice posibile formează un sistem imens dar definit de condiții patologice și mecanisme patologice care reprezintă subiectul patologiei medicale;
7. În teoria medicală, totalitatea bolilor poate fi sistematizată și clasificată în acord cu structura cauzală al lor și cu caracteristicile clinice și este clasificată în specii de boli care sunt denumite entități de boală și care sunt aranjate taxonomic în nosologia medicală.

Hucklenbroich mai adaugă ca aceste criterii se referă la condiții care sunt, cel puțin parțial, atribuibile organismului și nu exclusiv atribuibile mediului. Aceste condiții și procese sunt biologice autonome și independente de voință și cunoașterea persoanei afectate (condiție de a fi „*value-free*”!). Conceptul de patologitate poate aduce răspunsul la întrebarea de ce o condiție particulară este o boală sau de ce este patologică. Judecata medicală a patologității se referă la

criteriile ce se bazează pe fapte obiective sau cel puțin obiectivabile, cele care au fost prezentate mai sus, printre care cele mai importante sunt dacă condiția cauzează o amenințare la viața persoanei sau dacă cauzează semne, simptome sau plângeri nenaturale. După Hucklenbroich (2017) o condiție particulară a unei boli este o boală, este patologică sau posedă o valoare de boală dacă întrunește cel puțin un criteriu al patogenității.

Din cele de mai sus se vede că problema care se ridică în această discuție este cea a liniei de demarcație între normal și patologic atunci când este vorba de funcții fiziologice și de structuri tisulare sau celulare. Schwartz (2007) atrage atenția că funcțiile biologice au o distribuție continuă, sunt dimensionale, și că stările patologice pot avea și ele granițe vagi. Rămâne mereu de discutat ce nivel al disfuncției ar trebui să existe ca să diferențieze patologicul de normal. Multe funcții biologice apar într-un spectru, de la funcționare bună la mai puțin bună, etc. Astfel, tulburarea funcției, disfuncția, poate să fie în diverse grade, în timp ce boala este fie prezentă, fie nu. Și astfel apare dilema creată de încercarea de a folosi o variabilă plasată pe un continuum, cel al funcției, ca bază pentru a defini o entitate categorială, totul sau nimic, care este boala. Această problemă se numește problema stabilirii demarcației („*line drawing problem*”) (Rogers și Walker, 2017). Pentru a rezolva satisfactor și util această problemă s-au construit valori prag precum, de exemplu, cele ale tensiunii arteriale pentru a deosebi normalul de hipertensiunea arterială, sau nivelul glicemiei în cazul diabetului sau al hipercolesterolemiei, etc. În plus, se recomandă ca pentru delimitarea normalului de patologic să se folosească alături de disfuncție și explicația etiologică a acesteia.

Recent, Correia și colab. (2021) trec în revista lucrările științifice medicale publicate în ultimele decenii și găsesc că subiectul care predomină este căutarea de criterii non-teoretice, descriptive, non-normative despre ceea ce este boala. Aceste criterii alcatuiesc ceea ce autorii numesc paradigma biologică explicativă a noțiunii de boală. Paradigma biologică a bolii ar avea trei dimensiuni:

- i) Prima dimensiune a bolii ar fi leziunea, respectiv o afectare structurală, macro sau microscopică, generată de factori microbiologici, chimici, fizici, genetici sau degenerativi; leziunea este definită ca o schimbare a modelului standard al structurii cu răsunet asupra funcției. Această viziune a fost criticată din cauza că organismele sănatoase și structura anatomică și histologică a lor pot diferi în formă și funcție și nu este clar unde se termină variația normală și unde începe cea patologică (problema

- trasării liniei de demarcație). Deci boala nu poate fi definită numai prin leziune. Mai apoi, conceptul trebuie să includă întregul set de anomalități observate în suferință și nu numai leziunea. Și în ultimul rând s-a văzut că diferite leziuni nu duc în mod automat la boli sau sunt boli care nu au la bază leziuni care să le justifice.
- ii) A doua dimensiune a conceptului biologic de boală ar fi dezavantajul biologic. Această dimensiune este cuprinsă în definițiile bolii date de Broose (1975), Nordenfelt (1986), sau Wakefield (1995), de care am vorbit mai sus. Și formularea acestei dimensiuni a fost criticată pentru că există deviații de la normal fără dezavantaj sau necesitate de tratament. Se recunoaște nevoia unui criteriu care să distingă deviațiile de la norma care necesită atenție medicală de cele care nu necesită.
  - iii) A treia dimensiune privește boala ca disfuncție așa cum a fost postulată de Boorse și Wakefield. În această perspectivă, o boală corespunde unei disfuncții dacă are impact asupra vieții și/sau reproducerii („fitness-ul evolutiv”), criteriu presupus a fi value-free. Disfuncția este definită ca incapacitatea unui mecanism de a performa funcția naturală.

De fapt, toate aceste trei categorii sunt prinse în criteriile patologizării a lui Hucklenbroich dar folosind alte cuvinte.

O să închei acest capitol cu cuvintele lui Charles George (2004) care spunea că nici o definiție nu este pe deplin satisfăcătoare pentru toată lumea și că boala poate fi atât un cuvânt sau o idee, cât și o stare naturală. Cuvântul sau ideea sunt folosite în medicină sau în sociologie. Ca stare naturală boala este utilizată doar în medicină, când ea este judecată pe criterii obiective, empirice, științifice.

### **Bibliografie:**

Amoretti MC, Lalumera E (2022): Wherein is the concept of disease normative? From weak normativity to value-conscious naturalism, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 25:47–60; DOI: 10.1007/s11019-021-10048-x.

Berlin R, Gruen R, Best J (2018): Systems Medicine Disease: Disease classification and scalability beyond networks and boundary conditions, *Front. Bioeng. Biotechnol.* 6: 112; doi: 10.3389/fbioe.2018.00112.

Boorse C (1975): On the distinction between disease and illness. *Philosophy and Public Affairs* 5: 49-68.

Boorse C (1977): Health as a theoretical concept. *Philos. Sei.* 44: 542-573.

Boorse C (1997): A rebuttal on Health in James M. Humber, Robert F. Almeder (Eds.): *What is Disease?* Totowa, NJ: Humana Press.

Boyd KM (2000): Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts, *J Med Ethics: Medical Humanities*, 26: 9–17.

Brown WM (1985): On defining “disease”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 10(4): 311–328.

Cohen H (1953): The evolution of the concept of disease, *Proceedings of the Royal Society of medicine*, 48: 155-161.

Correia DT, Stoyanov D, Neto HGR (2021): How to define today a medical disorder? Biological and psychosocial disadvantages as the paramount criteria, *J Eval Clin Pract.* 28(6): 1195-1204; DOI: 10.1111/jep.13592.

Engel GL (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, *Science*, 196 (4286): 129–136, DOI:10.1126/science.847460.

Fleck L (1986): Some specific features of the medical way of thinking, *Boston Studies in the Philosophy of Sciences*, 87: 39–46.

Fulford KWM (1989): *Moral Theory and Medical Practice*, Cambridge: Cambridge University Press.

Funkhouser WK (2009): Pathology: The Clinical Description of Human Disease (Chap. 11), in WB Colemand, GJ Tsongalis (Eds.): *Molecular Pathology: The Molecular Basis of Human Disease*, . CA, San Diego: Elsevier, DOI: 10.1016/B978-0-12-374419-7.00011-1.

Funkhouser WK (2020): Pathology: The Clinical Description of Human Disease, in WB Coleman, GJ Tsongalis (eds): *Essential Concepts in Molecular Pathology*, 2nd ed., London: Elsevier.

George CRP (2005): Disease defined, Dissertation, <http://ses.library.usyd.edu.au/bitstream/handle/2123/654/adt-NU20051111.10173802whole.pdf>.

Glackin SN (2010): Tolerance and illness: The politics of medical and psychiatric classification, *Journal of Medicine and Philosophy* 35:449–465.

Hare RM (1986): Health, *Journal of Medical Ethics*, 12: 174-181.

- Hesslow G (1993): Do we need a concept of disease? *Theoretical Medicine* 14: 1–14.
- Hofmann B (2001): Complexity of the concept of disease as shown through rival theoretical frameworks, *Theoretical Medicine* 22: 211–236.
- Hofmann B (2010): The concept of disease—vague, complex, or just indefinable? *Med Health Care and Philos*, 13: 3–10; DOI 10.1007/s11019-009-9198-7.
- Hucklenbroich P (2014a): “Disease Entity” as the key theoretical concept of medicine, *Journal of Medicine and Philosophy*, 39: 609–633; DOI:10.1093/jmp/jhu040.
- Hucklenbroich P (2014b): Medical criteria of pathologicity and their role in scientific psychiatry—comments on the articles of Henrik Walter and Marco Stier, *Front Psychol.* 5: 128, DOI: 10.3389/fpsyg.2014.00128.
- Hucklenbroich P (2017): Medical Theory and Its Notions of Definition and Explanation, in T Schramme, S Edwards (Eds.): *Handbook of the Philosophy of Medicine*, Dordrecht, Netherland: Springer; DOI 10.1007/978-94-017-8688-1\_44.
- Jensen UJ (1984): A critique of essentialism in medicine, in L Nordenfelt, IB Lindahl (Eds.): *Health, Disease, and Causal Explanations in Medicine*, Dordrecht: D.Reidel Publ.
- Kaufman F (1997): Disease: Definition and objectivity, in James M. Humber, Robert F. Almeder (Eds.): *What is Disease?* Totowa NJ: Humana Press.
- Kendell R (1975): The concept of disease and its implications for psychiatry, *British Journal of Psychiatry* 127: 305–315.
- Khushf G (2007): An agenda for future debate on concepts of health and disease, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10:19–27; DOI 10.1007/s11019-006-9021-7.
- King L (1984): *Medical thinking*, Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Lemoine M (2013) Defining disease beyond conceptual analysis: An analysis of conceptual analysis in philosophy of medicine, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 34: 309–325.
- Margolis J (1976): The concept of disease, *Journal of Medicine and Philosophy*, 1: 238–255.
- Marinker M (1975): Why make people patients? *Journal of Medical Ethics*, 1: 81-84.
- Matthewson J, Griffiths PE (2017): Biological criteria of disease: four ways of going wrong, *Journal of Medicine and Philosophy*, 42(4): 447-466; DOI:10.1093/jmp/jhx004.
- Miller Brown W (1985): On defining ‘disease’, *The Journal of Medicine and Philosophy*, 10: 311–328.
- Nordby H (2006): The analytic-synthetic distinction and conceptual analysis of basic health

concepts. *Medicine, Health Care and Philosophy* 9(2):169–180.

Nordenfelt L, Lindahl IB (1984): *Health, Disease, and Causal Explanations in Medicine*, Dordrecht: D.Reidel Publ.

Nordenfelt L (1986): Health and disease: Two philosophical perspectives, *Journal of Epidemiology and Community Health* 41: 281–284.

Nordenfelt L (1987): *On the nature of health: an action-theoretic approach*, 2nd ed., Dordrecht: Reidel.

Pörn I (1984): An Equilibrium Model of Health, in L Nordenfelt, IB. Lindahl (Eds.): *Health, Disease, and Causal Explanations in Medicine*, Dordrecht: D. Reidel Publ.

Reznek L (1987/2022): *The Nature of Disease*, New York: Routledge & Keagen Paul.

Robinson R (1972): *Definition*, Oxford: Clarendon Press, 1972.

Rogers WA, Walker MJ (2017): The Line-drawing problem in disease definition, *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 42(4): 405–423; DOI 10.1093/jmp/jhx010.

Rosenberg CE (1989): Disease in history: Frames and framers, *The Milbank Quarterly*, 67, Supplement 1. *Framing Disease: The Creation and Negotiation of Explanatory Schemes*: 1-15.

Rosenberg CE (2003): What is disease? In memory of Owsei Temkin, *Bulletin of the History of Medicine*, 77(3): 491-505.

Sade RM (1995): A theory of health and disease: The objectivist-subjectivist dichotomy, *Journal of Medicine and Philosophy*, 20: 513–525.

Schwartz PH (2004): An alternative to conceptual analysis in the function debate. *Monist* 87(1):136–53.

Schwartz PH (2007): Defining dysfunction: Natural selection, design, and drawing a line, *Philosophy of Science*, 74: 364-385.

Schwartz PH (2014): Reframing the disease debate and defending biostatistical theory. *Journal of Medicine & Philosophy* 39(6):572–89.

Stempsey WE (2000): A pathological view of disease, *Theoretical Medicine* 21: 321–330.

Sundstrom P (2001): Disease: The Phenomenological and Conceptual Center of Practical-clinical Medicine, in S Toombs (Ed.): *Handbook of Phenomenology and Medicine*, ed., Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.



Temkin O (1963): The scientific approach to disease: Specific entity and individual sickness, in AC Crombie (Ed.): *Scientific Change: Historical Studies in the Intellectual, Social and Technical Conditions for Scientific Discovery and Technical Invention from Antiquity to the Present*. New York: Basic Books.

Temkin O (1977): *Health and Disease in The Double Face of Janus and Other Essays in the History of Medicine*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Thagard P (1997): The concept of disease: structure and change, <http://cogsci.uwaterloo.ca/Articles/Pages/Disease.htm>.

Tristram Engelhardt Jr, H (1975): The concepts of health and disease, in HT Engelhardt HT, SF Spicker (Eds.): *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*, Dordrecht: Reidel.

Tristram Engelhardt Jr, H (1978): Health and disease: philosophical perspectives, in W Reich (Ed.): *Encyclopedia of Bioethics*, New York: Free Press.

Tristram Engelhardt Jr, H (1981): Clinical judgement, *Metamedicine*, 2: 301-317.

Tristram Engelhardt Jr, H (1984): Clinical problems and the concept of disease, in L Nordedfelt, IB Lindahl (Eds.): *Health, Disease, and Causal Explanations in Medicine*, Dordrecht, Boston: Reidel Publ.Comp.

Tristram Engelhardt Jr, H (1986): *Disease, Malady, and Informed Consent*, Dordrecht: D. Reidel Publishing Co.

Tristram Engelhardt Jr, H, Wildes KW (1995): Health and disease – philosophical perspectives. In WT Reich (Ed.): *Encyclopedia of Bioethics*. New York: MacMillan.

Ventura HO (2000): Giovanni Battista Morgagni and the foundation of modern medicine, *Clinical Cardiology*, 23(10): 792–794. DOI:10.1002/clc.4960231021.

Von Engelhardt D (2004): Health and disease: History of the concepts, in SG Post (Ed.): *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd Edition, Macmillan Ref, Thompson Learning Inc.

Vreese L de (2017): How to proceed in the disease concept debate? A Pragmatic approach, *Journal of Medicine and Philosophy*, 42: 424–446; DOI:10.1093/jmp/jhx011.

Wakefield JC (1992): The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values, *American Psychologist*, 47: 373–388.

Wakefield JC (1995): Dysfunction as a value-free concept: A reply to Sadler and Agich. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 2(3): 233–246.

Walker MJ, Rogers WA (2018): A new approach to defining disease, *Journal of Medicine and Philosophy*, 43: 402–420; doi:10.1093/jmp/jhy014.

Worall J, Worall J (2001): Defining disease: Much ado about nothing? *Analecta Husserliana* 72: 33–55.

Wulff HR (1981): *Rational Diagnosis and Treatment*, 2nd ed., Oxford: Blackwell Scientific Publ.

Wulff HR (1999): The concept of disease: from Newton back to Aristotle. *The Lancet*, 354: 50.