

Bioethica

Vol 1, No 1 (2015)

Bioethica



Defining health and disease: Self-knowledge as a standard of health

Γρηγόρης Αθανασιάδης (Grigoris Athanasiadis)

doi: [10.12681/bioeth.19784](https://doi.org/10.12681/bioeth.19784)

To cite this article:

Αθανασιάδης (Grigoris Athanasiadis) Γ. (2015). Defining health and disease: Self-knowledge as a standard of health. *Bioethica*, 1(1), 4–24. <https://doi.org/10.12681/bioeth.19784>

Πρωτότυπη Εργασία

Ορίζοντας την υγεία και την ασθένεια: Η αυτογνωσία ως κριτήριο υγείας

Γρηγόρης Αθανασιάδης, ΜΑ Πολιτικής Θεωρίας, Υπ. Διδάκτωρ Φιλοσοφίας

 greg_ath@yahoo.gr

Περίληψη

Ένα κεντρικό ζήτημα στην φιλοσοφία της ιατρικής επιστήμης είναι να επιλυθεί το πρόβλημα ορισμού των εννοιών της υγείας και της ασθένειας. Κάποιοι ισχυρίζονται ότι η υγεία και η ασθένεια είναι αξιακά ουδέτερες και περιγραφικές έννοιες, οι οποίες ανακαλύπτονται και θεμελιώνονται στις βιολογικές και ιατρικές επιστήμες. Άλλοι, υποστηρίζουν ότι η υγεία και η ασθένεια είναι αξιακά φορτισμένες έννοιες, δηλ. οι υγιείς καταστάσεις είναι αυτές που επιθυμούμε ή αξιολογούμε θετικά, ενώ οι καταστάσεις νόσου είναι αυτές που απαξιώνουμε και θέλουμε να αποφύγουμε.

Λαμβάνοντας υπόψη την μακροχρόνια διαφωνία μεταξύ των θεωρητικών της υγείας, των ιατρών και των φιλοσόφων σχετικά με τα βασικά χαρακτηριστικά της υγείας και της ασθένειας, ο στόχος του πρώτου μέρους της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιαστούν συνοπτικά τέσσερις φιλοσοφικές προσεγγίσεις της υγείας και της ασθένειας, ώστε να εισαγάγουν τον αναγνώστη στην συζήτηση. Το άρθρο ξεκινά με τη Βιοστατιστική θεωρία του Christopher Boorse. Στην συνέχεια ακολουθεί η θεωρία “Malady” των Danner Clouser, Charles Culver & Bernard Gert, η ολιστική θεωρία του Lennart Nordenfelt και τέλος η θεωρία προσαρμογής του József Kovács.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας παρατίθενται μερικές ενστάσεις για κάθε θεωρία. Στο τρίτο και τελευταίο μέρος, παρουσιάζεται μια τελείως διαφορετική προσέγγιση υγείας, σύμφωνα με την οποία, η ικανότητα αυτογνωσίας είναι κριτήριο υγείας. Το συμπέρασμα της εργασίας είναι ότι η υγεία, σε αντίθεση με την ασθένεια, δεν είναι μια κατάσταση του οργανισμού, αλλά μια ατέρμονη διαδικασία του ατόμου. Η ουσία της μπορεί να συλληφθεί καλύτερα με φιλοσοφικούς παρά με ιατρικούς όρους και ισχύει μόνο για ανθρώπινα όντα.

Defining health and disease: Self-knowledge as a standard of health

Grigoris Athanasiadis, MA

Abstract

A central issue in the philosophy of medicine is to solve the problem of determining the nature of the concepts of health and disease. Some theorists claim that health and disease are purely value-free and descriptive concepts that are discoverable and grounded in the biological and medical sciences. Others claim that health and disease are essentially value-laden concepts, i.e. healthy states are those states we (individuals, groups, societies) desire or value and diseased states are those we want to avoid or disvalue.

Considering the longtime disagreement among physicians, theorists of health and philosophers about the essential characteristics of health and disease, the aim in the first part of this paper is to briefly present four different philosophical approaches of health and disease in an attempt to introduce the readers to the debate. This article begins with the Biostatistical theory of Christopher Boorse. It turns to the Malady theory of Danner Clouser, Charles Culver and Bernard Gert, the holistic theory of Lennart Nordenfelt and finally the adaptation theory of József Kovács.

In the second part of the paper, some objections will be stated to each theory. In the third and last part, a completely different account of health will be given, which holds that self-knowledge is a criterion of human health. Health, unlike disease, is not a state or a condition of the organism but an endless process. Its essence can be better captured in philosophical rather than medical terms and it should be applied only to human beings.

Ένα από τα κεντρικότερα και ταυτοχρόνως δυσκολότερα ζητήματα στην φιλοσοφία της ιατρικής επιστήμης και γενικότερα στην Βιοηθική είναι η οριοθέτηση των εννοιών της υγείας και της ασθένειας (Y/A).¹ Η δυσκολία αφορά κυρίως στην εύρεση των εγκυρότερων και καταλληλότερων κριτηρίων βάσει των οποίων θα μπορέσουμε αξιόπιστα να ταξινομήσουμε τις διάφορες βιολογικές καταστάσεις του οργανισμού ως υγιείς ή παθολογικές. Πόσο εύκολο είναι όμως αυτό και ποιες απαιτήσεις μπορούμε να έχουμε για αντικειμενικότητα;

Ο Germund Hesslow υποστηρίζει πως είναι λάθος να αναρωτιόμαστε για την φύση της ασθένειας, τόσο θεωρητικά όσο και πρακτικά, διότι πρόκειται για μια αρκετά ευρεία και ασαφή έννοια, χωρίς πρακτική σημασία. Ως εκ τούτου, θα ήταν προτιμότερο, εάν αφήναμε εντελώς εκτός συζήτησης τα κριτήρια διάκρισης Y/A και την ορολογία που την συνοδεύει.² Για τον Marc Ereshefsky, θα πρέπει να δώσουμε έμφαση αφενός στην όσο το δυνατόν ακριβέστερη επιστημονική περιγραφή των βιολογικών καταστάσεων του οργανισμού και αφετέρου στο πως αξιολογούνται οι καταστάσεις αυτές, αντί να σπαταλάμε το χρόνο μας προσπαθώντας να προσδιορίσουμε εάν και πότε μια κατάσταση θα θεωρηθεί υγιής ή παθολογική.³

Συχνά υποστηρίζεται ότι η ασθένεια κατασκευάστηκε και αναπτύχθηκε ως έννοια

από τον άνθρωπο και ότι αποτελεί ένα ιστορικό χαρακτηριστικό των κοινωνιών, ενώ συνδέθηκε (ενίοτε και ταυτίστηκε) με όρους όπως π.χ. μη κανονικό, μη φυσιολογικό, μη επιθυμητό. Αν συμφωνήσει κανείς με την κοινωνιολογική θεώρηση ότι κάθε ανθρώπινη κατάσταση είναι πολιτισμικό παράγωγο και προϊόν κοινωνικής αλληλεπίδρασης των ατόμων, τότε και η ασθένεια δεν βρίσκεται στον φυσικό κόσμο και δεν υφίσταται αντικειμενικά και ανεξάρτητα από συγκεκριμένα πολιτισμικά πλαίσια.⁴ Π.χ. το «κανονικό» είναι ένα θεωρητικό κατασκευάσμα που ερμηνεύεται κάθε φορά και διαφορετικά, ανάλογα με τα ιστορικά και κοινωνικά συμφραζόμενα.⁵

Σύμφωνα με τους Peter Sedgwick και Lawrie Reznek, η διάκριση μεταξύ φυσιολογικότητας-παθολογικότητας δεν υφίσταται στην βιολογική πραγματικότητα. Για τον Sedgwick, ο άνθρωπος έχει επιλέξει να χαρακτηρίσει ως ασθένειες τις φυσικές καταστάσεις που επιταχύνουν την πορεία του οργανισμού προς τον θάνατο ή που τον καθιστούν ανίκανο να λειτουργήσει σύμφωνα με συγκεκριμένες κοινωνικοπολιτικές αξίες. Όπως υποστηρίζει, «πέραν των σημασιών που εκούσια ο άνθρωπος αποδίδει σε ορισμένες συνθήκες, δεν υφίστανται αρρώστιες ή νόσοι στη φύση»,⁶ αφού συνιστούν κοινωνικές κατασκευές θεμελιωμένες ανθρωποκεντρικά και εντός κοινού κανονιστικού πλαισίου, εκφράζοντας το επιθυμητό ή ανεπιθύμητο οργανισμικών συνθηκών.⁷ Για τον Reznek, ο άνθρωπος επινόησε και επέβαλλε την διάκριση φυσιολογικού-παθολογικού υπό την καθοδήγηση

¹ Humber, James M. & Almeder, Robert F. (eds.) (1997). *What Is Disease?* Humana Press; Caplan A. McCartney J. Sisti D. (2004), *Health, Disease and Illness: Concepts in Medicine*, Georgetown University Press; Engelhardt, Tristram Jr. & Spicker, Stuart, D (eds.) (1974). *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*. Reidel Publishing Company, Dordrecht, Holland; Hofmann Bjorn, Complexity of the Concept of Disease as shown through rival theoretical frameworks. *Theoretical Medicine*, 2001, 22: 211-236; Lenk C. Therapie und Enhancement. Ziele und Grenzen der Medizin. Lit. 2002; Schramme T. (Hrsg.) Krankheits-theorien. Suhrkamp. 2012.

² Hesslow G. Do we need a concept of disease? *Theor Med*. 1993, 14(1): 1-14; Αντίθετη θέση, βλ. Nordenfelt L. On the Relevance and Importance of a notion of Disease. *Theor Med*. 1993, 14(1):15-26.

³ Ereshefsky M. Defining health and disease. *Stud Hist Philos Biol Biomed Sci*. 2009, 40(3):221-7.

⁴ Βλ. Ruse M. Defining disease. The Question of Sexual Orientation, στο Humber, James M. & Almeder, Robert F. (eds.) (1997). *What Is Disease?* Humana Press, σ.137-143.

⁵ Βλ. Karpin I. Mykitiuk R. Going out on a limb: Prosthetics, normalcy and disputing the therapy-enhancement distinction. *Medical Law Review*, 16, 2008: 413-436; Davis L. Enforcing Normalcy. Disability, Deafness and the Body. Verso, 1995; Amundson R. Against Normal Function. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 2000, 31(1): 33-53.

⁶ Sedgwick P. Illness-mental and otherwise, στο Caplan, A., Engelhardt, Tr., McCartney, J. (Eds.) (1981), *Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspectives*, σ. 119-129: 120. (Οι πλάγιοι χαρακτήρες στο πρωτότυπο).

⁷ Sedgwick, 1981, σ.120-126. Ιδιαίτερα σ.123, 126.

των εκάστοτε κυρίαρχων ηθικο-πολιτισμικών αξιών και αντιλήψεων της κοινωνίας και επομένως, στερείται αντικειμενικότητας.⁸

Μέχρι σήμερα δεν έχει επινοηθεί ένας κοινά αποδεκτός ορισμός τόσο της υγείας όσο και της ασθένειας.⁹ Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) ορίζει την υγεία ως «την κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μονάχα την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας».¹⁰ Η υγεία εδώ δεν ισοδυναμεί μονάχα με την απουσία οργανισμικής παθολογικότητας, αλλά αντιμετωπίζεται και ως μια επιδιώξιμη ιδεώδης κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας. Τα κριτήρια καθορισμού της κατάστασης αυτής εκτείνονται πέρα από τα βιολογικά και ιατρικά όρια και περιλαμβάνουν κοινωνικούς παράγοντες.¹¹ Ο Tristram Engelhardt καυτηριάζοντας τον μαξιμαλιστικό χαρακτήρα του ορισμού¹² ρωτά (ρητορικά): «εάν

η υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας, μπορεί κανείς να είναι ποτέ υγιής;».¹³ Λόγω της ακραίας απαίτησης για πλήρη ευημερία, τα υγιή άτομα θα ήταν μάλλον ελάχιστα. Λαμβάνοντας κανείς υπόψη τον ορισμό κυριολεκτικά, θα κατέληγε ίσως ορθά να τον χαρακτηρίσει μη λειτουργικό,¹⁴ μη ρεαλιστικό¹⁵ και άνευ νοήματος.¹⁶

Από τον ορισμό του Π.Ο.Υ. και μετά, έγιναν προσπάθειες να εξευρεθούν και να μελετηθούν διεξοδικότερα τα βασικά χαρακτηριστικά της Υ/Α. Αμέσως παρακάτω θα παρουσιαστούν τέσσερις θεωρίες Υ/Α που αποτέλεσαν τους καρπούς των παραπάνω προσπαθειών. Ο λόγος που επιλέχθηκαν οι συγκεκριμένες προσεγγίσεις είναι γιατί οι εμπνευστές τους επιχείρησαν να παρουσιάσουν μια ολοκληρωμένη και συστηματική θεωρία Υ/Α και όχι μια τμηματική, αποσπασματική ή περιορισμένης εμβέλειας θεώρηση και κριτική. Αμέσως μετά θα ακολουθήσει μια κριτική αποτίμηση των θεωριών αυτών, και μια εντελώς διαφορετική προσέγγιση των εννοιών της Υ/Α, η οποία ωστόσο, θα στηρίζεται στις αξιολογικά αντικειμενικές θεωρήσεις των James Lennox και Robert Sade.

Η βιοστατιστική θεωρία του Christopher Boorse

Πριν από σχεδόν σαράντα χρόνια ο Christopher Boorse παρουσίασε μια αναλυτική

⁸ Reznek, L. *The Nature of Disease*. Routledge, 1987, σ.211-212.

⁹ Parens, Erik, *Is Better Always Good? The Enhancement Project*, στο Parens Erik (ed.). *Enhancing Human Traits. Ethical and Social Implications*. Georgetown University Press, 1998, σ.3; Hofmann Bjorn. *The Concept of disease – vague, complex, or just indefinable? Medical Health Care and Philosophy*, 2010, 13: 3-10.

¹⁰ Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. Ημερομηνία ανάκτησης: 29-06-2014. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>. Βλ. επίσης Callahan D. *The Who definition of health. The Hastings Center Studies*, 1973, 1(3): 77-88.

¹¹ Βλ. Lenk, 2002, σ.139, 145. http://www.medizin-ethik.ch/publik/health_illness.htm#c (Πρόσβαση στις 29.06.2014); Daniels N. *Health Care needs and Distributive Justice. Philosophy and Public Affairs*, 1981, 10(2):146-179, σ.155.

¹² Engelhardt Tristram, *Concepts of health and disease*, στο Engelhardt & Spicker (eds.). *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*. 1974, σ.126; βλ. επίσης Lenk, 2002, σ.145; Niyi, A. *Re-defining 'Health'*. Ημερομηνία ανάκτησης: 26-06-2014. http://www.who.int/bulletin/bulletin_board/83/ustun11051/en/. Zach, D. *Health and Illness: The definition of the World Health Organisation*. Ημερομηνία ανάκτησης: 26-06-2014. http://www.medizin-ethik.ch/publik/health_illness.htm. McDonald, C. *Problems with the WHO definition of 'health'*. Ημερομηνία ανάκτησης: 27-06-2014.

¹³ Engelhardt, 1975, σ.126. (μετάφραση δική μου).

¹⁴ McDonald, C. *Problems with the WHO definition of 'health'*. Ημερομηνία ανάκτησης: 27-06-2014. http://catherinemcdonald.net/Articles/Problems_with_WH_Ohealth.html.

¹⁵ Niyi, A. *Re-defining 'Health'*. Ημερομηνία ανάκτησης: 26-06-2014. http://www.who.int/bulletin/bulletin_board/83/ustun11051/en/.

¹⁶ Mordacci R. Sobel R. *Health: A Comprehensive Concept*, στο *Health, Disease and Illness: Concepts in Medicine*, 2004: 104-110, σ.105.

θεωρία ασθένειας,¹⁷ η οποία συζητήθηκε εκτενώς στο πλαίσιο της Φιλοσοφίας της Ιατρικής και δέχθηκε σφοδρή κριτική κυρίως σε δύο σημεία της.¹⁸ Πρώτον, για τον Boorse, η υγεία σε θεωρητικό επίπεδο ισοδυναμεί με την απουσία ασθένειας.¹⁹ Δεύτερον, η ασθένεια είναι αξιακά ουδέτερος όρος και προκύπτει από την επιστημονική μελέτη των βιολογικών δεδομένων και γεγονότων που ανακαλύπτουμε και παρατηρούμε στην φύση. Η θεωρία περιγράφει την Y/A δίχως την προσθήκη αξιών και αξιολογικών κρίσεων. Η διάγνωση της κατάστασης υγείας ενός οργανισμού υποστηρίζεται ότι είναι αντικειμενική.

Ο Boorse υιοθετεί την οπτική γωνία του ακραιφνούς φυσιοκράτη και αποκαλεί την θεωρία του βιοστατιστική.²⁰ Στην θεωρία του, η Φυσιολογία και η Βιολογία παρέχουν τις πληροφορίες για την μελέτη της Y/A των οργανισμών. Η υγεία εντός της βιοστατιστικής θεωρίας ερμηνεύεται ως η «κανονική λειτουργία» του οργανισμού και των μερών του. Το «κανονική» ερμηνεύεται στατιστικά και το «λειτουργία» βιολογικά. Η λειτουργία κάθε οργανισμικού μέρους είναι η συμβολή του στην εκπλήρωση ενός ή περισσότερων συγκεκριμένων βιολογικών σκοπών.²¹ Το

σύνολο των λειτουργιών των οργανισμικών μερών επιτελούνται, συμβάλλοντας στους έσχατους βιολογικούς σκοπούς της επιβίωσης ή²² της αναπαραγωγής του οργανισμού. Η κανονικότητα της βιολογικής λειτουργίας εξαρτάται από το φύλο και την ηλικία του οργανισμού, ενώ το σύνολο των βιολογικών λειτουργιών που είναι τυπικές για τα μέλη του είδους, αποτελούν το βιολογικό σχέδιο. Συνεπώς, για να εξετάσουμε την κατάσταση υγείας ενός οργανισμού –ανθρώπινου, ζωικού, φυτικού– συγκρίνουμε τις βιολογικές λειτουργίες του με τις κανονικές/φυσιολογικές για το είδος, την ηλικία και το φύλο του.

Για τον Boorse το κανονικό είναι το φυσιολογικό,²³ και ως παθολογική κατάσταση χαρακτηρίζεται αυτή που παρεκκλίνει από τον τυπικό βιολογικό σχεδιασμό του είδους.²⁴ Το ζητούμενο για την βιοστατιστική θεωρία είναι να διαπιστωθεί, αν τα κύτταρα, τα όργανα, οι ιστοί ή οι οργανισμοί λειτουργούν κανονικά, δηλ. αν συμβάλουν κατά τα αναμενόμενα, βάσει του βιολογικού σχεδιασμού τους, στους σκοπούς της επιβίωσης ή αναπαραγωγής. Εάν οι λειτουργίες έστω και ενός οργάνου, ακόμη και ενός κυττάρου, πέσουν σημαντικά κάτω από τον στατιστικό μέσο όρο τυπικής συμβολής τους στην επιβίωση ή την αναπαραγωγή του οργανισμού υπό κανονικές περιβαλλοντικές συνθήκες, τότε αυτό υπολειτουργεί και ο οργανισμός θεωρητικά νοσεί. Η ασθένεια είναι επομένως μια εσωτερική κατάσταση του οργανισμού, η οποία χαρακτηρίζεται από βλάβες μίας ή περισσότερων φυσιολογικών/κανονικών οργανισμικών λειτουργικών ικανοτήτων κάτω από το επίπεδο τυπικής αποδοτικότητάς τους για τα μέλη του βιολογικού είδους του ή σημαντική μείωση του επιπέδου λειτουργικής ικανότητας λόγω της δράσης περιβαλλοντικών παραγόντων.²⁵

¹⁷ Βλ. Boorse Chr. On The Distinction between Disease and Illness. *Philosophy & Public Affairs*. 1975, 5(1): 49-68; Boorse Chr. What a theory of mental health should be. *Journal for the Theory of Social Behavior*. 1976a, 6(1): 61-84. Boorse Chr. Wright on functions. *The Philosophical Review*. 1976b, 85, (1), 70-86; Boorse Chr. Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*. 1977, 44(4): 542-573, σ.542.

¹⁸ Για τις απαντήσεις που έδωσε ο Boorse στους επικριτές του μέχρι το 1995, βλ. Boorse Chr. A Rebuttal on Health, στο Humber, James M. & Almeder, Robert F. (eds.) (1997). *What Is Disease?* Humana Press, σ. 1-134, και από το 1995 μέχρι το 2014, βλ. Boorse Chr. A Second Rebuttal On Health. *Journal of Medicine and Philosophy*. 2014, 39, (6): 683-724.

¹⁹ Ο Boorse διακρίνει την ασθένεια σε θεωρητική (disease) και σε κλινική (illness) (Boorse C. 1975, σ.49-68). Για την σχέση μεταξύ θεωρητικής και κλινικής ασθένειας από μια ιστορική σκοπιά, βλ. King L. Some Basic Explanations of Disease: An Historical Viewpoint, στο *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*. 1975: 11-27.

²⁰ Τον όρο «βιοστατιστική» τον υιοθέτησε ο Boorse από τον Lennart Nordenfelt, καθώς αναδεικνύει τόσο την έννοια της βιολογικής λειτουργίας όσο και της στατιστικής έννοιας της κανονικότητας (Boorse, 1997, σ.4).

²¹ Boorse, 1977, σ.555-556.

²² Ο Boorse αναθεώρησε σε πρόσφατο κείμενό του ότι δεν είναι απαραίτητο κάθε κατάσταση του οργανισμού να ικανοποιεί τους σκοπούς της επιβίωσης και αναπαραγωγής, αλλά αρκεί έστω έναν από τους δύο (Boorse, 2014, σ. 4).

²³ Boorse, 1975, σ.57. Βλ. επίσης, King C. D. The Meaning of Normal. *The Yale Journal of Biology and Medicine*. 1945, 17(3):493-501.

²⁴ Boorse, 1977, σ.543.

²⁵ Ο.π., σ.7-8.

Από την κριτική που ασκήθηκε στην βιοστατιστική θεωρία, προέκυψε ένας παράγοντας που ο Boorse αναγνώρισε και υιοθέτησε αργότερα στην θεωρία του.²⁶ Ο παράγοντας αυτός είναι το «κανονικό περιβάλλον», εντός του οποίου οι λειτουργίες του οργανισμού και οι ενδεχόμενες διακυμάνσεις των τυπικών επιπέδων τους θεωρούνται κανονικές/φυσιολογικές.²⁷ Η κριτική εστίαζε στην αδυναμία της βιοστατιστικής θεωρίας να διαχωρίσει την παθολογική από την κανονική αντίδραση του οργανισμού, όταν αυτός χρειαστεί να αντιμετωπίσει μη τυπικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες που προκαλούν την εκκίνηση των μηχανισμών αντίδρασης και προσαρμογής του. Αν κάθε αντίδραση του οργανισμού στις επιδράσεις του περιβάλλοντος θεωρηθεί κανονική ως ένδειξη προσαρμογής, τότε είναι αδύνατο να διαπιστωθεί, ποια από αυτές είναι εντός ή εκτός παθολογικών ορίων, θέτοντας σε κίνδυνο την επιβίωση ή την αναπαραγωγή του.

Για να μπορέσουμε να διαχωρίσουμε τις κανονικές από τις παθολογικές αντιδράσεις του οργανισμού, είναι αναγκαίο να γνωρίζουμε ποιοι περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι τυπικοί για το εκάστοτε είδος και ποιοι βρίσκονται εκτός της στατιστικής τυπικότητας. Η φυσική επιλογή έχει καθορίσει τις περιβαλλοντικές συνθήκες στις οποίες οι οργανισμοί ζουν, αναπτύσσονται και αναπαράγονται. Επιπλέον, έχει καθορίσει τα φυσιολογικά/κανονικά όρια των λειτουργικών και οργανικών αντιδράσεών τους στους μεταβαλλόμενους εξωτερικούς παράγοντες, και το πότε οι μηχανισμοί αντίδρασης εκκινούν και πότε αρχίζουν να καταρρέουν ανάλογα με την ένταση και την διάρκεια παρουσίας των παραγόντων αυτών.

Ο Boorse εισήγαγε στην θεωρία του την έννοια του κανονικού περιβάλλοντος με στατιστικό και αξιακά ουδέτερο τρόπο. Όταν ο οργανισμός υπέρ- ή υπολειτουργεί ως αντίδραση στους μη τυπικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες, θεωρείται ότι είναι υγιής μέχρι το σημείο που αυτή «προβλέπεται» βάσει του βιολογικού σχεδιασμού του. Π.χ. ο ιδρώτας είναι μια φυσιολογική, κανονική αντίδραση η

θερμοπληξία όμως όχι, καθώς πρόκειται για την κατάρρευση μιας κανονικής (αμυντικής) λειτουργίας του οργανισμού. Ταυτίζοντας όμως την υγεία με την ικανότητα συνεχούς προσαρμογής του οργανισμού σε μεταβαλλόμενα, μη τυπικά περιβάλλοντα, θα καθιστούσε την διάκριση μεταξύ κανονικού – παθολογικού αδύνατη. Για αυτό ο Boorse τονίζει πως η διάκριση μεταξύ υγείας/ασθένειας δεν θα πρέπει να συγχέεται με την διάκριση μεταξύ προσαρμογής/μη προσαρμογής. Η αυξημένη ικανότητα προσαρμογής δεν συνεπάγεται περισσότερη υγεία.²⁸ Η υγεία σχετίζεται με τους τυπικούς μηχανισμούς προσαρμογής του οργανισμού σύμφωνα με τον βιολογικό σχεδιασμό του, όχι με την προσαρμογή του καθαυτή στους ειδικούς ή μη τυπικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες που θα προκύψουν και θα κληθεί να αντιμετωπίσει.²⁹ Δίχως λοιπόν την ύπαρξη μιας όσο το δυνατόν σαφέστερης και πιο συγκεκριμένης εικόνας του βιολογικού σχεδιασμού, είναι αδύνατο να μιλήσουμε για Υ/Α.³⁰

Η θεωρία «Malady» των Danner Clouser, Charles Culver & Bernard Gert (Clouser *et al.*)³¹

Οι Clouser *et al.* υποστηρίζουν πως ανέπτυξαν ένα κανονιστικό μοντέλο Υ/Α, με τις αξίες που εμπεριέχονται σε αυτό να είναι αντικειμενικές. Η κανονιστικότητα έγκειται στο ότι κάποιες καταστάσεις θεωρούνται από τα άτομα αρνητικές, κακές, ανεπιθύμητες, βλαβερές και προς αποφυγή. Η αντικειμενικότητα βρίσκεται στο ότι σχεδόν κάθε άτομο με λογικές

²⁸ Για αντίθετη θέση βλ. Engelhardt, 1986, σ.166.

²⁹ Ο.π., σ.88.

³⁰ Boorse, 2014, σ.20.

³¹ Clouser D. Culver C. & Gert B. Malady: A New Treatment of Disease, στο Health, Disease and Illness, 2004: 90-104. Για μια ανανεωμένη και εκτενέστερη έκδοση βλ. Clouser D, Culver C. & Gert B. Malady, στο What Is Disease? 1997: 173-219; Culver C. Gert B. *Philosophy in Medicine. Conceptual and Ethical Issues in Medicine and Psychiatry*. Oxford, 1982. Το τέταρτο κεφάλαιο του έργου «Philosophy in Medicine» γράφτηκε σε συνεργασία με τον Danner Clouser. Όταν θα γίνεται παραπομπή στο κείμενο από το συγκεκριμένο έργο, θα χρησιμοποιείται ο όρος Clouser *et al.* και όχι Culver&Gert.

²⁶ Ο.π., σ.5. Για την κριτική βλ. Daniels, 1981, σ.156.

²⁷ Ο.π., σ.82-84.

επιθυμίες και αντιλήψεις, θα συμφωνούσε για τον εγγενή αρνητικό χαρακτήρα των καταστάσεων αυτών. Η άτυπη διυποκειμενική/πανανθρώπινη «συμφωνία» αρνητικής αξιολόγησης κάποιων καταστάσεων επαρκεί για τους συγγραφείς ώστε να καταστήσει την θεωρία τους αντικειμενική.³²

Υπό τον γενικό όρο «Malady» (στο εξής «πάθηση»³³), οι Clouser *et al.* αναφέρονται στις βασικές βλάβες ή δεινά του θανάτου, του πόνου, της αναπηρίας, της αδυναμίας, της απώλειας ελευθερίας, ηδονής και ευκαιριών. Οι συγγραφείς προϋποθέτουν ότι κάθε άτομο (και σύνολο ατόμων γενικότερα) με λογικές επιθυμίες, πεποιθήσεις και αντιλήψεις, ανεξάρτητα από το πολιτισμικό, ιδεολογικό ή ιστορικό πλαίσιο που επικρατεί, αναμένεται να δείξει απαξίωση στις προαναφερθείσες βλάβες και τάση αποφυγής από αυτές.³⁴ Η καθολική αρνητικότητα που δείχνουν τα άτομα, δεν αποτελεί όμως επαρκές κριτήριο «πάθησης». Βασικό γνώρισμα των «παθήσεων» είναι η υποκειμενική αντίληψη των ατόμων ότι «κάτι δεν πάει καλά με τον εαυτό τους»,³⁵ δηλ. τα άτομα βρίσκονται σε μια κατάσταση ενάντια στην θέλησή τους και κατά την οποία, είτε υποφέρουν από κάποιο δεινό ή βλάβη, είτε υπάρχει αυξημένος κίνδυνος πρόκλησης βλάβης.³⁶

Οι συγγραφείς σπεύδουν να τονίσουν ότι μια κατάσταση είναι «πάθηση» ακόμη και αν η κοινωνία ή το άτομο την αξιολογούν θετικά ή έχουν σοβαρό λόγο να την διατηρήσουν. Το κριτήριο για την ύπαρξή της δεν εξαρτάται από

την εκάστοτε ατομική ή κοινωνική κρίση,³⁷ κάνοντας έτσι το μοντέλο τους υποκειμενικό. Αναγνωρίζουν ότι υπάρχουν περιπτώσεις, κατά τις οποίες τα άτομα θα προτιμούσαν ακόμη και μια σοβαρή βλάβη, δίχως να θεωρηθεί η ενέργειά τους παράλογη. Για να επιλέξει κανείς όμως συνειδητά υπέρ μιας βλάβης, (π.χ. ακρωτηριασμός άκρων), κάτι άλλο έχει πάει μάλλον στραβά στην ζωή του (π.χ. εκτεταμένα κρυοπαγήματα) που τον ωθεί για να το κάνει. Συνεπώς, ένα άτομο με λογικές πεποιθήσεις και επιθυμίες θα απέφευγε κατά βάση τα μεγάλα δεινά, εκτός και αν είχε επαρκή λόγο για το αντίθετο.³⁸ Συμπερασματικά, για τους Clouser *et al.* οι «παθήσεις» είναι αντικειμενικά βλαβερές, ωστόσο θα μπορούσαν να αποδειχθούν εργαλειακά καλές.³⁹

Οι Clouser *et al.* επιχειρούν να ξεκαθαρίσουν την θέση που έχει ο παράγοντας της μη κανονικότητας με την «πάθηση». Η μη κανονικότητα, ως παρέκκλιση από το φυσικό, δεν αποτελεί ούτε αναγκαία, ούτε ικανή συνθήκη για να χαρακτηριστεί ένα άτομο φορέας «πάθησης». Από μόνη της δεν δηλώνει ασθένεια. Αντιστρόφως, οι συγγραφείς θεωρούν ότι όσοι ταυτίζουν την μη κανονικότητα με την ασθένεια λανθάνουν και αποπροσανατολίζουν την συζήτηση από το βασικό χαρακτηριστικό των «παθήσεων», το οποίο είναι η υποκειμενική βίωση ενός δεινού. Ωστόσο, η μη κανονικότητα αποτελεί απαραίτητο στοιχείο της θεωρίας, καθώς διαδραματίζει τον έμμεσο ρόλο για να καθορίσει πότε μια κατάσταση θεωρείται αναπηρία, ποιος θεωρείται αυξημένος κίνδυνος πρόκλησης βλάβης, και ποιο το υφιστάμενο διακριτό αίτιο.⁴⁰

Για παράδειγμα, η αδυναμία ενός ηλικιωμένου να περπατήσει μια απόσταση μερικών δεκάδων μέτρων θεωρείται αναπηρία, ασχέτως αν είναι βιολογικά φυσιολογική και αναμενόμενη κατάσταση. Για τους Clouser *et al.* αυτή είναι περίπτωση «πάθησης», διότι επρόκειτο για μια ικανότητα που ήταν στατιστικά τυπική για το ανθρώπινο είδος και

³² Clouser *et al.*, 1997, σ.184. Βλ. επίσης Culver & Gert, 1982, σ.81-82.

³³ Θεώρησα ως κατάλληλο τον γενικό όρο «πάθηση» για την απόδοση της λέξης «Malady». Ο Boorse αντικατέστησε αργότερα τον όρο «ασθένεια» με τον ευρύτερο όρο «παθολογικός/ή/ό» ('pathological') (Boorse, 1997, σ. 7; Boorse, 2014, σ.3). Σε ορισμένες περιπτώσεις στην γερμανική βιβλιογραφία ο όρος «Malady» αποδίδεται ως «παθολογικός/ή/ό» ('pathologisch') (Lenk, 2002, σ.159).

³⁴ Culver, Gert, 1982, 71. Για την ύπαρξη καθολικά αποδεκτών αξιών βλ. επίσης Margolis J. The Concept of Disease. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1(3), 1976: 238-255, σ.251.

³⁵ Culver, Gert, 1982, σ.66.

³⁶ Clouser *et al.*, 1997, σ.182-186.

³⁷ Coulver&Gert, 1982, σ.71; Για αντίθετη θέση βλ. Engelhardt, 1974, σ.125-141.

³⁸ Clouser *et al.*, 1997, σ.187-188.

³⁹ Clouser *et al.*, 2004, σ.94-95.

⁴⁰ Clouser *et al.*, 1997, σ.190-200.

πλέον χάθηκε. Αντίθετα, η αδυναμία ενός μωρού τριών μηνών να περπατήσει, δεν είναι αναπηρία, αλλά ανικανότητα, καθώς στο μέλλον αναμένεται να μετατραπεί σε ικανότητα. Το μέτρο είναι, αν η εν λόγω ικανότητα υπάρχει ή όχι μετά το σημείο της αναμενόμενης, σύμφωνα με τον βιολογικό σχεδιασμό, κορύφωσής της. Το κανονικό καθορίζεται από το σημείο αυτό. Πριν από αυτό, η αδυναμία αποτελεί ανικανότητα. Μετά από αυτό, η έλλειψη ή απώλεια της εν λόγω ικανότητας θεωρείται αναπηρία, και άρα «πάθηση».⁴¹

Βασικό χαρακτηριστικό των «παθήσεων» είναι ότι βρίσκονται εντός της φυσικής υπόστασης του ατόμου ή αποτελούν κατάσταση του. Π.χ. ένας φυλακισμένος παρόλο που δέχεται την σοβαρή βλάβη της απώλειας της ελευθερίας του, δεν καθίσταται φορέας «πάθησης», καθώς, πρόκειται για μια κατάσταση την οποία αφενός μεν το άτομο τη βιώνει, αφετέρου προκαλείται από εξωτερικούς παράγοντες και θα πάψει αυτομάτως να υφίσταται εάν αποφυλακιστεί.⁴² Η «πάθηση» θα πρέπει να έχει ως φορέα το άτομο και να συνεχίσει να υφίσταται σε αυτό, μετά την διακοπή της αιτίας που την προκάλεσε, όπως π.χ. όταν κάποιος συνεχίσει να βήχει, παρόλο που έχει βγει από ένα δωμάτιο γεμάτο με καπνό.⁴³ Η βλάβη και η κατάσταση που την προκαλεί ή υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να την προκαλέσει, εξαρτώνται άμεσα από μια εξωτερική υφιστάμενη, διακριτή από το άτομο, αιτία.⁴⁴

Καταλήγοντας, ένα άτομο υφίσταται μια «πάθηση», εάν και μόνο εάν βρίσκεται σε μια κατάσταση κατά την οποία βιώνει ή έχει αυξημένο κίνδυνο να βιώσει οδύνες και βλάβες, όπως θάνατο, πόνο, αναπηρία, απώλεια ελευθερίας, ευκαιριών ή ευχαρίστησης, εν τη απουσία υφιστάμενης, διακριτής από το άτομο, αιτίας.⁴⁵ Οι συγγραφείς υποστηρίζουν πως ανέπτυξαν μια κανονιστική θεωρία Υ/Α με αντικειμενικές αξίες, απομακρυνόμενοι έτσι είτε από αξιακά ουδέτερες θεωρίες, είτε από θεωρίες αξιολογικού σχετικισμού που στηρίζονται

αποκλειστικά σε υποκειμενικά, πολιτισμικά ή ιδεολογικά κριτήρια.⁴⁶

Η ολιστική θεωρία του Lennart Nordenfelt

Ο Lennart Nordenfelt προτείνει μια κανονιστική θεωρία υγείας με βασικό στοιχείο την ικανότητα του ατόμου να επιτύχει τους ζωτικής σημασίας σκοπούς του υπό κανονικές κοινωνικές συνθήκες. Η θεμελιώδης έννοια προς μελέτη είναι της υγείας και όχι της ασθένειας.⁴⁷ Η υγεία είναι μια κατάσταση πέρα από την απουσία ασθένειας και νοείται θετικά. Το γεγονός ότι ο οργανισμός λειτουργεί κανονικά σε βιολογικό επίπεδο και ότι ικανοποιεί τους φυσικούς σκοπούς της επιβίωσης και της αναπαραγωγής, από μόνο του δεν αρκεί για να θεωρηθεί υγιής.

Οι ολιστικές θεωρίες, όπως αυτή του Nordenfelt, δίνουν μεγάλη σημασία στην ποιότητα ζωής του ατόμου,⁴⁸ στην ικανότητά του να πετυχαίνει βασικούς σκοπούς ζωής και στην κατάκτηση της ευτυχίας. Ο ψυχικός πόνος, η αδυναμία και γενικότερα το πώς βιώνει το άτομο τις καθημερινές καταστάσεις, αποτελούν μεταβλητές της εξίσωσης της ασθένειας. Οι κλάδοι της κοινωνιολογίας και της ψυχολογίας έχουν πρωταγωνιστικό ρόλο στο να καθορίσουν τα στοιχεία της ασθένειας και όχι αποκλειστικά η φυσιολογία και η βιολογία.⁴⁹ Η υγεία είναι μια αξιακά θετικά φορτισμένη έννοια.

Ο φορέας της Υ/Α δεν είναι ο βιολογικός οργανισμός, αλλά το άτομο ως πρόσωπο, το αυτόνομο υποκείμενο που δρα αυτόβουλα και συνειδητά επιδιώκοντας συγκεκριμένους στόχους. Η πρόταση «υγεία ενός οργάνου ή ενός κυττάρου» δεν έχει νόημα στην θεωρία του Nordenfelt.⁵⁰ Για να είναι υγιές το υποκείμενο οφείλει να είναι ικανό να εκπληρώσει τους στόχους εκείνους που είναι αναγκαίοι και ικανοί για να του προσφέρουν την ελάχιστη ευτυχία

⁴¹ Ο.π., σ.191-193.

⁴² Clouser *et al.*, 1997, σ.185-187.

⁴³ Culver & Gert, 1982, σ.69.

⁴⁴ Ο.π., σ.72.

⁴⁵ Ο.π., σ.81. Οι πλάγιοι χαρακτήρες από το πρωτότυπο.

⁴⁶ Ο.π., σ.81.

⁴⁷ Nordenfelt, 2001, σ.54.

⁴⁸ Βλ. Nordenfelt, L. Quality of Life, Health and Happiness. Avebury. 1993. Παιονίδης Φ. Υπέρ του δέοντος. Εκκρεμές, 2007. Κεφ.6.

⁴⁹ Nordenfelt, 1987, σ.35.

⁵⁰ Nordenfelt, 2004, σ.211.

υπό τυπικές περιβαλλοντικές συνθήκες.⁵¹ Ο Nordenfelt διακρίνει μεταξύ δύο ειδών ικανοτήτων. Αυτό που καθορίζει την κατάσταση υγείας είναι το δεύτερο είδος, δηλ. η εν δυνάμει ικανότητα την οποία καλλιεργώντας την το άτομο, αν ενεργήσει υπό συνήθεις περιστάσεις, θα μπορέσει να αποκτήσει μια πρώτου επιπέδου ικανότητα, δηλ. την ικανότητα που απαιτείται για την επιδιωκόμενη ενέργεια. Σημασία για την διάγνωση της κατάστασης υγείας έχει αν ο «εξοπλισμός» του ατόμου σωματικά και πνευματικά (δευτέρου επιπέδου ικανότητα) επαρκεί για να πραγματοποιήσει μια επιδιωκόμενη ενέργεια ή δραστηριότητα (πρώτου επιπέδου ικανότητα).⁵²

Για παράδειγμα, ένα άτομο, που λόγω ατυχήματος ακρωτηριάστηκαν τα πόδια του, θεωρείται ανάπηρο μόνο σε σχέση με την ικανότητα βάδισης. Στην περίπτωση της ικανότητας μετακίνησης, το άτομο δεν θεωρείται ανάπηρο ή ανάπηρο, καθώς με ένα ειδικό αμαξίδιο θα ήταν ικανό να μετακινηθεί. Η ικανότητά του να χρησιμοποιήσει ένα καροτσάκι είναι δευτέρου επιπέδου ικανότητα, ενώ η ικανότητα μετακίνησης είναι πρώτου. Για να καταστεί υγιές θα πρέπει να κατέχει τουλάχιστον την ικανότητα δευτέρου επιπέδου.⁵³ Η κατοχή της ικανότητας δευτέρου επιπέδου εξαρτάται άμεσα από τις συνθήκες του περιβάλλοντος στο οποίο το άτομο ζει. Σε κάποιες κοινωνίες προσφέρονται οι κατάλληλες υποδομές και γενικότερα συνθήκες, ώστε τα άτομα να είναι σε θέση με εναλλακτικούς τρόπους να πραγματοποιήσουν συγκεκριμένες ενέργειες. Σε άλλες, ωστόσο, όχι. Ακόμη και στην ίδια όμως κοινωνία, οι συνθήκες μπορεί να αλλάζουν με τον χρόνο. Στην θεωρία του Nordenfelt, μονάχα υπό τυπικές συνθήκες οφείλει να διαγνώσει κανείς, αν το άτομο είναι ικανό να επιτελέσει μια ενέργεια δευτέρου επιπέδου. Αν κάποιος αδυνατεί να περπατήσει μέσα από έναν ορμητικό χείμαρρο, δεν καθίσταται φορέας «πάθησης»

⁵¹ Nordenfelt, 1987, σ.90. Σε επόμενο κείμενο, ο Nordenfelt αλλάζει ελαφρώς τον ορισμό: «A is completely healthy if, and only if, A has the ability, given standard circumstances, to reach all his vital goals» (Nordenfelt L. *Action, ability and health: Essays in the philosophy of action and welfare*. Springer, 2000).

⁵² Nordenfelt, 1987, σ.46-53.

⁵³ Ο.π., σ.48-53.

λόγω ανικανότητας, διότι οι συνθήκες στις οποίες η ικανότητα δευτέρου επιπέδου αξιολογείται είναι μη τυπικές/κανονικές. Το τυπικό περιβάλλον δεν είναι μόνο το βιολογικό, αλλά και το οικονομικό, ιστορικό και πολιτισμικό.⁵⁴

Ο παράγοντας-κλειδί στην θεωρία του Nordenfelt είναι αναμφισβήτητα η έννοια των *ζωτικής σημασίας σκοπών*, η ικανοποίηση των οποίων είναι αναγκαία, ώστε σε μακροχρόνια περίοδο να απολαμβάνει το άτομο το ελάχιστο επίπεδο προσωπικής ευτυχίας.⁵⁵ Είναι αδύνατον να διαπιστωθεί η κατάσταση της υγείας ενός ατόμου, εάν δεν είναι γνωστοί εκ των προτέρων οι σκοποί που αυτό επιδιώκει.⁵⁶ Η υγεία δεν περιορίζεται μόνο στους βιολογικούς σκοπούς της επιβίωσης ή της αναπαραγωγής, αλλά και οι εξω-βιολογικοί σκοποί που το ίδιο θέτει στην ζωή του θεωρούνται εξίσου θεμελιώδεις. Η υγεία αντανακλά την ικανότητα επίτευξης των ζωτικής σημασίας σκοπών. Με την επίτευξη των εν λόγω σκοπών, η ικανοποίηση που νιώθει το άτομο ερμηνεύεται από τον Nordenfelt, ως ευτυχία. Η καλή υγεία συμβάλλει έτσι στην επίτευξη της ευτυχίας, ωστόσο δεν ταυτίζεται μαζί της.⁵⁷

Η θεωρία προσαρμογής του József Kovács

Ο József Kovács υποστηρίζει, όπως οι Clouser *et al.* και ο Nordenfelt, ότι για να ορίσει κανείς την υγεία και την ασθένεια, οφείλει να δώσει ιδιαίτερη προσοχή στον παράγοντα κοινωνικό περιβάλλον. Οι τελευταίοι, όμως, παραβλέπουν με την σειρά τους κάτι άκρως σημαντικό, δηλ. την αξιολόγηση των κοινωνικών συνθηκών. Ο Kovács θεωρεί αδύνατο να ορίσει κανείς την υγεία του ατόμου, εάν δεν εξετάσει ταυτόχρονα, αν είναι υγιής η ίδια η κοινωνία.⁵⁸

Πιο συγκεκριμένα, για να διαγνωστεί η κατάσταση υγείας ενός ατόμου, θα πρέπει απαραίτητως να αξιολογηθούν οι κοινωνικοί κανόνες και γενικότερα τα βασικά χαρακτηριστικά της κοινωνίας στην οποία ζει, με κριτήριο το αν είναι ηθικώς δικαιολογημένοι ή

⁵⁴ Ο.π., σ.47-49.

⁵⁵ Nordenfelt, 2004, σ.209.

⁵⁶ Nordenfelt, 2007, σ.9.

⁵⁷ Nordenfelt, 1987, σ.88.

⁵⁸ Kovács, 1998.

εύλογοι (π.χ. θρησκεία, κοινωνικές δομές, σκοποί, ιδεολογίες, θεσμοί, αξίες, κ.ά.). Η κοινωνική προσαρμογή ή η δυσπροσαρμογή του ατόμου δεν δηλώνει απολύτως τίποτα για την υγεία του, αν δε διαγνωστεί ταυτόχρονα η κατάσταση υγείας της κοινωνίας.⁵⁹

Στην εξελικτική βιολογία ισχύει γενικά, ότι όσο καλύτερα προσαρμόζεται ένας οργανισμός στο περιβάλλον του, τόσο πιο υγιής θεωρείται. Ο απώτερος σκοπός της βιολογικής προσαρμογής είναι η μετάδοση των γονιδίων στις επόμενες γενιές –όχι η επιβίωση του οργανισμού καθαυτού. Το περιβάλλον θεωρείται αμετάβλητο, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα και αξιακά ουδέτερο. Το ζήτημα της προσαρμογής εμπίπτει έτσι αποκλειστικά στον οργανισμό, ο οποίος πρέπει να αλλάξει για να επιβιώσει.

Ο άνθρωπος ωστόσο, πέρα από το βιολογικό περιβάλλον ζει και σε ένα κοινωνικό. Ο σύγχρονος άνθρωπος επιζητεί περισσότερο την κοινωνική, παρά την βιολογική προσαρμογή. Με άλλα λόγια, επιδιώκει να βελτιώσει την ικανότητά του να προσαρμόζεται κοινωνικά, αποσκοπώντας στην κατάκτηση κοινωνικών αγαθών που καθόρισε ο ίδιος ή/και η κοινωνία του, όπως π.χ. ευτυχία, ευημερία, εκπαίδευση, παρά να επιδίδεται στην αποκλειστική δημιουργία συνθηκών μετάδοσης των γονιδίων του ή στην επιβίωση και αναπαραγωγή του.⁶⁰ Επιπλέον, επινοεί διαρκώς τεχνικές, κατασκευάζει και χρησιμοποιεί εργαλεία, για να καλύψει τις αδυναμίες που προκύπτουν από την βιολογική δυσπροσαρμογή του. Το άτομο εξαρτάται όλο και περισσότερο από τα εργαλεία που αναπτύσσει και όλο και λιγότερο από την ικανότητά του να επιβιώνει προσαρμοζόμενο βιολογικά. Τόσο το βιολογικό, όσο και το κοινωνικό περιβάλλον, μπορεί να αλλάξει και να διαμορφωθεί σύμφωνα με τα αξιολογικά κριτήρια του ανθρώπου. Η ταχύτητα βιολογικής προσαρμογής είναι χαμηλή σε ένα διαρκώς και έντονα μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Μια ενδεχόμενη δυσπροσαρμογή δεν συνεπάγεται αυτομάτως ότι οφείλεται αποκλειστικά στον ανθρώπινο οργανισμό, αφού και το περιβάλλον, ως αντικείμενο διαμόρφωσης πλέον, μπορεί να

χαρακτηριστεί ως ακατάλληλο. Συνεπώς, αν ένα άτομο δεν μπορεί να προσαρμοστεί στο περιβάλλον του, δεν ευθύνεται πάντα αυτό.⁶¹

Αυτό σημαίνει ότι είτε το άτομο είναι άρρωστο, είτε η κοινωνία, είτε και τα δύο, και άρα η υγεία μπορεί να εδράζεται όχι μόνο στο άτομο, αλλά ισοδύναμα και στην κοινωνία. Πέρα λοιπόν από την βιολογική προσέγγιση της υγείας, ο Κονάcs τόνιζει ιδιαίτερα την κοινωνική προσέγγιση και την ικανότητα πολιτισμικής προσαρμογής. Η πρώτη εστιάζει στην αποτελεσματικότητα του οργανισμού να επιτύχει τους σκοπούς της βιολογικής προσαρμογής, της επιβίωσης και της αναπαραγωγής, ενώ η δεύτερη στην αποτελεσματικότητα χρησιμοποίησης από το άτομο των πνευματικών και σωματικών ικανοτήτων του, για την επίτευξη κοινωνικών σκοπών.⁶²

Για τον Κονάcs, η επιτυχής κοινωνική προσαρμογή, από μόνη της δεν αποτελεί ούτε αναγκαία, αλλά ούτε και ικανή συνθήκη να θεωρηθεί κάποιος υγιής. Για παράδειγμα, η αδυναμία ενός ατόμου να προσαρμοστεί σε ένα ναζιστικό ή ρατσιστικό περιβάλλον δεν το καθιστά αυτομάτως άρρωστο. Οι κανόνες, ο ηθικός και αξιακός κώδικας της συγκεκριμένης κοινωνίας είναι αδικαιολόγητοι και όχι άρρωστο το άτομο. Από την άλλη μεριά, όσοι προσαρμόστηκαν σε ένα μη υγιές περιβάλλον, δεν καθίστανται υγιείς, παρόλο που η προσαρμογή τους δηλώνει ότι τα άτομα ήταν καταλλήλως ικανά για να το πράξουν. Η προσαρμογή από μόνη της δεν δείχνει απολύτως τίποτα. Το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να κυριαρχείται από αδικαιολόγητους κοινωνικούς κανόνες, κανονισμούς και θεσμούς, όπου η μη προσαρμογή σε αυτούς να θεωρείται υγιής ένδειξη. Η δυσπροσαρμογή του ατόμου σε αυτό δεν συνεπάγεται ότι αυτό νοσεί.⁶³

Ο Κονάcs υποστηρίζει ότι το υγιές περιβάλλον είναι αυτό που διακατέχεται από εύλογους και συνετούς κανόνες. Η υγιής κοινωνία είναι η «εύλογη κοινωνία», στην οποία υπάρχει το κατάλληλο πλαίσιο, εντός του οποίου η προσαρμογή του ατόμου αναμένεται να γίνει

⁵⁹ Ο.π., σ.37.

⁶⁰ Βλ. επίσης Goosens W. Values, Health and Medicine. *Philos. Sci.* 1980, 47: 100-115, σ.111.

⁶¹ Ο.π., σ.37.

⁶² Ο.π., σ.35.

⁶³ Ο.π., σ.36

χωρίς πόνο ή βάσανα, εξασφαλίζοντάς του μια ευτυχισμένη ζωή. Στην υγιή κοινωνία, που διέπεται από εύλογους κανόνες, τα άτομα που προσαρμόζονται σε αυτή, θεωρούνται υγιή. Όσο πιο υγιής είναι ο σωματικός και πνευματικός «εξοπλισμός» του ατόμου, όσο πιο υγιείς είναι οι αντιδράσεις του στην κοινωνία, τόσο πιο πιθανή αναμένεται να είναι η ομαλή προσαρμογή του στους εύλογους κοινωνικούς κανόνες.⁶⁴ Για τον λόγο αυτό, ο καθοριστικός παράγοντας υγείας είναι η σχέση μεταξύ ατόμου και κοινωνίας και όχι μονάχα το άτομο μέσα στο δεδομένο κοινωνικό περιβάλλον του.

Καταλήγοντας, η υγεία του ατόμου εξαρτάται από την υγεία του κοινωνικού περιβάλλοντος, το οποίο διαμορφώνεται διαρκώς από τον άνθρωπο ανάλογα με τον ηθικό και αξιακό κώδικά του. Στην θεωρία του Κονάες, η ηθική αξιολόγηση της κοινωνίας και η διάγνωση της κατάστασης υγείας του ατόμου συσχετίζονται.

Κριτικές παρατηρήσεις

Ο βασικός ισχυρισμός της βιοστατιστικής θεωρίας είναι πως ούτε ο άνθρωπος, ούτε η κοινωνία είναι αρμόδιοι να καθορίσουν τι είναι Υ/Α σε θεωρητικό επίπεδο.⁶⁵ Ο Boorse ισχυρίζεται πως έδωσε μια αξιακά ουδέτερη περιγραφή της Υ/Α, παρατηρώντας απλά τον τρόπο λειτουργίας των εσωτερικών μηχανισμών των οργανισμών. Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά: «εάν η βιοστατιστική θεωρία δείξει πως η υγεία στην ιατρική είναι τόσο αντικειμενική όσο και οι φυσικοί νόμοι, τότε έχει πετύχει ό,τι ονειρευτήκα ποτέ για αυτήν».⁶⁶ Πέτυχε όμως η βιοστατιστική θεωρία να ικανοποιήσει τον βασικό της ισχυρισμό;

Κάποιοι ισχυρίζονται πως ο Boorse απέτυχε να δώσει μια αξιακά ουδέτερη θεωρία Υ/Α, διότι τα στοιχεία που την συνθέτουν προκύπτουν από αξιολογικές κρίσεις ή είναι τα ίδια αξιακά φορτισμένα.⁶⁷ Πιο συγκεκριμένα, η Elselijn

Kingma υποστηρίζει ότι η εισαγωγή του παράγοντα της «τάξης αναφοράς» στην βιοστατιστική θεωρία αποτελεί αξιολογική κρίση, καθώς μαρτυρά την επιθυμία του Boorse να κατηγοριοποιήσει τους οργανισμούς και επιπλέον την προτίμησή του για συγκεκριμένα είδη τάξεων αναφοράς (ηλικία, φύλο) έναντι άλλων (π.χ. σεξουαλική προτίμηση).⁶⁸ Για τους Engelhardt, Ereshefsky και Brown, η βιοστατιστική θεωρία προβαίνει σε αξιολογικές κρίσεις με το να επιλέγει αποκλειστικά την επιβίωση και αναπαραγωγή ως τους βιολογικούς σκοπούς των οργανισμών προκειμένου να καθορίσει την Υ/Α και επομένως η ανάλυσή του υποθάλλει κανονιστικότητα.⁶⁹

Ο Boorse απαντάει πως οι επικριτές του λανθασμένα συγχέουν το ενδιαφέρον και την επιθυμία να μελετήσουμε την υγεία και την ασθένεια, με το τι είναι υγεία και τι ασθένεια, δηλ. με την ορθή επεξήγηση των εννοιών.⁷⁰ Όπως τονίζει, το μοντέλο περιγραφής της Υ/Α σε θεωρητικό επίπεδο είναι ένα –το οποίο επιχειρεί να ανακαλύψει η βιοστατιστική θεωρία– και κάθε άλλο παρά «υπάρχει μόνο στο μυαλό των φιλοσόφων».⁷¹ Η στατιστικά κανονική λειτουργία, τα είδη των τάξεων αναφοράς, η επιβίωση, η αναπαραγωγή, οι οργανισμοί και οι βιολογικές διαδικασίες αποτελούν τμήματα της βιοστατιστικής θεωρίας ως μοντέλο περιγραφής της Υ/Α και είναι αξιακά ουδέτερα. Η θεώρηση ότι οι λειτουργίες των οργανισμικών μερών τείνουν και συμβάλλουν στους βιολογικούς σκοπούς της ατομικής επιβίωσης και αναπαραγωγής αποτελεί περιγραφή της πραγματικότητας και επομένως, δεν καθιστά τις έννοιες της Υ/Α κανονιστικές. Ο Boorse υπογραμμίζει πως δεν έχει καμία σημασία το πώς επιλέχθηκαν, αλλά μόνο εάν περιγράφονται

⁶⁴ Ο.π., σ.37-38.

⁶⁵ Boorse, 2014, σ.22.

⁶⁶ Boorse, 1997, σ.56.

⁶⁷ Fulford, K.W. M. *Moral theory and Medical practice*, Cambridge University Press, New York, 1989: 72-87; Ereshefsky, 2009; Kingma, E. *What is it to be healthy? Analysis*. 2007, 67(294): 128-133.

⁶⁸ Kingma, 2007.

⁶⁹ Engelhardt, 1986, σ.167-171. Ereshefsky, 2009, σ.223; Brown, 1985, σ.315-316.

⁷⁰ Boorse, 1997, σ.23-26, 44-51, 55-58; Boorse, 2014, σ.11-14. Όμοια ο Boorse θεωρεί ότι η διάγνωση μιας ασθένειας (disease) δεν συνεπάγεται αυτόματα και θεραπευτική παρέμβαση. Ο λόγος είναι ότι η ασθένεια σε θεωρητικό επίπεδο περιγράφεται αξιακά ουδέτερα, επομένως δεν δηλώνει τίποτα για το αν είναι καλή ή κακή, επιθυμητή ή ανεπιθύμητη, ώστε να ξεκινήσει η συζήτηση για παρεμβατικά ιατρικά μέτρα (βλ. Boorse, 1975; Boorse, 1997, σ.47-51).

⁷¹ Βλ επίσης Nordenfelt, 1987, σ.6-11.

από την θεωρία με αξιακά φορτισμένους όρους ή όχι. Η βιοστατιστική θεωρία θα αποδειχθεί κανονιστική, αν έστω και ένα από τα βασικά της μέρη, όπως π.χ. οι τάξεις αναφοράς, οι βιολογικές λειτουργίες, προσεγγίζεται αξιακά φορτισμένο, κάτι που όμως ο Boorse αρνείται σθεναρά ότι κάνει.⁷²

Οι Stempsey και Fulford ισχυρίζονται, όμως, ότι ακόμη και χαρακτηρισμοί στην φυσιολογία-ανατομία, όπως π.χ. νεφρά και κρανιακά νεύρα, είναι αξιακά φορτισμένοι, καθιστώντας αναπόφευκτα την βιοστατιστική θεωρία κανονιστική.⁷³ Συγκεκριμένα, ο Stempsey υποστηρίζει, ότι το τι θεωρούμε ως «όργανο» ή «μέρος» ενός οργανισμού εξαρτάται από το πως το προσεγγίζουμε. Π.χ. το πάγκρεας θα μπορούσε να θεωρηθεί ως δύο όργανα αντί για ένα, κάτι που θα επηρέαζε αφενός την αντίληψη που έχουμε για την κανονική λειτουργία του, και αφετέρου για την κατάσταση υγείας του.⁷⁴ Ο Boorse δεν ανησυχεί ιδιαίτερα για την κριτική του Stempsey, καθώς σημασία έχει, όπως αναφέρει, αν η λειτουργία την οποία επιτελεί αυτό που αντιλαμβανόμαστε κάθε φορά ως όργανο αποδεικνύεται βιολογικά κανονική ή παθολογική.⁷⁵

Για τους Clouser *et al.*, τον Nordenfelt και τον Κονάς, ο πόνος, οι βλάβες, ο περιορισμός της προσωπικής ευημερίας και η κοινωνική δυσπροσαρμογή του ατόμου παίζουν σημαντικό ρόλο στην εξίσωση Y/A. Η κανονική λειτουργία και η ικανοποίηση των βιολογικών σκοπών της επιβίωσης ή αναπαραγωγής, δεν αρκεί για να διαγνωσθεί η κατάσταση υγείας ενός ατόμου. Ο Christian Lenk τονίζει πως το αν επιδιώκουμε ηθελημένα την επιβίωση ή την αναπαραγωγή, εξαρτάται από τις προσωπικές μας προτιμήσεις και αποφάσεις, και δεν δηλώνει *per se* ασθένεια ή υγεία. Πρόκειται για υπαρξιακά θέματα και ο περιορισμός τους εντός της βιολογίας ως παρεπόμενο της αντίληψής μας για την υγεία ως βιολογική κανονικότητα, δεν φαίνεται να πείθει.⁷⁶

Λαμβάνοντας υπόψη την εξελικτική βιολογία, ο Κονάς ισχυρίζεται ότι η βιοστατιστική θεωρία υποστηρίζει εσφαλμένα ότι το κριτήριο υγείας πρέπει να είναι η τυπικότητα στον βιολογικό σχεδιασμό του είδους.⁷⁷ Η επιδίωξη ενός οργανισμού να παραμείνει τυπικός στον βιολογικό σχεδιασμό του, παρά να προσαρμοστεί στα μεταβαλλόμενα περιβάλλοντα, θα μπορούσε κάλλιστα να προκαλέσει την εξαφάνισή του. Από την άλλη μεριά, η μη τυπικότητα στον βιολογικό σχεδιασμό δεν συνεπάγεται αυτομάτως ασθένεια, αφού μπορεί να αποδειχθεί ωφέλιμη σε ένα άλλο (μελλοντικό ίσως) περιβάλλον. Ο Κονάς διερωτάται λοιπόν, αν τα άτομα με ανοσία στον ιό HIV -μη τυπικά στον βιολογικό σχεδιασμό στο παρόν περιβάλλον- θα χαρακτηρίζονταν ασθενείς σύμφωνα με την βιοστατιστική θεωρία.

Η απάντηση του Boorse είναι ξεκάθαρα αρνητική, καθώς η αντίσταση στον ιό HIV δεν συμπεριλαμβάνεται μεταξύ των κανονικών λειτουργιών του βιολογικού σχεδιασμού του ανθρωπίνου είδους. Πρόκειται για μια επιπλέον ικανότητα, της οποίας η έλλειψη θα ήταν παθολογική, εφόσον όμως αποτελούσε μέρος του βιολογικού σχεδιασμού του οργανισμού. Για τον ίδιο λόγο, ο οργανισμός δεν θεωρείται πιο υγιής εάν την έχει. Η αδυναμία αντίστασης του οργανισμού στον ιό HIV (αδυναμία προσαρμογής) δεν ερμηνεύεται ως νόσος, παρόλο που την προκαλεί. Ο ιός HIV είναι παθογόνος, αλλά δεν σημαίνει ότι ο οργανισμός πάσχει από κάποια παθολογία εξαιτίας της αδυναμίας του να προσαρμοστεί, βελτιώνοντας δηλ. την ανοσία απέναντί του.⁷⁸ Για τον Boorse η υγεία και η ικανότητα προσαρμογής αποτελούν δύο ξεχωριστά αντικείμενα μελέτης και δεν ταυτίζονται. Επειδή όμως, η βιοστατιστική θεωρία υποστηρίζει πως η πηγή διάγνωσης της Y/A είναι η φυσιολογία και η ιατρική, θεωρεί πως η προσοχή θα πρέπει να δοθεί στις κανονικές -τυπικές για τον βιολογικό σχεδιασμό- οργανικές λειτουργίες και όχι στην βιολογική ικανότητα προσαρμογής του.

⁷² Boorse, 2014, σ.12-13.

⁷³ Stempsey W. A pathological view of disease. *Theoretical Medicine*, 2000, 21:321-330, σ. 327-328; Fulford, 1989.

⁷⁴ Stempsey, 2000, σ.328.

⁷⁵ Boorse, 2014, σ.33.

⁷⁶ Lenk, 2002, σ.134.

⁷⁷ Κονάς, 1998, σ.32. Βλ. επίσης Engelhardt, Tr. Jr, 1976b, σ.168-169, 263-264; Hare R. M. *Essays on Bioethics*. Clarendon Press Oxford, 1993: 31-49.

⁷⁸ Boorse, 2014, σ.21.

Όσον αφορά την θεωρία των Clouser *et al.*, μια αρκετά συνήθης κριτική που της ασκείται αφορά το, ομολογουμένως απροσδόκητο, συμπέρασμά της ότι η εγκυμοσύνη⁷⁹ είναι *per se* «πάθηση»,⁸⁰ με την αιτιολογία ότι είναι μια κατάσταση του ατόμου, που εμπεριέχει πόνο, ενοχλήσεις και αυξημένο κίνδυνο πρόκλησης βλάβης και δεν υφίσταται εξαιτίας κάποιας, διακριτής από το άτομο, αιτίας. Ο Boorse χαρακτηρίζει το συμπέρασμα αυτό ως απαράδεκτο στην ιατρική σκέψη και επιστήμη, το οποίο καταδικάζει την θεωρία των Clouser *et al.* και αποτελεί βασικό λόγο απόρριψής της.⁸¹ Ο Michael Martin επιτίθεται στους Clouser *et al.* λέγοντας πως κατέληξαν σε ένα παράλογο, σεξιστικό και υποτιμητικό για τις γυναίκες συμπέρασμα.⁸²

Οι Clouser *et al.* απαντούν, επιμένοντας πως η εγκυμοσύνη είναι «πάθηση», διότι προκαλεί ή ενέχει αυξημένο κίνδυνο να προκαλέσει βλάβη στην γυναίκα, ανεξάρτητα από το αν θεωρείται κανονική ή φυσιολογική ως βιολογική διαδικασία. Αρνούνται ότι η θεωρία τους υποτιμά με οποιοδήποτε τρόπο τις γυναίκες και υποστηρίζουν ότι αν αντιληφθεί κανείς το ουσιαστικό περιεχόμενο της «πάθησης» ως αρνητική/ανεπιθύμητη κατάσταση για το άτομο, θα δείξει περισσότερη συμπάθεια προς το γυναικείο φύλο, παρά υποτίμηση και σεξισμό. Η αναγνώριση της εγκυμοσύνης ως «πάθηση» είναι προς όφελος των γυναικών και όχι το αντίθετο.⁸³

Ο Gerald McKenny ισχυρίζεται πως, ενώ η βιοστατιστική θεωρία είναι ικανή να διακρίνει το παθολογικό από το διαφορετικό παραπέμποντας στην κανονική λειτουργία, η θεωρία των Clouser *et al.* φαίνεται να δείχνει έναν αυξημένο βαθμό αδυναμίας.⁸⁴ Αυτό γίνεται εμφανές στο εξής παράδειγμα. Δύο παιδιά έχουν το ίδιο, χαμηλό ύψος, βιώνοντας το δεινό του περιορισμού της ελευθερίας τους να ασκήσουν συγκεκριμένα

αθλήματα. Στο πρώτο παιδί, αιτία του χαμηλού ύψους είναι μια εγκεφαλική δυσλειτουργία κατά την παραγωγή αυξητικών ορμονών, ενώ στο δεύτερο η γενετική ποικιλομορφία (γονείς με χαμηλό ύψος). Εστιάζοντας στην αιτιολογία μιας κατάστασης υγείας σε βιολογικό επίπεδο και όχι στο πως βιώνει το άτομο την κατάσταση αυτή υποκειμενικά/κοινωνικά, η βιοστατιστική θεωρία χαρακτηρίζει το πρώτο παιδί άρρωστο και το δεύτερο φυσιολογικό/κανονικό, υπογραμμίζοντας πως η επιστημονική, θεωρητική επεξήγηση της έννοιας της ασθένειας και της παθογένειας είναι διακριτή από την εξω-βιολογική αξιολογική σπουδαιότητά τους και δεν συνεπάγεται απολύτως τίποτε για αυτήν.

Οι Clouser *et al.* ισχυρίζονται ότι το χαμηλό ύψος, είτε προέκυψε λόγω εγκεφαλικής δυσλειτουργίας, είτε όχι, δεν επηρεάζει σε τίποτα την κρίση μας για το αν είναι «πάθηση». Αποφασιστικό παράγοντα αποτελεί το αν η εν λόγω κατάσταση προκαλεί σοβαρό πόνο και αναπηρία στο άτομο και ταυτόχρονα μια αυθόρμητη, φυσική και καθολική αντίδραση αποστροφής από τα υπόλοιπα άτομα της κοινωνίας. Εάν δεν συμβαίνουν αυτά, τότε το πιθανότερο είναι οι βλάβες και τα δεινά που δέχονται τα άτομα να προκαλούνται λόγω προκαταλήψεων και κοινωνικών διακρίσεων.⁸⁵ Το πρόβλημα βρίσκεται στην κοινωνία, δηλ. στην υφιστάμενη διακριτή αιτία που προκαλεί τις βλάβες και όχι στο άτομο. Όταν πάψει να υφίσταται η αιτία, θα πάντων να υφίστανται και οι βλάβες.

Η θεωρία των Clouser *et al.* υιοθετεί την παραδοχή ότι κάποιες καταστάσεις όπως π.χ. σοβαρές παραμορφώσεις, προκαλούν φυσική αποστροφή στα άτομα, ενώ κάποιες άλλες όχι, όπως π.χ. σχετικά χαμηλό ύψος ή χρώμα δέρματος. Το ερώτημα που φαίνεται να αδυνατεί να απαντήσει η θεωρία και στο οποίο εστιάζεται η κριτική είναι, πώς θα διαπιστώσουμε αν η αποστροφή που δείχνουν τα άτομα είναι «φυσική» και αντικειμενική ή ποικίλει και διαμορφώνεται από άλλους παράγοντες.

Επίσης, η πηγή της αντικειμενικότητας των αξιών που επικαλούνται οι Clouser *et al.* δεν φαίνεται να πείθει αρκετά, ώστε να κατατάξει

⁷⁹ Ομοίως για εμμηνόρροια και εμμηνόπαυση (Clouser *et al.*, 1997, σ.205-208).

⁸⁰ Boorse, 1997, σ.43-44; McKenny, 2000, σ.513; Martin M. Malady and menopause. *Journal of Medicine and Philosophy*. 1985, 10, σ.329-337.

⁸¹ Boorse, 1997, σ.43-44.

⁸² Martin, 1985, σ.335.

⁸³ Clouser *et al.* 1997, σ.208.

⁸⁴ McKenny, 2000, σ.509.

⁸⁵ Clouser *et al.* 1997, σ.209.

την θεωρία τους μεταξύ των αντικειμενικών.⁸⁶ Οι Robert Sade, Lenk και Kovács υποστηρίζουν πως η θεωρία εντάσσεται στις υποκειμενικές και όχι στις αντικειμενικές θεωρίες υγείας, με το σκεπτικό ότι οι αξίες στην θεωρία τους συνεχίζουν να απορρέουν από τις υποκειμενικές αντιλήψεις, προτιμήσεις και επιθυμίες των ατόμων, ανεξάρτητα από το αν υπάρχει και καθολική, διυποκειμενική συμφωνία ως προς την αξιολόγηση μιας κατάστασης ως βλαβερής. Οι προτιμήσεις τους καθορίζονται από κοινωνικοπολιτισμικά κριτήρια και όχι από αντικειμενικά, βιολογικά δεδομένα. Για παράδειγμα, η κοινή αντίληψη ότι η επιληψία ήταν κάποτε είδος κατάρας προς τον παθόντα δεν σημαίνει ότι δεν αποτελούσε στην πραγματικότητα νόσο.

Περνώντας στην ολιστική θεωρία του Nordenfelt σημασία έχει αν το άτομο υποφέρει ή υπέστη κάποια αναπηρία που περιορίζει τις σωματικές και πνευματικές ικανότητές του να επιτυγχάνει τους ζωτικής σημασίας σκοπούς του. Σύμφωνα με τους Thomas Schramme και Christian Lenk, ο Nordenfelt ορίζοντας την υγεία με βάση τις υποκειμενικές ανάγκες του ατόμου και συγκεκριμένα τους ζωτικής σημασίας σκοπούς του, κινδυνεύει να ιατροκοποιήσει κοινωνικοπολιτικά και κάθε άλλου είδους καθημερινά ατομικά προβλήματα.⁸⁷ Η ανικανότητα των ανθρώπων να πετύχουν σκοπούς ζωής δεν φαίνεται να αποτελεί ικανοποιητικό *ιατρικό* κριτήριο Υ/Α. Ένα εργένικο, άνεργο και χωρίς φίλους άτομο θα μπορούσε να θεωρηθεί κοινωνικά αποκλεισμένο, αλλά θα ήταν υπερβολικό να χαρακτηριστεί ως άρρωστο, επειδή δεν ήταν σε θέση να πετύχει τους βασικούς σκοπούς της κοινωνικοποίησης, της δημιουργίας οικογένειας και της εύρεσης εργασίας σε ένα τυπικό περιβάλλον και κατέληξε να είναι δυστυχισμένο. Το κριτήριο του Nordenfelt αδυνατεί να διαχωρίσει τα ιατρικά από τα πολιτικοοικονομικά προβλήματα που πηγάζουν από τις κοινωνικές συνθήκες και την καθημερινότητα.

Ο Nordenfelt θα απαντούσε λέγοντας πως ακριβώς επειδή χρησιμοποιεί μια ολιστική θεωρία, προϋποθέτει τη σχέση μεταξύ υγείας, ατομικής ευημερίας και ατομικής ικανότητας. Εφόσον έχουμε αποδεχθεί ότι η ευημερία του ατόμου είναι περιορισμένη, εξαιτίας της ανικανότητάς του να αποκτήσει φίλους, οικογένεια και εργασία, πρέπει να αποδεχθούμε ότι είναι άρρωστο, ακόμη και αν η αιτία βρίσκεται εκτός ιατρικού/βιολογικού πλαισίου. Από την άλλη μεριά, η επίτευξη του ελάχιστου βαθμού ευτυχίας δεν δηλώνει αυτομάτως ότι το άτομο είναι υγιές, αλλά ούτε και η επίτευξη της υγείας υποδηλώνει την κατάκτηση της ευτυχίας. Ο λόγος είναι ότι το άτομο, παρόλο που είναι ικανό, μπορεί να επιλέξει να μην ικανοποιήσει τους ζωτικής σημασίας σκοπούς του ή λόγω μη τυπικών συνθηκών να θεωρείται αδύνατο να το κάνει. Η ανικανότητα (δευτέρου επιπέδου) είναι αυτή που αποτελεί το αναγκαίο και ικανό κριτήριο για να διαγνωστεί κάποιος ως άρρωστος και όχι η πραγματοποίηση καθωυτή των ζωτικής σημασίας σκοπών ή η επίτευξη της ελάχιστης ευτυχίας. Η κατάκτηση της ευτυχίας αποτελεί συνέπεια και ένδειξη της ύπαρξης καλής υγείας, όχι όμως απόδειξή της.⁸⁸

Επίσης, για να θεωρηθεί υγιές το άτομο απαιτείται να είναι ικανό για την πραγματοποίηση μόνο των ζωτικής σημασίας σκοπών που θα του εγγυηθούν την ευτυχία του μακροπρόθεσμα και όχι όσων έχει θέσει στην καθημερινότητά του.⁸⁹ Εντούτοις ένα άτομο που πετυχαίνει τους βασικούς σκοπούς του και είναι ευτυχισμένο, θεωρείται υγιές, παρόλο που την ίδια στιγμή μπορεί να βρίσκεται σε μια οργανισμικά παθολογική κατάσταση.⁹⁰ Ο Nordenfelt αδυνατεί έτσι να χαρακτηρίσει ως «παθήσεις» μια σειρά οργανισμικών δυσλειτουργιών ανεπαίσθητης/ασυμπτωματικής ή ελαφριάς κλινικής βαρύτητας, εάν αυτές δεν επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής του ατόμου. Ομοίως, ένα άτομο μπορεί να έχει κάποιο σοβαρό παθολογικό πρόβλημα, να το γνωρίζει αλλά διαμορφώνοντας ανάλογα την ζωή του, να είναι σε θέση να πετυχαίνει τους ζωτικούς του σκοπούς. Ως εκ τούτου, η

⁸⁶ Sade M. R. A Theory of Health and Disease: The Objectivist-Subjectivist Dichotomy. *The Journal of Medicine and Philosophy*. 1995, 20, 513-525, σ.517-518; Lenk, 2002, σ.160-161; Kovács, 1998, σ.36.

⁸⁷ Schramme, 2007, σ.15; Lenk, 2002, σ.216-217.

⁸⁸ Nordenfelt, 1995, σ.146.

⁸⁹ Schramme, 2007, σ.14.

⁹⁰ Nordenfelt, 2007, σ.7.

«πάθηση» και η υγεία μπορεί να συνυπάρχουν στο ίδιο υποκείμενο ταυτόχρονα.⁹¹

Για τον Boorse, το συμπέρασμα αυτό δεν μπορεί να γίνει αποδεκτό, καθώς η θεωρητική ή καλύτερα, επιστημονική έννοια της υγείας ισοδυναμεί με την απουσία ασθένειας, η οποία με την σειρά της εννοείται ως η στατιστικά υποφυσιολογική λειτουργία μέρους ενός οργανισμού κάποιου δεδομένου βιολογικού είδους.⁹² Ο Nordenfelt βρίσκει από την μεριά του τη θέση αυτή παράλογη, αφού αν ακόμη και η δυσλειτουργία ενός κυττάρου θεωρηθεί ασθένεια, τότε θα ήμασταν όλοι άρρωστοι και κανένας υγιής.⁹³ Ο Boorse απαντώντας στην μομφή αυτή, επισημαίνει πως αν και δεν είμαστε άρρωστοι εξαιτίας της δυσλειτουργίας ενός κυττάρου, παρόλα αυτά, θεωρητικά δεν πρέπει να διστάσουμε να πούμε, πως όλοι πράγματι φέρουμε μια οργανισμική παθολογικότητα.⁹⁴ Ο χαρακτηρισμός μιας κατάστασης ως παθολογικής είναι αξιακά ουδέτερος και δεν δηλώνει τίποτα για το αν η κατάσταση είναι επιθυμητή ή ανεπιθύμητη για τον φορέα της.

Ενώ ο Schramme (σε αντίθεση με τον Boorse) συμφωνεί με τον Nordenfelt ότι ένα άτομο μπορεί να είναι υγιές έχοντας ταυτόχρονα κάποια ασθένεια, ωστόσο υποστηρίζει ότι για να αποφύγουμε τις παραπάνω επιπλοκές της ολιστικής θεωρίας χρειαζόμαστε ένα *ελάχιστο μέτρο υγείας* και που τον ρόλο αυτό πληρεί καλύτερα η βιολογική κανονικότητα της βιοστατιστικής θεωρίας. Ανεξάρτητα από τους σκοπούς και τις επιδιώξεις του ατόμου, η λειτουργική κανονικότητα θα πρέπει να είναι ένα ικανό κριτήριο υγείας, ενώ η παθολογική οργανισμική συνθήκη, η αναγκαία προϋπόθεση κακής υγείας.⁹⁵

Ο Κονάcs όμως θεωρεί πως είναι αδύνατο να ορίσουμε την ανθρώπινη υγεία, δίχως να κάνουμε αναφορά στην υγεία της κοινωνίας.⁹⁶ Οι Leon Kass και Boorse υποστηρίζουν ότι μόνο τα έμβια όντα μπορούν να χαρακτηριστούν υγιή ή άρρωστα. Για τον Kass, η υγεία μπορεί να

αναφερθεί σε άλλες έννοιες μόνο μεταφορικά, όπως π.χ. υγιή οικογένεια, υγιή κοινωνία ή υγιές περιβάλλον.⁹⁷ Ο Boorse τονίζει ότι ένα περιβάλλον είναι για τους ανθρώπους υγιεινό ή ανθυγιεινό, αλλά όχι καθαυτό υγιές ή άρρωστο, απορρίπτοντας κάθε πολιτισμική έννοια της υγείας.⁹⁸ Σύμφωνα με τον Παναγιώτη Ουλή, η υγεία και η νόσος συνιστούν στον πυρήνα τους ψυχοβιολογικές και όχι κοινωνικές έννοιες. Τα κοινωνικά συστήματα αν και επιδρούν συνεχώς στα ανθρώπινα μέλη τους, προκαλώντας θετικές ή αρνητικές μεταβολές στον ψυχισμό τους, ως μη έμβια όντα δεν δύνανται να νοσήσουν. Παρόλο που μπορεί να χαρακτηριστούν ως δυνητικά παθογόνοι παράγοντες, ωστόσο οι ψυχικές διαταραχές που προκαλούν στα άτομα δεν συνιστούν «κοινωνικές διαταραχές».⁹⁹

Ο Κονάcs καταλήγει στον χαρακτηρισμό αυτό, διότι υιοθετεί ένα πολιτισμικό-κοινωνικό μοντέλο Y/A, στο οποίο η υγιής κοινωνία είναι αυτή που διακατέχεται από εύλογους κοινωνικούς κανόνες. Ένα ερώτημα θα μπορούσε να είναι το ποιος ορίζει τους κανόνες αυτούς –το κράτος, η κοινωνία, τα άτομα– όμως το ενδιαφέρον εδώ εστιάζεται περισσότερο στο ότι αποτελούν κριτήριο Y/A και όχι στο ποιος τους ορίζει. Είναι γεγονός ότι στην Σοβιετική Ένωση στην δεκαετία του '70 υπήρξε ζήτημα σχετικά με την αναγκαστική ψυχιατρική θεραπεία των αντιφρονούντων, καθώς υποστηριζόταν ότι τα άτομα αυτά δεν προσαρμόζονταν στους «καθολικά» αναγνωρισμένους κανόνες ομαλής λειτουργίας της κοινωνίας και επομένως έπρεπε να υποβληθούν σε «θεραπευτικές» παρεμβάσεις. Θα μπορούσε η θεωρία του Κονάcs να δικαιολογήσει τέτοιου είδους ενέργειες;

Ο Κονάcs έθεσε το ζήτημα αυτό μέσα από ένα παρόμοιο παράδειγμα, ασκώντας ταυτόχρονα κριτική στον παράγοντα των «τυπικών συνθηκών» της θεωρίας του Nordenfelt.¹⁰⁰ Για τον Nordenfelt οι τυπικές

⁹¹ Schramme, 2007, σ.15; Lenk, 2002, σ.215-216.

⁹² Boorse, 1977, σ.555.

⁹³ Nordenfelt, 1987, σ.28.

⁹⁴ Boorse, 1997, σ.85.

⁹⁵ Schramme, 2007, σ.15.

⁹⁶ Kovács, 1998, σ.37.

⁹⁷ Kass L. *Toward a More Natural Science. Biology and Human Affairs*. The Free Press, New York, 1985, σ.165. Βλ. επίσης Ουλής Π. *Η φύση της ψυχικής νόσου. Μια φιλοσοφική-επιστημονική διερεύνηση*. Εξάντας. 2003, σ.163.

⁹⁸ Boorse, 2014, σ.21-22.

⁹⁹ Ουλής, 2003, σ.183-184.

¹⁰⁰ Kovács, 1998, σ.36.

συνθήκες καθορίζονται από τα μέλη της εκάστοτε κοινωνίας ανάλογα με το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον και τον αξιακό κώδικα που ισχύει.¹⁰¹ Στις τυπικές συνθήκες μιας ναζιστικής κοινωνίας, τα άτομα που δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στους κοινωνικούς κανόνες της και αδυνατούν να επιτύχουν τους βασικούς τους σκοπούς, είναι σύμφωνα με τον Κονάcs περισσότερο υγιή από αυτά που κατάφεραν να προσαρμοστούν και απολαμβάνουν ένα ελάχιστο επίπεδο ευημερίας. Όμοια, σε μια ρατσιστική κοινωνία η διάκριση βάσει του χρώματος δέρματος δεν αποτελεί εύλογο κοινωνικό κανόνα και δεν καθιστά τα άτομα π.χ. με έγχρωμο δέρμα ασθενείς. Η αδυναμία να επιτύχει κανείς τους βασικούς σκοπούς του σε ένα τυπικό περιβάλλον δεν τον καθιστά αυτομάτως άρρωστο, διότι το περιβάλλον είναι άρρωστο εξαιτίας των μη λογικών και συνετών κοινωνικών κανόνων. Με την ίδια λογική, ο Κονάcs, υποθέτουμε πως θα θεωρούσε τους αντιφρονούντες στην Σοβιετική Ένωση ως υγιείς και την κοινωνία ως άρρωστη, διότι οι κυρίαρχοι κοινωνικοί κανόνες της δεν ήταν εύλογοι, αφού βασιζόνταν στις πολιτικές διακρίσεις, ενώ υπέσκαπταν βασικές ελευθερίες και καταπατούσαν θεμελιώδη δικαιώματα.

Καταλήγοντας, ο Κονάcs παραδέχεται ότι ο όρος «εύλογοι κοινωνικοί κανόνες» είναι πιο ασαφής ακόμη και από αυτόν της υγείας. Το τι θα θεωρηθεί εύλογο ή ηθικώς δικαιολογημένο σε μια κοινωνία εξαρτάται από πολλούς μεταβλητούς παράγοντες, όπως π.χ. την παράδοση, την θρησκεία, τους θεσμούς, την ιδεολογία, τις επιθυμίες και τις προτιμήσεις των ατόμων, κ.ά. Επομένως, αναπόφευκτα, μεταξύ αυτών θα συναντήσει κανείς και την ηθική ως αναπόσπαστο μέρος μιας κοινωνίας και άρα ως αναπόσπαστο μέρος ενός ορισμού της Υ/Α.¹⁰² Μια αποκλειστικά βιολογική επεξήγηση της Υ/Α θα ήταν στην καλύτερη περίπτωση για τον Κονάcs, ελλιπής.

Μια διαφορετική αξιολογική προσέγγιση

Στο πλαίσιο της αξιολογικής αναλυτικής προσέγγισης των εννοιών της Υ/Α προβάλλεται

συχνά η παραδοχή πως οι αξίες συνιστούν υποκειμενικές ή διυποκειμενικές κατασκευές των ανθρώπων μιας κοινωνίας κατά την ιστορική πορεία μετασχηματισμού της στον χρόνο. Οι αξίες εκλαμβάνονται ως υποκειμενικές ιδιότητες, επιθυμίες, προτιμήσεις ή στάσεις των ανθρώπων, οι οποίες στερούνται αντικειμενικής θεμελίωσης ως προς την εγκυρότητα ή την ορθότητά τους και επομένως, μπορούν να διαφέρουν από άτομο σε άτομο, από κοινωνία σε κοινωνία ή από χρόνο σε χρόνο. Οι αξίες είναι στην περίπτωση αυτή σχετικές ως προς τα υποκείμενα που τις συγκροτούν.¹⁰³ Ο Boorse υπό την παραδοχή αυτή,¹⁰⁴ υποστήριξε πως μια βιολογικά θεμελιωμένη θεωρία Υ/Α δεν μπορεί να είναι στον πυρήνα της κοινωνικής αξιολογικής φύσεως,¹⁰⁵ και επομένως, οι έννοιες της Υ/Α είναι αξιακά ουδέτερες.¹⁰⁶

Η κανονιστικότητα μιας έννοιας όμως δεν δηλώνει αυτομάτως αξιακή σχετικότητα.¹⁰⁷ Σύμφωνα με τον Lennox, υπάρχει ένα είδος αξιών –μεταξύ αυτών η υγεία– το οποίο θεμελιώνεται πάνω σε εμπειρικά/βιολογικά γεγονότα και όχι σε υποκειμενικές προτιμήσεις και επιθυμίες.¹⁰⁸ Αποφεύγοντας την παραδοχή του Boorse, ο Lennox υποστηρίζει πως η έννοια της υγείας είναι στον πυρήνα της αξιακά φορτισμένη. Η αξιολογική προσέγγισή του όμως δεν είναι υποκειμενική, αλλά αντικειμενική, θεωρώντας πως οι βιολογικοί σκοποί των οργανισμών έχουν εγγενή αξία, δηλ. είναι σκοποί καθαυτοί και ταυτόχρονα μέσα, που συμβάλλουν σε άλλους σκοπούς, με θεμελιωδέστερο όλων, τη «διαρκή και απρόσκοπτη διατήρηση της ζωής». Η αξιολογική φόρτιση των σκοπών, καθώς και αυτή των οργανισμικών λειτουργιών που συμβάλλουν ή όχι σε αυτούς, προκύπτει από το γεγονός ότι συνδέονται βιολογικά με τον έσχατο σκοπό της ζωής, συμβάλλοντας θετικά ή αρνητικά σε αυτόν. Η διάγνωση αυτή είναι αντικειμενική, αφού τα όρια συμβολής κάθε οργανισμικού συστήματος στον βιολογικό σκοπό της ζωής

¹⁰³ Ουλής, 2003, σ.158-160.

¹⁰⁴ Βλ. Boorse, 1977, σ.544-545.

¹⁰⁵ Boorse, 1977, σ.556.

¹⁰⁶ Sade, 1995, σ.514-516.

¹⁰⁷ Goosens, 1980, σ.100-101.

¹⁰⁸ Lennox J. Health as an Objective Value. *The Journal of Medicine and Philosophy*. 1995, 20: 499-511.

¹⁰¹ Nordenfelt, 1987, σ.147.

¹⁰² Κονάcs, 1998, σ.38.

διαπιστώνονται εμπειρικά, μελετώντας επιστημονικά τα οργανισμικά γεγονότα και τα βιολογικά χαρακτηριστικά των οργανισμών, ανεξάρτητα από τις προτιμήσεις των ανθρώπων.¹⁰⁹

Ο Lennox ορίζει την υγεία ως «την κατάσταση όπου οι βιολογικές δραστηριότητες ενός συγκεκριμένου είδους έμβιου όντος διεξάγονται εντός των ορίων που συμβάλλουν στην διαρκή, απρόσκοπτη διαβίωσή του».¹¹⁰ Το «κανονικό» ή το «κατάλληλο» επίπεδο λειτουργίας δεν αντανακλά μονάχα ένα στατιστικό μέγεθος, αλλά δηλώνει ταυτόχρονα ποια συμβολή θεωρείται αντικειμενικά επιτυχής για την διατήρηση της ζωής και ποια αποτελεί απειλή, υπό την προϋπόθεση ότι προσεγγίζουμε την ζωή του ατόμου ως αξία.¹¹¹

Σύμφωνα με τον Sade, ο Lennox δίνει προτεραιότητα στο αγαθό του υπέρτατου βιολογικού σκοπού (της ζωής) και εκκινώντας από εκεί, στην συνέχεια αξιολογεί τις οργανισμικές λειτουργίες που συμβάλλουν επιτυχώς (υγεία) ή ανεπιτυχώς (ασθένεια) στον σκοπό αυτό. Ο σκοπός αυτός είναι επιθυμητός διότι έχει εγγενή αξία και όχι αντίστροφα, όπως συμβαίνει στις αξιολογικά υποκειμενικές θεωρίες των Boorse και Clouser *et al.* που θεωρούν ότι κάτι έχει (είναι) αξία, διότι επιθυμείται από τα άτομα, δίνοντας προτεραιότητα στην επιθυμία –που είναι σχετική/υποκειμενική– έναντι του σκοπού.

Ο Sade υιοθετεί αφενός την αντικειμενική προσέγγιση υγείας του Lennox, αφετέρου όμως υποστηρίζει, ότι για τους ανθρώπινους οργανισμούς, το αντικειμενικό μέτρο υγείας, δεν είναι απλά η απρόσκοπτη διατήρησή τους στην ζωή, αλλά η ευδοκίμησή τους (human flourishing) μέσα από την βίωση μιας πλήρους νοήματος ζωής στην υπηρεσία της οποίας τίθενται δύο χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ανθρώπινης φύσης, ο πρακτικός λόγος και η ικανότητα ηθικών επιλογών και κρίσεων.¹¹² Ο Sade συμφωνεί με τον Lennox πως στην έννοια της υγείας εμπεριέχονται βιολογικές,

αντικειμενικές αξίες. Όμως, για τα ανθρώπινα όντα, η έννοια της υγείας είναι ευρύτερη από αυτή που προτείνει ο Lennox. Σε αυτή περιλαμβάνονται όχι μόνο οι βιολογικές αλλά και οι ηθικές αξίες, που συμβάλλουν αντικειμενικά στον υπέρτατο σκοπό της επίτευξης μιας ολοκληρωμένης ζωής (π.χ. οι αρετές της δικαιοσύνης και της ειλικρίνειας, η προώθηση της ευεξίας, η ικανοποίηση βιοτικών αναγκών, κ.ά.). Αντίθετα αποκλείονται οι αξίες που αντανακλούν υποκειμενικές προτιμήσεις και επιθυμίες. Η διάκριση μεταξύ βιολογικών και ηθικών αξιών ωθεί τον Sade να διακρίνει μεταξύ βιολογικής και ηθικής υγείας. Η πρώτη να αναφέρεται στην καλή λειτουργία των οργανισμικών μερών και συστημάτων που συμβάλλουν στην επιβίωση και η δεύτερη στην καλή λειτουργία των διαφόρων στάσεων, προτιμήσεων, επιθυμιών και συμπεριφορών του ατόμου που συντελούν στην ευδαιμονία.¹¹³

Ο Sade δέχεται πως το ηθικώς καλό διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο. Αυτό όμως που δεν διαφέρει είναι ότι υπάρχουν συγκεκριμένες ηθικές αξίες, οι οποίες είναι καθολικές και επιστημονικά αναγνωρίσιμες, και οι οποίες απαιτούνται, προκειμένου να ευδοκιμήσει ένα ανθρώπινο ον.¹¹⁴ Το κάθε άτομο θα αξιολογήσει και θα ιεραρχήσει τους σκοπούς και τις αξίες αυτές, προκειμένου να επιτύχει το ηθικώς καλό, όπως το καθόρισε το ίδιο. Μεταξύ των αξιών που οδηγούν στην ευδαιμονία, ο Sade τοποθετεί την υγεία, η οποία προωθείται και διατηρείται μέσα από εύλογες ηθικές επιλογές υπέρ της ανάπτυξης τρόπων διαβίωσης που συμβάλλουν αντικειμενικά στην ευδοκίμηση της ανθρώπινης ζωής.¹¹⁵

Μια προσωπική προσέγγιση

Σε αντίθεση με τις τέσσερις θεωρίες που παρουσιάστηκαν στην εργασία, θεωρώ ότι μόνο οι Lennox και Sade βρίσκονται στον σωστό δρόμο αποτύπωσης της πραγματικής εικόνας της υγείας. Απορρίπτοντας τον ρόλο των υποκειμενικών προτιμήσεων και επιθυμιών ως καθοριστικό παράγοντα διάγνωσης της Y/A, ο

¹⁰⁹ Ο.π., σ.506-508.

¹¹⁰ Ο.π., σ.502.

¹¹¹ Ο.π., σ.508.

¹¹² Sade, 1995, σ.518-523, ειδικότερα βλ. σ.519, 520.

¹¹³ Ο.π., σ.520.

¹¹⁴ Ο.π., σ.522.

¹¹⁵ Ο.π., σ.520.

Boorse θεώρησε αυτομάτως ότι οι έννοιες της Υ/Α είναι αξιακά ουδέτερες. Οι Lennox και Sade υιοθετώντας μια αξιολογικά αντικειμενική θεώρηση,¹¹⁶ υποστήριξαν σωστά κατά την γνώμη μου, ότι αφενός η έννοια της υγείας είναι κανονιστικής φύσεως, αφετέρου ότι η κατανόησή της δεν εξαρτάται από ποικίλλουσες και ευμετάβλητες αισθητικές, κοινωνικές ή πολιτισμικές αξίες, αλλά από βιολογικές αξίες που διαθέτουν αντικειμενικό ηθικό περιεχόμενο. Επιπλέον, εξαιτίας των ιδιαιτεροτήτων της φύσης του ανθρώπου, η έννοια της υγείας του θα όφειλε, όπως εύλογα υποστήριξε ο Sade, να είναι ευρύτερη αυτής των άλλων οργανισμών στην φύση.

Ωστόσο, οι Lennox και Sade παραβλέπουν ένα βασικό και καθοριστικό χαρακτηριστικό της υγείας, δηλ. την ικανότητα του ανθρώπου για αυτογνωσία. Στην «ιδέα της αυτογνωσίας» – όπως ονομάζω το θεωρητικό πλαίσιο της προσέγγισής μου – η υγεία υφίσταται μόνο στα ανθρώπινα όντα, διότι το μέτρο με το οποίο θα αξιολογήσουμε την κατάσταση υγείας, είναι εξ υποθέσεως, το κριτήριο της αυτογνωσίας. Οι χαρακτηρισμοί «υγιές όργανο», «υγιές ζώο» ή «υγιές φυτό» είναι άνευ νοήματος, καθώς ούτε τα όργανα, ούτε τα μη ανθρώπινα ζώα, ούτε τα φυτά είναι ικανά προς αυτογνωσία. Μόνον ο άνθρωπος είναι ικανός να επιτελέσει την χαρακτηριστική για το είδος του λειτουργία της αυτογνωσίας και επομένως, υπάρχει μόνο ανθρώπινη υγεία.

Ο βασικός κορμός στην «ιδέα της αυτογνωσίας» είναι η σχέση υγεία-αυτογνωσία-ευδαιμονία. Η υγεία ερμηνεύεται ως δείκτης που αξιολογεί τον βαθμό επίτευξης του σκοπού της αυτογνωσίας και που με την σειρά της η τελευταία συμβάλλει στην κατάκτηση του αγαθού της ευδαιμονίας στο οποίο αποσκοπεί ο άνθρωπος. Η αυτογνωσία ως καθαρά ανθρώπινο, βιολογικά θεμελιωμένο και επιστημονικά διαγνωσμένο, χαρακτηριστικό –αφού προέκυψε από την φυσική επιλογή– αποτελεί αντικειμενική αξία. Η αξιακή της φόρτιση δεν εκπηγάζει από

υποκειμενικές προτιμήσεις και επιθυμίες, αλλά από την στενή δέσμευσή της με την ανθρώπινη ευδοκίμηση. Η αντικειμενικότητά της έγκειται στην αδιαμφισβήτητη συμβολή της στην ικανοποίηση της θεμελιώδους βιοτικής ανάγκης του αξιολογούντος υποκειμένου που είναι η ανθρώπινη ευδοκίμηση.

Βεβαίως, είμαστε ελεύθεροι να αρνηθούμε την αυτογνωσία ως αντικειμενική αξία, όπως αναφέρει και ο Lennox στην αντίστοιχη περίπτωση της εκούσιας απόρριψης της ζωής ως αντικειμενικό αξιολογικό μέτρο.¹¹⁷ Αυτό όμως που δεν είμαστε ελεύθεροι να αποφύγουμε, είναι οι συνέπειες που θα έχει η απορριπτική μας απόφαση, δηλ. στην περίπτωση του Lennox για την διατήρηση της ζωής, στην περίπτωση της «ιδέας της αυτογνωσίας» για την ευδοκίμηση της ανθρώπινης ζωής.

Η ανθρώπινη ευδοκίμηση προσεγγίζεται σαν αυτοσκοπός, ενώ η αυτογνωσία ως σκοπός καθ'αυτός και μέσο ταυτόχρονα για την κατάκτηση του πρώτου. Η ζωή που προσιδιάζει στα ανθρώπινα όντα είναι τουλάχιστον αυτή που το άτομο γνωρίζει τον εαυτό του και τον κόσμο γύρω του και που έπειτα κατατείνει προς το ύψιστο αγαθό της ευδαιμονίας. Όσο περισσότερο ο άνθρωπος γνωρίζει τον εαυτό του, τόσο περισσότερο (εξ-)ασκεί την ικανότητα της αυτογνωσίας, και όσο περισσότερο την (εξ-)ασκεί, τόσο περισσότερο γίνεται υγιές και τόσο περισσότερο διαφέρει από τα άλλα ζώα, βιώνοντας μια ζωή που προσιδιάζει στην φύση του. Η υγεία επομένως δεν αποτελεί κατάσταση, αλλά μια ατέρμονη διαδικασία. Δεν είμαστε υγιείς αλλά γινόμαστε συνεχώς.

Η αυτογνωσία μπορεί να επιτευχθεί ακόμη και μέσα από την βίωση μιας ασθένειας ως οργανισμική παθολογική κατάσταση. Η επιβίωση του οργανισμού αποτελεί αναγκαία – όχι ικανή- συνθήκη για την αυτογνωσία. Χωρίς την επιβίωση δεν υπάρχει αυτογνωσία. Μια μακρόχρονη επιβίωση είναι προτιμότερη από μια βραχύχρονη, εάν υποθέσουμε ότι και στις δύο περιπτώσεις το άτομο κοπιάζει διαρκώς να γνωρίσει τον εαυτό του. Ένα άτομο που πάσχει από μια θανατηφόρα ασθένεια και δεν περιορίζεται η (εξ-)άσκηση της αυτογνωσίας

¹¹⁶ Για μια κανονιστική προσέγγιση της έννοιας της νόσου με βιολογικές, αντικειμενικές αξίες, βλ. Ουλής, 2003, σ.158-162 και Canguilhem G. The Normal and the Pathological – Introduction to the problem, στο Health, Disease and Illness: Concepts in Medicine, 2004, σ.40-42.

¹¹⁷ Βλ. Lennox, 1995, σ.503.

του, γίνεται υγιές και ταυτόχρονα είναι άρρωστο. Αυτό δεν είναι παράδοξο, εάν έχει κανείς στο νου του ότι ο υπέρτατος σκοπός για τα ανθρώπινα όντα δεν είναι πλέον η βιολογική ή κοινωνική κανονικότητα, αλλά η επίτευξη της αυτογνωσίας, με έσχατο σκοπό την άνθηση της ανθρώπινης ζωής. Εμμέσως λοιπόν, δεν νοείται και ζήτημα συμμετρικότητας μεταξύ Υ/Α.

Στην «ιδέα της αυτογνωσίας» θεωρείται καθαυτό καλό για τον άνθρωπο, να γνωρίσει τον εαυτό του. Το ηθικώς καλό αντανακλάται μέσα από την ενέργεια του ατόμου να επιτύχει εκείνους τους σκοπούς και να ζει σύμφωνα με εκείνες τις αξίες που προσιδιάζουν στον βίο ενός ανθρώπινου όντος και ο οποίος δεν μπορεί να νοηθεί ή να κατανοηθεί αποκομμένος από έναν υπέρτατο αγαθό σκοπό. Η επιβίωση, ως υπέρτατος σκοπός, αδυνατεί να αντιληφθεί την ειδοποιό διαφορά του ανθρώπου, η οποία χαρακτηρίζει το είδος του και τον βίο του. Ο υγιής βίος δεν νοείται δίχως την αυτογνωσία, όχι όμως επειδή αυτή επιθυμείται από τα άτομα ή επειδή αποτελεί συνθήκη μεταξύ ανθρώπων, αλλά επειδή αφενός μέσα από αυτήν αναδεικνύεται η ανθρώπινη φύση και αφετέρου επειδή αποτελεί αξιολογικό κριτήριο μιας ευδόκιμης και νοήμονος ζωής.

Καταλήγοντας, είναι απαραίτητο να γίνει ένα σύντομο σχόλιο σχετικά με το λεγόμενο «δικαίωμα στην υγεία».¹¹⁸ Στην «ιδέα της αυτογνωσίας», το «δικαίωμα στην υγεία» προσεγγίζεται ή καλύτερα, ερμηνεύεται ως ένα υποκειμενικό, θεμελιώδες δικαίωμα στην γνώση του εαυτού μας. Το δικαίωμα στην αυτογνωσία το έχουν όλα τα υποκείμενα που ανήκουν στο είδος *homo sapiens* και είναι θεμελιώδες, διότι αποτελεί προϋπόθεση, όμοια με αυτή των άλλων θεμελιωδών δικαιωμάτων, για να διεξάγουν τα υποκείμενα μια ζωή που προσιδιάζει στην ευδοκίμηση της ανθρώπινης φύσης. Η αντικειμενικότητα της ανθρώπινης ανάγκης για αυτογνωσία θεμελιώνει με την σειρά της την αντικειμενική ορθότητα εκπλήρωσης του δικαιώματος για αυτογνωσία.

Ο άνθρωπος είναι 'εξοπλισμένος' εκ φύσεως με το δικαίωμα στην αυτογνωσία, ανεξάρτητα από το φύλο, τον βαθμό νοημοσύνης, την

υπηκοότητα, την καταγωγή, το μορφωτικό επίπεδο, τις κοινωνικοπολιτικές συνθήκες και το νομικό πλαίσιο στο οποίο υπόκειται. Ο ρόλος του κράτους (και των γονέων στην περίπτωση των παιδιών¹¹⁹) είναι να δημιουργήσουν τις απαραίτητες προϋποθέσεις (π.χ. θεσμούς, υποδομές, κ.ά.) ώστε να έχουν όλοι οι πολίτες την δυνατότητα της απρόσκοπτης άσκησης της αυτογνωσίας. Υπό το πρίσμα αυτό, η εφαρμογή της «ιδέας της αυτογνωσίας» θα αποτελούσε άλλο ένα βήμα προς την ισότητα μεταξύ των ανθρώπων, μια νέα αρχή ισότητας.

Η «ιδέα της αυτογνωσίας» προτείνει μια νέα προσέγγιση υγείας. Θα ήταν ελλιπής η εικόνα που θα είχαμε για την ανθρώπινη υγεία, εάν την περιορίζαμε εντός του στενού πλαισίου της επιβίωσης, της αναπαραγωγής, της κοινωνικής ή/και βιολογικής προσαρμογής και της επίτευξης στόχων. Καταλήγοντας, η σύγχρονη Βιολογία, η οποία μελετά τους βιολογικούς μηχανισμούς κατακερματίζοντάς τους σε μέρη προκειμένου να τους αναλύσει αποσκοπώντας στο να μάθει πώς λειτουργούν, δεν διαθέτει τα κατάλληλα εφόδια για να καθορίσει την ανθρώπινη υγεία. Η Βιολογία όμως με την κλασσική, αρχαιοελληνική της έννοια ως μελέτη του ανθρώπινου βίου και των τρόπων που θα όφειλε να βιωθεί βασισμένος στο ηθικό αγαθό,¹²⁰ είναι κατά την γνώμη μου, ικανή να το κάνει.

¹¹⁸ Βλ. Kass, 1985, σ.182-183.

¹¹⁹ Σύμφωνα με τον Joel Feinberg, τα παιδιά έχουν δικαιώματα όμοια με αυτά των ενηλίκων, ωστόσο, επειδή είναι σωματικώς και πνευματικώς ακόμη ανίκανα να τα ασκήσουν ως αυτόνομα άτομα, παρά μόνο αργότερα στην ενηλικίωσή τους, οφείλουν τα δικαιώματα αυτά, αγγλ. "rights-in-trust", να προστατευθούν, όπως είναι π.χ. το δικαίωμα σε ένα ανοικτό μέλλον (Feinberg, J. *Freedom and Fulfillment. Philosophical Essays*. Princeton University Press. 1992. Κεφ. 3, ιδιαίτερα σ.76-78). Με παρόμοιο τρόπο, το δικαίωμα στην αυτογνωσία είναι ένα "right-in-trust".

¹²⁰ Βλ. Kass, L. *Life, Liberty and the Defense of Dignity. The Challenge for Bioethics*. Encounter Books. 2002, σ.277-297. Ιδίως, σ.293.

Βιβλιογραφία

- Boorse C. On The Distinction between Disease and Illness. *Philosophy & Public Affairs*. 1975, 5(1): 49-68.
- Boorse C. What a theory of mental health should be. *Journal for the Theory of Social Behavior*. 1976a, 6(1): 61-84.
- Boorse C. Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*. 1977, 44(4): 542-573.
- Boorse C. A Rebuttal on Health. στο Humber, J. & Almeder R. (eds.) *What Is Disease?* Humana Press, 1997, σ.1-135.
- Boorse C. A Second Rebuttal on Health. *Journal of Medicine and Philosophy*. 2014, 39(6): 683-724.
- Clouser D. Culver C. & Gert B. Malady: A New Treatment of Disease, στο Caplan A. McCartney J. Sisti D. *Health, Disease and Illness: Concepts in Medicine*, Georgetown University Press. 2004, σ.90-104.
- Clouser D. Culver C. & Gert B. Malady, στο Humber, J. & Almeder R. (eds.) *What Is Disease?* Humana Press, 1997, σ.173-219.
- Cooper R. Disease. *Stud. Hist. Phil. Biol. & Biomed. Sci*. 2002, 33, 263-282.
- Culver C. Gert B. *Philosophy in Medicine. Conceptual and Ethical Issues in Medicine and Psychiatry*. Oxford, 1982.
- Daniels N. Health Care needs and Distributive Justice. *Philosophy and Public Affairs*, 1981, 10(2):146-179.
- Engelhardt Tr. Jr. Concepts of health and disease, στο Engelhardt, Tristram Jr. & Spicker, Stuart, D (eds.). *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*. Reidel Publishing Company, Dordrecht, Holland, 1974, σ.125-141.
- Ereshefsky M. Defining health and disease. *Stud Hist Philos Biol Biomed Sci*. 2009, 40(3):221-7.
- Feinberg, J. *Freedom and Fulfillment. Philosophical Essays*. Princeton University Press. 1992.
- Fulford, K.W. M. Moral theory and Medical practice, Cambridge University Press, New York, 1989: 72-87.
- Goosens, W. Values, Health and Medicine. *Philos Sci*. 1980, 47: 100-115.
- Hesslow G. Do we need a concept of disease? *Theor Med*. 1993, 14(1): 1-14.
- Kass L. *Toward a More Natural Science. Biology and Human Affairs*. The Free Press, New York, 1985.
- Kass, L. *Life, Liberty and the Defense of Dignity. The Challenge for Bioethics*. Encounter Books. 2002.
- King C. D. The Meaning of Normal. *The Yale Journal of Biology and Medicine*. 1945, 17(3):493-501.
- Kingma E. What is it to be healthy? *Analysis*. 2007, 67(294): 128-133.
- Kovacs J. The Concept of Health and Disease. *Med Health Care Philos*. 1998, 1(1):31-39.
- Lenk C. *Therapie und Enhancement. Ziele und Grenzen der modernen Medizin*. Lit, 2002.
- Margolis J. The Concept of Disease. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1976, 1, 3.
- Martin M. Malady and menopause. *Journal of Medicine and Philosophy*. 1985, 10, 329-337.
- McKenny G. Human Enhancement Uses of Biotechnology, Ethics, Therapy vs. Enhancement, στο Encyclopedia of Ethical, Legal and Policy Issues in Biotechnology. (Ed.) Murray Th., Mehlman M. New York: Wiley, 2000: 507-515.
- Mordacci R. Sobel R. Health: A Comprehensive Concept, στο Caplan A. McCartney J. Sisti D. *Health, Disease and Illness: Concepts in Medicine*, Georgetown University Press, 2004, σ.104-110.
- Nordenfelt L. On the relevance and importance of a notion of disease. *Theor Med*. 1993, 14(1):15-26.
- Nordenfelt L. *On the Nature of Health. An Action – Theoretic Approach*. D. Reidel, 1987.

- Nordenfelt L. Action, ability and health: Essays in the philosophy of action and welfare. Springer, 2000.
- Nordenfelt L. On the goals of medicine, Health enhancement and social welfare. *Health Care Analysis* 2001, 9(1):15-23.
- Nordenfelt L. The Logic of Health Concepts, στο Khushf G. (ed.) *Handbook of Bioethics*, Kluwer, Netherlands, 2004, σ.205-222.
- Nordenfelt L. The concepts of health and illness revisited. *Med Health Care Philos.* 2007, 10(1):5-10.
- Ουλής Π. *Η φύση της ψυχικής νόσου. Μια φιλοσοφική-επιστημονική διερεύνηση*. Εξάντας, 2003.
- Parens, E. Is Better Always Good? The Enhancement Project, στο Parens Erik (ed.). *Enhancing Human Traits. Ethical and Social Implications*. Georgetown University Press, 1998, σ. 1-28.
- Reznek L. *The Nature of Disease*. Routledge, 1987.
- Ruse M. Defining disease. The Question of Sexual Orientation, στο Humber, James M. & Almeder, Robert F. (eds.) *What Is Disease?* Humana Press, 1997, σ.137-143.
- Sade M. R. A Theory of Health and Disease: The Objectivist-Subjectivist Dichotomy. *The Journal of Medicine and Philosophy*. 1995, 20, 513-525.
- Schramme T. A qualified defense of a naturalist theory of health, *Med Health Care Philos.* 2007, 10(1):11-17.
- Stempsey W. A pathological view of disease. *Theoretical Medicine*, 2000, 21:321-330.

Ιστοσελίδες

- Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- Niyi, A. Re-defining 'Health'. Ημερομηνία ανάκτησης: 26-06-2014. http://www.who.int/bulletin/bulletin_board/83/ustun11051/en/
- Zach, D. Health and Illness: The definition of the World Health Organisation. Ημερομηνία ανάκτησης: 26-06-2014. http://www.medizin-ethik.ch/publik/health_illness.htm.
- McDonald, C. Problems with the WHO definition of 'health'. Ημερομηνία ανάκτησης: 27-06-2014. http://catherinemcdonald.net/Articles/Problems_with_WHOhealth.html.