

Bioethica

Vol 1, No 1 (2015)

Bioethica



ISSN: 2653-8660



2015 • Τόμος 1 • Τεύχος 1

2015 • Volume 1 • Issue 1

ΒΙΟΗΘΙΚΑ

BIOETHICA

Ηλεκτρονικό Περιοδικό της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής

Online Journal of the Hellenic National Bioethics Commission

» Συντακτική Επιτροπή

Τάκης Βιδάλης
Βασιλική Μολλάκη
Μαριάννα Δρακοπούλου
Ρωξάνη Φράγκου
Αριάδνη Α. Χάγερ-Θεοδωρίδου



» Επιστημονική Επιτροπή

Ειρήνη Αθανασάκη
Νικόλαος Ανάγνου
Γεώργιος Βασιλάρος
Φίλιππος Βασιλόγιαννης
Γιώργος Βασιλόπουλος
Τάκης Βιδάλης
Στέλιος Βιρβιδάκης
Σπύρος Βλαχόπουλος
Εμμανουήλ Γαλανάκης
Στέλλα Γιακουμάκη
Δρακούλης Γιαννουκάκος
Τίνα Γκαράνη – Παπαδάτου
Μυρτώ Δραγώνα-Μονάχου
Μαρία Καϊάφα - Γκμπάντι
Εμμανουήλ Καναβάκης
Ιωάννης Καράκωστας
Ανδρέας Καραμπίνης
Έλλη Καστανίδου - Συμεωνίδου
Ισμήνη Κριάρη - Κατράνη
Δημήτρης Κλέτσας
Φραγκίσκος Κολίσης
Κωνσταντίνος Κορναράκης
Έφη Κουνουγέρη - Μανωλεδάκη
Μαρία Κούση

Σωτήρης Κυρτόπουλος
Νικόλαος Κωστομητσόπουλος
Βασιλική Μολλάκη
Γρηγόρης Μολύβας
Ιωάννης Μπολέτης
Φιλήμων Παιονίδης
Θανάσης Παπαχρίστου
Γεώργιος Πατρινός
Βασιλική Πετούση
Ιωάννης Πέτρου
Ευσέβιος Πιστολής
Ελένη Ρεθυμιωτάκη
Χαράλαμπος Σαββάκης
Κώστας Σταμάτης
Χριστόδουλος Στεφανάδης
Στέλιος Στυλιανίδης
Παύλος Σούρλας
Σταυρούλα Τσινόρεμα
Κωνσταντίνος Τσουκαλάς
Αναστάσιος Φιλαλήθης
Κατερίνα Φουντεδάκη
Αριάδνη Λουκία Χάγερ-Θεοδωρίδου
Κωνσταντίνος Χαριτίδης
Αριστείδης Χατζής
Χαράλαμπος Χρυσανθάκης

» Επιμέλεια Έκδοσης

Βασιλική Μολλάκη



Το Περιοδικό "ΒΙΟΗΘΙΚΑ"

Το Περιοδικό "ΒΙΟΗΘΙΚΑ" αποτελεί ηλεκτρονική έκδοση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής. Τα θεματικά του ενδιαφέροντα καλύπτουν όλο το φάσμα της σύγχρονης βιοηθικής. Για το λόγο αυτό, καλούμε όχι μόνο καθιερωμένους αλλά κυρίως νέους επιστήμονες να στείλουν τις συμβολές τους.

Σκοπός του Περιοδικού είναι η ενημέρωση και η ανταλλαγή απόψεων και γνώσεων μεταξύ των επιστημόνων όλων των κλάδων με ιδιαίτερο θεωρητικό ή πρακτικό ενδιαφέρον για θέματα που αφορούν στη Βιοηθική. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού, στο Περιοδικό δημοσιεύονται, στην ελληνική ή στις κύριες ευρωπαϊκές γλώσσες, εργασίες που αποτελούν Άρθρα Σύνταξης, Πρωτότυπες Εργασίες και Ανασκοπήσεις.

Οι Πρωτότυπες Εργασίες και οι Ανασκοπήσεις διαβιβάζονται ανώνυμα σε διεπιστημονική ομάδα τριών κριτών, οι οποίοι τις αξιολογούν. Μόνο όσες εργασίες λάβουν οριστική έγκριση από τους κριτές δημοσιεύονται στο Περιοδικό. Επισημαίνεται ότι οι απόψεις στα κείμενα εκφράζουν μόνο τους συγγραφείς.

Αναλυτικές πληροφορίες για το Περιοδικό "ΒΙΟΗΘΙΚΑ" θα βρείτε στην ιστοσελίδα της Επιτροπής ([ΒΙΟΗΘΙΚΑ](#)).



Μάρτιος 2015 • Τόμος 1 • Τεύχος 1

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ - CONTENTS

Άρθρο Σύνταξης - Editorial	1
«Βιοηθικά»: μια αρχή	2
Τάκης Βιδάλης	
Πρωτότυπες Εργασίες - Original Articles	3
Ορίζοντας την υγεία και την ασθένεια: Η αυτογνωσία ως κριτήριο υγείας	4
Γρηγόρης Αθανασιάδης	
Should there be two genders? The case of intersex people.....	25
Nikoleta Pikramenou	
Το δικαίωμα των ομοφυλόφιλων προς απόκτηση απογόνων στην Ελλάδα	32
Καλλιόπη Κηπουρίδου, Μαρία Μηλαπίδου	
Ανασκόπηση - Review	46
Βιοηθική και σύγχρονη τέχνη: παραδείγματα και ερωτήματα.....	47
Νιόβη - Ευγενία Παπαδάκη	



ΒΙΟΗΘΙΚΑ

Ηλεκτρονικό Περιοδικό της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής

Άρθρο Σύνταξης - Editorial

«Βιοηθικά»: μια αρχή

Τάκης Βιδάλης



t.vidalis@bioethics.gr

Οι πρόσφατες ανακοινώσεις από τη Βρετανία για την νομοθετική αποδοχή της αντικατάστασης του μιτοχονδριακού DNA σε ανθρώπινα ωάρια, που προορίζονται για αναπαραγωγή, είναι το τελευταίο επεισόδιο από το οποίο έχει και πάλι πυροδοτηθεί μια διεθνής συζήτηση για τις ηθικές και κοινωνικές επιπτώσεις των νέων τεχνολογιών.

Αποσκοπώντας στην αποφυγή της μετάδοσης στο παιδί σοβαρών κληρονομικών ασθενειών από τα μιτοχόνδρια της μητέρας, χωρίς να επεμβαίνει στα χρωμοσώματα του ωαρίου της, η τεχνολογία αυτή αποτελεί μια νέα εφαρμογή γενετικής μηχανικής στον άνθρωπο, πέρα από τις εφαρμογές γονιδιακών θεραπειών που γνωρίζαμε. Το νέο της στοιχείο είναι ότι πρόκειται για επέμβαση σε αναπαραγωγικά κύτταρα, κάτι που όλοι θεωρούσαν ηθικά ανεπίτρεπτο, έως πρόσφατα, όταν γινόταν λόγος για γονιδιακές θεραπείες, από τον φόβο των άγνωστων συνεπειών τέτοιων τροποποιήσεων στους απογόνους. Τι άλλαξε άραγε, αν πράγματι έχει αλλάξει κάτι; Πόσο βέβαιοι είμαστε για την ασφάλεια μιας τέτοιας επέμβασης; Υποστηρικτές και κριτικοί της νέας εφαρμογής ήδη διασταυρώνουν τα επιχειρήματά τους, με την ίδια ένταση που γνωρίσαμε στο παρελθόν για τις γενετικές τροποποιήσεις μικροοργανισμών, φυτών και ζώων, την δυνατότητα επιλογής εμβρύου στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, τη χρήση των γενετικών πληροφοριών, την έρευνα στα βλαστοκύτταρα, τα πειράματα της κλωνοποίησης.

Έχουμε να κάνουμε, εδώ, με ένα πεδίο διαρκούς προβληματισμού, που συναντήθηκε με μια μεγάλη σειρά ζητημάτων, όπως προέκυπταν από τον αυξανόμενο ρόλο της τεχνολογίας στη διαχείριση του φαινομένου της ζωής, είτε μιλάμε για την ιατρική (σχέσεις ασθενούς/ιατρού, μεταμοσχεύσεις, ευθανασία, κλινικές μελέτες κ.λπ.) είτε για τις επιπτώσεις στη μη ανθρώπινη ζωή (μεταχείριση των ζώων, προστασία της βιοποικιλότητας, βιοασφάλεια κ.λπ.). Το πεδίο αυτό -που γνωρίσαμε κάτω από τον τίτλο της «βιοηθικής»- απασχολεί πια ένα μεγάλο φάσμα επιστημονικών κλάδων. Η βιβλιογραφία, τα ειδικευμένα περιοδικά, τα ακαδημαϊκά προγράμματα σπουδών, τα ερευνητικά προγράμματα, αλλά και οι νέοι ειδικά αφιερωμένοι διεθνείς, εθνικοί, ή μη κυβερνητικοί θεσμοί για τη βιοηθική πολλαπλασιάζονται σήμερα ταχύτατα, ενώ το φάσμα της σχετικής θεματολογίας διευρύνεται συνεχώς, περιλαμβάνοντας τομείς της πληροφορικής, των νευροεπιστημών, της ρομποτικής ή της νανοτεχνολογίας.

Η χώρα μας δεν έμεινε πίσω από τις εξελίξεις αυτές. Τα πρώτα δειλά βήματα στη δεκαετία του 1990 ακολούθησαν οργανωμένες προσπάθειες, πρώτα με την ίδρυση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής και, κατόπιν -σε ακαδημαϊκό επίπεδο- με τη λειτουργία του πρώτου ειδικού μεταπτυχιακού προγράμματος στο Πανεπιστήμιο της Κρήτης. Σήμερα, ένα ακόμη μεταπτυχιακό πρόγραμμα λειτουργεί στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο της Θεσσαλονίκης, ενώ σε αρκετά ΑΕΙ και ερευνητικά κέντρα λειτουργούν πλέον επιτροπές δεοντολογίας της έρευνας. Παράλληλα, έχουμε συχνά συνέδρια και επιστημονικές εκδηλώσεις αφιερωμένες στη θεματολογία της βιοηθικής, αλλά και αρκετές μελέτες, άρθρα ή έρευνες καθιερωμένων και νέων επιστημόνων που βλέπουν το φως της δημοσιότητας.

Ήταν καιρός όλη αυτή η κινητικότητα να βρει έναν χώρο φιλοξενίας με την έκδοση ενός ειδικού περιοδικού για τη βιοηθική και σε εμάς. Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, έχοντας την εμπειρία της θερμής υποδοχής του ομότιτλου μηνιαίου δελτίου της τα τελευταία χρόνια, αναλαμβάνει αυτή τη φιλόδοξη πρωτοβουλία, ελπίζοντας στη δημιουργία μιας ανοιχτής διεπιστημονικής κοινότητας διαλόγου και έρευνας, που θα εμπνεύσει περισσότερους -νέους, ιδίως- στην ιδέα μιας υπεύθυνης απέναντι στις αξίες των δημοκρατικών κοινωνιών Επιστήμης.



ΒΙΟΗΘΙΚΑ

Ηλεκτρονικό Περιοδικό της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής

Πρωτότυπες Εργασίες - Original Articles

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.) *Krankheitstheorien*. 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 μαζιμαλιστικό 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 διωκοιμενική/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 (δεύτερου 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 δεύτερου επιπέδου ικανότητα, ενώ η ικανότητα μετακίνησης είναι πρώτου. Για να καταστεί υγιές θα πρέπει να κατέχει τουλάχιστον την ικανότητα δεύτερου επιπέδου.⁵³ Η κατοχή της ικανότητας δεύτερου 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 δεύτερου 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 δεύτερου 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 αναμφισβήτητη 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 Κονάκς τονίζει 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 Κονάκς, 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 Κονάκς 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 Goossens 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 ονειρεύτηκα 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 πάντουν 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 Υ/Α, 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.
- Parsons, E. Is Better Always Good? The Enhancement Project, στο Parson 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.

Should there be two genders? The case of intersex people

Nikoleta Pikramenou, Lawyer, MSc

 nicolepikram@yahoo.com

Abstract

Gender refers to all those social, cultural, and psychological traits which are linked to males and females through particular social contexts. Sex makes us male or female and gender makes us masculine or feminine. However, this relatively simple distinction masks a number of problems associated with its usage. It implies that all people can be conveniently placed into unambiguous “either-or” categories.

Intersex people are born with characteristics that are in between male and female. Consequently, they often go through a lot of suffering because intersex infants are sometimes subjected to unnecessary medical or surgical treatment that is cosmetic rather than vital for health in order to fit in the gender binary model. Although at least one in every thousand people is born intersex, many countries do not acknowledge their existence. Their rights are also ignored because they don't fit into standard social and medical models.

In this article, I will examine the negative effects of this gender binary distinction and justify my arguments by using the example of intersex people.

Πρέπει να υπάρχουν δύο φύλα; Η περίπτωση των μεσόφυλων

Νικολέτα Πικραμένου, Δικηγόρος, MSc αστικού δικαίου και ανθρωπίνων δικαιωμάτων,
Υπ. Διδάκτωρ Νομικής

Περίληψη

Ο όρος «κοινωνικό φύλο» αναφέρεται σε όλα εκείνα τα κοινωνικά, πολιτιστικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά που συνδέονται με τη βιολογική έννοια του αρσενικού και του θηλυκού φύλου μέσω συγκεκριμένων κοινωνικών πλαισίων. Το «βιολογικό φύλο» αναφέρεται στο φύλο το οποίο φέρουμε από τη γέννησή μας, το οποίο είναι είτε θηλυκό είτε αρσενικό ενώ το «κοινωνικό φύλο» αναφέρεται στο πόσο θηλυκοί ή αρσενικοί είμαστε στην κοινωνική μας υπόσταση. Ωστόσο αυτή η διάκριση σε θηλυκό και αρσενικό κρύβει έναν αριθμό προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση της. Με άλλα λόγια, η χρήση αυτής της διάκρισης υπονοεί ότι όλοι οι άνθρωποι μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σύμφωνα με το φύλο στο οποίο ανήκουν.

Οι μεσόφυλοι γεννιούνται με χαρακτηριστικά που βρίσκονται μεταξύ των δύο φύλων. Κατά συνέπεια, συχνά υπόκεινται σε μεγάλη ταλαιπωρία καθώς τα μεσόφυλα βρέφη κάποιες φορές υποβάλλονται σε περιττές ιατρικές ή χειρουργικές θεραπείες οι οποίες δεν είναι ζωτικής σημασίας αλλά σκοπός τους είναι η ένταξή τους στο δυαδικό μοντέλο των φύλων. Παρά το γεγονός ότι τουλάχιστον ένα στα χίλια βρέφη γεννιούνται μεσόφυλα, πολλές χώρες δεν αποδέχονται την ύπαρξή τους. Επίσης, τα δικαιώματά τους αγνοούνται καθώς δεν ταιριάζουν στα κοινωνικά και ιατρικά πρότυπα.

Σε αυτό το άρθρο, θα εξετάσω τις αρνητικές επιπτώσεις αυτής της δυαδικής διάκρισης των φύλων και θα δικαιολογήσω τα επιχειρήματα που θα προβληθούν χρησιμοποιώντας το παράδειγμα των μεσόφυλων.

Gender refers to those social, cultural, and psychological traits linked to males and females through particular social contexts.¹ Gender makes us masculine or feminine whereas sex makes us males and females.² Symbolic interactionists contend that concepts used to collectively categorise people such as race, ethnicity, and gender do not exist objectively but emerge through a socially constructed process.³

Intersexuality is a condition that reflects a biological variation. To better explain this, we can compare the sex spectrum to the color spectrum. There's no question that in nature there are different wavelengths that translate into colors most people see as red, blue, orange, yellow. But the decision to distinguish, between orange and red-orange is made only when we need it. Sometimes social necessity leads us to make color distinctions that otherwise would seem incorrect or irrational. In the same way, nature presents us with different sex anatomy spectrums.⁴ But in human cultures, gender categories get simplified only into male and female.

Nature doesn't decide where the category of "male" or "female" ends and the category of "intersex" begins or vice versa. Humans decide.⁵ Humans decide how unusual a combination of parts can be. Our societies are based on norms derived from the idea of the binary gender model. Consequently, people who do not easily fit in these norms, such as intersex people, encounter numerous difficulties, both on the practical level of everyday life and on a legal level.⁶

In this article, the negative effects of this binary distinction will be examined by using the example of intersex people.

1. What is intersex?

"Intersex"⁷ is a general term used for a variety of conditions in which a person is born with a reproductive or sexual anatomy that doesn't seem to fit in the typical definitions of female or male. For example, a person might be born appearing to be female on the outside, but having, mostly male-typical anatomy on the inside. Or a person may be born with genitals that seem to be in-between the usual male and female types.⁸ However, intersex anatomy doesn't always show up at birth. Sometimes a person doesn't have intersex anatomy until she or he reaches the age of puberty, or finds himself/herself an infertile adult, or dies of old age and is autopsied.⁹

At this point, it is essential to make the distinction between intersex people and trans people as these terms are often confused. The term "trans"¹⁰ includes those people who have a gender identity¹¹ that is different from the sex¹² they were assigned at birth.¹³

On the other hand, intersex people differ from trans people as their status is not gender-related but instead relates mostly to their biological makeup¹⁴. *Anne-Fausto Sterling* conducted an assessment with Brown University undergraduates and estimated intersexual birthrates to be about 1.7%.¹⁵

Above all, what happens when an intersex baby is born? Sometimes, surgery is performed at birth. However, some say that surgical

¹ Lindsey, 2011, p. 4.

² Idem.

³ Idem, p. 10.

⁴ ISNA, "What is intersex?"

⁵ Idem.

⁶ Agius and Tobler, 2011, p. 9.

⁷ In the past, intersex people used to be called "hermaphrodites" but this term in our days is considered as stigmatising and misleading.

⁸ ISNA, "What is intersex?"

⁹ Idem.

¹⁰ The umbrella term "trans" includes, but is not limited to, people who identify themselves as transsexual, transgender, transvestite, adrogyne, polygender, genderqueer, agender, gender variant.

¹¹ *Gender identity* refers to each person's deeply felt internal and individual experience of gender, which may or may not correspond with the sex assigned at birth.

¹² *Sex* refers to biological makeup such as primary and secondary sexual characteristics, genes and hormones.

¹³ Agius and Tobler, 2011, p. 12.

¹⁴ Idem.

¹⁵ Fausto-Sterling, 2000, p. 51.

treatment is socially motivated and ethically questionable.

2. Trying to “fix” intersex people

Especially during earlier times, the choice of what gender the child would be given the ability to emulate was up to the doctors. At that time, doctors believed that the gender they were assigning the intersex child was the gender “nature” intended for the child to have and that it was up to the parents to “nurture” the child in such a way that he/she would behave like that gender. However, the case of *David Reimer*, also known as the John/ Joan case proves them wrong.

David Reimer was not an intersex baby. He had a minor medical problem called phimosis and a doctor decided to treat the problem with circumcision. The doctor chose to use an electric cautery machine but the machine did not function well and accidentally burned off all of David’s penis.¹⁶ David’s parents agreed to have him “sex reassigned” and made him into a girl, via the system “Money advocated for intersex children”.¹⁷ As soon as David found out what happened to him, he reassumed the social identity of a boy.¹⁸ Although David was not an intersex child, the case indicates that a decision of doctors or parents to assign a child a sex can have disastrous consequences. It shows the power of nature and why it should always be considered in the case of intersex infants. It also

raises questions about whether a decision to assign a sex can be made too early.¹⁹

Money’s theory was also criticised by *Cheryl Chase* who experienced a painful intersex history. Cheryl was born with ambiguous genitals. In the beginning, a male birth certificate was completed for her and her parents began raising her as a boy.²⁰ Later, the doctors judged that her genital appendage was inadequate as a penis so her anatomy was relabeled and following doctor’s orders her parents changed her name, moved to another place and started raising her as a girl.²¹ For many years, Chase was kept in the dark about her early medical treatment: she underwent a mysterious abdominal surgery at the age of eight, followed by annual pediatric endocrinological check-ups until the age of twelve, when she began menstruating.²² She was also seen by a psychiatrist due to her disruptive behavior. At nineteen she began seeking information about her medical story. It was after much perseverance that she found out that she has been declared a boy at birth but this had been reversed.²³

In 2013, the United Nations (UN) Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment condemned the practice of surgically altering children born with ambiguous genitalia.²⁴ In particular, he stated that: “Children who are born with atypical sex characteristics are often subject to irreversible sex assignment, involuntary sterilisation, involuntary genital normalizing surgery, performed without their informed consent, or that of their parents, ‘in an attempt to fix their sex’, leaving them with permanent,

¹⁶ Woo, “David Reimer, 38, After Botched Surgery, He was Raised as a Girl in Gender Experiment”.

¹⁷ Dr. Money was a psychologist specializing in research into sexual identity and biology of gender. Money had developed the theory of “gender neutrality”. He believed that when a child is born, for the first two years they are “gender neutral”. This is because he believed that biology does not determine the phenotype of a child but their gender can be controlled by environmental factors. In other words, a baby born as a boy can be brought up as a girl, and will act and “be” a girl (AS Revision 101, Money 1975).

¹⁸ ISNA, “Who was David Reimer?”.

¹⁹ Australian Human Rights Commission (report), 2009, p. 7.

²⁰ Chase, 1998, p. 192.

²¹ Idem.

²² Rosario, 2006, p. 93.

²³ Idem.

²⁴ UN, General Assembly, “Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Mendez”, A/HRC/22/53 (1 February 2013) available from http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf.

irreversible infertility and causing severe mental suffering".²⁵

Accordingly, surgical interventions on intersex infants should be considered as unnecessary. Surgical interventions are performed on infants based on the claim that intersex anatomies represent a crisis that must be resolved immediately through surgery.²⁶ Instead, the evidence have shown that in almost all cases, genital surgery can be safely delayed until the person involved is able to participate in the decision.²⁷

3. Intersex people and the “third gender”

At present the law divides people into the categories of male and female, albeit nowhere in legislation are these terms defined. Nor is it clearly explained whether an individual must be male in order to be legally recognized as a man.²⁸

Likewise, in most societies, people believe there are only two sexes, male and female. However, there are places on other parts of the world where gender pluralism exists.²⁹ A typical example is the Hijras³⁰ who mostly live in India and they are a group of people who belong to the “third gender”. Hijras are not transsexuals as they do not see themselves as women trapped in men’s bodies but they see themselves as an in-between who belongs to the “third gender”.³¹ Accordingly, the term “third gender” is a general term that describes individuals who cannot be categorized as either man or woman.

On April 2014, India’s Supreme Court in a landmark ruling recognized Hijras as a third

gender. “It is the right of every human being to choose their gender”, it is said in granting rights to those who identify themselves as neither male nor female.³² Still, this is not the first time that the “third gender” is legally recognized.

In 2013, the Australian government adopted national guidelines that allow individuals to choose a gender other than male or female on personal documents. In particular, where sex and/or gender information is collected and recorded in a personal record, individuals are given the option to select M for male, F for female and X for Indeterminate/ Intersex/ Unspecified.³³

In the European context, in 2013 Germany became the first country to allow the parents of babies without “clear gender-determining physical characteristics” to register them not as male or female, but to choose a third blank box instead.³⁴ This new policy was an attempt to remedy the previous horribly difficult situation for German parents who had just a week’s time to decide whether their intersex children were male or female and register them appropriately.³⁵ Nevertheless, activists promoting the rights of intersex people are unsatisfied with the law as the “blank box” choice does not create a third gender. They said they hoped that a third gender option would open the door to broader changes limiting genital surgery on newborns with both male and female characteristics.³⁶

4. Rethinking the binary gender model

Modern scholars have criticized the standard of binary of gender for several reasons such as the inclusion of intersex individuals and the trust our society gives doctors and scientists.

Anne Fausto-Sterling criticises the standard model of sex and gender by explaining how

²⁵ Idem.

²⁶ Lear, 2007, p. 53.

²⁷ Idem.

²⁸ Mhuithile, 2013, p.133.

²⁹ Anthropology & The human condition, “The Third Gender: Hijras in India”.

³⁰ Hijras could be translated into “trans people”. Nonetheless, it should be mentioned that Hijras in India have played a prominent role in Indian culture during the ancient years and they were once treated with great respect.

³¹ Idem.

³² BBC news, “India court recognizes transgender people”.

³³ Zara, “Intersex Australia: Third Gender Allowed on Personal Documents in Addition to Male and Female”.

³⁴ Nandi, “Germany got it right by offering a third gender option on birth certificates”.

³⁵ Idem.

³⁶ Idem.

intersex people are neither male nor female and as a result they do not fit in the sex binary. She analyses how people put a great deal of trust in doctors because they are seen as the experts and those who decide what nature tells us.³⁷ Moreover, as our society is based on the classification of people according to gender, anyone who falls outside the norm is seen as abnormal or needing to be fixed.

By the same token, *Judith Butler* claims that notions such as skin color, sexual orientation and birth have been some of the concepts used to classify someone as human while at the same time they prevent others from being approached as such.³⁸ If someone is unable to be framed within the normative markers of identity that are used to approach and categorize humans, he/she is not only queer but he also runs the risk of facing violence or of living an unbearable life.³⁹

All these thoughts make us reconsider the binary gender model and the level of gender stereotypes that exist within it. To tell the truth, this binary model could be seen as one of the sources of multiple human rights issues in both national and international levels.

This norm disadvantages and marginalizes all persons whose sex, gender identity and gender expression do not meet social expectations.⁴⁰ In addition to the disadvantage emanating out of the binary gender model, intersex people are very often subjected to interphobia. Social interphobia is manifested in the forms of physical and other forms of violence, hate speech, discrimination, threats, marginalization, social exclusion, ridicule and insults.⁴¹

5. Should there be two genders?

It is clear that it is widely accepted that gender is not an identity. Instead, it is an institutionalized system of social practices for dividing people in two significantly different

categories and for organizing relations of inequality around that difference.⁴²

The case of intersex people shows us that everyone should be given the opportunity to choose how he or she could live, and should not be forced into a life of turmoil because of some clinical decision that was made on his or her behalf⁴³ in order to be socially acceptable. Gender-assigning surgery should involve much more input from the children themselves, either through voiced opinions or observations of actions.⁴⁴

However, it should be admitted that gender categorization is not going to disappear. It is too fundamentally entwined in the organization of interaction and the establishment of socially meaningful identities for one's self and others.⁴⁵ It is possible though, to minimize the degree of difference and inequality the gender system involves. For instance, concerning the case of intersex people, in the future, as with race and religion, sex or gender should not be a category on birth certificates or identification documents for anybody.

After all, we should bear in mind what Sarah Graham, an intersex woman and counselor, said on BBC channel: "This pink and blue thing is nonsense. The human heart is the most important organ not what goes on "down there".

³⁷ Fausto-Sterling, 2000, pp. 48-115.

³⁸ Butler, 2004, pp. 17-40.

³⁹ Idem.

⁴⁰ Agius and Tobler, 2011, p. 13.

⁴¹ Idem.

⁴² Ridgeway and Coller, 2000, p. 110.

⁴³ Switzer, 2005, p. 73.

⁴⁴ Idem.

⁴⁵ Ridgeway and Coller, 2000, p. 119.

References

Books

- Butler Judith, *“Undoing Gender”*, Routledge New York and London, 2004, pp. 17-40.
- Fausto-Sterling Anne, *“Sexing the Body: gender politics and the construction of sexuality”*, New York: Basic Books, 2000, pp. 45-115.
- Lear Jonathan, *“Unnecessary surgery on intersex infants: Problems of theory become problems in practice”*, Master’s Thesis in Applied Ethics, Centre for Applied Ethics, Linköping University, 2007, pp. 53-55.
- Mhuirthile Ni Tania, *“Legal Recognitions of Preferred Gender Identity in Ireland: An analysis of Proposed Legislation”*, 2013, Chapter 5, p. 133.
- Ridgeway Cecilia and Correll Shelley, *“Limiting inequality through interaction: the End(s) of Gender”*, Symposium, Stanford University, 2000, pp. 110-119.

Articles

- BBC News, *“India court recognizes transgender people as third gender”*, <http://www.bbc.com/news/world-asia-india-27031180> (last accessed on 7 October 2014).
- Chase Cheryl, *“Hermaphrodites with attitude: Mapping the emergence of intersex political activism”*, Journal of Lesbian and Gay studies, Vol.4 No.2, 1998, pp.189-211.
- Nandi Jacinta, *“Germany got it right by offering a third gender option on birth certificates”* on The Guardian, <http://www.theguardian.com/commentisfree/2013/nov/10/germany-third-gender-birth-certificate> (last accessed on 8 October 2014).
- Rosario Vermon A., *“An Interview with Cheryl Chase”*, Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy Vol. 10 No 2, 2006, p. 93-104.
- Switzer Latesha, *“Can Surgery For Intersex Babies be Justified?”*, The York Scholar Vol.2, 2005, pp. 67-74.
- Wilson Gina, *“Equal Rights for Intersex People”*, The Equal Rights Review, vol.10, 2013, pp.133-136.

Woo Elaine, *“David Reimer, 38, After Botched Surgery, He was Raised as a Girl in Gender Experiment”*, Los Angeles Times, 2004, <http://articles.latimes.com/2004/may/13/local/me-reimer13> (last accessed on 7 October 2014).

Zara Christopher, *“Intersex Australia: Third Gender Allowed on Personal Documents in Addition to Male and Female”* on International Business Times, <http://www.ibtimes.com/intersex-australia-third-gender-allowed-personal-documents-addition-male-female-1307843> (last accessed on 8 October 2014).

Reports

- Agius Silvan, Tobler Christa, *“Trans and intersex people, Discrimination on the grounds of sex, gender identity and gender expression”*, European Commission report, 2011, p.1-108.
- Australian Human Rights Commission, *“Surgery on intersex infants and human rights”*, 2009, pp.1-10.
- UN, General Assembly, *“Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Mendez”*, A/HRC/22/53 (1 February 2013) available from http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf (last accessed on 7 October 2014).

Websites

- Anthropology & The human condition, *“The Third Gender: Hijras in India”* <http://sc2218.wikifoundry.com/page/The+Third+Gender%3A+Hijras+In+India> (last accessed on 8 October 2014).
- AS Revision 101, *“Money (1975)”* <https://aspsychology101.files.wordpress.com/2009/09/4-5-money-1975.pdf> (last accessed on 4 October 2014).

BBC News, *"Intersex woman: This pink and blue thing is nonsense"*, <http://www.bbc.co.uk/news/world-europe-24776168> (last accessed on 9 October 2014).

Fausto-Sterling Anne, *"Gender"* <http://www.annefaustosterling.com/fields-of-inquiry/gender/> (last accessed on 5 October 2014).

Πρωτότυπη Εργασία

Το δικαίωμα των ομοφυλόφιλων προς απόκτηση απογόνων στην Ελλάδα

Καλλιόπη Κηπουρίδου, Δικηγόρος, Δρ. Νομικής
Μαρία Μηλαπίδου, Δικηγόρος, Δρ. Νομικής



mimmaki@gmail.com

Περίληψη

Η μεταστροφή των τελευταίων δεκαετιών που παρατηρείται αναφορικά με τα δικαιώματα των ομοφυλόφιλων ατόμων δε θα μπορούσε παρά να έχει αντίκτυπο και στην αναγνώριση της δυνατότητας προσφυγής τους στις μεθόδους Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ΙΥΑ) ή στην υιοθεσία προς απόκτηση απογόνων.

Ο Έλληνας νομοθέτης, καίτοι επέδειξε δείγματα προοδευτικότητας υιοθετώντας νομοθετικά κείμενα που αποσκοπούν στην προστασία των δικαιωμάτων των ομοφύλων, παρόλα αυτά επέλεξε να μην περιλάβει τα ομόφυλα ζεύγη στο ν. 3719/2008 που ρυθμίζει το σύμφωνο συμβίωσης.

Οι συζητήσεις στην Ελλάδα για την ένταξη των ομοφύλων στο σύμφωνο συμβίωσης είχαν ξεκινήσει ήδη κατά την σύνταξη και ψήφιση του σχετικού νόμου. Η συζήτηση αυτή έχει αναβιώσει εκ νέου μετά την καταδίκη της χώρας μας από το ΕΔΔΑ στην υπόθεση Βαλλιανάτος και λοιποί κατά Ελλάδος.

Προς το παρόν, ωστόσο, η αποτύπωση της νομικής κατάστασης στην Ελλάδα αναφορικά με το δικαίωμα πρόσβασης των ομόφυλων ατόμων στην ΙΥΑ ή στην υιοθεσία προς απόκτηση απογόνων οδηγεί στα ακόλουθα συμπεράσματα. Καταρχήν, καίτοι στο άρθρο 5 §1 Σ κατοχυρώνεται το δικαίωμα του προσώπου στη φυσική αναπαραγωγή, η σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα αποδεικνύεται διαφορετική και τα ομόφυλα άτομα και δη τα ομόφυλα ζευγάρια στη χώρα μας δεν έχουν δικαίωμα πρόσβασης στις μεθόδους ΙΥΑ. Στην πράξη, ωστόσο, δεν μπορεί να αποκλειστεί (και αυτό είναι το συνήθως συμβαίνον) το ενδεχόμενο να αποκτήσει παιδί ένα ομόφυλο ζευγάρι γυναικών, αν η μία από τις συντρόφους που αντιμετωπίζει πρόβλημα υπογονιμότητας ή στειρότητας προσφύγει σε γιατρό και ζητήσει την υποβολή της σε μέθοδο ΙΥΑ εμφανιζόμενη ως μόνη άγαμη γυναίκα. Αντίθετα, οι ομόφυλοι άνδρες δεν έχουν καμία δυνατότητα να προσφύγουν είτε μόνοι τους είτε ως ζευγάρι στις τεχνικές της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Σε ό τι αφορά την προσφυγή των ομόφυλων ατόμων στην υιοθεσία στα άρθρα 1452 επ. ΑΚ δε γίνεται καμία ειδική αναφορά ούτε στο φύλο ούτε στο σεξουαλικό προσανατολισμό των υιοθετούντων. Έτσι, καταρχάς είναι δυνατόν ένα ομόφυλο πρόσωπο να υιοθετήσει μόνο του ένα παιδί. Ωστόσο, για ένα ομόφυλο ζευγάρι δεν υπάρχει η δυνατότητα ελέγχου από την αρμόδια κοινωνική υπηρεσία. Σύμφωνα με το άρθρο 1545 ΑΚ δεν είναι δυνατή η υιοθεσία του ίδιου προσώπου ταυτόχρονα από περισσότερα άτομα, εκτός αν αυτά είναι σύζυγοι. Με δεδομένο, όμως, ότι στην Ελλάδα για τους ομόφυλους δεν επιτρέπεται ο γάμος με την τέλεση του οποίου θα λάμβαναν τα μέρη την ιδιότητα των συζύγων, δεν μπορεί να γίνει λόγος για υιοθεσία ενός παιδιού από ομόφυλο ζευγάρι.

Ενόψει των ανωτέρω προκύπτει σαφώς η ανάγκη για τον εκσυγχρονισμό του Οικογενειακού Δικαίου στην κατεύθυνση της προστασίας των σχετικών δικαιωμάτων των ομοφύλων σε μια προσπάθεια ανταπόκρισης στα σύγχρονα κοινωνικά δεδομένα.

The homosexuals' right to procreation in Greece

Kalliopi Kipouridou, Attorney at Law, DrJur

Maria Milapidou, Attorney at Law, DrJur

Abstract

During the last decades there has been a change of attitude regarding the recognition of homosexual rights that is also reflected on their claims for recognition of their right to access to Medically Assisted Reproduction (MAR) or adoption.

Although the Greek legislator has shown some signs of progressiveness by adopting laws that ensure the homosexuals' rights, they have chosen not to include the homosexual couples in the l. 3719/2008 regarding civil partnership.

In Greece, discussions concerning the integration of homosexuals in the civil partnership had already commenced during the vote of the relevant law. This discussion has revived after the conviction of our country by the ECHR in the case of Vallianatos and Others vs Greece.

For the time being, however, the legal situation in Greece, as far as the homosexuals' access to MAR or adoption is concerned, entails the following conclusions. Firstly, although the legal right to procreation is established in article 5 §1 of the Constitution, reality differs for homosexuals and especially for homosexual couples in Greece, which do not have access to MAR methods. It is quite common, in practice, for one of the members of a lesbian couple with fertility problems to visit a doctor as a single woman and gain access to MAR methods. On the contrary, homosexual men do not have any chance of having access to MAR methods either as single men or as a couple.

Regarding the homosexuals' access to adoption, Articles 1452 et seq. Civil Code make no specific reference either to the adopters' sex or to their sexual orientation. So, in principle, it is possible for a single homosexual person to adopt a child. However, homosexual couples do not have the chance to be monitored by the social service in charge. According to articles 1545 et seq. Civil Code the same person's adoption by more people at the same time is not possible unless they are married. Given the fact that in Greece same-sex marriage is not permitted, there is no possibility for a child's adoption by a homosexual couple.

In view of the above, there is a clear need for modernization of Family Law regarding the protection of the homosexuals' rights as an attempt to cope up with contemporary social facts.

A. Εισαγωγή

Πριν από λίγες δεκαετίες οι ομοφυλόφιλοι αποτελούσαν αντικείμενο αποδοκιμασίας, χλευασμού, αλλά και κοινωνικής απομόνωσης. Αυτή η αντιμετώπισή τους αποτυπωνόταν εναργώς και στις νομοθεσίες διαφόρων κρατών, καίτοι οι ομοφυλόφιλοι δεν αποτελούν μια ειδική κατηγορία προσώπων για τα οποία θα πρέπει να υπάρχει ειδική κοινωνική πολιτική ή αναγνώριση ειδικών δικαιωμάτων, όπως είναι για παράδειγμα τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Η ιδιαιτερότητά τους ανάγεται σε προσανατολισμούς που εμπίπτουν στον ιδιωτικό και όχι στο δημόσιο βίο και δε θα έπρεπε να ενδιαφέρουν κανέναν.¹ Παρόλα αυτά, δεν ήταν λίγες οι χώρες που ποινικοποιούσαν μέχρι πρόσφατα την πράξη της ομόφυλης συνουσίας.²

Τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, παρατηρείται μια μεταστροφή των κοινωνιών απέναντι στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Οι ίδιοι, άλλωστε, οι ομοφυλόφιλοι ολοένα και σε μεγαλύτερο βαθμό επιλέγουν να αποκαλύπτουν τη σεξουαλική τους ταυτότητα και να διεκδικούν ισότιμη αντιμετώπιση. Παρά τη γενικώς ομολογουμένη μεταστροφή, πάντως, οι ομοφυλόφιλοι εξακολουθούν να διεκδικούν ακόμα την αναγνώριση αυτονόητων δικαιωμάτων. Ανάμεσα στις διεκδικήσεις τους περιλαμβάνεται η νομική κατοχύρωση της συμβίωσής τους, αλλά και η δυνατότητά τους να αποκτήσουν παιδιά μέσω των μεθόδων της ΙΥΑ ή μέσω της υιοθεσίας.

Τα ζητήματα αυτά έχουν εγείρει πλήθος συζητήσεων. Πολλά κράτη έχουν υιοθετήσει ιδιαίτερα προοδευτικούς νόμους για την ικανοποίηση των δικαιωμάτων τους.³ Ωστόσο,

σε πολλές άλλες χώρες οι ομοφυλόφιλοι ζουν στο περιθώριο χωρίς καμία νομική αναγνώριση.

Ο Έλληνας νομοθέτης αντιλαμβανόμενος τις κοινωνικές εξελίξεις και προσαρμοζόμενος στις σύγχρονες ανάγκες, υιοθέτησε νομοθετικά κείμενα που αποσκοπούν στην προστασία των δικαιωμάτων των ομοφυλόφιλων. Ενδεικτικά, με το ν. 3304/2005 θεσπίστηκε ένα γενικό πλαίσιο ρύθμισης προκειμένου να καταπολεμηθούν οι

National Board of Health and Welfare αφαίρεσε την ομοφυλοφιλία από την λίστα ιατρικής διάγνωσης, το έτος 1987 τέθηκε σε ισχύ η απαγόρευση των διακρίσεων κατά των ομοφυλόφιλων από τις επιχειρήσεις και από τους κυβερνητικούς υπαλλήλους, το έτος 1988 οι ομοφυλόφιλοι περιλήφθηκαν στο νόμο της συμβίωσης (cohabitation), το έτος 1995 τέθηκε σε ισχύ ο νόμος της καταχωρημένης συμβίωσης (The Registered Partnership Act), το έτος 1999 καθιερώθηκε η απαγόρευση των διακρίσεων στη δουλειά για λόγους σεξουαλικού προσανατολισμού. Επίσης, έχει θεσμοθετηθεί ο Διαμεσολαβητής (Ombudsman) κατά των Διακρίσεων λόγω Σεξουαλικού Προσανατολισμού. Το έτος 2002 τέθηκε σε εφαρμογή ο νόμος για την Ίση Μεταχείριση των Φοιτητών στα Πανεπιστήμια και το έτος 2003 ο σεξουαλικός προσανατολισμός περιλήφθηκε στην απαγόρευση κατά της υποκίνησης της βίας εναντίον εθνικών ή παρόμοιων κατηγοριών. Στα ομοφυλόφιλα ζευγάρια παρέχονται τα ίδια δικαιώματα όπως στα ετερόφυλα σε σχέση με όλες τις μορφές υιοθεσίας και νομικής επιμέλειας (legal custody) των παιδιών. Επίσης, στη χώρα ισχύει ευρύτερη απαγόρευση των διακρίσεων για λόγους σεξουαλικού προσανατολισμού. Το έτος 2005 η απαγόρευση των διακρίσεων για λόγους σεξουαλικού προσανατολισμού επεκτάθηκε και στο σύστημα κοινωνικής πρόνοιας και υγειονομικής περίθαλψης. Τα ζευγάρια λεσβίων απόκτησαν το δικαίωμα πρόσβασης στην ΙΥΑ. Το έτος 2006 τέθηκε σε ισχύ η απαγόρευση των διακρίσεων και άλλων προσβλητικών συμπεριφορών στα παιδιά και στους φοιτητές, ενώ το έτος 2009 θεσμοθετήθηκε η απαγόρευση των διακρίσεων στο χώρο εργασίας για λόγους ταυτότητας φύλου (gender identity). Ο γάμος έγινε ουδέτερος φύλου (gender neutral), που σημαίνει ότι επιτρέπεται σε άτομα του ίδιου φύλου να παντρεύονται σύμφωνα με τον ίδιο νόμο, όπως τα ετερόφυλα ζευγάρια, βλ. αναλυτικά <http://www.rfs1.se/?p=3377>.

Αλλά και άλλα κράτη, όπως η Δανία, η Νορβηγία, η Ολλανδία, το Βέλγιο και η Γαλλία έχουν προβεί στην αναγνώριση της συμβίωσης των ομοφύλων, βλ αναλυτική παρουσίαση Παπαζήση Θ., Το ευρωπαϊκό νομικό πλαίσιο για την ομοφυλοφιλία και η νομική κατάσταση στην Ελλάδα, *ΕπΕπετΑρμ* 2000, σ. 69-81, Τροκάνα Θ., Ανθρώπινη Αναπαραγωγή-Η Ιδιωτική αυτονομία και τα όριά της, *Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής*, Τόμ. 13, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2011, σ. 216 επ.

¹ Παπαζήση Θ., Το ευρωπαϊκό νομικό πλαίσιο για την ομοφυλοφιλία και η νομική κατάσταση στην Ελλάδα, *ΕπΕπετΑρμ* 2000, σ. 69-81.

² Παπαζήση Θ., Το ευρωπαϊκό νομικό πλαίσιο για την ομοφυλοφιλία και η νομική κατάσταση στην Ελλάδα, *ΕπΕπετΑρμ* 2000, σ. 69-81. –Βλ. και Παπαδαμάκη Αδ., Ομοφυλοφιλία και Ποινικό δίκαιο (Με αφορμή την ΑΔ. 388/1993, Υπεράσπιση 1994, 35), *Υπερ* 1994, σ. 217-219, ο οποίος χαρακτηρίζει το άρθρο 347 παρ.1β περ.2^η ΠΚ ως «ψευδοέγκλημα» και «λανθάνουσα προβολή ανδρικού ομοφυλοφιλικού ρατσισμού».

³³ Χαρακτηριστικό τέτοιο παράδειγμα αποτελεί η Σουηδία, όπου το έτος 1944 αποποινικοποιήθηκαν οι ομοφυλικές σχέσεις μεταξύ ενηλίκων, το έτος 1979 το Swedish

διακρίσεις λόγω φυλετικής ή εθνοτικής καταγωγής, όπως επίσης και οι διακρίσεις λόγω θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού στον τομέα της απασχόλησης και της εργασίας.⁴ Επίσης, με το άρθρο 10 παρ. 2 του πρόσφατου ν. 4285/2014 προστέθηκε στον Ποινικό Κώδικα το άρθρο 81 Α που αφορά το ρατσιστικό έγκλημα στον ορισμό του οποίου περιλαμβάνονται και οι πράξεις μίσους λόγω του σεξουαλικού προσανατολισμού. Με τον ίδιο νόμο τροποποιήθηκε και ο ν. 927/1979 *περί κολασμού πράξεων ή ενεργειών αποσκοπούσων εις φυλετικές διακρίσεις* προσθέτοντας μεταξύ άλλων και το σεξουαλικό προσανατολισμό.

Εντούτοις, στο επίπεδο των προσωπικών/οικογενειακών σχέσεων δεν εμφανίστηκε ανάλογη νομοθετική κινητικότητα. Ο Αστικός Κώδικας δεν περιλαμβάνει καμία διάταξη που να ρυθμίζει τις ομοφυλοφιλικές σχέσεις. Ο Έλληνας νομοθέτης, μάλιστα, όταν του δόθηκε η ευκαιρία, επέλεξε να μην περιλάβει τα ομοφυλόφιλα ζεύγη στο ν. 3719/2008 που ρυθμίζει το σύμφωνο συμβίωσης.⁵ Αν και ο συγκεκριμένος νόμος⁶ εμφανίζεται καινοτόμος,

⁴ Στο άρθρο 27 του ν. 3304/2005, μάλιστα, προβλέπεται η δυνατότητα επέκτασης της παρεχόμενης προστασίας και σε άλλους τομείς πέραν από αυτούς της απασχόλησης και της εργασίας. Η συγκεκριμένη επέκταση μπορεί να γίνει με την έκδοση προεδρικού διατάγματος.

⁵ Μάλλιου Β., Κατοχύρωση συμβίωσης ομοφύλων: ελληνική πραγματικότητα και ευρωπαϊκή διάσταση (ΕΣΔΑ) σε <http://www.constitutionalism.gr/site/1583-katohyrwsi-symbiwsis-omofylwn-elliniki-pragmatikot> ο οποίος υποστηρίζει ότι αυτός ο αποκλεισμός «αφενός μεν συνιστά παραβίαση του δικαιώματος για ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους και δημιουργία σχέσεων, αφετέρου δε συνιστά διακριτική μεταχείριση λόγω του σεξουαλικού προσανατολισμού τους». Βλ. επίσης Scherpe J., *The Legal Recognition of Same-Sex Couples in Europe and the Role of the European Court of Human Rights*, *The Equal Rights Review* 2013, σ. 83-96, όπου επισημαίνεται η έντονη αντίδραση της Ελλάδας και της Ιταλίας να αναγνωρίσουν τις ομοφυλοφιλικές σχέσεις.

⁶ Υπέρ της περίπτωσης και των ομοφυλόφιλων ζευγαριών στο σύμφωνο συμβίωσης τάσσονται οι Κοτζάμπαση Α., Η λύση του συμφώνου συμβίωσης και οι συνέπειές της με βάση το Ν. 3719/2008. Αρμ 2009, σ. 1491-1503, Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε., Σύμφωνο συμβίωσης: η σύσταση και οι σχέσεις των μερών κατά τη διάρκεια της λειτουργίας του, Αρμ 2009, σ. 1133-1145, Παπαζήση Θ., Η οικογένεια προσώπων του αυτού φύλου: Εκφυλισμός ή ίση μεταχείριση; ΧρΙΔ 2007, σ. 761-767, Παπαχρίστου Χ., Οι συμβιώσεις ομοφυλόφιλων προσώπων και η θεσμική

καθώς με αυτόν αναγνωρίζεται νομοθετικά η συμβίωση εκτός των πλαισίων του γάμου, εξαιρέθηκαν από αυτόν τα ομοφυλόφιλα πρόσωπα.⁷ Ωστόσο, ο αποκλεισμός των ομοφυλόφιλων ζευγαριών από το σύμφωνο συμβίωσης αντιβαίνει στην συνταγματική αρχή ισότητας (άρθρο 4 Σ), στο απαραβίαστο της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής (άρθρο 9 παρ. 1 εδ. β' Σ), αλλά και στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας που υπαγορεύει το άρθρο 5 παρ. 1 Σ.⁸

Ειδική μνεία πρέπει να γίνει στην υπόθεση *Βαλλιανάτος και λοιποί κατά Ελλάδος*,⁹ όπου το

τους αναγνώριση Βήμα Ιδεών, 4/4/2008, Σταμπέλου Χ., Σύμφωνο Συμβίωσης και Ισότητα, ΧρΙΔ 2009, σ. 189-192 – Αντίθετα, βλ. αναλυτικά Πανταζάτος Ι., «Το «σύμφωνο εξώγαμης συμβίωσης» (Ν. 3719/2008) εξεταζόμενο από απόψεως Δημοσίου Δικαίου», Αρμ 2013, σ. 1433-1441, ο οποίος εκφράζει την αντίθεσή τους στην περίπτωση και των ομοφυλόφιλων στο σύμφωνο συμβίωσης με το αιτιολογικό ότι «α) τα συμβαίνοντα στην Εσπερίαν Ευρώπη δεν είναι πάντοτε ασφαλής οδηγός για τα εν Ελλάδι κρατούντα ήθη, β) η θέσπιση της αντίθετου λύσεως θα αποτελούσε μωδραλιοβολισμόν για τα ήθη της Ελλάδος και γ) το μόνον ερώτημα που θα μπορούσε να απευθυνθεί στους υποστηρικτές της επίμαχης γνώμης είναι: «θα ήθελαν τα παιδιά τους να έχουν ομοφυλοφιλικές σχέσεις», τίποτε άλλο». Επίσης, ο Βλαχόπουλος διατυπώνει τη θέση ότι δεν υπάρχει συνταγματικό δικαίωμα των ομοφύλων ζευγαριών στο γάμο και ότι η επέκταση ή μη του γάμου και στα ζευγάρια αυτά εναπόκειται στη βούληση του κοινού νομοθέτη βλ. Βλαχόπουλος Σπ., Η προβληματική των νομικών ενώσεων προσώπων του ίδιου φύλου, Ιατρικό Δίκαιο και Βιοηθική, τεύχ. 25, σ. 1-2.

⁷ Βλ. αναλυτικά Ρεθυμιωτάκη Ε., Ομοφυλόφιλα ζευγάρια και ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή: σεξουαλική ελευθερία, οικογενειακή ζωή ή/και γονεϊκή σχέση σε Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Τόμ. 18, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2014, σ. 147-180.

⁸ Σταμπέλου Χ., «Σύμφωνο Συμβίωσης και Ισότητα», ΧρΙΔ, 2009, σ. 189-192.

⁹ Για την υπόθεση αυτή βλ. αναλυτικά <http://www.constitutionalism.gr/site/echr-vallianatos-%CE%B51/>. Επίσης βλ. αναλυτικά, Νικόπουλου Π., Ο αποκλεισμός των ομοφύλων από το σύμφωνο συμβίωσης του ν. 3719/2008 και η απόφαση της 7.11.2013 του ΕΔΔΑ Βαλλιανάτος και άλλοι κατά Ελλάδας, ΝοΒ 2014, σ. 1785-1789, Παπαδοπούλου Α., Η νομική έννοια της «οικογένειας» και τα ομόφυλα ζευγάρια: Μαθήματα από το ΕΔΔΑ σε Τιμητικό Τόμο Έφης Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Σάκκουλα Αθήνα –Θεσσαλονίκη 2015 (υπό έκδοση), Πέρβου Ι., «Παρατηρήσεις σε ΕΔΔΑ, Προσφυγές Νο 29381/09 και 32684/09, Υπόθεση Βαλλιανάτος και

ΕΔΔΑ έκρινε ότι η εξαίρεση των ζευγαριών του ίδιου φύλου από το νόμο που ρυθμίζει την ελεύθερη συμβίωση συνιστά παραβίαση του δικαιώματος σεβασμού στην ιδιωτική και οικογενειακή ζωή, καθώς και παραβίαση των διατάξεων που απαγορεύουν τις διακρίσεις.

Οι συζητήσεις στην Ελλάδα για την ένταξη των ομοφυλόφιλων στο σύμφωνο συμβίωσης είχαν ξεκινήσει ήδη κατά την σύνταξη και ψήφιση του σχετικού νόμου. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το Σχέδιο Νόμου της Νομοπαρασκευαστικής Επιτροπής η οποία συγκροτήθηκε με την υπ' αριθμ. ΔΔΟΙΚ/3602/29-7-2010 και είχε ως αντικείμενο την επεξεργασία Σχεδίου Νόμου για την «Τροποποίηση διατάξεων του Οικογενειακού Δικαίου», περιλαμβάνει ως σημαντικό και χαρακτηριστικό του τμήμα τις ρυθμίσεις για την επέκταση του συμφώνου συμβίωσης στα ομοφυλόφιλα πρόσωπα. Αυτό το Σχέδιο Νόμου, μολονότι ολοκληρώθηκε και παραδόθηκε στον Υπουργό στις 17.12.2010, δεν έχει ψηφιστεί ακόμη ως νόμος του Κράτους.

Ωστόσο, μετά την καταδίκη της Ελλάδας από το ΕΔΔΑ οι συζητήσεις έχουν πυκνώσει και συνεχώς πληθαίνουν οι φωνές που υποστηρίζουν με σθένος την αναγνώριση του σχετικού δικαιώματος και στα ομοφυλόφιλα ζεύγη. Πάντως, ακόμα και αν πράγματι προχωρήσει μια σχετική νομοθετική πρωτοβουλία, παραμένει εξαιρετικά αμφίβολο κατά πόσο η νομοθετική πρόβλεψη θα συμπεριλάβει και την αναγνώριση δικαιώματος πρόσβασης αφενός στις μεθόδους ΙΥΑ και αφετέρου στην υιοθεσία.

Στην παρούσα μελέτη επιχειρείται μια παρουσίαση της νομοθετικής αντιμετώπισης του δικαιώματος των ομοφυλόφιλων στην απόκτηση τέκνων στην Ελλάδα και τον τρόπο που αυτό μπορεί να ικανοποιηθεί.

B. Το δικαίωμα πρόσβασης των ομοφυλόφιλων στην αναπαραγωγή

Η δυνατότητα αναπαραγωγής ρυθμίζεται από τη φύση για όλους τους ανθρώπους με τρόπο ενιαίο. Κατ' επέκταση και η αναγνώριση

του δικαιώματος πρόσβασης σ' αυτήν δε θα μπορούσε παρά να αφορά όλους τους ανθρώπους χωρίς διακρίσεις.

Στην επιστήμη διατυπώνονται διάφορες απόψεις για τη βάση θεμελίωσης του δικαιώματος απόκτησης απογόνων.¹⁰ Έτσι, υποστηρίζεται ότι αυτό μπορεί να βρει έρεισμα σε ατομικά δικαιώματα, όπως της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας (άρθρο 5 §1Σ),¹¹ της προσωπικής ελευθερίας (άρθρο 5 §3 Σ)¹² ή του απαραβίαστου της ιδιωτικής οικογενειακής ζωής (άρθρο 9 §1 εδ. 2 Σ)¹³ ή ακόμα στο

¹⁰ Βλ. αναλυτικά *Μηλαπίδου Μ.*, Σωματική ακεραιότητα & υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Τόμ. 14, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2011, σ. 11-18, *Τροκάνα Θ.*, Ανθρώπινη Αναπαραγωγή-Η Ιδωτική αυτονομία και τα όριά της, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Τόμ. 13, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2011, σ. 91 επ.

¹¹ *Ελληνική Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής*, Εισήγηση για την Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή, (11-10-2002), www.bioethics.gr/media/pdf/recommendations/recom_me_d_ass_reprod_gr.pdf, *Βάρκα-Αδάμη Αλ.*, Ο ν. 3089/2002 για την «ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή». Μια πρώτη προσέγγιση, *ΕλλΔνη* 2003, σ. 1510-1518, *Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε.*, Τεχνητή Γονιμοποίηση και Οικογενειακό Δίκαιο, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2005, σ. 8, *της ίδιας*, Οικογενειακό Δίκαιο II, 2012, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, σ. 3, *Κριάρη-Κατράνη Ι.*, Βιοιατρικές εξελίξεις και Συνταγματικό Δίκαιο-Συνταγματικά θέματα σχετικά με τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και τις εφαρμογές της γενετικής, Εκδόσεις Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη, 1994, σ. 68 επ., *Φουντεδάκη Κ.*, Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Τόμ. 4, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2007, σ. 158 επ., *Gutmann T.*, «Auf der Suche nach einem Rechtsgut: Zur Strafbarkeit des Klonens von Menschen» σε: *Roxin C./Schroth U.*, *Medizinstrafrecht*, σ. 361 επ., *Nationaler Ethikrat*, *Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft*, 2003, www.ethikrat.org/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Genetische-Diagnostik.pdf, όπου εκτίθενται αντίστοιχες σκέψεις των μελών της γερμανικής Επιτροπής Βιοηθικής.

¹² *Μανιτάκη Α.*, Η νομοθετική απαγόρευση της κλωνοποίησης και το δικαίωμα στην αναπαραγωγή σε: Τεχνητή γονιμοποίηση και γενετική τεχνολογία: η ηθικονομική διάσταση, *ENOBE* 48, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2003, σ. 33-84.

¹³ *Βιδάλη Τ.*, Ζωή χωρίς πρόσωπο-Το Σύνταγμα και η χρήση του ανθρώπινου γενετικού υλικού, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 2003, σ. 100 επ., *του ίδιου*, Το πρόταγμα της οικογένειας: Η συνταγματικότητα

άλλοι κατά Ελλάδα, απόφαση της 7^{ης} Νοεμβρίου 2013, ΕΕΕυρΔ 2014, σ. 229-238.

δικαίωμα προστασίας της οικογένειας, της μητρότητας και της παιδικής ηλικίας που κατοχυρώνεται στο άρθρο 21 §1 Σ, ως κοινωνικό δικαίωμα.¹⁴

Ως κρατούσα, πάντως, αναδεικνύεται η άποψη που αντιμετωπίζει το δικαίωμα της αναπαραγωγής ως εκδήλωση της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας.¹⁵ Πρόκειται, δηλαδή, για μια ανθρώπινη δραστηριότητα, για μια πρωτοβουλία του κάθε ατόμου, που επιλέγει με το συγκεκριμένο τρόπο, στο χρόνο και με τους όρους που αυτό επιθυμεί να εκδηλώσει την προσωπικότητά του. Με τη συγκεκριμένη θεμελίωση του δικαιώματος απόκτησης απογόνων στο δικαίωμα ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας, κατοχυρώνεται η ελευθερία αυτοκαθορισμού και αυτοδιάθεσης του ατόμου, όπως η τελευταία εκφράζεται από τη δυνατότητα προγραμματισμού και διαμόρφωσης της ζωής του ατόμου ανάλογα με τις φυσικές και ψυχοπνευματικές του δυνατότητες και τις αντιλήψεις του, χωρίς να υπάρχει αμφιβολία ότι η απόκτηση απογόνων συμβάλλει στην ανάπτυξη και στην ολοκλήρωση της προσωπικότητάς του.¹⁶

Στο πλαίσιο αυτό θεωρείται σχεδόν αυτονόητο ότι και στα ομοφυλόφιλα άτομα θα έπρεπε να αναγνωρίζεται το γενικό δικαίωμα απόκτησης απογόνων χωρίς περιορισμούς στο μέτρο που το δικαίωμα στην αναπαραγωγή, που κατά πρώτο λόγο συνδέεται με την φυσική αναπαραγωγή, δεν επιδέχεται περιορισμούς κατά την άσκησης του. Έτσι, εάν ένας ομοφυλόφιλος

άντρας αποφασίσει να αποκτήσει τέκνο και για το λόγο αυτό προχωρήσει στη διαδικασία της φυσικής αναπαραγωγής με μια γυναίκα, κανείς δεν μπορεί να του απαγορεύσει την επιλογή του αυτή εξαιτίας του σεξουαλικού του προσανατολισμού επικαλούμενος κρίσεις περί της «καταλληλότητας» του για τεκνοποιία. Το ίδιο ισχύει και στην περίπτωση μιας ομοφυλόφιλης γυναίκας που αποκτά τέκνο ύστερα από σεξουαλική επαφή με κάποιον άντρα.

Το ζήτημα περιπλέκεται, ωστόσο, καθώς στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων τα άτομα αυτά δεν επιθυμούν να αποκτήσουν τέκνα μέσω της φυσικής αναπαραγωγής, δηλ. με σεξουαλική επαφή με άτομα διαφορετικού φύλου, οπότε στο προσκήνιο έρχεται η δυνατότητα εφαρμογής των μεθόδων ΙΥΑ¹⁷ ή το ενδεχόμενο υιοθεσίας ενός παιδιού.

Γ. Το δικαίωμα πρόσβασης των ομοφυλόφιλων στις μεθόδους ΙΥΑ στην Ελλάδα

Πριν ασχοληθεί κανείς, ωστόσο, με το αν και με ποιον τρόπο καθιερώνεται η πρόσβαση των ομοφυλόφιλων προσώπων στις μεθόδους ΙΥΑ στην Ελλάδα, είναι αναγκαίο να παρατεθούν κάποια βασικά στοιχεία σε σχέση με τη γενικότερη κατοχύρωση του δικαιώματος πρόσβασης στις μεθόδους ΙΥΑ στη χώρα μας. Τα στοιχεία αυτά αποτελούν γενικές παραδοχές που δεν μπορούν παρά να αφορούν και τα ομοφυλόφιλα άτομα. Με βάση τις γενικές αυτές παραδοχές θα γίνει εν συνεχεία ιδιαίτερη μνεία στον τρόπο αντιμετώπισης από τον Έλληνα νομοθέτη των ομοφυλόφιλων.

1. Η γενική κατοχύρωση του δικαιώματος πρόσβασης στις μεθόδους ΙΥΑ

Η κατοχύρωση στο άρθρο 5 §1 Σ του δικαιώματος του προσώπου στη φυσική αναπαραγωγή, συνεπάγεται και την αναγνώριση σε όποιον έχει κάποιο πρόβλημα υγείας και δεν μπορεί να αποκτήσει παιδιά με φυσιολογικό

του νόμου για την «ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή», ΝοΒ 2003, σ. 834-840, *Heike J.*, *Biomedizin und Strafrecht*, ZStW 1988, σ. 14 επ.

¹⁴ *Χρυσόγονου Κ.*, Το ελληνικό Σύνταγμα και η οικογένεια, ΕλλΔνη 1997, σ. 729-740.

¹⁵ *Τροκάνας Θ.*, Ανθρώπινη Αναπαραγωγή-Η Ιδωτική αυτονομία και τα όριά της, σ. 91 επ.

¹⁶ *Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε.*, Τεχνητή Γονιμοποίηση και Οικογενειακό Δίκαιο, σ. 9—Βλ. αντίθετη γνώμη *Μανιτάκη Α.*, Η νομοθετική απαγόρευση της κλωνοποίησης και το δικαίωμα στην αναπαραγωγή, σ. 35-84., ο οποίος θεωρεί ότι το δικαίωμα απόκτησης απογόνων με φυσική ή τεχνητή αναπαραγωγή βρίσκει έρεισμα στην προσωπική ελευθερία (άρθρο 5 §3 Σ), ενώ η δια κλώνου αναπαραγωγή βρίσκει έρεισμα στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας (άρθρο 5 §1 Σ). Η διάκριση αυτή έχει άμεση συνέπεια στους περιορισμούς του κάθε δικαιώματος.

¹⁷ Έτσι και *Τροκάνας Θ.*, Ανθρώπινη Αναπαραγωγή-Η Ιδωτική αυτονομία και τα όριά της, σ. 215 επ.

τρόπο, του δικαιώματος να προσφύγει στη βοήθεια της ιατρικής επιστήμης, ώστε να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του. Με την έννοια αυτή, η ιατρική υποβοήθηση της αναπαραγωγής κατοχυρώνεται πλήρως συνταγματικά ως *θεραπευτική ιατρική πράξη*, η οποία εξασφαλίζει στο άτομο τη δυνατότητα —που χωρίς τη θέλησή του— στερείται, δηλαδή, να αποκτήσει φυσικούς απογόνους.

Ταυτόχρονα, η θεμελίωση του δικαιώματος στην αναπαραγωγή στο άρθρο 5 §1 Σ σημαίνει ότι η άσκησή του τελεί πάντα υπό την αίρεση της μη προσβολής των δικαιωμάτων των άλλων, των χρηστών ηθών και του Συντάγματος, δεδομένου ότι οι αποφάσεις του ατόμου που σχετίζονται με την ενάσκηση του δικαιώματος της αναπαραγωγής δεν είναι χωρίς συνέπειες για τους τρίτους. Κατά συνέπεια, η επιβολή ορισμένων ρυθμίσεων ή περιορισμών κατά την άσκηση του συγκεκριμένου δικαιώματος είναι αποδεκτή, στο βαθμό πάντα, που αυτή δεν ξεπερνά το αναγκαίο μέτρο και ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες προστασίας.¹⁸

Επομένως, οι περιορισμοί που τίθενται με τους ν. 3089/2002 και 3305/2005 δε δημιουργούν προβλήματα αντισυνταγματικότητας, εφόσον ανταποκρίνονται και καθορίζουν αυτόν ακριβώς το χαρακτήρα της υποβοήθησης της αναπαραγωγής ως θεραπευτικής ιατρικής πράξης, η οποία διέπεται από συγκεκριμένους όρους ασφαλούς εφαρμογής της, επιλέγεται στις περιπτώσεις αδυναμίας φυσικής αναπαραγωγής και εφαρμόζεται μέσα σε ειδικά προβλεπόμενα ηλικιακά όρια.¹⁹

Άλλωστε, οι περιορισμοί αυτοί ανταποκρίνονται και στον εξαιρετικό

χαρακτήρα²⁰ της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, αφού κατά την κοινή αντίληψη στην έννοια της αναπαραγωγής εντάσσεται πρωτίστως η φυσική αναπαραγωγή, η δε τεχνητή, χωρίς να βρίσκεται στο περιθώριο «του κανονικού»,²¹ έρχεται να λειτουργήσει παραπληρωματικά και ουσιαστικά να εξασφαλίσει μια επιπλέον δυνατότητα, μόνον όταν κάποιος στερείται χωρίς τη θέλησή του για λόγους ιατρικούς το δικαίωμα να αποκτήσει παιδιά.

Με άλλες λέξεις, όπως παρατηρεί η *Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη*,²² σε μια διαδικασία που μπορεί να ελεγχθεί, όπως η τεχνητή γονιμοποίηση, το δικαίωμα στην αναπαραγωγή, ως έκφραση του δικαιώματος στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας θα μπορούσε να υποστεί κάποιους περιορισμούς προς όφελος του παιδιού, τόσο ενόψει του άρθρου 1 §2 του ν. 3305/2005 όσο και ενόψει της σχετικότητας του δικαιώματος στην προσωπικότητα (άρθρο 5 §1 Σ).

²⁰ Βλ. όμως και αντίθετη άποψη *Μαντζούφα Π.*, Συνταγματική προστασία των δικαιωμάτων στην κοινωνία της διακινδύνευσης, Υγεία-Ιδιωτικότητα-Περιβάλλον, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2006, σ. 207 επ., ο οποίος δε δέχεται τη θέση ότι το δικαίωμα αναπαραγωγής που ξεφεύγει από τη φυσική διαδικασία είναι αποδεκτό ως έκφραση του δικαιώματος της προσωπικότητας μόνο στις περιπτώσεις φυσικής αδυναμίας τεκνοποιίας και καταπολέμησης των ασθενειών...»-Πρβλ. *Βιδάλη Τ.*, Ζωή χωρίς πρόσωπο, σ. 98 επ., ο οποίος θεωρεί ότι το συνταγματικό δικαίωμα της αναπαραγωγής έχει έννοια διευρυμένη, καλύπτοντας και την τεχνητή αναπαραγωγή, διότι έτσι εξασφαλίζεται η άσκησή του από τον καθέναν και όχι μόνον από μια κατηγορία προσώπων, δέχεται, ωστόσο, ως συνταγματικά ανεκτούς κάποιους περιορισμούς.

²¹ *Φουντεδάκη Κ.*, Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη, σ. 160 επ.

²² *Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε.*, Τεχνητή Γονιμοποίηση και Οικογενειακό Δίκαιο, σ. 16 επ., η οποία υιοθετεί την παραπάνω θέση κατά την αναφορά της στο ζήτημα της καθιέρωσης ανώτατου ορίου ηλικίας όσο και στην υποχρέωση υποβολής σε ιατρικούς ελέγχους των συμμετεχόντων.

¹⁸ *Robertson J.*, Children of choice-Freedom and the new reproductive technologies, 1994, Princeton University Press, σ. 24 επ. & 32 επ., όπου αναφορά για την επέκταση του δικαιώματος της αναπαραγωγής και στην περίπτωση της τεχνητής αναπαραγωγής.

¹⁹ Αφού, όπως ορθά επισημαίνεται, «κώστερα από αυτά η αδυναμία απόκτησης απογόνων δεν είναι πλέον πρόβλημα υγείας του συγκεκριμένου προσώπου, αλλά βιολογική πραγματικότητα για το ανθρώπινο είδος εν γένει», *Φουντεδάκη Κ.*, Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη, σ. 158 επ.

2. Η κατοχύρωση του δικαιώματος πρόσβασης στις μεθόδους ΙΥΑ για τα ομοφυλόφιλα άτομα

Όλα τα ανωτέρω είναι προφανές ότι ισχύουν και αφορούν και τα ομοφυλόφιλα άτομα. Η πρόσβασή τους στις μεθόδους ΙΥΑ θα έπρεπε να κατοχυρώνεται με τους ανωτέρω συνταγματικά ανεκτούς περιορισμούς (δηλ. για λόγους ιατρικής αναγκαιότητας, εντός συγκεκριμένων ηλικιακών ορίων, κατόπιν ειδικών ιατρικών ελέγχων κ.λπ.), εξασφαλίζοντας με τον τρόπο αυτό το δικαίωμά τους στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας. De lege lata, μάλιστα υποστηρίζεται ότι τα ομοφυλόφιλα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν προβλήματα στειρότητας/υπογονιμότητας έχουν το δικαίωμα να προσφύγουν στην αναπαραγωγική τεχνολογία με τις ίδιες προϋποθέσεις που ισχύουν για τα ετερόφυλα ζευγάρια και τις μοναχικές άγαμες γυναίκες.²³ Η αντίθετη αντιμετώπισή τους συνιστά διακριτική μεταχείριση εις βάρος των ομοφυλόφιλων συμβιούντων που εδράζεται στο σεξουαλικό τους προσανατολισμό.²⁴

Παρόλα αυτά, η σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα αποδεικνύεται διαφορετική και τα ομοφυλόφιλα άτομα και δη τα ομοφυλόφιλα ζευγάρια στη χώρα μας δεν έχουν δικαίωμα πρόσβασης στις μεθόδους ΙΥΑ.

Εύλογα γεννάται το ερώτημα, αν ο αποκλεισμός αυτός αποτελεί έναν ακόμα ανεκτό συνταγματικά περιορισμό ενόψει της «προστασίας των άλλων και των χρηστών ηθών» ή αν αποτελεί μια επιλογή του Έλληνα νομοθέτη που αντιτίθεται σε κάθε έννοια ισότητας και δικαιοσύνης.

²³ Ρεθυμιωτάκη Ε., Ομοφυλόφιλα ζευγάρια και ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή: σεξουαλική ελευθερία, οικογενειακή ζωή ή/και γονεϊκή σχέση σε Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα, σελ. 147-180.

²⁴ Ρεθυμιωτάκη Ε., Ομοφυλόφιλα ζευγάρια και ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή: σεξουαλική ελευθερία, οικογενειακή ζωή ή/και γονεϊκή σχέση σε Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα, σελ. 147-180 – Βλ. επίσης Παπαδοπούλου Α. Αποκλεισμοί από την ΙΥΑ στο ελληνικό δίκαιο σε Β. Καντσή (επιμ.), Συγγένεια και ιατρική τεχνολογία. Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή στην Ελλάδα, Αθήνα: Αλεξάνδρεια 2015 (υπό έκδοση).

α. Η επιλογή του Έλληνα νομοθέτη

Από την ίδια τη διατύπωση του νόμου προκύπτει ότι δεν είναι δυνατή η προσφυγή των ομοφυλόφιλων ζευγαριών σε κάποια μέθοδο ΙΥΑ. Ο αποκλεισμός αυτός περιλαμβάνει τόσο τα ομοφυλόφιλα ζευγάρια γυναικών όσο και τα ομοφυλόφιλα ζευγάρια ανδρών.²⁵

Ειδικά όσον αφορά τις γυναίκες που ζουν σε ομόφυλη συμβίωση, το ανεπίτρεπτο της υποβολής τους σε κάποια εφαρμογή τεχνητής γονιμοποίησης συνεφέκεται από το άρθρο 1456 παρ. 1 εδ. β' ΑΚ, το οποίο αναφέρεται μόνο σε άγαμη γυναίκα χωρίς σύντροφο και σε άγαμη γυναίκα που ζει με το σύντροφό της σε ελεύθερη ένωση.²⁶ Επίσης, στο άρθρο 1457 ΑΚ, όπου ρυθμίζεται η μεταθανάτια γονιμοποίηση, γίνεται λόγος σε σύζυγο της γυναίκας και σε άνδρα με τον οποίο συζούσε.

Σε ό τι αφορά τους άντρες που ζουν σε ομοφυλόφιλο δεσμό, δεν υπάρχει κάποια ρητή πρόβλεψη στο νόμο που να τους αποκλείει από τις αναπαραγωγικές τεχνικές. Ωστόσο, από την αμφισβήτηση της δυνατότητας προσφυγής του μοναχικού άνδρα (ακόμη και του ετερόφυλου) στη τεχνική γονιμοποίηση, συνάγεται ότι μια τέτοια εφαρμογή είναι αδύνατη σε ομοφυλόφιλους άνδρες υπό το παρόν νομικό πλαίσιο. Στο ίδιο αποτέλεσμα καταλήγει κανείς και από την αναλογική εφαρμογή του άρθρου 1457 ΑΚ. Η ίδια η Εισηγητική Έκθεση του Ν 3089/2002 αναφέρει ότι η διάταξη του άρθρου 1457 ΑΚ εφαρμόζεται αναλογικά στην περίπτωση θανάτου της συζύγου ή της συντρόφου του άνδρα.

Ενώ, λοιπόν, ο Έλληνας νομοθέτης εμφανίστηκε ιδιαίτερα καινοτόμος επιτρέποντας, υπό προϋποθέσεις, κάποιες ιδιαίτερα αμφιλεγόμενες μεθόδους ΙΥΑ (λ.χ. μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση, παρένθετη μητρότητα),

²⁵ Παπαζήση Θ., Η οικογένεια προσώπων του αυτού φύλου: Εκφυλισμός ή ίση μεταχείριση;, ΧρΙΔ 2007, σ. 761-767, Τροκάνα Θ., Ανθρώπινη Αναπαραγωγή-Η Ιδιωτική αυτονομία και τα όριά της, σ. 217-218, Φουντεδάκη Κ., Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη, σ. 178.

²⁶ Τροκάνα Θ., Ανθρώπινη αναπαραγωγή. Η ιδιωτική αυτονομία και τα όριά της, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Τόμ.13, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2011, σελ. 217.

απέκλεισε τους ομοφυλόφιλους συντρόφους από τις αναπαραγωγικές τεχνολογίες²⁷ ακόμα και όταν συντρέχουν λόγοι υγείας που τους εμποδίζουν να τεκνοποιήσουν.

Ωστόσο, η απαγόρευση των ομοφυλόφιλων ζευγαριών να έχουν πρόσβαση στις αναπαραγωγικές τεχνολογίες συνιστά διακριτική, δυσμενή μεταχείρισή τους που εδράζεται στο σεξουαλικό τους προσανατολισμό. Η σεξουαλική επιλογή του κάθε ατόμου συνιστά εκδήλωση της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητάς του, που προστατεύεται συνταγματικά από το άρθρο 5 παρ. 1 Σ, ενώ στην ιδιωτική ζωή περιλαμβάνεται και η ερωτική δραστηριότητα και συνεπώς προστατεύεται από το άρθρο 9 παρ. 1 Σ.

Ο Έλληνας νομοθέτης -ανεξάρτητα αν συμφωνεί ή διαφωνεί κανείς με τις επιλογές του- εμφανίζεται συνεπής ως προς την αντιμετώπιση των ομοφυλόφιλων ζευγαριών. Δεν αναγνωρίζει, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, τη συμβίωσή τους (άρθρο 1 ν 3719/2008), πολλώ δε μάλλον το δικαίωμά τους για πρόσβαση στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.²⁸

Για τα ζευγάρια ομοφυλόφιλων που δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα στειρότητας/ υπογονιμότητας υποστηρίζεται ότι υπάρχουν δύο επιλογές:²⁹

➤ Η πρώτη είναι να διαμορφωθεί μια κατάσταση ύστερα από διεκδίκηση των αντίστοιχων δικαιωμάτων και εν συνεχεία να παρέμβει ο νομοθέτης με ότι μειονεκτήματα αυτή η λύση συνεπάγεται και

➤ Η δεύτερη είναι να ρυθμιστούν τα ζητήματα με πρωτοβουλία του νομοθέτη.

Βέβαια, σε περίπτωση που μελλοντικά επιτραπεί η πρόσβαση των ομοφυλόφιλων συντρόφων στις μεθόδους της τεχνητής γονιμοποίησης είναι αναγκαία η θεσμοθέτηση νομοθετικού πλαισίου για τη διασφάλιση των συγγενικών σχέσεων.³⁰ Ως έχει το νομοθετικό καθεστώς, πάντως, τα ζητήματα συγγένειας δε ρυθμίζονται, δεδομένου ότι κατά την παρούσα χρονική στιγμή, η εφαρμογή μεθόδων ΙΥΑ δεν αναγνωρίζεται σε ομοφυλόφιλα ζευγάρια ανδρών και γυναικών στη χώρα μας.

β. Η πρακτική διάσταση του ζητήματος

Στην πράξη, ωστόσο, δεν μπορεί να αποκλειστεί (και αυτό είναι το συνήθως συμβαίνον) το ενδεχόμενο να αποκτήσει παιδί ένα ομοφυλόφιλο ζευγάρι γυναικών, αν η μία από τις συντρόφους που αντιμετωπίζει πρόβλημα υπογονιμότητας ή στειρότητας προσφύγει σε γιατρό και ζητήσει την υποβολή της σε μέθοδο ΙΥΑ³¹ εμφανιζόμενη ως μόνη

οικογενειακή ζωή ή/και γονεϊκή σχέση σε Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα, σ. 147-180.

³⁰ *Ελ. Ρεθυμιωτάκη*, Ομοφυλόφιλα ζευγάρια και ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή: σεξουαλική ελευθερία, οικογενειακή ζωή ή/και γονεϊκή σχέση σε Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα, σ. 147-180. Βλ. επίσης, *Β. Καντσά/Α. Χαλκίδου*, «Ομόφυλες μητέρες»: μια αντίφαση στους όρους; Σεξουαλικότητα και αναπαραγωγή από τη σκοπιά της ανθρωπολογίας σε Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα, σ. 181-205, όπου επισημαίνεται ότι «Η συγγένεια, λοιπόν, στο πλαίσιο ομοφυλόφιλων σχέσεων δεν είναι ακριβώς ίδια με τη συγγένεια στις ετερόφυλες σχέσεις, όπως δεν είναι ίδιες και οι συγγενικές σχέσεις που δημιουργούνται με αναφορά στις νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής».

³¹ *Καντσά Β./Χαλκίδου Α.*, «Ομόφυλες μητέρες»: μια αντίφαση στους όρους; Σεξουαλικότητα και αναπαραγωγή από τη σκοπιά της ανθρωπολογίας σε Υποβοηθούμενη

²⁷ *Ρεθυμιωτάκη Ε.*, Ομοφυλόφιλα ζευγάρια και ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή: σεξουαλική ελευθερία, οικογενειακή ζωή ή/και γονεϊκή σχέση σε Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα, σ. 147-180 - Το ανεπίτρεπτο της προσφυγής των ομοφύλων ζευγαριών σε ΙΥΑ εδράζεται στα «δικαιώματα των άλλων» που οριοθετούν την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας έκφανση της οποίας είναι και το δικαίωμα στην αναπαραγωγή. Ωστόσο, έχει επισημανθεί το παράδοξο βάση της απαγόρευσης να αποτελεί ότι το συμφέρον του παιδιού που επιβάλλει τη μη γέννησή του. Επιχειρήματα για το ανεπίτρεπτο της ΙΥΑ σε ομόφυλα ζεύγη αντλούνται και από τις επιπτώσεις στην ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών που γεννιούνται από ομόφυλα ζευγάρια, βλ. αναλυτικά *Παπαδόπουλου Θ.*, Το δικαίωμα στην απόκτηση απογόνων και οι περιορισμοί του σε Θέματα Βιοηθικής, σ. 275-290.

²⁸ *Παπαδόπουλου Α.* Αποκλεισμοί από την ΙΥΑ στο ελληνικό δίκαιο σε Β. Καντσά (επιμ.), Συγγένεια και ιατρική τεχνολογία. Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή στην Ελλάδα, Αθήνα: Αλεξάνδρεια 2015 (υπό έκδοση).

²⁹ *Ρεθυμιωτάκη Ε.*, Ομοφυλόφιλα ζευγάρια και ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή: σεξουαλική ελευθερία,

άγαμη γυναίκα.³² Σ' αυτή την περίπτωση μητέρα θα είναι μόνο η γυναίκα που ζήτησε την απόκτηση παιδιού με τη συνδρομή της ιατρικής επιστήμης και όχι η σύντροφός της η οποία δεν μπορεί να γίνει γονέας του ούτε με υιοθεσία.

Αντίθετα, οι ομοφυλόφιλοι άνδρες δεν έχουν καμία δυνατότητα να προσφύγουν είτε μόνοι τους είτε ως ζευγάρι στις τεχνικές της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής³³. Μόνη δυνατότητα να αποκτήσει ένας άντρας παιδί με τη χρήση της αναπαραγωγικής τεχνολογίας είναι να συναινέσει συμβολαιογραφικά σε τεχνητή γονιμοποίηση ως μόνιμος σύντροφος άγαμης γυναίκας.³⁴

Την ελληνική νομολογία έχουν απασχολήσει δύο περιπτώσεις μοναχικών αντρών που προσέφυγαν στις μεθόδους ΙΥΑ για την απόκτηση τέκνων. Οι 2827/2008 ΜΠρΑθ³⁵ και η 13707/2009 ΜΠρΘεσ³⁶ είναι οι μόνες δύο αποφάσεις που μέχρι σήμερα έχουν κάνει δεκτές τις αιτήσεις άγαμων ανδρών για εφαρμογή της μεθόδου της παρένθετης μητρότητας στη βάση

αναπαραγωγή και εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα, σ. 181-205, όπου παρατίθενται οι εμπειρίες ομοφυλόφιλων γυναικών που χρησιμοποίησαν την ΙΥΑ προκειμένου να αποκτήσουν απογόνους (οι 3 από τις συνεντευξιζόμενες υποβλήθηκαν οι ίδιες σε τεχνητή περίπτωση, ενώ η μία δεν υποβλήθηκε αυτή αλλά η σύντροφός της), Ρεθυμιωτάκη Ε., Ομοφυλόφιλα ζευγάρια και ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή: σεξουαλική ελευθερία, οικογενειακή ζωή ή/και γονεϊκή σχέση σε Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα, σ. 147-180.

³² Καντσά Β./Χαλκίδου Α., «Ομόφυλες μητέρες»: μια αντίφαση στους όρους; Σεξουαλικότητα και αναπαραγωγή από τη σκοπιά της ανθρωπολογίας σε Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα, σ. 181-205, Παπαδοπούλου Δ. Αποκλεισμοί από την ΙΥΑ στο ελληνικό δίκαιο σε Β. Καντσά (επιμ.), Συγγένεια και ιατρική τεχνολογία. Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή στην Ελλάδα, Αθήνα: Αλεξάνδρεια 2015 (υπό έκδοση).

³³ Ρεθυμιωτάκη Ε., Ομοφυλόφιλα ζευγάρια και ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή: σεξουαλική ελευθερία, οικογενειακή ζωή ή/και γονεϊκή σχέση σε Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα, σ. 147-180.

³⁴ Ρεθυμιωτάκη Ε., Ομοφυλόφιλα ζευγάρια και ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή: σεξουαλική ελευθερία, οικογενειακή ζωή ή/και γονεϊκή σχέση σε Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα, σ. 147-180.

³⁵ ΧρΙΔ 2009, σ. 818-819 με παρατηρήσεις Παπαχρίστου Θ.

³⁶ ΧρΙΔ 2011, σ. 267.

της αναλογικής εφαρμογής του άρθρου 1458 ΑΚ.³⁷ Ωστόσο, κατά της 2827/2008 ΜΠρΑθ ασκήθηκε έφεση από τον Εισαγγελέα Πρωτοδικών, η οποία έγινε δεκτή και η 3357/2010 ΕφΑθ³⁸ εξαφάνισε την πρωτόδικη απόφαση.

Σε περίπτωση που παγιωθεί στην ελληνική νομολογία ή προβλεφθεί νομοθετικά η δυνατότητα πρόσβασης στη μέθοδο τις παρένθετης μητρότητας και σε μοναχικούς άνδρες τότε θα μπορούσαν ενδεχομένως να τεκνοποιήσουν και δια αυτής της μεθόδου και οι ομοφυλόφιλοι μοναχικοί άντρες. Ωστόσο, η αντικρουόμενη αντιμετώπιση του ζητήματος από τα ελληνικά δικαστήρια καθιστά ρευστή και ασαφή την αναγνώριση ενός τέτοιου δικαιώματος στους άνδρες.

Δ. Το δικαίωμα πρόσβασης των ομοφυλόφιλων στην υιοθεσία

1. Η επιλογή του Έλληνα νομοθέτη

Οι διατάξεις των άρθρων 1542 επ. ΑΚ ρυθμίζουν τους όρους και τη διαδικασία τέλεσης της υιοθεσίας μεταξύ των οποίων και η κοινωνική έρευνα.³⁹ Εν συνεχεία θα εξεταστεί το

³⁷ Για την παρουσίαση των αποφάσεων βλ. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε., Παρουσίαση - Παρατηρήσεις στην 2827/2008 ΜΠρΑθ, Ιατρικό Δίκαιο και Βιοηθική, Τεύχ 9, σ. 2-3, της ίδιας, «Η πρόσβαση του άγαμου μοναχικού άνδρα στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Η νομολογιακή εξέλιξη», Ιατρικό Δίκαιο και Βιοηθική, Τεύχ 23, σ. 1-2, Παπαχρίστου Θ., Παρατηρήσεις στην ΜονΠρωτΑθ 2827/2008, ΧρΙΔ, 2009, σ. 818-819.

³⁸ ΧρΙΔ 2013, σ. 508-509. –Για το σχολιασμό της ανωτέρω απόφασης και τις απόψεις σε σχέση με την επίπτωση της ανατροπής της πρωτόδικης απόφασης στο χώρο της θεμελίωσης της συγγένειας βλ. Κουμουτζή Ν., Η ανατροπή της δικαστικής άδειας για τεχνητή αναπαραγωγή – Με αφορμή την ΕφΑθ 3357/2010, ΧρΙΔ 2013, σ.552-553, Παπαδοπούλου-Κλαμαρή Δ., Ανατροπή ή εξαφάνιση της απόφασης εκουσίας δικαιοδοσίας με την οποία παρέχεται άδεια για χρησιμοποίηση παρένθετης μητέρας (ιδίως όταν η άδεια παρέχεται σε μοναχικό άνδρα) - Μια πρώτη προσέγγιση με αφορμή την 3357/2010 ΕφΑθ, ΧρΙΔ 2013, σ. 549-551.

³⁹ Για τις προϋποθέσεις τέλεσης της υιοθεσίας, βλ. αναλυτικά Φουντεδάκη Κ., Υιοθεσία. Ο ν. 2447/2996, οι τροποποιήσεις και η εφαρμογή του, Εκδόσεις Σάκκουλα Αθήνα Θεσσαλονίκη, 2010, σελ. 92-104.

δικαίωμα πρόσβασης στην υιοθεσία α) από μεμονωμένα ομοφυλόφιλα άτομα, β) από ζευγάρι ομοφυλόφιλων και γ) από το/τη σύντροφο του γονέα του παιδιού.

α. Η υιοθεσία από μεμονωμένα ομοφυλόφιλα άτομα

Στα άρθρα 1452 επ. ΑΚ δε γίνεται καμία ειδική αναφορά ούτε στο φύλο ούτε στο σεξουαλικό προσανατολισμό των υιοθετούντων. Έτσι, καταρχάς είναι δυνατόν ένα ομοφυλόφιλο πρόσωπο να υιοθετήσει μόνο του ένα παιδί. Βέβαια, αν αυτό αποκαλύψει τις σεξουαλικές του επιλογές, υπάρχει ο κίνδυνος να θεωρηθεί από τις κοινωνικές υπηρεσίες ότι δεν εξυπηρετείται το συμφέρον του παιδιού. Εναπόκειται, λοιπόν, στην κοινωνική υπηρεσία που θα κληθεί να ελέγξει το περιβάλλον που θα ανατραφεί το προς υιοθεσία παιδί. Η άποψη, βέβαια, της κοινωνικής υπηρεσίας δεν είναι δεσμευτική για το Δικαστήριο. Ωστόσο, τόσο η κοινωνική υπηρεσία όσο και το Δικαστήριο που θα κληθεί να αποφασίσει δύσκολα θα δεχθούν ότι μια τέτοια υιοθεσία διασφαλίζει το συμφέρον του παιδιού. Ο αποκλεισμός, όμως, ενός ατόμου από την υιοθεσία κάποιου παιδιού με μόνη δικαιολογητική βάση το σεξουαλικό του προσανατολισμό έρχεται σε ευθεία αντίθεση με το άρθρο 4 Σ.

β. Η υιοθεσία από ζευγάρι ομοφυλόφιλων

Ωστόσο, για ένα ομοφυλόφιλο ζευγάρι δεν υπάρχει καν αυτή η δυνατότητα ελέγχου από κοινωνική υπηρεσία. Σύμφωνα με το άρθρο 1545 ΑΚ δεν είναι δυνατή η υιοθεσία του ίδιου προσώπου ταυτόχρονα από περισσότερα άτομα, εκτός αν αυτά είναι σύζυγοι. Με δεδομένο, όμως, ότι στην Ελλάδα για τους ομοφυλόφιλους δεν επιτρέπεται ο γάμος με την τέλεση του οποίου θα λάμβαναν τα μέρη την ιδιότητα των συζύγων, δεν μπορεί να γίνει λόγος για υιοθεσία ενός παιδιού από ομοφυλόφιλο ζευγάρι. Τα ζευγάρια ομοφυλόφιλων από τη στιγμή που ζουν σε ελεύθερη ένωση αποκλείονται από το θεσμό της υιοθεσίας *a priori*. Αντίθετα, αρκετές χώρες εξαρτούν το θεσμό της υιοθεσίας από την καταλληλότητα των προσώπων που επιθυμούν

να αποκτήσουν παιδί μέσω του συγκεκριμένου τόπου και όχι από το σεξουαλικό τους προσανατολισμό.⁴⁰

γ. Η υιοθεσία του παιδιού του ενός μέλος του ομοφυλόφιλου ζευγαριού από το σύντροφό του

Από τη στιγμή που ένα ομοφυλόφιλο ζευγάρι αδυνατεί να υιοθετήσει από κοινού ένα παιδί, θα πρέπει εν συνεχεία να εξεταστεί το ενδεχόμενο το ένα μέλος του ομοφυλόφιλου ζεύγους να υιοθετήσει το παιδί που απέκτησε είτε με φυσικό τρόπο είτε με υιοθεσία είτε με κάποια μέθοδο ΙΥΑ⁴¹ το άλλο μέλος του ομοφυλόφιλου ζευγαριού. Στις περιπτώσεις αυτές μητέρα θα είναι μόνο η γυναίκα που απέκτησε το παιδί με φυσικό τρόπο/που το υιοθέτησε/που ζήτησε την απόκτηση παιδιού με τη συνδρομή της ιατρικής επιστήμης αντίστοιχα και όχι η σύντροφός της.

Η τελευταία θα μπορούσε να θεωρηθεί μητέρα του τέκνου μόνο αν προέβαινε σε υιοθεσία αυτού. Βέβαια, ισχυρές αμφιβολίες υπάρχουν για το κατά πόσο η κοινωνική υπηρεσία που θα κληθεί να διεξαγάγει επισταμένη κοινωνική έρευνα, θα κρίνει στη σχετική έκθεση που θα συντάξει ότι η συγκεκριμένη υιοθεσία συμφέρει το υιοθετούμενο (άρθρο 1557 ΑΚ). Αλλά και στην

⁴⁰ Επιτρεπτή είναι η υιοθεσία από ομόφυλους στην Αργεντινή, το Βέλγιο, τη Βραζιλία, τον Καναδά, τη Δανία, την Ισλανδία, την Ολλανδία, τη Νορβηγία, τη Νότια Αφρική, τη Σουηδία (μόνο για τα ομοφυλόφιλα ζευγάρια γυναικών), το Ηνωμένο Βασίλειο, κάποιες πολιτείες της Αυστραλίας, κάποιες πολιτείες των ΗΠΑ κ.λπ.

⁴¹ Καντσα Β./Χαλκίδου Α., «Ομόφυλες μητέρες»: μια αντίφαση στους όρους; Σεξουαλικότητα και αναπαραγωγή από τη σκοπιά της ανθρωπολογίας σε Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής 18, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2014, σ. 181-205, όπου παρατίθενται οι εμπειρίες ομοφυλόφιλων γυναικών που χρησιμοποίησαν την ΙΥΑ προκειμένου να αποκτήσουν απογόνους (οι 3 από τις συνεντευξιαζόμενες υποβλήθηκαν οι ίδιες σε τεχνητή περίπτωση, ενώ η μία δεν υποβλήθηκε αυτή αλλά η σύντροφός της), Ρεθυμιοτάκη Ε., Ομοφυλόφιλα ζευγάρια και ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή: σεξουαλική ελευθερία, οικογενειακή ζωή ή/και γονεϊκή σχέση σε Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα, σ. 147-180.

σπάνια περίπτωση που κάποιο ελληνικό Δικαστήριο αποφασίσει ότι εξυπηρετείται το συμφέρον του παιδιού και υιοθετηθεί από τη σύντροφο της φυσικής μητέρας, θα πρέπει να διακοπεί κάθε δεσμός του ανηλίκου με τη φυσική μητέρα, σύμφωνα με το άρθρο 1561 ΑΚ.

Αυτό σημαίνει ότι δε θα είναι ταυτόχρονα και οι δύο φυσικοί γονείς του τέκνου (ο ένας με υιοθεσία και ο άλλος με φυσικό τρόπο/υιοθεσία/υποβοηθούμενη αναπαραγωγή). Το άρθρο 1562 ΑΚ που ορίζει ότι εξακολουθούν να υφίστανται οι δεσμοί του υιοθετούμενου με το φυσικό του γονέα στην περίπτωση που ο ένας σύζυγος υιοθετεί το τέκνο του άλλου, δεν εφαρμόζεται στην περίπτωση των ομοφυλόφιλων ζευγαριών, διότι στην Ελλάδα η συμβίωση των ομοφυλόφιλων ζευγαριών δεν αναγνωρίζεται θεσμικά.

Ακόμη, όμως, κι αν επεκταθεί το σύμφωνο συμβίωσης -όπως προβλέπεται στο Σχέδιο Νόμου και στα ομοφυλόφιλα ζευγάρια, δεν θα είναι δυνατή η διατήρηση της συγγένειας με το γονέα σε περίπτωση υιοθεσίας από το σύντροφό του, από τη στιγμή που ρητά γίνεται στη διάταξη του άρθρου 1561 ΑΚ λόγος για σύζυγο και όχι για σύντροφο. Επίσης, στις διατάξεις του Ν 3719/2008 δεν περιλαμβάνεται δυνατότητα υιοθεσίας ούτε στο σύζυγο του ετερόφυλου συντρόφου που έχουν υπογράψει σύμφωνο συμβίωσης.⁴²

Άλλωστε, όπως φαίνεται προς το παρόν τουλάχιστον, πρόθεση του νομοθέτη είναι απλά η επέκταση της εφαρμογής του συμφώνου συμβίωσης και στα ομοφυλόφιλα άτομα και όχι η αναγνώριση του δικαιώματός τους στην απόκτηση κοινών απογόνων.

2. Η θέση του ΕΔΔΑ

Το ΕΔΔΑ έχει κληθεί πολλές φορές να εξετάσει ζητήματα που σχετίζονται με τα

δικαιώματα των ομοφυλόφιλων.⁴³ Στο σημείο αυτό θα αναπτυχθούν δύο χαρακτηριστικές αποφάσεις που αφορούν αιτήματα ομοφυλόφιλων για υιοθεσία.

α. Το ΕΔΔΑ αντιμετώπισε σχετικό ζήτημα και κατά την εξέταση της υπόθεσης *E.B. v. France* (αριθμός προσφυγής 43546/2002). Σύμφωνα με την υπόθεση αυτή το έτος 1998 ο Πρόεδρος του Συμβουλίου του τμήματος

⁴³ Ενδεικτικά μόνο: *Frette κατά Γαλλίας* (όπου απορρίφθηκε αίτημα ομοφύλου για υιοθεσία τέκνου με το αιτιολογικό ότι η διαφορετική μεταχείριση του προσφεύγοντος εξυπηρετούσε την προστασία των παιδιών και τα Κράτη είχαν ευρύ περιθώριο εκτίμησης για τη ρύθμιση του ζητήματος), *Gas και Dubois κατά Γαλλίας* (στην υπόθεση αυτή δύο γυναίκες σύνησαν σύμφωνο συμβίωσης εκ των οποίων η μία είχε αποκτήσει παιδί μέσω τεχνητής γονιμοποίησης. Οι γαλλικές αρχές αρνήθηκαν την υιοθεσία του παιδιού από τη σύντροφο της μητέρας του. Το ΕΔΔΑ απέρριψε την προσφυγή γιατί ούτε στα ετερόφυλα ζευγάρια που είχαν υπογράψει σύμφωνο συμβίωσης είχαν δικαίωμα το ένα μέλος να υιοθετήσει το παιδί του άλλου), *Karner κατά Αυστρίας* (στην υπόθεση αυτή το ΕΔΔΑ έκρινε ότι ο αποκλεισμός ομόφυλου ζευγαριού από την εφαρμογή της νομοθεσίας για τη μεταφορά του μισθωτηρίου συμβολαίου στον επιζώντα σύντροφο αποτελεί μέτρο δυσανάλογο για την επιδίωξη του επιδιωκόμενου σκοπού της προστασίας της παραδοσιακής οικογένειας γι' αυτό και υπάρχει παραβίαση των άρθρων 8 και 14 της ΕΣΔΑ)– Για την υπόθεση *Gas και Dubois* κατά Γαλλίας βλ. και *Παπαδοπούλου Α.*, Τεκνοθεσία από δεύτερο ομόφυλο γονέα; Ιατρικό Δίκαιο και Βιοηθική, 2009, τεύχ 8, σ. 1-2, της ίδιας, Γάμος ομοφύλων; Μια απόπειρα νομικής και δικαιολογητικής αξιολόγησης, ΔτΑ 2008, σελ. 405-489, της ίδιας, Η νομική έννοια της «οικογένειας» και τα ομόφυλα ζευγάρια: Μαθήματα από το ΕΔΔΑ σε Τιμητικό Τόμο Έφης Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Σάκκουλα Αθήνα –Θεσσαλονίκη 2015 (υπό έκδοση). Για την υπόθεση *Karner κατά Αυστρίας* βλ. αναλυτικά *Μάλλιον Β.*, Κατοχύρωση συμβίωσης ομοφύλων: ελληνική πραγματικότητα και ευρωπαϊκή διάσταση (ΕΣΔΑ) σε <http://www.constitutionalism.gr/site/1583-katohyrwsi-symbiwnsi-omofylwn-elliniki-pragmatikot/>. *Παπαδοπούλου Α.* Η νομική έννοια της «οικογένειας» και τα ομόφυλα ζευγάρια: Μαθήματα από το ΕΔΔΑ σε Τιμητικό Τόμο Έφης Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Σάκκουλα Αθήνα –Θεσσαλονίκη 2015 (υπό έκδοση), της ίδιας, Γάμος ομοφύλων; Μια απόπειρα νομικής και δικαιολογητικής αξιολόγησης, ΔτΑ 2008, σελ. 405-489, της ίδιας, Η μη αναγνώριση των ομόφυλων ζευγαριών ως «οικογένειας» στη νομολογία των ευρωπαϊκών Δικαστηρίων (ΔΕΚ και ΕΔΔΑ) σε Χατζητρήφων/Παπαζήση (επιμ.) Πρακτικά 2^{ου} Διεπιστημονικού Συνεδρίου, Θεσσαλονίκη, 12-14 Μαΐου 2005, Το φύλο και η συμπεριφορά του. Οικογένειες από ομόφυλα ζευγάρια, Επίκεντρο 2007, σ. 31-45.

⁴² *Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε.*, Σύμφωνο συμβίωσης: Η σύστασή του και οι σχέσεις των μερών κατά τη διάρκεια της λειτουργίας του, Αρμ, 2009, σ. 1133-1145, *Φουντεδάκη Κ.*, Η σημασία της προσωπικής κατάστασης του (υποψήφιου) θετού γονέα στην υιοθεσία, ΧρΙΔ 2010, σ. 81-86.

(*département*) αρνήθηκε το αίτημα της αιτούσας να υιοθετήσει παιδί. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας η αιτούσα ανέφερε την ομοφυλοφιλία της και το γεγονός ότι βρισκόταν σε σταθερή σχέση με μια άλλη γυναίκα. Τα διοικητικά δικαστήρια απέρριψαν τις εφέσεις της προσφεύγουσας για λόγους, μεταξύ άλλων, που είχαν να κάνουν με τον τρόπο ζωής της. Οι εθνικές διοικητικές αρχές και εν συνεχεία τα δικαστήρια που εκδίκασαν την έφεση της προσφεύγουσας, στήριξαν την απόφασή τους για την απόρριψη της αίτησης σε δύο βασικούς λόγους: την απουσία πατρικού προτύπου και στο γεγονός ότι η σύντροφος της αιτούσας δεν υπέβαλε και αυτή αίτημα για υιοθεσία. Να σημειωθεί ότι γαλλική νομοθεσία χορηγεί στα μόνα άτομα το δικαίωμα να υποβάλουν αίτηση για υιοθεσία.

Το ΕΔΔΑ έκρινε ότι η ομοφυλοφιλία της αιτούσας αποτέλεσε καθοριστικό παράγοντα στην άρνηση χορήγησης άδειας για υιοθεσία γι' αυτό και υπήρξε παραβίαση του άρθρου 14 σε συνδυασμό με το άρθρο 8 της ΕΣΔΑ.

β. Μια άλλη υπόθεση που σχετίζεται, άμεσα, με το δικαίωμα των ομοφυλόφιλων να αποκτήσουν παιδί μέσω υιοθεσίας είναι η *X και λοιποί κατά Αυστρίας*.⁴⁴ Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη υπόθεση πρώτη και η τρίτη αιτούσα βρίσκονται σε σταθερό ομοφυλοφιλικό δεσμό, ενώ ο δεύτερος αιτών είναι το παιδί της τρίτης αιτούσας. Ο πατέρας του παιδιού το αναγνώρισε, αλλά η τρίτη αιτούσα ασκούσε μόνη της την αποκλειστική γονική μέριμνα. Η πρώτη αιτούσα επιθυμούσε να υιοθετήσει το παιδί, χωρίς όμως να διαραγεί η σχέση του με τη βιολογική του μητέρα κάτι που θα επερχόταν με την υιοθεσία. Σύμφωνα με το άρθρο 182 παρ. 2 του αυστριακού ΑΚ η υιοθεσία από το μέλος ενός ζευγαριού του παιδιού του συντρόφου του συνεπάγεται διακοπή του δεσμού του παιδιού με το βιολογικό γονέα του ίδιου φύλου με τον υιοθετούντα. Οι προσφεύγουσες λοιπόν

αιτήθηκαν στο Συνταγματικό Δικαστήριο τη κήρυξης της συγκεκριμένης διάταξης ως αντισυνταγματικής, διότι υφίστανται διάκριση βάσει του σεξουαλικού τους προσανατολισμού. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι κατά τον αυστριακό Αστικό Κώδικα η υιοθεσία του βιολογικού τέκνου του ενός συντρόφου από τον άλλο σύντροφο επιτρέπεται μόνο στα ετερόφυλα ζευγάρια ανεξάρτητα αν έχουν τελέσει γάμο ή όχι. Ανάλογη δυνατότητα δεν παρέχεται στα ομοφυλόφιλα ζευγάρια. Τα αυστριακά δικαστήρια αρνήθηκαν το πιο πάνω αίτημα. Έτσι, οι αιτούντες προσέφυγαν στο ΕΔΔΑ παραπονούμενες για παραβίαση των δικαιωμάτων που προστατεύονται στο άρθρο 14 σε συνδυασμό με το άρθρο 8 της ΕΣΔΑ.

Η ολομέλεια του ΕΔΔΑ εξέτασε το συγκεκριμένο θέμα από δύο οπτικές:

- στην πρώτη συνέκρινε την κατάσταση των προσφευγουσών με ένα έγγαμο ζευγάρι, όπου ο ένας σύζυγος επιθυμεί να υιοθετήσει το παιδί του άλλου συζύγου. Μετά τη σύγκριση αυτή το ΕΔΔΑ απεφάνθη ομόφωνα ότι δεν υπήρξε καμία παραβίαση, καθώς οι προσφεύγοντες δε βρίσκονταν σε παρόμοια κατάσταση με ένα έγγαμο ζευγάρι.
- στη δεύτερη τη συνέκρινε με ένα μη παντρεμένο ετερόφυλο ζευγάρι, όπου ο ένας σύντροφος επιθυμεί να υιοθετήσει το παιδί του συντρόφου του. Στην περίπτωση αυτή απεφάνθη ότι η διαφορετική μεταχείριση ανάμεσα στην πρώτη και τη τρίτη προσφεύγουσα και ένα ετερόφυλο ανύπαντρο ζευγάρι, όπου ο ένας σύντροφος επιθυμεί να υιοθετήσει το τέκνο του συντρόφου του στηρίχθηκε στο σεξουαλικό τους προσανατολισμό και συνεπώς υπήρξε παραβίαση του άρθρου 14 σε συνδυασμό με το άρθρο 8 της ΕΣΔΑ.

Το ΕΔΔΑ, λοιπόν, με την απόφαση αυτή αναγνώρισε ότι ο ομοφυλόφιλος σύντροφος ενός ομοφυλόφιλου ζευγαριού έχει το δικαίωμα να υιοθετήσει το τέκνο του άλλου συντρόφου, αν κάτι τέτοιο επιτρέπεται στο εθνικό δίκαιο στα ετερόφυλα εκτός γάμου ζευγάρια. Εναπόκειται, συνεπώς, στη διακριτική ευχέρεια του κάθε κράτους να παράσχει αυτό το δικαίωμα στα

⁴⁴ Για την υπόθεση αυτή, βλ. αναλυτικά *Κωστοπούλου Μ.-Α.*, Υιοθεσία από ομόφυλα ζευγάρια; Με αφορμή την απόφαση ΕΔΔΑ, X κ.ά. κατά Αυστρίας (Τμήμα Ευρείας Σύνοψης), ΕφΑΔ 2013, σ. 720-729, *Μαργαρίτη Κ.*, «Παρατηρήσεις σε ΕΔΔΑ, Προσφυγή Νο 19010/07, Υπόθεση X και λοιπών κατά Αυστρίας, απόφαση της 19ης Φεβρουαρίου 2013», ΕΕΕυρΔ 2013, σ. 117-119.

ζευγάρια που δεν έχουν ενωθεί με τα δεσμά του γάμου.

Επομένως, βάσει της νομολογίας του ΕΔΔΑ η επέκταση της δυνατότητας υιοθεσίας σε άγαμα ετερόφυλα ζεύγη στην Ελλάδα θα άνοιγε το δρόμο της υιοθεσίας και για τα ομοφυλόφιλα ζευγάρια.

Ε. Συμπεράσματα

Παρά το γεγονός ότι στην Ελλάδα δεν είναι επιτρεπτή ούτε η ΙΥΑ ούτε η υιοθεσία από ομοφυλόφιλα ζευγάρια, η κοινωνική πραγματικότητα είναι διαφορετική. Ομοφυλόφιλα άτομα, αποκρύπτοντας το σεξουαλικό τους προσανατολισμό, καταφεύγουν κατά μόνας είτε σε μεθόδους ΙΥΑ είτε σε υιοθεσία. Τα παιδιά αυτά μεγαλώνουν μαζί και με το σύντροφο του ομοφυλόφιλου που υιοθέτησε ή υπεβλήθη το ίδιο ή παρένθετη μητέρα σε μεθόδους αναπαραγωγικής τεχνολογίας αποτελώντας μια εν τοις πράγμασι οικογένεια. Η νομική, ωστόσο, αναγνώριση αυτών των οικογενειών δε φαίνεται να περιλαμβάνεται στα άμεσα σχέδια του Έλληνα νομοθέτη.

Σε κάθε περίπτωση για να είναι δυνατή η απόκτηση τέκνων από ομοφυλόφιλα ζευγάρια θα πρέπει να προηγηθεί η νομική τους αναγνώριση. Αν κατοχυρωθεί νομοθετικά η συμβίωση των ομοφυλόφιλων, μπορεί να ανοίξει η συζήτηση για το ενδεχόμενο απόκτησης τέκνων είτε με ΙΥΑ είτε με υιοθεσία.

Ενόψει όλων των ανωτέρω η νομοθετική αντιμετώπιση του δικαιώματος των ομοφυλόφιλων στην απόκτηση τέκνων προϋποθέτει αφενός απαγκίστρωση από μια απαρχαιωμένη ηθικοθρησκευτική-συντηρητική αντιμετώπιση και αφετέρου αναγνώριση των σύγχρονων συνθηκών και της αλλαγής του οικογενειακού μορφώματος. Ο εκσυγχρονισμός, συνεπώς, του Οικογενειακού Δικαίου αποτελεί μια ανάγκη την οποία δεν μπορεί να συνεχίσει να παραβλέπει ο Έλληνας νομοθέτης.




ΒΙΟΗΘΙΚΑ

Ηλεκτρονικό Περιοδικό της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής

Ανασκόπηση - Review

Βιοηθική και σύγχρονη τέχνη: παραδείγματα και ερωτήματα

Νιόβη - Ευγενία Παπαδάκη

 niovi.papadaki@gmail.com

Περίληψη

Η δημοσίευση αυτή έχει ως σκοπό να αναδείξει τους κοινούς δρόμους που έχει η τέχνη και η επιστήμη από τη σκοπιά της βιοηθικής. Όσο και αν εκ πρώτης όψεως, ένας τέτοιος συνδυασμός φαίνεται αταίριαστος, στην πραγματικότητα, όσον αφορά την σύγχρονη εικαστική τέχνη αναδύονται πολλά και σοβαρά ζητήματα βιοηθικής. Μέσα από συγκεκριμένα παραδείγματα που παρουσιάζει η εργασία, χρησιμοποιούνται ζωντανοί οργανισμοί, ζώα, ακόμη και ο ίδιος ο άνθρωπος. Με οδηγό τα παραδείγματα, η εργασία κάνει μια προσπάθεια να εξερευνήσει αυτούς τους δρόμους και να αναδείξει τα θετικά, αλλά και τα αρνητικά ενός τέτοιου «παντρέματος».

Bioethics and Contemporary Art: Examples and Questions

Niovi - Evgenia Papadaki

Abstract

The aim of this essay is to portray the common paths of art and science from the aspect of bioethics. At first sight such a combination seems incompatible. However, in the process of approaching contemporary art, a series of concerns and questions emerge with regard to bioethics. Within this framework, examples of living organisms, animals, but also human bodies used in contemporary art, are presented. Through these examples bioethical issues are illustrated and positions in favor or against combining art and science are concluded.

Ανέκαθεν η επιστήμη και η τέχνη θεωρούνταν δύο χωριστοί δρόμοι. Τα τελευταία χρόνια όμως, με την βοήθεια και της τεχνολογίας, επιστήμη και τέχνη έχουν έρθει πιο κοντά από ποτέ. Τόσο κοντά, που η επιστήμη πλέον, ως ένα βαθμό, επηρεάζει την τέχνη σε κάθε μορφή της.

Σκοπός αυτού του κειμένου είναι να περιγράψει με ορισμένα παραδείγματα τα καινούργια μονοπάτια της επιστήμης και της τέχνης (“Sci.Art”) από τη σκοπιά της βιοηθικής και να ανοίξει απλώς συγκεκριμένα ερωτήματα που ανακύπτουν, όπως:

1. Πως μπορούν δύο τόσο διαφορετικές ανθρώπινες δραστηριότητες να συνεργαστούν;

2. Γιατί οι καλλιτέχνες ασχολούνται πλέον με θέματα βιοηθικού ενδιαφέροντος;

3. Η επιστήμη ανέκαθεν επηρέαζε την τέχνη; Ή το γεγονός ότι ο άνθρωπος βρίσκεται πολύ κοντά στην τεχνολογία σήμερα, έχει παίξει κάποιο ρόλο στην πρόσβαση της τέχνης σε επιστημονικά θέματα;

4. Μια τέτοια εξέλιξη θα μπορούσε να προωθήσει την επιστήμη και να εξοικειωθούν οι πολίτες με επιστημονικά θέματα, έννοιες και αποτελέσματα;

5. Πρόκειται όντως για μια διαδικασία διαλόγου, μια «διευκόλυνση» της επικοινωνίας, ή υπάρχουν περιπτώσεις όπου η τέχνη παραπλανά το κοινό και δίνονται λάθος πληροφορίες για την επιστήμη;

6. Όταν γίνονται τέτοιες αναπαραστάσεις από την τέχνη, ποια είναι τα όρια που θα πρέπει να υπάρξουν από την πλευρά της βιοηθικής και, εν τέλει, είναι θεμιτές κάποιες «εξαιρέσεις» για χάρη της;

7. Υπάρχει η άποψη πως πολλές τέτοιες μορφές τέχνης εξυπηρετούν λόγους εντυπωσιασμού. Εάν σε κάποιες περιπτώσεις αυτό όντως ισχύει, τότε πρόκειται πράγματι για «τέχνη»; Σε τέτοιες περιπτώσεις θα δικαιολογούνταν η παρουσία της επιστήμης;

8. Μπορεί ένας καλλιτέχνης να χρησιμοποιήσει ζωντανούς οργανισμούς για μια τέτοια τέχνη; Εάν ναι, έως ποιο σημείο είναι θεμιτό κάτι τέτοιο; Μπορεί να χρησιμοποιήσει

νεκρούς οργανισμούς; Τέλος, υπάρχουν περιπτώσεις όπου ο καλλιτέχνης χρησιμοποιεί το ίδιο του το σώμα. Μπορεί να «επιβληθεί» κάποιο όριο σε αυτήν την περίπτωση, από τη σκοπιά της βιοηθικής;

1. Marco Evaristti

Έχουν υπάρξει πολλές περιπτώσεις, όπου καλλιτέχνες έχουν χρησιμοποιήσει ζωντανούς οργανισμούς, κυρίως ζώα, και μάλιστα με ακραίο τρόπο. Για παράδειγμα, ο Marco Evaristti, δημιούργησε μια εγκατάσταση μέσα στην οποία υπήρχαν αναδευτήρες (blender) και χρυσόψαρα κολυμπούσαν μέσα σε αυτήν. Οι επισκέπτες της έκθεσης, εάν το επιθυμούσαν, μπορούσαν να ανοίξουν τους αναδευτήρες και ως εκ τούτου, τα χρυσόψαρα να σκοτωθούν. Σύμφωνα με το BBC, τουλάχιστον ένας επισκέπτης άνοιξε τους αναδευτήρες.



Εικόνα 1. Saint Sebastian, Exquisite Pain, 2007.

2. Damien Hirst

Ο Damien Hirst είναι ίσως ο διασημότερος καλλιτέχνης αυτήν την στιγμή στο χώρο της τέχνης και των «εγκαταστάσεων» (installations). Μεταξύ των πολλών έργων του, έχει εκθέσει και έργα στα οποία αληθινά νεκρά ζώα παρουσιάζονται με ποικίλους τρόπους. Για να κατανοηθεί αυτή η μορφή τέχνης, οι στόχοι και οι σκοποί της, συλλέχθηκαν στοιχεία από διάφορες συνεντεύξεις του Hirst, όπου δίνονται πολλές αναφορές για την τέχνη του.

Για τον ίδιο, σε αυτή την τέχνη συνυπάρχει ταυτόχρονα το άχρονο και το διαχρονικό. Τέτοια έργα περιέχουν κάτι «αληθινό», έναν πραγματικό οργανισμό, και μπορούν έτσι να «ζήσουν» για πάντα, σε αντίθεση με τον δημιουργό τους. Ο συνδυασμός του αληθινού και του παντοτινού κάνει τέτοια έργα να είναι τόσο ξεχωριστά, κατά τον Hirst, κάτι που ο άνθρωπος δεν θα καταφέρει να πραγματοποιήσει για τον ίδιο του τον εαυτό. (*“I want art to be life but it never can be”*).

Μέσα από μια «οπτική γλώσσα», ο Hirst φαίνεται πως ενδιαφέρεται ιδιαίτερα για την ψυχολογία. Η κοσμοθεωρία του συμπυκνώνεται στο ότι, η ευθύνη για την εξαγωγή των όποιων συμπερασμάτων μέσα από μια τέτοια τέχνη, βρίσκεται στον ίδιο τον θεατή και όχι στον καλλιτέχνη. Ισχυρίζεται πως ο θεατής μπορεί να παραπλανηθεί από την ιδέα της «υπαγόρευσης» ενός νόηματος από τον καλλιτέχνη: το νόημα, στην πραγματικότητα, αναδύεται, ως σκέψη ή συναίσθημα, από τον ίδιο τον θεατή. Ο Hirst θεωρεί πως κάτι τέτοιο είναι «μαγεία» -η μαγεία της τέχνης- η οποία μπορεί να λάβει χώρα, χωρίς καν την παρουσία λέξεων.

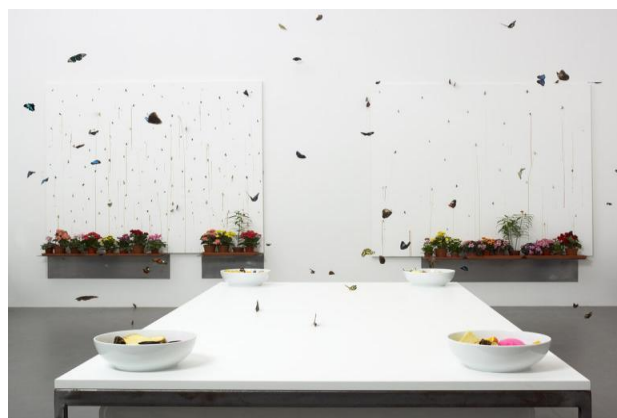
Όσον αφορά τα έργα τα οποία περιλαμβάνουν πραγματικούς ζωντανούς οργανισμούς (και όχι νεκρά ζώα σε φορμόλη), όπως λέει ο ίδιος, ποτέ δεν είχε σκεφτεί τις επιπτώσεις και την ενοχή που μπορεί να νιώσει κάποιος κάνοντας κάτι τέτοιο, μέχρι την στιγμή που το έκανε. Το πρώτο τέτοιας μορφής έργο του, ήταν το “A Thousand Years” – 1990. Επρόκειτο για εγκατάσταση μέσα στην οποία υπήρχε το νεκρό κεφάλι μιας αγελάδας (σε φορμόλη) και ζωντανές μύγες να το περιτριγυρίζουν., μια προσομοίωση δηλαδή

της καθημερινότητας που λαμβάνει χώρα στην φύση (κοινή πραγματικότητα που όμως περιλαμβάνει θάνατο). Ο καλλιτέχνης δεν είχε ποτέ ξαναφτιάξει κάτι το οποίο είχε ζωή από μόνο του, κάτι στο οποίο δεν ασκούσε απόλυτο έλεγχο, ακριβώς επειδή μέσα στο έργο υπήρχαν ζωντανοί οργανισμοί. Όπως έχει αναφέρει, όταν ψόφησε η πρώτη μύγα, ο ίδιος βίωσε μια “Frankenstein” στιγμή.



Εικόνα 2. A Thousand Years, 1990.

Για αυτόν, όταν κάποιος εισχωρεί τόσο βαθιά στο σκοτάδι, χρειάζεται να «μεταφερθεί προς το φως» και έτσι δημιούργησε τα έργα του με τις πεταλούδες, όπου εκείνες συμβολίζουν κάτι όμορφο, «χρωματιστό», ελπιδοφόρο (πεταλούδες vs μύγες). Σε ένα δωμάτιο με πίνακες, είχε τοποθετήσει ζωντανές πεταλούδες και ο θεατής, μπορούσε, κατά έναν τρόπο να «ανασυστήσει» τον εαυτό του μέσα στην φύση.



Εικόνα 3. In and Out of Love (White Paintings and Live Butterflies), 1991.

Ο Hirst θέλει να δημιουργήσει μια τέχνη απλή και άμεση. Οι θεατές να μην αναρωτιούνται για αυτήν, αλλά να είναι τόσο ξεκάθαρη, σαν να επισκέπτονται ένα μουσείο Φυσικής Ιστορίας. Επιθυμεί η τέχνη του να προκαλέσει δέος και να σπάσει τα όρια (conceptual art)¹.

Είναι γεγονός, πως πολλοί καλλιτέχνες προβαίνουν σε τέτοιες πρακτικές και -όπως και ο ίδιος ο Hirst έχει παραδεχτεί- εξυπηρετούν τον σκοπό του καλλιτέχνη να μην αγνοηθεί και να τραβήξει την προσοχή του κοινού.

Ο θάνατος είναι κάτι που υπάρχει σαν σκέψη στους περισσότερους καλλιτέχνες. Για τον Hirst πάντως, η ειδοποιός διαφορά όσον αφορά τον πραγματικό θάνατο και τον θάνατο στην τέχνη είναι ότι, ενώ ο ένας είναι αναπόφευκτο γεγονός, ο άλλος αποτελεί, τελικά, εορτασμό της ζωής, αφού δίνει την δυνατότητα στους ανθρώπους να τον δουν κατάματα και έτσι να εκτιμήσουν την ζωή περισσότερο (“*We are here for a good time not for a long time*”).

Αν κανείς παρατηρήσει καλύτερα τα έργα του Hirst, θα μπορούσε να πει πως αυτά αποτελούν έναν καθρέφτη της «γυμνής» ανθρώπινης συμπεριφοράς. Όπως φαίνεται έντονα στο έργο του “*Exquisite Pain*”, αιχμαλωτίζει την ακραία και βασανιστική συμπεριφορά του ανθρώπου, απέναντι στα ζώα και γενικότερα στην ζωή. Η βία και αποκρουστική πλευρά των έργων του, εν τέλει, ως ένα βαθμό, έχει ως αφετηρία και αναφορά τον ίδιο τον άνθρωπο.

3. Guillermo Habacum Vergas

Η δημιουργία του Λατινοαμερικάνου Guillermo Habacum Vergas ήταν η εξής: Κρατούσε ένα σκύλο χωρίς νερό και τροφή. Στον τοίχο ακριβώς πίσω από τον σκύλο υπήρχε η έκφραση “*you are what you read*”, η οποία ήταν φτιαγμένη από μπισκότα σκύλου, ενώ παράλληλα έπαιζε η μουσική “*the Sandinista*

¹ Conceptual Art: Θέτει και αναλύει ερωτήματα, όσον αφορά την αυτοσυνείδηση, την ηθική και συναισθηματική πλευρά που έχει ο άνθρωπος μέσα στην κοινωνία. Ο καλλιτέχνης προσπαθεί να βρει και να ερευνήσει το υποσυνείδητο, «βουτώντας» μέσα στο ίδιο το μυαλό.

anthem”². Η έκφραση «είσαι ό,τι διαβάζεις / ό,τι βλέπεις» έχει άμεση αναφορά στο πως προσλαμβάνει ο επισκέπτης της έκθεσης, έναν σκύλο σε μια τέτοια κατάσταση. Αν συνδυάσει κανείς την «ειρωνεία» του ότι η έκφραση αυτή είναι φτιαγμένη από μπισκότα, τα οποία ο σκύλος δεν μπορεί να φάει, ενώ πεινάει και βρίσκεται σε άθλια κατάσταση, όπως επίσης και το ότι το θέαμα συνοδεύεται από μια τέτοια μουσική υπόκρουση, αναρωτιέται έως ποιο σημείο μπορεί να φτάσει η «κυριαρχία» του ανθρώπου πάνω σε ένα ζώο: το έργο φαίνεται όχι μόνο να προσβάλλει την ίδια την ζωή, αλλά να προκαλεί και «νοητικό βασανισμό».

Εκατομμύρια άνθρωποι υπέγραψαν, μέσω του διαδικτύου, να σταματήσει αυτή η έκθεση.



Εικόνα 4. Η έκθεση του Guillermo Habacum Vergas.

Ο Vergas ισχυρίστηκε πως σκοπός της έκθεσης (και το κοινωνικό «πείραμα» που συνεπαγόταν) ήταν να δοκιμάσει την ανταπόκριση του κοινού απέναντι σε ένα τέτοιο θέμα. Σύμφωνα με τον ίδιο, κανένας από τους επισκέπτες δεν προσπάθησε να σταματήσει τον βασανισμό του σκύλου.

Η διευθύντρια της γκαλερί είπε πως ο σκύλος ήταν ελεύθερος και ταϊζόταν κανονικά από τον ίδιο τον Vergas, με εξαίρεση τις τρεις ώρες που

² Ύμνος ο οποίος είναι βασικά συνδεδεμένος με την επανάσταση και την εξέγερση των πολιτών της Νικαράγουας, εναντίον των Ισπανών κατακτητών της.

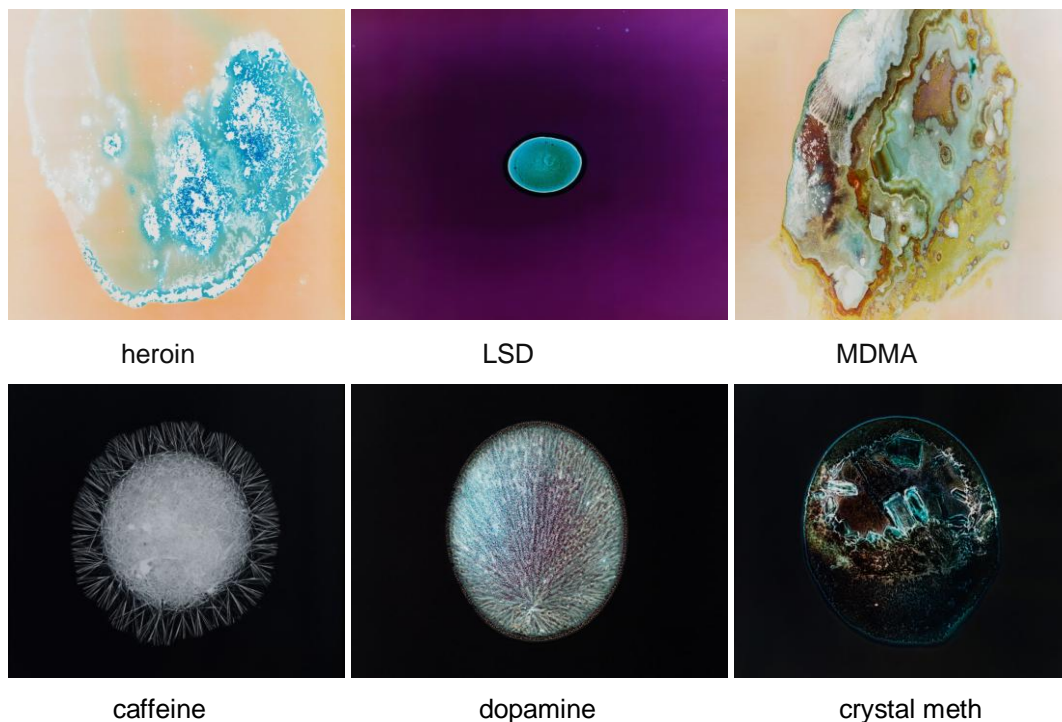
κρατούσε η έκθεση. Ο καλλιτέχνης, παρόλα αυτά, αρνήθηκε να απαντήσει στο αν το ζώο επιβίωσε και αρκέστηκε στο να αποκαλύψει ότι δέχθηκε ο ίδιος πολλές απειλές για την ζωή του.

4. Sarah Schönfeld

Υπάρχουν όμως και παραδείγματα όπου επιστήμη και τέχνη συναντιούνται με πολύ ευφάνταστο τρόπο. Αυτό συνέβη στην περίπτωση της φωτογράφου Sarah Schönfeld, η οποία «απεικόνισε» διάφορες ναρκωτικές ουσίες σε αρνητικά ενός φιλμ. Εφηύρε μια δική της τεχνική, όπου με μια χημική αντίδραση μεταξύ των ναρκωτικών και του νερού ή του αλκοόλ, κατάφερε να τα απεικονίσει. Σε συνέντευξη της η ίδια είπε, πως από μικρή της άρεσε «να απεικονίζει ό,τι δεν απεικονίζεται», ό,τι είναι

«εσωτερικό» και δεν φαίνεται.

Θα μπορούσε κάποιος να ισχυριστεί πως αυτό που κατάφερε η Schönfeld είναι κάτι μεταξύ επιστημονικής ανάλυσης και καλλιτεχνικής παρουσίασης των ναρκωτικών. Το πιο εντυπωσιακό όμως αποτέλεσμα αυτής της «απεικόνισης της αίσθησης» του κάθε ναρκωτικού, ήταν πως χρησιμοποιήθηκε στην περιοχή της ψυχολογίας. Συγκεκριμένα, σε ένα κέντρο απεξάρτησης έδειξαν τις φωτογραφίες στους ασθενείς και τους ζήτησαν να επιλέξουν την εικόνα που τους ελκύει περισσότερο. Το συμπέρασμα ήταν πως ο κάθε ασθενής επέλεξε εκείνο το ναρκωτικό από το οποίο προσπαθούσε να απεξαρτηθεί. Ακόμα και η γραμματέας του κέντρου, επέλεξε την εικόνα στην οποία απεικονιζόταν η καφεΐνη.

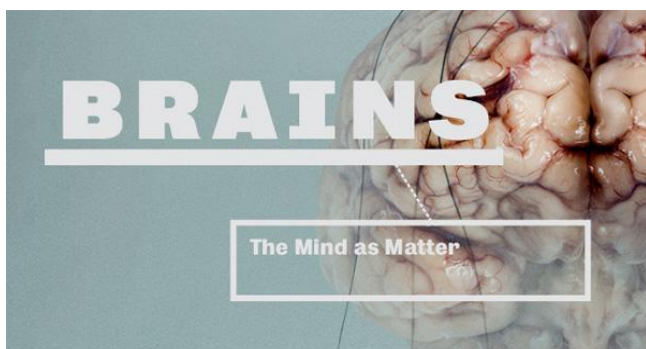


Εικόνα 5. Η έκθεση της Sarah Schönfeld.

Η εξήγηση που έδωσε η καλλιτέχνις για αυτό το εντυπωσιακό πείραμα ήταν: «*Ίσως είναι η αντίληψη που έχουμε για την πραγματικότητα, η οποία απεικονίζεται μέσω της τεχνολογίας. Έχουμε κάποια συναισθήματα, τα οποία όμως δεν αντιλαμβανόμαστε ότι δημιουργούνται από καταστάσεις γύρω μας. Έτσι, θεωρούμε πως προκαλούνται από εμάς*». Επίσης, όταν ρωτήθηκε τι έμαθε από αυτό απάντησε: «*Ενισχύθηκαν τα πάντα από αυτές τις φωτογραφίες. Είμαστε μέρος αυτών. Μας κάνει να ελέγχουμε και να διαχειριζόμαστε ιδέες και να έχουμε κάποιου είδους εξουσία επί της πραγματικότητας. Σαν να μας αφήνουν οι εικόνες να ελέγξουμε κάτι το αφοπλιστικό και απερίγραπτο*».

5. “Brains”

Σε έναν κόσμο που ελάχιστα «μυστήρια», έχουν μείνει αναπάντητα, ο εγκέφαλος παραμένει σε μεγάλο βαθμό ανεξερεύνητος, παρά τις ταχύτητες προόδους που έχουν καταγράψει οι νευροεπιστήμες. Οι νευροεπιστήμονες εκτιμούν πως ο ανθρώπινος εγκέφαλος έχει πάνω από εκατό δισεκατομμύρια νευρικά κύτταρα με εκατό τρισεκατομμύρια συνάψεις και νευρικές συνδέσεις. Υπάρχουν αναρίθμητες πηγές, επιστημονικές και μη, για τον τρόπο με τον οποίο τα νεύρα και οι συνάψεις, συνεργάζονται για να προσφέρουν στον άνθρωπο την συνείδηση, την μνήμη, την σκέψη, το συναίσθημα, την κίνηση και την αίσθηση.



Εικόνα 6. Η έκθεση Brains.

Στην έκθεση “Brains”, όπου πέρα από αληθινούς εγκεφάλους παρουσιάζονται εργαλεία τα οποία χρησιμοποιήθηκαν ανά τους αιώνες για την «εξερεύνηση» του εγκεφάλου, επιχειρήθηκε να αποσπασθεί το ενδιαφέρον από το «τι κάνει ο εγκέφαλος στον άνθρωπο», και να επικεντρωθεί στο «τι κάνει ο άνθρωπος στον εγκέφαλο».

Οι άνθρωποι έκαναν και συνεχίζουν να κάνουν, πολλά διαφορετικά πράγματα στον εγκέφαλο: έχουν τρυπήσει τον προστατευτικό φλοιό του, του έχουν εισαγάγει ηλεκτρικά καλώδια έτσι ώστε να τον διαπεράσουν με ρεύμα, τον ναρκώνουν κ.ο.κ.

Στην έκθεση παρουσιάζονται φωτογραφίες και εκθέματα που σοκάρουν τους επισκέπτες, όπως φωτογραφίες ασθενών στους οποίους δοκιμάστηκε για πρώτη φορά η εγχείριση της λοβοτομής ή φωτογραφίες των ναζιστικών νοσοκομείων πειραματισμού σε κρατούμενους.

6. “Bodies”

Το “Bodies” ήταν μια έκθεση για το ανθρώπινο σώμα και τα διαφορετικά συστήματά του. Παρουσίαζε τα όργανα του ανθρώπινου σώματος και μάλιστα σε διάφορα στάδια ανάπτυξης. Η ιδιαιτερότητα αυτής της έκθεσης βρίσκεται στο ότι χρησιμοποιήθηκαν πτωματικά ανθρώπινα σώματα.

Η έκθεση ήταν χωρισμένη σε διάφορα τμήματα. Κάποια από τα εκθέματα ήταν με τέτοιο τρόπο τοποθετημένα έτσι ώστε να αναπαριστούν διάφορες ανθρώπινες ενέργειες (π.χ. άνθρωποι που παίζουν χαρτιά). Σε άλλο τμήμα παρουσιάζονταν έμβρυα, τα οποία πέθαναν εξαιτίας αποβολών και αναφέρονταν οι επιπλοκές που προκάλεσαν τον κάθε θάνατο. Ακόμη υπήρχε, ο μολυσμένος πνεύμονας ενός καπνιστή. Εν είδει «δοκιμασίας», κοντά σε αυτό το έκθεμα υπήρχε ένα κουτί όπου οι επισκέπτες της έκθεσης μπορούσαν να πετάξουν τα τσιγάρα και το καπνό τους.

Από τη φύση της συγκεκριμένης έκθεσης έχουν ανακύψει διάφοροι ηθικοί προβληματισμοί, κυρίως για την επιτρεπτή χρήση, αλλά και την εμπορευματοποίηση του ανθρώπινου σώματος. Νύξεις πως κάποια από

αυτά τα σώματα προήλθαν από την «μαύρη αγορά» της Κίνας, αλλά και το ίδιο το γεγονός της έκθεσης ως εμπορικής δραστηριότητας (είτε καλλιτεχνικής είτε επιστημονικής), συζητήθηκαν ιδιαίτερα.



Εικόνα 7. Η έκθεση Bodies.

7. Marina Abramovic

Μια από τις πρώτες καλλιτέχνιδες, η οποία χρησιμοποίησε την «παράσταση» (performance)¹ ως μια μορφή τέχνης, ήταν η

¹ Performance Art: Είναι «συγγενής» της “Conceptual Art”, έτσι λοιπόν και εδώ ο καλλιτέχνης, προσπαθεί να ερευνήσει το υποσυνείδητο. Τις περισσότερες φορές περιέχει το σώμα του ίδιου του καλλιτέχνη, συμβαίνει σε πραγματικό χρόνο, όπου το σώμα συναντιέται και ενεργεί

Marina Abramovic. Εκθέτοντας το ίδιο της το σώμα ως βασικό στοιχείο, επιδιώκει, όπως η ίδια έχει πει, να ανακαλύψει τα σωματικά και συναισθηματικά της όρια.

Στο “Rhythm 0”, όπου εβδομήντα δυο αντικείμενα τοποθετήθηκαν σε ένα τραπέζι, ενθάρρυνε το κοινό να χρησιμοποιήσει τα αντικείμενα επάνω της, με όποιον τρόπο εκείνο επιθυμούσε. Στο “Rhythm 10” καταγράφει τον εαυτό της με κάμερα, να «παίζει» με το μαχαίρι ανάμεσα στα δάχτυλα του αριστερού χεριού της, αλλάζοντας μαχαίρι κάθε φορά που κόβει το δέρμα της.

Ειδικότερα με το “Rhythm 0”, η Abramovic επιχειρεί ένα κοινωνικό πείραμα, το οποίο μάλιστα επιφέρει και συγκεκριμένα αποτελέσματα. Κάποια από τα πιο βασικά ερωτήματα που τίθενται εδώ: ποια είναι τα όρια «βασανισμού» του ανθρώπινου σώματος για χάρη της τέχνης, ακόμα και όταν αφορά το σώμα του ίδιου του καλλιτέχνη; Έως ποιο σημείο το ανθρώπινο σώμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο, για την συναγωγή συμπερασμάτων, σχετικών με την επιστήμη (επιστήμη ψυχολογίας), μέσω της τέχνης.

Έχει ενδιαφέρον να αναφερθούν τα ερωτήματα που έθεσε η ίδια η Abramovic στον εαυτό της και τελικά προχώρησε στην εκτέλεση αυτού του έργου: Πρώτον, τι μπορεί να συμβεί όταν ένας καλλιτέχνης «προσφέρει» το σώμα του στο κοινό επιτρέποντας στον καθένα να κάνει ό,τι επιθυμεί επάνω του, και παρέχοντας για τον σκοπό αυτόν εργαλεία για ποικίλες επεμβάσεις. Δεύτερον, έως ποιο βαθμό μπορεί να «πιέσει» κάποιος το σώμα του και πόση επέμβαση μπορεί να αντέξει. Για την ίδια επί της ουσίας, αυτό το ερώτημα, δεν αφορά εν τέλει τόσο το σώμα, αλλά τον νου.

Ένας ακόμη λόγος για τον οποίον ισχυρίστηκε ότι προχώρησε σε αυτό το έργο, ήταν η αντίθεση της με τις κριτικές που ακούγονταν για τέτοιου είδους εκθέσεις. Οι κριτικές αυτές υποστήριζαν πως μοναδικός

με άλλα σώματα, επομένως έχει ηθική και κοινωνική διάσταση. Εδώ, ο καλλιτέχνης προσπαθεί να ξεδιπλώσει και να προβάλλει κάθε κοινωνικό “taboo”, αναστατώνοντας το κατεστημένο, αποκαλύπτοντας την «τρέλα», ως ένα μέσο, ένα δρόμο για την λογική.

στόχος των καλλιτεχνών ήταν να «να τραβήξουν την προσοχή». Η Abramovic, από την πλευρά της, ήθελε να δείξει πως το ίδιο το κοινό είναι αυτό που, μερικές φορές, εξωθεί τις καταστάσεις στα άκρα. Στην συγκεκριμένη περίπτωση ο καλλιτέχνης δεν κάνει απολύτως τίποτα.

Το 1974, όταν πρωτοπαρουσιάστηκε το έργο της, η οδηγία που δόθηκε από την Abramovic έλεγε το εξής: «Είμαι ένα αντικείμενο, μπορείς να κάνεις ό,τι θέλεις επάνω

μου και εγώ θα πάρω όλη την ευθύνη». Ανάμεσα στα εβδομήντα δύο αντικείμενα, υπήρχαν από τριαντάφυλλα, αρώματα, μέχρι ψαλίδι, μαχαίρι και ένα πιστόλι το οποίο είχε μια σφαίρα μέσα του. Για έξι ολόκληρες ώρες το κοινό μπορούσε να χρησιμοποιήσει αυτά τα αντικείμενα όπως ήθελε επάνω στην Abramovic, ακόμη και το όπλο.



Εικόνα 8. Αντικείμενα από την έκθεση της Marina Abramovic.

Σύμφωνα με την Abramovic, στην αρχή το κοινό ήταν πολύ ευγενικό και τρυφερό μαζί της. Την φιλούσαν, της «χάριζαν» τριαντάφυλλα, αλλά όσο περνούσε η ώρα και το κοινό εξοικειωνόταν μαζί της, άρχισε να γίνεται όλο και πιο άγριο και βίαιο. Μερικές από τις πιο ακραίες συμπεριφορές που συνέβησαν μέσα σε αυτές τις έξι ώρες, ήταν ότι έκοψαν τα ρούχα της με το ψαλίδι, χάραξαν τον λαιμό της με το μαχαίρι και ήπιαν το αίμα της, την τοποθέτησαν ξαπλωμένη στο τραπέζι με ανοιχτά τα πόδια και τοποθέτησαν το μαχαίρι ανάμεσα στα πόδια της, χρησιμοποιήθηκε ακόμα και το πιστόλι, χωρίς την σφαίρα βέβαια. Χαρακτηριστικό είναι, πως όταν ο θεατής πήρε το πιστόλι, το έβαλε στο χέρι της και ύστερα έκανε την Abramovic να το στρέψει στον κρόταφο της, με συνέπεια οι υπάλληλοι του μουσείου και οι άλλοι θεατές να πανικοβληθούν.

Μετά από έξι ώρες, η «παράσταση» ολοκληρώθηκε. Η Abramovic σταμάτησε να είναι μια «μαριονέτα» και επανήλθε ξανά στη φυσιολογική κατάσταση, ορίζοντας πλέον η ίδια και πάλι το σώμα της. Όταν συνέβη αυτό, ο κόσμος έφυγε αμέσως. Κατά την γνώμη της, ήθελαν να αποφύγουν να την αντικρίσουν, ύστερα από τόσες ακραίες ενέργειες, σε μια αληθινή διάσταση πλέον, όπου η ίδια δεν ήταν μια «μαριονέτα». Το συμπέρασμα που έβγαλε η Abramovic, μέσα από αυτό το έργο, είναι ότι η ανθρώπινη φύση, μερικές φορές, μπορεί να γίνει πολύ άγρια και βίαιη, αλλά ότι αυτό συμβαίνει συνήθως, επειδή εκείνος που υφίσταται τις

επεμβάσεις είναι ο πιο αδύναμος, εμφανίζεται σαν μαριονέτα. Για την ίδια, αυτό το έργο έδειξε πόσο εύκολο είναι να αποκτηνωθεί κάποιος συμπεριφερόμενος βίαια, χωρίς μάλιστα να βρίσκεται στην ανάγκη να προστατέψει τον εαυτό του.



Εικόνα 9. Η Marina Abramovic κατά τη διάρκεια της «παράστασης».

Βιβλιογραφία

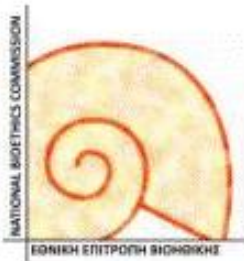
1. Damien Hirst, Εκδόσεις: Tate Modern, London, 2012.
2. Marius Kwint and Richard Wingate, *Brains: The Mind as Matter*, Εκδόσεις: Welcome Collection, London, 2012.
3. Laurence Bertrand Dorléac, *Η ΑΓΡΙΑ ΤΑΞΗ*, Εκδόσεις: Νεφέλη, Αθήνα, 2009.
4. Thomas McEvelley, *The Triumph of Anti – Art: Conceptual and Performance Art in the Formation of Post – Modernism*, Εκδόσεις: McPherson & Company, New York, 2005.
16. <http://www.independent.co.uk/arts-entertainment/art/reviews/brains-the-mind-as-matter-welcome-collection-london-7605935.html>
17. http://en.wikipedia.org/wiki/Bodies:_The_Exhibition
18. <http://www.theguardian.com/education/2002/mar/19/arts.highereducation>
19. <http://vimeo.com/71952791>
20. <http://www.theguardian.com/artanddesign/2014/may/12/marina-abramovic-ready-to-die-serpentine-gallery-512-hours>
21. <http://www.newstatesman.com/blogs/art-and-design/2012/09/marina-abramovic-artist-present>
22. http://www.huffingtonpost.com/patricia-zohn/culture-zohn-marina-abrom_b_493064.html
23. <http://www.tirochedeleon.com/item/610081>

Κείμενα

1. <http://blogs.scientificamerican.com/guest-blog/2013/07/11/artists-and-scientists-more-alike-than-different/>
2. <http://www.theguardian.com/artanddesign/2011/aug/21/collaborations-between-artists-and-scientists>
3. <http://www.openscience.gr/node/751>
4. <http://blogs.plos.org/attheinterface/2013/06/19/why-art-and-science/>
5. <http://www.damienhirst.com/home>
6. <http://www.damienhirst.com/texts/20071/eb--huo>
7. http://www.interviewmagazine.com/art/damien-hirst/#_
8. <http://www.telegraph.co.uk/culture/art/art-features/8245906/Damien-Hirst-Were-here-for-a-good-time-not-a-long-time.html>
9. <http://www.frieze.com/issue/article/damien-hirst/>
10. http://www.huffingtonpost.com/2012/11/13/artists-vs-animals-15-art_n_2124816.html
11. <http://www.theguardian.com/artanddesign/2008/mar/30/art.spain>
12. <http://www.blouinartinfo.com/news/story/762027/dont-feed-the-artists-10-contemporary-artworks-that-outraged>
13. <http://guillermohabacucvargas.blogspot.gr/>
14. <http://www.vice.com/gr/read/sarah-shoenfeld-makes-art-by-dropping-drugs-on-film-negatives>
15. <http://www.lifo.gr/team/omorfia/44900>

Εικόνες

1. <http://www.damienhirst.com/the-immaculate-heart-a-sacre>
2. <http://www.damienhirst.com/saint-sebastian-exquisite-pai>
3. <http://www.damienhirst.com/a-thousand-years>
4. <http://www.damienhirst.com/in-and-out-of-love-white-pain>
5. <https://www.google.gr/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=brains+exhibition+photos>
6. <https://www.google.gr/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=bodies+exhibition+photos>
7. <https://www.google.gr/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=marina+abramovic+rhythm+0+exhibition+photos>



ΒΙΟΗΘΙΚΑ

Ηλεκτρονικό Περιοδικό της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής

ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

Νεοφύτου Βάμβα 6, Τ.Κ. 10674, Αθήνα
Τηλ. 210- 8847700, Φαξ 210- 8847701

E-mail: secretariat@bioethics.gr
url: www.bioethics.gr

© 2015 Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής

ISSN: 2653-8660