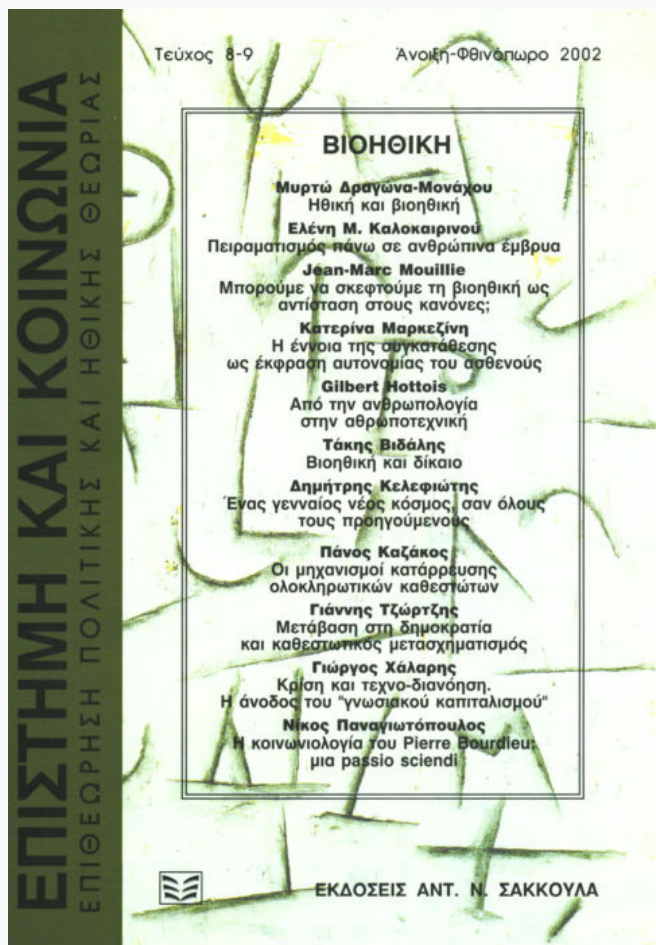


Επιστήμη και Κοινωνία: Επιθεώρηση Πολιτικής και Ηθικής Θεωρίας

Τόμ. 8 (2002)

Τόμ. 8-9 (2002): Βιοηθική



Η έννοια της συγκατάθεσης ως έκφραση αυτονομίας του ασθενούς

Κατερίνα Μαρκεζίνη

doi: [10.12681/sas.718](https://doi.org/10.12681/sas.718)

Copyright © 2015, Κατερίνα Μαρκεζίνη



Άδεια χρήσης [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

Βιβλιογραφική αναφορά:

Μαρκεζίνη Κ. (2015). Η έννοια της συγκατάθεσης ως έκφραση αυτονομίας του ασθενούς. *Επιστήμη και Κοινωνία: Επιθεώρηση Πολιτικής και Ηθικής Θεωρίας*, 8, 63-84. <https://doi.org/10.12681/sas.718>

Η έννοια της συγκατάθεσης ως έκφραση αυτονομίας του ασθενούς

Κατερίνα Μαρκεζίνη*

Στο άρθρο αυτό συζητείται η έννοια και η σπουδαιότητα της συγκατάθεσης του ασθενούς στη σύγχρονη ιατρική θεωρία και πρακτική. Τονίζεται ότι, παρά το γεγονός ότι ο ιπποκρατικός όρκος και η παλαιότερη ιατρική παράδοση μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα αναγνωρίζουν ως φορέα απόφασης τον γιατρό, η φιλελεύθερη φιλοσοφική παράδοση συνέβαλε στη μετατόπιση της ευθύνης αναφορικά με την ιατρική απόφαση από το γιατρό στον ασθενή. Όπως αναφέρει ο θεωρητικός της ελευθερίας της σκέψης και των επιδιώξεων του προσώπου, J.S. Mill, η ελευθερία του κάθε ανθρώπου πραγματώνεται όταν ο καθένας, και συγκεκριμένα ο ασθενής, επιδιώκει το δικό του καλό με τον δικό του τρόπο. Έτσι, καθιερώνεται από τους εκπροσώπους της Βιοηθικής το μοντέλο της 'ενημερωμένης συγκατάθεσης', το οποίο αποσκοπεί στην αποφυγή οποιασδήποτε επιβολής εκ μέρους του γιατρού στην υποκειμενική απόφαση του ασθενούς για την πορεία της ζωής του.

Η συγκατάθεση ως έκφραση της αυτονομίας και του δικαιώματος αυτοκαθορισμού του ασθενούς πραγματώνει, ακολούθως, στην ιατρική πρακτική το αρνητικό δικαίωμα της ελευθερίας του ασθενούς στο πλαίσιο της φιλελεύθερης παράδοσης. Η σημασία, όμως, και του θετικού δικαιώματος της ελευθερίας του ασθενούς είναι πολύ μεγάλη, καθώς προβάλλει –μέσα από θετικά βήματα– την εξασφάλιση των αναγκαίων εκείνων συνθηκών που επιτρέπουν στον ασθενή να επιλέγει ελεύθερα και να επιδιώκει με επιτυχία τους εκάστοτε στόχους του. Η θεωρητική ανάλυση από τον J. Savulescu των παραγόντων που διασφαλίζουν τη λογική επιθυμία του ασθενούς είναι αρκετά διαφωτιστική σχετικά με τη δημιουργία των συνθηκών εκείνων που πραγματώνουν τη λογική και

* Δρ. Ιατρικής Ηθικής, Επιστημονικός Συνεργάτης Πανεπιστημίου Κρήτης.

πραγματικά αυτόνομη απόφαση του ασθενούς στην κλινική πρακτική. Συνεπώς, η λογική ικανότητα και επιθυμία του ασθενούς συνιστά σημαντική προϋπόθεση για μία ουσιαστική εφαρμογή του μοντέλου «ενήμερωμένης συγκατάθεσης», το οποίο καθιερώθηκε για να διασφαλίσει το θετικό και αρνητικό δικαίωμα αυτοκαθορισμού του ασθενούς στον ιατρικό χώρο.

Η έννοια της συγκατάθεσης του ασθενούς στην παροχή ιατρικής φροντίδας είναι σχετικά νέα. Υιοθετήθηκε στην ιατρική πρακτική ως απαραίτητη προϋπόθεση για οποιαδήποτε ιατρική παρέμβαση στον ασθενή τις τελευταίες δεκαετίες του 20ου αιώνα¹, προκειμένου να διασφαλισθεί ο σεβασμός της αυτονομίας του ασθενούς. Συγκεκριμένα, ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος (A.M.A.) από το 1980 και ύστερα τονίζει την σπουδαιότητα της συγκατάθεσης ως έκφρασης της αυτονομίας και του δικαιώματος αυτοκαθορισμού του ασθενούς.² Το θεωρητικό πλαίσιο που θεμελιώνει το κύρος της έννοιας της συγκατάθεσης αφορά στο αναγνωρισμένο πλέον δικαίωμα του ασθενούς να συγκατατίθεται ή να αρνείται να συγκατατεθεί ύστερα από σχετική πληροφόρηση για οποιαδήποτε ιατρική ενέργεια-παρέμβαση αφορά τον εαυτό του, ώστε να δύναται να αποφασίζει και να καθορίζει, ακολούθως, ο ίδιος την πορεία της ζωής του. Έτσι, καθιερώνεται στην ιατρική δεοντολογία και πρακτική η έννοια της 'συγκατάθεσης ενήμερης πληροφόρησης' ('informed consent') στο πλαίσιο που η αρχή σεβασμού της αυτονομίας του ασθενούς προβάλλεται ως κεντρικό αξίωμα στην περιοχή της ιατρικής φροντίδας και έρευνας.

Ακολούθως, αποδυναμώνεται ο ρόλος και η συμμετοχή του γιατρού στην ιατρική απόφαση, η οποία θεωρείται ότι πρέπει να διαμορφώνεται και να λαμβάνεται από τον ίδιο τον ασθενή. Ως αποτέλεσμα, η βασική αρχή της ιπποκρατικής παράδοσης που τονίζει τον πρωταρχικό ρόλο του γιατρού στην ιατρική απόφαση αναθεωρείται στο πλαίσιο της σύγχρονης ιατρικής δεοντολογίας. Στον ιπποκρατικό όρκο δεν υπάρχει καμία αναφορά στη συγκατάθεση ή στην αυτόνομη απόφαση του ασθενούς, διότι θεωρείται ότι μόνον ο γιατρός είναι σε θέση να αποφασίζει για τον ασθενή του λόγω των ειδικευμένων γνώσεών του και ότι, ακριβώς γι' αυτόν τον λόγο, έχει ηθική υποχρέωση να πράττει τούτο. Λόγω της επιστημονικής του κατάρτισης, ο γιατρός θεωρείται ότι επιπλέον έχει και ηθική υποχρέωση να 'κάνει αυτό που είναι καλύτερο για τον ασθενή σύμφωνα με τις ικανότητές του και την κρίση του'. Στο ίδιο πλαίσιο η αποκάλυψη των πληροφοριών στον ασθενή –των επιπλοκών των εναλλακτικών μορφών θεραπείας και της γενικότερης λογικής που

ενέχεται στην ιατρική κρίση- δεν συνιστά μέρος του ιπποκρατικού όρκου, διότι θεωρείται ότι αποτελεί μία περιττή διαδικασία, εφόσον η απόφαση δεν λαμβάνεται από τον ίδιο τον ασθενή αλλά από τον γιατρό. Μάλιστα, η μετάδοση πληροφοριών στον ασθενή, το να μοιράζεται ο γιατρός τις σχετικές πληροφορίες με τον ασθενή εκτιμάται και ως μία απαιτητική και κουραστική εργασία για τον γιατρό η οποία επιβαρύνει το ήδη δύσκολο έργο του της ιατρικής απόφασης και της εξασφάλισης της συνεργασίας του ασθενούς και των συγγενών του σε αυτήν με σκοπό το καλό του ασθενούς.

Ο Jay Katz χαρακτηρίζει την ιατρική παράδοση ως μία ιστορία σιωπής στην οποία η αποκάλυψη των πληροφοριών και η συγκατάθεση του ασθενούς συνιστούσαν υποχρεώσεις ξένες προς την ιατρική σκέψη και πράξη και οι οποίες απαιτούνταν από τους 'αείθαρχους', 'ζακούς' και 'αχάριτους' ασθενείς. Οι 'ζαλοι' ασθενείς ήταν αυτοί που ακολουθούσαν τις εντολές του γιατρού, που συνεργάζονταν χωρίς ερωτήσεις, χωρίς να δυσκολεύουν περαιτέρω το σημαντικό έργο του γιατρού.³ Όπως αναφέρεται από τον Ιπποκράτη, 'Η ζωή είναι σύντομη, η τέχνη μακρά, η ευκαιρία φεύγει', η κρίση είναι δύσκολη. Ο γιατρός πρέπει να είναι έτοιμος, όχι μόνο να κάνει ο ίδιος το καθήκον του, αλλά να εξασφαλίσει την συνεργασία του ασθενούς, αυτών που τον φροντίζουν και των εξωτεριζών προσώπων'.⁴ Ακολούθως, η αποκάλυψη των πληροφοριών και η συνακόλουθη συγκατάθεση του ασθενούς προϋποθέτουν εκ μέρους του γιατρού μία τέχνη πολύ μακρά για τη ζωή που είναι πολύ σύντομη.

Η συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη της απόφασης (decision-making) δεν αναφέρεται και σε κανένα από τα ιπποκρατικά συγγράμματα πέραν του ιπποκρατικού όρκου, ο οποίος καθίσταται και απαγορευτικός ως προς την αποκάλυψη πληροφοριών στον ασθενή. Αλλά και ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος μέχρι την αναθεώρηση του 1980 δεν αναγνώριζε καμία αξία στην έννοια της συγκατάθεσης του ασθενούς και επέτρεπε στον γιατρό να αποφασίζει ο ίδιος για την πορεία υγείας του ασθενούς του, όταν ο τελευταίος αναμενόταν να συγκατατεθεί σε κάτι που ερχόταν σε αντίθεση με αυτό που *ενδείκνυται ιατρικώς*. Η ευρύτερη αντίληψη που επικρατούσε γενικά στον ιατρικό χώρο μέχρι πρόσφατα ήταν ότι ο ασθενής είναι στην πραγματικότητα πολύ αδύσυχνη για να πάρει σημαντικές αποφάσεις για τη ζωή του και ότι η αποκάλυψη 'αρνητικών' πληροφοριών και της αβεβαιότητας που ενέχεται σε αρκετές ιατρικές παρεμβάσεις στον ασθενή ενισχύει ανόητες και μη λογικές αποφάσεις εκ μέρους του, αυξάνει τον φόβο του και μειώνει την εμπιστοσύνη του στα ιατρικά επιτεύγματα σε τέτοιο σημείο ώστε να τίθεται σε κίνδυνο η

επιτυχία της συγκεκριμένης θεραπείας (Katz 1989: 389). Καθίσταται, ακολούθως, εμφανές ότι η συγκατάθεση και η αυτονομία του ασθενούς είναι ένα φαινόμενο του β' μισού του 20ου αιώνα, το οποίο κατά την άποψη του Robert Veatch πηγάζει κυρίως από τη φιλελεύθερη παράδοση της πολιτικής φιλοσοφίας παρά από την επαγγελματική ιατρική ηθική (Veatch 2000: 524).

Η μετατόπιση της ευθύνης για την ιατρική απόφαση από τον γιατρό στον ασθενή που παρατηρείται στη σύγχρονη ιατρική ηθική και πρακτική και η συνακόλουθη επικέντρωση στον ασθενή ως 'φορέα απόφασης' είναι επακόλουθο της φιλελεύθερης παράδοσης της ηθικής και πολιτικής φιλοσοφίας, η οποία προσδίδει σημασία στο άτομο και την ελευθερία του. Πρωταρχική σπουδαιότητα δίδεται στην ανάπτυξη των ικανοτήτων του ατόμου και στην εξασφάλιση των συνθηκών που είναι αναγκαίες για την πραγμάτωση της ελευθερίας του ατόμου, έτσι ώστε αυτό να μπορεί να επιλέγει ελεύθερα και να πραγματοποιεί με επιτυχία τους στόχους του σύμφωνα με τη δική του αντίληψη για το καλό, όπως δηλαδή το ίδιο το ορίζει για τον εαυτό του.⁵ Η ελευθερία, δηλαδή, του ατόμου δεν αξιολογείται μόνον ως ένα 'αρνητικό δικαίωμα' που προϋποθέτει απλά την αποφυγή παρέμβασης στην ελευθερία του άλλου, αλλά και ως ένα 'θετικό δικαίωμα' που προϋποθέτει θετικά βήματα εκ μέρους της κοινωνίας προκειμένου να εξασφαλισθούν οι αναγκαίοι εκείνοι όροι που θα επιτρέπουν στο άτομο να επιδιώκει το δικό του καλό, όπως το ίδιο ελεύθερα το αντιλαμβάνεται και το επιλέγει. Στο πλαίσιο αυτής της φιλοσοφικής παράδοσης, θα πρέπει να τονισθεί ότι οποιαδήποτε παρέμβαση εκ μέρους της φιλελεύθερης πολιτείας νομιμοποιείται, για να ενισχύσει την ελεύθερη επιλογή και πραγμάτωση των στόχων που το άτομο αυτόνομα επιλέγει και όχι για την επιβολή του 'καλού' στο άτομο σύμφωνα με τις απόψεις της πολιτείας.

Πηγάζοντας από αυτήν τη φιλελεύθερη φιλοσοφική παράδοση, η έννοια της συγκατάθεσης και αυτονομίας του ασθενούς πρέπει να ενορακώνει τις βασικές της αξίες. Στο πλαίσιο αυτό θα διερευνηθεί εάν όντως η έννοια αυτή αποτελεί στη σύγχρονη ιατρική θεωρία και πρακτική έκφραση του 'αρνητικού' και 'θετικού δικαιώματος' της ελευθερίας του ασθενούς. Θα διερευνηθεί, δηλαδή, εάν η ιατρική παράδοση σήμερα αναγνωρίζει ένα πλαίσιο ελευθερίας στον ασθενή, τέτοιο που να απουσιάζει οποιαδήποτε επιβολή εκ μέρους του γιατρού (σύμφωνα με τη δική του αντίληψη για το καλό του ασθενούς) στην απόφαση του ασθενούς για τη ζωή του και τέτοιο που να εξασφαλίζονται οι αναγκαίες συνθήκες που θα επιτρέπουν στον ασθενή να

προβαίνει σε αυτόνομες επιλογές αναφορικά με την πορεία της ζωής του και να πραγματοποιεί αυτές του τις επιλογές.

I

Η παλαιότερη ιατρική παράδοση που αναδείκνυε τον γιατρό ως φορέα απόφασης θεμελιώνεται στην υπόθεση ότι ο γιατρός, λόγω των ικανοτήτων του και της κρίσης του, δύναται να πάρει αποφάσεις που προωθούν το καλύτερο συμφέρον (the best interest) του ασθενούς. Ο γιατρός, δηλαδή, προϋποτίθεται ότι μπορεί να καθορίσει και να αποφασίσει τι είναι προς το καλό, το συμφέρον του ασθενούς. Υπάρχουν, ωστόσο, σημαντικές αδυναμίες στον ανωτέρω ισχυρισμό που θίγουν την εγκυρότητα του παλαιού μοντέλου 'απόφασης' που επιχειρείται να θεμελιωθεί σε αυτόν. Δεν είναι λογικό να θεωρηθεί ότι ο γιατρός είναι σε θέση να καθορίσει το καλό για τον ασθενή, γιατί ο ισχυρισμός αυτός θεμελιώνεται σε δύο προϋποθέσεις οι οποίες δεν ισχύουν λογικά: αφενός δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι υπάρχει ένα καθορισμένο- αντικειμενικό καλό στον χώρο της ιατρικής που μπορεί κάποιος να αναγνωρίσει και αφετέρου ότι ο γιατρός είναι σε θέση να το μαντέψει για κάποιον άλλο.⁶

Οι αποφάσεις στην κλινική ιατρική συνιστούν μία πολυσύνθετη διαδικασία κατά την οποία απαιτείται να συνυπολογισθούν πολλοί (θετικοί και αρνητικοί) παράγοντες και στην οποία εμπλέκονται συχνά ηθικές κρίσεις και προσωπικές αξίες, προκειμένου να ληφθεί μία τελική απόφαση αναφορικά με το τι συνιστά το καλό του ασθενούς. Συνεπώς, δεν είναι δυνατό να ισχυρισθούμε πως υπάρχει εκ των προτέρων ένα βέβαιο- αντικειμενικό καλό το οποίο είναι εξωτερικό προς τον ασθενή και που είναι σε θέση να γνωρίζει ο γιατρός.

Ακόμα και το 'ιατρικό καλό' του ασθενούς απαρτίζεται σε πολλές περιπτώσεις από ποικίλους παράγοντες που πρέπει να συνεκτιμηθούν και να ζυγισθούν, όπως η διατήρηση της ζωής, η απαλλαγή από τον πόνο, η θεραπεία της ασθένειας και η προαγωγή της γενικής υγείας (Veatch 199: 527). Υπάρχουν περιπτώσεις, όπως της νεφρικής ανεπάρκειας, στις οποίες τίθεται ζήτημα επιλογής ανάμεσα σε εναλλακτικές μορφές θεραπείας (συντηρητικές-αιμοκάθαρση ή επιθετικές-μεταμόσχευση) με διαφορετικές επιπτώσεις στην καταπολέμηση της ασθένειας (χαμηλή ή υψηλή καταστολή της ασθένειας) και διαφορετικές επιπλοκές-κινδύνους (χαμηλός ή υψηλός κίνδυνος θνησιμότητας). Περιπτώσεις που η διατήρηση της ζωής (συνήθως δια τεχνη-

τών μέσων) συνεπάγεται φορικό πόνο, μη θεραπεία της ασθένειας· συνεπώς, περιπτώσεις στις οποίες το ιατρικό καλό του ασθενούς δεν είναι προφανές και δεδομένο. Ακολούθως, δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι υπάρχει ένα αντικειμενικό ιατρικό καλό που γνωρίζει μόνον ο γιατρός αλλά ένα καλό το οποίο, όντας αποτέλεσμα υποκειμενικής συνεκτίμησης ποικίλων παραγόντων, μπορεί και πρέπει να καθορισθεί από τον ίδιο τον ασθενή, στο πλαίσιο που η υπό συγκεκριμένους όρους διατήρηση ή μη της ζωής του αφορά τον *ίδιο*.

Περαιτέρω, στις αποφάσεις που αφορούν τον ασθενή δεν εμπλέκεται μόνον το 'ιατρικό καλό' του ασθενούς, αλλά ένα ευρύτερο καλό που συμπεριλαμβάνει προσωπικές αξίες και ενδιαφέροντα του ασθενούς, καθώς και ηθικές υποχρεώσεις του έναντι άλλων προσώπων. Η ποιότητα ζωής του ασθενούς και η δυνατότητα αυτού για μία παραγωγική ζωή (όπως στις περιπτώσεις που τίθεται το ζήτημα της ευθανασίας) συνιστούν συστατικό στοιχείο του 'καλού' όπως το αντιλαμβάνονται πολλοί ασθενείς το οποίο εκτιμάται σε πολλές περιπτώσεις από τους ίδιους ως σημαντικότερο από το στενώς εννοούμενο ιατρικό τους καλό.⁷ Επίσης, σε ορισμένες περιπτώσεις οι ασθενείς θεωρούν ότι η μελλοντική κατάσταση της υγείας τους έχει επιπτώσεις στην εκπλήρωση ή μη των υποχρεώσεών τους απέναντι σε αγαπημένα τους πρόσωπα αξιολογώντας τις τελευταίες ως πιο σημαντικές από την πρώτη. Ορισμένοι ασθενείς, π.χ., λαμβάνουν αποφάσεις για την πορεία της υγείας τους, οι οποίες είναι λιγότερο επιβαρυντικές (κοινωνικά και οικονομικά) για τους συγγενείς τους ή αποφάσεις που εναντιώνονται προς το ιατρικό τους καλό, προκειμένου να τηρηθούν σημαντικές ηθικές τους αρχές που εκλαμβάνονται από τους ίδιους ως μέρος του γενικού τους καλού.⁸ Έτσι υφίσταται ένα γενικό καλό για τον ασθενή που συναποτελείται από το ιατρικό του καλό, τα ευρύτερα ενδιαφέροντά του και αξίες αλλά και τις ηθικές του αρχές. Στο πλαίσιο, λοιπόν, που το γενικό καλό του ασθενούς είναι αποτέλεσμα υποκειμενικού συσχετισμού ποικίλων παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων προσωπικών στόχων και αξιών του ασθενούς, δεν είναι θεμιτό να καθορίζεται αυτό από τις προσωπικές-υποκειμενικές αντιλήψεις του γιατρού. Μία τέτοια τακτική θα συνιστούσε ένα είδος επιβολής της 'ιδέας για το καλό' που έχει ο γιατρός στον ασθενή του.⁹

Εφόσον, λοιπόν, στις αποφάσεις για το 'καλό' του ασθενούς απαιτείται αφενός να συνεκτιμηθούν ποικίλα κριτήρια του ιατρικού καλού και, αφετέρου να συσχετισθούν με τα συστατικά αγαθά ενός ευρύτερου καλού για τον ασθενή, καθίσταται εμφανές ότι δεν υφίσταται ένα αντικειμενικό και δεδομένο 'καλό' που είναι σε θέση ο γιατρός να γνωρίζει, αλλά ένα υποκειμενικό

καλό που μόνον ο ασθενής μπορεί να κρίνει ο ίδιος για τον εαυτό του, σύμφωνα με τις προσωπικές του αντιλήψεις και στόχους. Συνεπώς, η επιστημονική αυθεντία του γιατρού δεν δύναται να τον καταστήσει καλύτερο φορέα απόφασης για το ‘γενικό καλό’ του ασθενούς αλλά σύμβουλο στη διαδικασία απόφασης του ασθενούς – τακτική που επιδοκιμάζεται από τις αξίες μιας φιλελεύθερης ιδεολογίας. Ο υπερασπιστής της ελευθερίας J.S. Mill ισχυρίζεται πως δεν νομιμοποιείται η επιβολή ή η απαγόρευση μιας πράξης σε έναν άνθρωπο με τη δικαιολογία ότι θα είναι καλύτερο για αυτόν να πράξει κατά τέτοιο τρόπο ή ότι, ακολούθως, θα είναι περισσότερο ευτυχής στο μέτρο που, κατά τη γνώμη των άλλων, το να πράξει έτσι θα είναι σοφό ή ορθό. Διότι

‘αυτοί είναι καλοί λόγοι για να διαμαρτυρηθείς έναντι αυτού του ανθρώπου, για να τον συνεφέρεις, να τον πείσεις ή ακόμη και να τον παρακαλέσεις αλλά όχι για να του επιβληθείς.’ (Mill 1859)

Ακολούθως, ο γιατρός νομιμοποιείται να παραιnéσει και να συμβουλέψει τον ασθενή του, αλλά όχι να αποφασίσει για αυτόν επιβάλλοντας τη δική του άποψη, γιατί ‘το δικό του καλό ‘είτε φυσικό είτε ηθικό’ δεν συνιστά επαρκή λόγο παρέμβασης’. (Mill ό.π.) Ο κάθε άνθρωπος, κατά τον Mill, έχει απόλυτη ανεξαρτησία όσον αφορά στον εαυτό του, γιατί ο ίδιος είναι κυρίαρχος όχι μόνον πάνω στο πνεύμα του αλλά και στο σώμα του.

Ο Mill εξυψώνει την ελευθερία της σκέψης, του συναισθήματος, των στόχων και επιδιώξεων σε υπέρτατη αξία, θεωρώντας ότι ο καθένας πρέπει να είναι ελεύθερος να διαμορφώνει και να επιδιώκει ένα σχέδιο ζωής σύμφωνα με τον χαρακτήρα του και τις απόψεις του.

‘Η μόνη ελευθερία που αξίζει το όνομα αυτό είναι εκείνη του να επιδιώξεις το δικό σου καλό με το δικό σου τρόπο, υπό την προϋπόθεση ότι δεν επιχειρούμε να στερήσουμε τους άλλους από το δικό τους ή και να εμποδίσουμε τις προσπάθειές τους να το αποκτήσουν’. Το ανθρώπινο γένος κερδίζει περισσότερα από το να ανέχεται ο καθένας τον άλλο να ζει όπως φαίνεται καλό σε αυτόν παρά επιβάλλοντας στον καθένα να ζει όπως φαίνεται καλό στους υπολοίπους’. (Mill ό.π.)

Παραπέμποντας συχνά στον J.S. Mill, στοχαστές του 20ου και 21ου αιώνα από τον χώρο της ιατρικής ηθικής τονίζουν την αξία της αυτονομίας του ασθενούς, ως του δικαιώματος να καθορίζει ο ίδιος το δικό του καλό σύμφωνα με τη δική του κρίση και, συνεπώς, να συγκατατίθεται ή να αρνείται να συγκατατεθεί σε οποιαδήποτε ιατρική παρέμβαση προτείνεται σχετικά. Η σύγχρονη ιατρική ηθική και πρακτική (με ορισμένες εξαιρέσεις¹⁰), ακολουθώντας το πνεύμα της φιλελεύθερης παράδοσης, αναγνωρίζει το δικαίωμα του ασθενούς να *εκφράσει* τη συγκατάθεσή του ή την άρνηση αυτής σε

περιπτώσεις ερεύνης ή χειρουργικής επέμβασης, ή εκλαμβάνει τη συγκατάθεση του ασθενούς ως *υπονοούμενη* σε τακτικές ρουτίνας, όπως η λήψη αίματος για γενικές εξετάσεις, εκτός και αν εκδηλωθούν αντίθετες διαθέσεις από τον ασθενή. Γενικώς, μπορεί να ειπωθεί ότι αποδέχεται και πραγματώνει το αρνητικό δικαίωμα ελευθερίας του ασθενούς και απαγορεύει, ακολούθως, ηθικά και νομικά στον γιατρό οποιαδήποτε επιβολή εκ μέρους του, θεωρώντας πως ο κάθε ασθενής είναι ο ‘κατάλληλος φύλακας της υγείας του, είτε της σωματικής, είτε της διανοητικής, είτε της πνευματικής.’ (Mill ό.π.) Στο πλαίσιο αυτό η ανάγκη για ιατρική κρίση –για απόφαση του γιατρού σύμφωνα με αυτό που ιατρικά ενδείκνυται (medical judgement)– έχει αντικατασταθεί από την ανάγκη για ιατρική γνώση (medical knowledge) του ασθενούς, ώστε να είναι σε θέση να αποφασίζει ο ίδιος για τον εαυτό του. Όπως παρατηρεί ο J. Katz (1989: 387), ο κηδεμονευτικός ρόλος του γιατρού που φροντίζει τον ασθενή και αποφασίζει για αυτόν θεωρείται πλέον ξεπερασμένος, ενώ πρωταρχική σημασία δίδεται στον ρόλο του γιατρού ως προ-σάτη της ατομικής ελευθερίας-επιλογής του ασθενούς.

II

Η φιλοσοφική θεμελίωση του δικαιώματος αυτοκαθορισμού του ανθρώπινου προσώπου και η διείσδυση της ηθικής φιλοσοφίας στον χώρο της ιατρικής συνέβαλαν στην προβολή αρχικά και επικράτηση της αρχής της αυτονομίας του ασθενούς στην ιατρική πρακτική. Συνακόλουθα, η εννοιολογική ανάλυση της ‘αυτόνομης επιλογής του ασθενούς’ από επιφανείς φιλοσόφους της Βιοηθικής διαμόρφωσε ένα μοντέλο συγκατάθεσης του ασθενούς το οποίο έγινε σταδιακά αποδεκτό στον χώρο της ιατρικής. Για τον T. Beauchamp η αυτονομία του ασθενούς πραγματώνεται μέσα από την αληθινή συγκατάθεση αυτού, η οποία προϋποθέτει την πληροφόρησή του, ώστε να μπορεί να αξιολογήσει επαρκώς τις εναλλακτικές λύσεις που του προσφέρονται και να οδηγηθεί σε μία αυτόνομη επιλογή. Έτσι, η ‘ένήμερη συγκατάθεση’ καθιερώθηκε ως μία αναγκαία τακτική στον χώρο της ιατρικής η οποία προϋποθέτει την τήρηση ορισμένων συνθηκών¹¹:

- α. οι πληροφορίες να ανακοινώνονται στον ασθενή με σαφήνεια,
- β. ο ασθενής να κατανοεί τις πληροφορίες αυτές,
- γ. η απόφασή του να μην είναι αποτέλεσμα εξαναγκασμού,
- δ. ο ασθενής να είναι λογικά ικανός,
- ε. να υπάρχει εκφρασμένη, γραπτώς ή προφορικώς, συγκατάθεση.

Οι πληροφορίες που πρέπει να ανακοινωθούν από τον γιατρό στον ασθενή αφορούν τα αναμενόμενα οφέλη και τους κινδύνους της προτεινόμενης και των εναλλακτικών μορφών θεραπείας, και τις συνέπειες για τον ασθενή, εάν αυτός δεν ακολουθήσει τη συγκεκριμένη θεραπεία. Επίσης, ακόμη και η πολύ μικρή πιθανότητα ενός πολύ σοβαρού κινδύνου πρέπει να αναφερθεί στον ασθενή, εφόσον ενδέχεται να τεθεί σε κίνδυνο η ζωή του ή η σωματική του ακεραιότητα σε τέτοιο σημείο που να ξεπερνά σε σοβαρότητα την υπάρχουσα αρνητική κατάσταση του ασθενούς. Ως μοναδικές εξαιρέσεις πληροφόρησης του ασθενούς αναγνωρίζεται η περίπτωση εκείνη στην οποία ο ασθενής είναι αναισθητός και υφίσταται άμεση ανάγκη να εφαρμοσθεί κάποια θεραπεία σε αυτόν, όπως δε και η περίπτωση που η αποκάλυψη των πληροφοριών ενδέχεται να καταστεί επιβλαβής για τον ασθενή.

Ειδικά ως προς την β' περίπτωση έχει τονισθεί από σημαντικούς ηθικούς φιλοσόφους ότι η μη αποκάλυψη των πληροφοριών δεν νομιμοποιείται επί τη βάση πατερναλιστικού πλαισίου σύμφωνα με το οποίο ο γιατρός αποκρύπτει ορισμένες πληροφορίες, επειδή πιστεύει ότι, εάν τις γνώριζε ο ασθενής, θα προέβαινε σε κάποια επιλογή αντίθετη από αυτήν που ο ίδιος θεωρεί ότι ο ασθενής χρειάζεται. Αντίθετα, μία ερμηνεία της περίπτωσης αυτής στο πλαίσιο σεβασμού της αυτονομίας του ασθενούς που συνιστά και τη θεμελιώδη λίθο της συγκατάθεσης αφορά την απόκρυψη των πληροφοριών στην περίπτωση που ο ασθενής δεν θέλει στην ουσία να τις πληροφορηθεί. Ενώ γενικά έχει παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς που έχουν πληροφορηθεί τη γενική κατάσταση της υγείας τους, τη φύση και τις εναλλακτικές μορφές θεραπείας τους αναρρώνουν πιο γρήγορα και αισθάνονται μικρότερη ψυχική ένταση από εκείνους που δεν ενημερώνονται (Wardle 1983: 399-402, Roden, Langer 1977: 897-902), υπάρχουν και ορισμένοι ασθενείς που δεν ανήκουν στην κατηγορία αυτή και προτιμούν την άγνοια διότι η γνώση τους αγχώνει.¹² Όταν, λοιπόν, ο ασθενής αισθάνεται αδύναμος να αντιμετωπίσει την κατάσταση της υγείας του και οποιαδήποτε αρνητική πρόγνωση ή αβέβαιη προοπτική ενδέχεται να τον αγχώσει και να παρεμποδίσει τη θεραπεία του ή ακόμη και τη λογική του κρίση, όταν δηλαδή ο γιατρός καταλαβαίνει ότι ο ίδιος ο ασθενής δεν θέλει στην ουσία να ενημερωθεί τότε ο σεβασμός της αυτονομίας του ασθενούς επιβάλλει την απόκρυψη των σχετικών πληροφοριών. Η αποκάλυψη των πληροφοριών σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενούς για πληροφόρηση ενσαρκώνει την αυτόνομη επιλογή του ασθενούς, η οποία δεν συνίσταται πάντα στην ελευθερία που του δίδουν οι πληροφορίες αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις στην ελευθερία του από τις πληροφορίες.¹³

Στην περίπτωση κατά την οποία δεν αποκαλύπτονται ορισμένες πληροφορίες στον ασθενή σύμφωνα με τη δική του θέληση, ο γιατρός θα μπορούσε να συμβουλευθεί το συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς για να συγκατατεθεί ή όχι στην προτεινόμενη θεραπεία. Μία τέτοια τακτική θεωρείται, με κάποιες επιφυλάξεις, ότι δύναται να διασφαλίσει το γενικό καλό του ασθενούς σύμφωνα με τις προσωπικές του αξίες, στον βαθμό που οι συγγενείς είναι περισσότερο πιθανό να γνωρίζουν και να αποφασίσουν σύμφωνα με τις αρχές και τους στόχους του ασθενούς. Έτσι, η συγκατάθεση του συγγενούς αναμένεται να αναδειξει κάποια επιλογή η οποία αντιπροσωπεύει την αυτονομία του ασθενούς, με αποτέλεσμα να διασφαλίζεται η αυτονομία και το προσωπικό γενικό καλό του τελευταίου. Στο πλαίσιο αυτό γίνεται λόγος για μία ευρύτερη έννοια της αυτονομίας, η οποία δεν ανάγεται αποκλειστικά στο άτομο-ασθενή, νοουμένη ως ατομική αυτονομία, αλλά συμπεριλαμβάνει και το συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς. Και το ίδιο το ιατρικό προσωπικό αναγνωρίζει τη σπουδαιότητα της οικογένειας στην ιατρική πρακτική, καθώς αναφέρεται πως μερικοί ασθενείς αναμένουν ότι ο γιατρός τους θα συζητήσει την πρόγνωση και τη διαχείριση της πληροφορίας με μεγαλύτερη λεπτομέρεια με τους συγγενείς τους απ' ό,τι με τους ίδιους.¹⁴ Η νομιμοποίηση μίας τέτοιας τακτικής προϋποθέτει μία διαφορετική αντίληψη για το ανθρώπινο πρόσωπο από αυτήν του ατόμου που ελέγχει μόνο του το μέλλον του και την οποία το Δυτικό μοντέλο Βιοηθικής μέχρι σήμερα προβάλλει.¹⁵ Η διαφορετικότητα έγκειται στο ότι το ανθρώπινο πρόσωπο δεν συλλαμβάνει κατ' ανάγκην τον εαυτό του τόσο ξεχωριστό από την οικογένειά του όπως η αρχή της ατομικής αυτονομίας προϋποθέτει. Ως αποτέλεσμα, η ιατρική δεοντολογία πρέπει να προβάλλει μία ευρύτερη αρχή αυτονομίας, όπως φιλόσοφοι και γιατροί τονίζουν.

Καθίσταται εμφανές ότι υφίσταται μια σύγκλιση απόψεων ανάμεσα στους φιλοσόφους και αρκετούς γιατρούς στο χώρο της ιατρικής δεοντολογίας και πρακτικής, στο βαθμό που γίνεται γενικά σεβαστή η αυτονομία του ασθενούς και η αποκάλυψη σε αυτόν όχι περισσότερων πληροφοριών από αυτές που ο ίδιος θέλει. Το ότι ο ασθενής συνιστά το επίκεντρο της ιατρικής πράξης εκφράζεται και από τη β' συνθήκη του μοντέλου 'ενήμερη συγκατάθεση', σύμφωνα με την οποία δεν αρκεί, κατά τον Beauchamp, η σαφής μετάδοση των πληροφοριών στον ασθενή αλλά απαιτείται και η κατανόηση από τον ασθενή αυτών των πληροφοριών.¹⁶ Η μετάθεση της σπουδαιότητας από τον γιατρό στον ασθενή τονίζεται και από αρκετούς γιατρούς, οι οποίοι πρεσβεύουν ότι ο ασθενής πρέπει να ενθαρρύνεται από το προσωπικό να απευ-

θύνει ερωτήσεις προς αυτό προκειμένου να εξασφαλίσει μία πλήρη κατανόηση των πληροφοριών και να έχει μία ολοκληρωμένη εικόνα της γενικής του κατάστασης. Αναγνωρίζεται, όμως, ταυτόχρονα ότι μία τέτοια τακτική ενδέχεται να προκαλέσει σημαντικές δυσκολίες ιδιαίτερα στους νέους γιατρούς, οι οποίοι αναφορικά με ορισμένες πολύπλοκες καταστάσεις έχουν αμφιβολίες και αβεβαιότητα, με αποτέλεσμα να αποθαρρύνουν τον ασθενή να απευθύνει επιπλέον ερωτήσεις (Kent 1996: 67). Προκειμένου να διασφαλισθεί η αληθινή συγκατάθεση του ασθενούς, κατά το πρότυπο του Beauchamp, προτείνεται από τους ίδιους τους γιατρούς (Kent 1996: 70) ως τακτική η πληροφόρηση του ασθενούς και η λήψη της συγκατάθεσής του να γίνεται από έμπειρους γιατρούς που γνωρίζουν πολύ καλά την κατάσταση του ασθενούς και μπορούν, ακολούθως, να τη μεταδώσουν σε αυτόν ολοκληρωμένα ώστε να προβεί σε αυτόνομη επιλογή.

Στο ίδιο πλαίσιο, δίδεται έμφαση στον χρόνο που πρέπει να αφιερώνεται στον ασθενή, προκειμένου αυτός να μπορέσει να συζητήσει οτιδήποτε τον απασχολεί, και στον χώρο όπου λαμβάνει χώρα η συζήτηση και η λήψη της συγκατάθεσης του ασθενούς: χώρος που δεν πρέπει να προκαλεί άγχος στον ασθενή, για να μπορεί να εκφράσει ελεύθερα και αβίαστα τη συγκατάθεσή ή άρνησή του. Γενικά, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η σύγχρονη ιατρική πρακτική πρέπει να πραγματώνει τις συνθήκες εκείνες που δεν θα εξασφαλίζουν απλά μία τυπική, έγκυρη συγκατάθεση, αλλά μία συγκατάθεση με αληθινό νόημα που λαμβάνει χώρα σε ένα ευρύτερο χωροχρονικό, κοινωνικό και ψυχολογικό πλαίσιο, έτσι ώστε να διασφαλίζεται η ουσιαστική αυτονομία του ασθενούς.¹⁷

III

Η εκφρασμένη, ρητή συγκατάθεση του ασθενούς συνιστά, όπως τονίσθηκε ανωτέρω, απαραίτητη προϋπόθεση για την πραγμάτωση της αυτονομίας του. Η ρητή αυτή συγκατάθεση αφορά, όμως, τον λογικά ικανό ασθενή που είναι σε θέση να εκφράσει την αυτόνομη επιθυμία του, επιλογή του. Για τον ασθενή που δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως λογικά ικανός, κρίνεται απαραίτητος ο σεβασμός της υποθετικής αυτονομίας του, του τι, δηλαδή, θα επιθυμούσε τώρα αν ήταν ικανός – ο οποίος πραγματώνεται μέσα από τον σεβασμό της προηγούμενης αυτονομίας του, του τι, δηλαδή, επιθυμούσε ενόσω ήταν ικανός στο παρελθόν.

Ο σεβασμός της προγενέστερης αυτονομίας μπορεί να αφορά είτε κάποια

ρητά εκφρασμένη επιθυμία του ασθενούς στο παρελθόν σχετικά με τη συγκεκριμένη μελλοντική του κατάσταση ασθενείας, όπως συνιστούν οι καλούμενες ‘ζωντανές επιθυμίες’ (‘living wills’), ή ‘προγενέστερες οδηγίες’ (‘advance directives’), είτε κάποιες γενικές αρχές, αξίες που ο ασθενής θεωρούσε σημαντικές για τη ζωή του. Στη δεύτερη περίπτωση η υποθετική επιθυμία του ασθενούς συνάγεται από τις γενικές του αρχές, χωρίς να προηγείται συγκεκριμένη, ρητή επιθυμία του ασθενούς. Έτσι, ο σεβασμός της αυτονομίας ενός μη-λογικά ικανού προσώπου δεν προϋποθέτει κατ’ ανάγκη την ρητά εκφρασμένη επιθυμία του ασθενούς αλλά την απάντηση στο ερώτημα ‘τι θα επιθυμούσε ο ασθενής τώρα, αν ήταν λογικά ικανός’. Στη συνέχεια θα διαπιστώσουμε ότι η αυτονομία και ενός λογικά ικανού ασθενούς δεν συσχετίζεται κατ’ ανάγκη με τη ρητά εκφρασμένη του επιθυμία.

Στη σύγχρονη ιατρική δεοντολογία και πρακτική αναγνωρίζεται ότι πρέπει να δίδεται μεγαλύτερη βαρύτητα στην παρελθοντική αυτονομία του ανθρώπινου προσώπου, δηλαδή, στις προσωπικές αξίες και τον αυτοκαθορισμό του παρά στις υποκειμενικές απόψεις των άλλων ατόμων σχετικά με το ‘καλό’ αυτού του προσώπου. Ακολουθώντας, η Επιτροπή του Προέδρου για τη μελέτη των Ηθικών προβλημάτων στην Ιατρική και Βιοιατρική και Συμπεριφορική Έρευνα αναφέρει ότι

‘η λήψη απόφασης για τους μη-ικανούς ασθενείς πρέπει να κατευθύνεται από την αρχή της “υποκατάστασης της κρίσης” (substituted judgement) η οποία προωθεί τις αξίες του αυτοκαθορισμού και του γενικού καλού πολύ καλύτερα απ’ ό,τι το κριτήριο του ιατρικού καλού του ασθενούς’.¹⁸

Η απάντηση στο ερώτημα ‘τι θα επιθυμούσε τώρα ο ασθενής’ θεωρείται ότι ενσαρκώνει πλήρως την αυτονομία του ασθενούς συνιστώντας, ένα ηθικά νομιμοποιημένο και νόμιμο κριτήριο απόφασης για την εκάστοτε παρέμβαση στον ασθενή.

Η επιθυμία του ασθενούς –είτε ρητά εκφρασμένη είτε εξ υποθέσεως νοουμένη– δεν εκλαμβάνεται από τον Julian Savulescu ως αξιόπιστος οδηγός για την αληθινή αυτονομία του ασθενούς. Συγκεκριμένα, ο Savulescu ισχυρίζεται ότι το σημαντικό ερώτημα που πρέπει να απευθύνουμε για να εξακριβώσουμε σε τι συνίσταται η αυτονομία του ασθενούς δεν προϋποθέτει την απλή επιθυμία του ασθενούς αλλά τη λογική επιθυμία αυτού. ‘Τι λογικά θα επιθυμούσε τώρα ο ασθενής αν ήταν ικανός’ αλλά και ‘τι λογικά επιθυμεί τώρα που είναι ικανός’ είναι τα καθοριστικά ερωτήματα που πρέπει να απευθύνουμε προκειμένου να καθορίσουμε την αυτόνομη επιλογή του προ-

σώπου που δεν είναι αλλά και που είναι λογικά ικανό. (Savulescu 2000: 533-550)

Ακόμη και στην περίπτωση που ο ασθενής είναι ένα λογικά ικανό πρόσωπο, η απλή έκφραση της επιθυμίας του δεν θεωρείται κατά τον Savulescu ότι αναπαριστά την αυτόνομη επιλογή του, διότι η έννοια της αυτονομίας και του αυτοκαθορισμού προϋποθέτει την έννοια της λογικότητας. Στο πλαίσιο που ο αυτοκαθορισμός αφορά τη διαμόρφωση ενός σχεδίου που θα καθορίζει τη ζωή στο μέλλον και την επιλογή της καλύτερης κατά την κρίση του φορέα πορείας ζωής, η έννοια της αυτονομίας ενέχει τη διαδικασία του ζυγίσματος, της λογικής σύγκρισης, αξιολόγησης και τελικής επιλογής ανάμεσα από εναλλακτικές λύσεις που αφορούν τον σχεδιασμό- τη διαμόρφωση της ζωής εις το μέλλον. Όπως τονίζει ο Robert Young, οι επιθυμίες του ανθρώπου αφορούν ένα σχέδιο ζωής, μία αυτόνομη απόφαση σχετικά με το τι θέλει να κάνει κανείς στη ζωή και με τη ζωή του αναφορικά με την καριέρα του, τον τρόπο ζωής του, τις κυρίαρχες επιδιώξεις του κ.λπ. και, συνεπώς, μία λογική εκτίμηση της κατάστασης. (Young 1986: 78)

Κατά την επιλογή του ασθενούς, η επιθυμία του μπορεί να θεωρηθεί έκφραση λογικής και αυτόνομης επιλογής του, όταν τηρούνται ορισμένες προϋποθέσεις αναφορικά με τη διαδικασία σύγκρισης - αξιολόγησης, τη διαδικασία επιλογής. Ο Savulescu δίνει έμφαση στους ακόλουθους τρεις παράγοντες που πρέπει να εφαρμόζονται κατά την επιλογή-απόφαση του φορέα-ασθενή :

- γνώση των σχετικών, διαθέσιμων πληροφοριών αναφορικά με τις εναλλακτικές καταστάσεις που τίθενται προς επιλογή,¹⁹
- απουσία λογικού σφάλματος κατά την αξιολόγηση αυτών των πληροφοριών,²⁰
- ζωντανή αναπαράσταση-φαντασία από τον φορέα του τι σημαίνει για αυτόν (ποιες θα είναι οι συνέπειες) η κάθε εναλλακτική κατάσταση.

Ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στον τελευταίο παράγοντα, ο οποίος, κατά τον Savulescu, δεν απασχολεί συνήθως τους γιατρούς. Για να μπορούμε να πούμε ότι μία απόφαση είναι αποτέλεσμα αυτοκαθορισμού του ασθενούς, πρέπει ο τελευταίος να παρουσιάζει τουλάχιστον δύο εναλλακτικές λύσεις στον εαυτό του και να υποθέτει, να φαντάζεται τι σημαίνουν γι' αυτόν, ποιες, δηλαδή, θα είναι οι συνέπειες γι' αυτόν αν υιοθετηθούν οι δύο λύσεις αντίστοιχα. Εάν κάποιος αποκλείσει εκ των προτέρων από τη διαδικασία αξιολόγησης κάποια εναλλακτική λύση επειδή εκ των προτέρων τη βρίσκει αποκρουστική, τότε δεν έχει αναπαραστήσει ζωντανά στον εαυτό του τι σημαίνει γι' αυτόν

η λύση αυτή, δεν έχει συνειδητοποιήσει πλήρως τις συνέπειές της γι' αυτόν και δεν την έχει συνεκτιμήσει κατά τη διαδικασία επιλογής. Συνεπώς, η απόφασή του δεν συνιστά μία λογική, αυτόνομη επιλογή, διότι

'ο αυτοκαθορισμός είναι μία ενεργός διαδικασία του να καθορίζεις με συγκεκριμένο τρόπο το μονοπάτι της ζωής, ..του να φαντάζεσαι τι σημαίνει το Α και το Β για εσένα. Αυτό το ονομάζω ζωντανή αναπαράσταση, έντονη φαντασία (vivid imagination)' (Sanulescu 2000: 535).

Η κατάθλιψη θεωρείται από τον Savulescu ως ανασταλτικός παράγοντας για την πραγμάτωση της αυτονομίας του ασθενούς, εφόσον εμποδίζει τη νοητική αναπαράσταση στο μυαλό του ασθενούς των εναλλακτικών καταστάσεων με τα 'ζωντανά χρώματα της πραγματικότητας'. Μπορεί οι ασθενείς να είναι γνωστικά ενήμεροι των σχετικών γεγονότων, αλλά η κατάθλιψη τους εμποδίζει να εμπλακούν στη διαδικασία της ζωντανής αναπαράστασης, ώστε να οδηγηθούν σε μία αυτόνομη επιλογή. Στην περίπτωση αυτή, βέβαια, η ικανότητα για αυτονομία είναι δύσκολο να αποκατασταθεί. Αντίθετα, υπάρχουν πολλές άλλες περιπτώσεις στις οποίες ο ασθενής εκδηλώνει κάποια περιπτωσιακά ψυχολογικά φαινόμενα, τα οποία διαστρεβλώνουν με την εμπειρία της αξιολόγησης, αλλά μπορούν να αντιμετωπισθούν. Ιδιαίτερα στους ασθενείς που πρέπει να πάρουν απόφαση σχετικά με μη οικείες για αυτούς καταστάσεις, όπως, καταστάσεις που συνεπάγονται φυσική αναπηρία, παρατηρούνται ορισμένες ψυχολογικές τάσεις που εμποδίζουν τη λογική διαδικασία απόφασης, αλλά οι οποίες εκδηλώνονται περιπτωσιακά και δεν χαρακτηρίζουν γενικά την προσωπικότητα του ασθενούς. Επομένως, με τα κατάλληλα θετικά βήματα και την ανάλογη προσπάθεια εκ μέρους των γιατρών, οι αδυναμίες αυτές μπορούν να αντιμετωπισθούν, ώστε να εξασφαλισθεί η αυτόνομη επιλογή των ασθενών.

Σε καταστάσεις που αφορούν φυσική αναπηρία, ενδέχεται οι ψυχολογικοί μηχανισμοί της 'αντίθεσης' ('contrast') και της 'αποστρόφης της απώλειας' ('loss-aversion') να εμποδίσουν τη λογική απόφαση του ασθενούς, υποτιμώντας οποιαδήποτε ωφέλεια εμφορείται στην εναλλακτική κατάσταση που συνεπάγεται τη φυσική αναπηρία του ασθενούς.²¹ Ως αποτέλεσμα, ο ασθενής δεν μπορεί να αναπαραστήσει ζωντανά στο μυαλό του την ολοκληρωμένη εικόνα της φυσικής αναπηρίας, με αποτέλεσμα να μην την συνυπολογίσει ενεργά κατά τη διαδικασία απόφασης, αλλά να προκαθορισθεί από την αποστρόφη του προς το ενδεχόμενο της φυσικής αναπηρίας και, ακολούθως, από την άλλη εναλλακτική λύση.

Κατά την ενεργοποίηση του μηχανισμού 'αντίθεσης', η εμπειρία ενός

δεδομένου ερεθίσματος ή κατάστασης καθορίζεται σε σημαντικό βαθμό από την αντίθεσή του σε σχέση με την ουδέτερη ή παρούσα κατάσταση στην οποία το άτομο έχει προσαρμοστεί. Κατ' αναλογία, η τόσο αρνητική αντίληψη, η αποστροφή που εκ των προτέρων έχει ένα άτομο για την παραπληγία οφείλεται κυρίως στην αλλαγή σε σχέση με το επίπεδο ζωής που έχει συνηθίσει και λιγότερο στο καθαντό επίπεδο λειτουργίας της ασθένειας. Το να γίνεις παραπληγικός καθίσταται ένα τρομερό γεγονός επειδή αυτό συνεπάγεται μία τεράστια αλλαγή από μία φυσιολογική κατάσταση σε κατάσταση αναπηρίας.²² Επιπλέον, πολλές φορές οι ασθενείς επικεντρώνονται στις απώλειες που συνεπάγεται μία κατάσταση και λιγότερο σε οποιαδήποτε θετικά στοιχεία ενυπάρχουν. Το ψυχολογικό φαινόμενο της 'αποστροφής που συνεπάγεται η απώλεια' εκφράζει το πόσο πολύ εστιάζονται μυωπικά οι ασθενείς στην απώλεια, χωρίς να βλέπουν οποιοδήποτε καλό, με αποτέλεσμα οι επιλογές τους να καθορίζονται αποκλειστικά από τις συναισθηματικές συνέπειες αυτής της επικείμενης απώλειας και να μην συνεκτιμούν και την άλλη πλευρά της. Ακολουθώντας, οι ασθενείς συχνά επικεντρώνονται στην άμεση κατάσταση που συνεπάγεται την απώλεια του να γίνεις ανάπηρος και αγνοούν την αξία της μελλοντικής κατάστασης προσαρμογής, η οποία δεν είναι τόσο τρομερή όσο φαντάζονται αρχικά.²³ Ως αποτέλεσμα, εκφράζουν αρχικά την απόφαση να πεθάνουν παρά να ζουν σε κατάσταση αναπηρίας,²⁴ η οποία δεν συνιστά μία αυτόνομη απόφαση, εάν ισχύει αυτό που τονίζουν οι Kahneman και Varey:

'η κατάσταση προσαρμογής συνήθως παραμελείται ή υποτιμάται και οι διαφορές μεταξύ των καταστάσεων αντίστοιχα υπερεκτιμώνται σε σημείο υπερβολής' (ό.π. 144).

Καθίσταται εμφανές ότι η έννοια της συγκατάθεσης έχει σημαντικές προεκτάσεις και για το ζήτημα της ευθανασίας (το οποίο δεν συνιστά το κύριο αντικείμενο ερεύνης της μελέτης αυτής), αναφορικά προς το οποίο η εκφρασμένη απόφαση για διακοπή της ζωής δεν συνιστά κατ' ανάγκη αυτόνομη απόφαση του ασθενούς. Η ρητά εκφρασμένη συγκατάθεση ενός λογικά ικανού ασθενούς και η υποτιθέμενη συγκατάθεση ενός μη λογικά ικανού ασθενούς συνιστούν αυτόνομες επιλογές, εάν θεμελιώνονται στις συγκεκριμένες ή υποθετικές λογικές επιθυμίες του ασθενούς. Γι' αυτό και η λογική ικανότητα (παρούσα ή παρελθοντική) τονίζεται ως ένα από τα σημαντικά κριτήρια του μοντέλου συγκατάθεσης που παρουσιάστηκε ανωτέρω.

Η ανάλυση που προηγήθηκε γνωστοποίησε τη σημασία ορισμένων ψυχολογικών παραγόντων που εμποδίζουν την αυτονομία του ασθενούς. Η διαπί-

σωση αυτή προσδίδει ένα περαιτέρω καθήκον στο ιατρικό προσωπικό να συμβάλει με συγκεκριμένα βήματα στην εξασφάλιση των συνθηκών εκείνων που προστατεύουν την αυτονομία του ασθενούς. Μέσα από σχετικές συζητήσεις με τον ασθενή, αναφορικά, π.χ., με την κατάσταση της φυσικής αναπηρίας ή οποιασδήποτε άλλης μη οικείας κατάστασης για τον ασθενή, μέσα από την παροχή στοιχείων ερεύνης που παρουσιάζουν μία ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασης ασθενείας, μέσα από ζωντανά παραδείγματα ασθενών που απολαμβάνουν τη ζωή, μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή να αναπαραστήσει ζωντανά στο μυαλό του τι σημαίνει για αυτόν η κάθε εναλλακτική απόφαση. Μπορούν να τον βοηθήσουν να συνειδητοποιήσει τη συνολική εικόνα των μη οικείων καταστάσεων ασθενείας όχι μόνο για το άμεσο αλλά και για το απώτερο μέλλον της περιόδου προσαρμογής, ώστε να μην επικεντρώνεται μόνο στις επικείμενες απώλειες, αλλά συνυπολογίζοντας όλους τους παράγοντες να εκφράσει μία λογική και αυτόνομη απόφαση.

Στο πλαίσιο αυτής της ανάλυσης διαφαίνεται ότι η ελευθερία του ασθενούς δεν συνιστά απλά ένα αρνητικό δικαίωμα που εναντιώνεται προς οποιαδήποτε επιβολή εκ μέρους του γιατρού στον ασθενή, ακόμα και για την προώθηση του ιατρικού του καλού. Συνιστά και ένα θετικό δικαίωμα που υπαγορεύει συγκεκριμένες ενέργειες εκ μέρους του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που αφορούν το ευρύτερο χωροχρονικό, κοινωνικό και ψυχολογικό πλαίσιο εντός του οποίου λαμβάνονται οι αποφάσεις των ασθενών.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να αναφέρω ότι και η έννοια της λογικής συγκατάθεσης έχει αμφισβητηθεί ως έκφραση αυτονομίας του ασθενούς. Ο Robert Veatch²⁵ θεωρεί ότι η συγκατάθεση προσδίδει μεγάλη δύναμη στον γιατρό και αποδυναμώνει τον ασθενή. Η συγκατάθεση, κατ' αυτόν, προϋποθέτει έναν γιατρό που εξετάζοντας τα σχετικά γεγονότα αποφασίζει για το τι συνιστά καλύτερη επιλογή για τον ασθενή, επιλογή, δηλαδή, σύμφωνη προς το ιατρικό συμφέρον του ασθενούς και προτείνει, ακολούθως, μία συγκεκριμένη δράση για να συμφωνηθεί στη συνέχεια από τον ασθενή. Παρά τις προσπάθειες της σύγχρονης ιατρικής ηθικής, το πατερναλιστικό μοντέλο του γιατρού που αναμένεται να αποφασίσει αυτό που ιατρικώς ενδείκνυται εξακολουθεί να ισχύει, κατά την άποψη του Veatch, στο βαθμό που ο γιατρός προτείνει ενεργά σε έναν ασθενή, ο οποίος συγκατατίθεται παθητικά να γίνει κάτι σε αυτόν. Ακολούθως, ο Veatch προτείνει ο γιατρός να παρουσιάζει ολοκληρωμένα τις σχετικές πληροφορίες στον ασθενή, ο οποίος

θα είναι αυτός που θα κάνει την οποιαδήποτε επιλογή (αρχική και τελική) για το τι συνιστά καλύτερη πράξη γι' αυτόν (Veatch *ο.π.*).

Αναφορικά με την πολύ σημαντική αυτή άποψη θα ήθελα απλά να αναφέρω κάποιους παράγοντες που μπορούμε να λάβουμε υπ' όψιν μας για περαιτέρω ανάλυση της θέσης αυτής. Ο γιατρός, κατά το μοντέλο της αυτόνομης συγκατάθεσης που παρουσιάστηκε στη μελέτη αυτή, δεν αποφασίζει, απλά προτείνει. Η απόφαση ανήκει στον ασθενή. Η συγκατάθεση, επίσης, δεν αφορά κυρίως τη γνώμη του γιατρού αλλά την εκτέλεση από το γιατρό της πράξης που πραγματώνει τη γνώμη αυτή. Εφόσον, για την πραγμάτωση της πράξης μεσολαβεί ένας ενδιάμεσος φορέας - ο γιατρός - και ο ασθενής δεν μπορεί να εφαρμόσει μόνος του την ιατρική πράξη, η συγκατάθεση για να εκτελεσθεί η συγκεκριμένη πράξη από τον γιατρό είναι απαραίτητη και αφορά κυρίως αυτή. Ο ασθενής, στον οποίο αναγνωρίζεται η ελευθερία να αποφασίζει στο μοντέλο της αυτόνομης συγκατάθεσης, διαμορφώνει τη δική του γνώμη, η οποία μπορεί και να αντιτίθεται προς αυτήν που προτείνει ο γιατρός. Ο ασθενής, δηλαδή, διαμορφώνει τη δική του άποψη, είναι αυτός φορέας απόφασης και συγκατατίθεται στην εφαρμογή της πράξης από τον γιατρό. Περαιτέρω, η βοήθεια - και όχι ο καθορισμός - που προσφέρει ο γιατρός μέσα από την πρόταση που απευθύνει στον ασθενή βασισμένη στις ειδικές του γνώσεις και στην εμπειρία του είναι πολύ σημαντική για να μπορέσει ο ασθενής να αισθανθεί ελεύθερος να αποφασίσει. Διαφορετικά, θα πρέπει να αναρωτηθούμε εάν ο καταγισμός των πληροφοριών που αφορούν την ανθρωπινή ζωή χωρίς καμία καθοδήγηση εκ μέρους του γιατρού αφήνουν τον άνθρωπο αβοήθητο σε μία τραγική 'ελευθερία' εντός της οποίας μπορεί να νιώθει δεσμευμένος και αδύναμος να αποφασίσει αυτόνομα. 'Τίσως στο πλαίσιο αυτό καθίσταται πολύ λειτουργική η φράση 'ελευθερία των πληροφοριών ή ελευθερία από τις πληροφορίες;'.

Σημειώσεις

1. Τις τελευταίες δεκαετίες του 20ου αιώνα σημειώθηκε στον χώρο της ηθικής φιλοσοφίας μία γενικότερη στροφή ενδιαφέροντος από τη μεταηθική στην κανονιστική και εφαρμοσμένη ηθική. Όπως παρατηρεί η Μυρτώ Δραγώνα-Μονάχου από τη δεκαετία του '60 'είχε ήδη αρχίσει η μετα-αναλυτική εποχή, η 'κοινωνική' μετά τη 'γλωσσική' στροφή'. Στο πλαίσιο αυτής της στροφής εντάσσεται και η ενασχόληση με τη συγκατάθεση και αυτονομία του ασθενούς. Βλ. σχετικά, Μυρτώ Δραγώνα-Μονάχου (1995: 353-373). Πρβλ. Earl R. Winkler - Jerrold R. Coombs 1993:6.

2. Ο Robert Veatch τονίζει ότι 'μέχρι την αναθεώρηση του 1980, οι *Σύγχρονες Απόψεις*

που εκδίδοντο από τον Αμερικανικό Ιατρικό Σύλλογο δεν συμπεριελάμβαναν καμιά έννοια της συγκατάθεσης... Βλ. Veatch 2000: 524.

3. Βλ. Jay Katz, 1989: 386.

4. Είναι σημαντικό ότι στο πλαίσιο της ιπποκρατικής παράδοσης τα πρόσωπα που είναι κοντά στον ασθενή συνιστούν εξωτερικούς παράγοντες για τον γιατρό, εφόσον δεν συνυπολογίζονται και δεν συμμετέχουν στη λήψη των αποφάσεων. Ακολούθως, ο ιπποκρατικός όρκος έχει χαρακτηριστεί ως ατομικιστικός, εφόσον αναδύει έναν ασθενή-άτομο που είναι αποκομμένος από το συγγενικό και φιλικό του περιβάλλον και που πρέπει να συμμορφωθεί στις αποφάσεις του γιατρού. Βλ. σχετικά, Robert Veatch, 1991: 3-9.

5. Συγκεκριμένα, ο Alan Gewirth (1996: 1-30) αναγνωρίζει την ελευθερία ως ένα θετικό και αρνητικό ανθρώπινο δικαίωμα, ως ένα καθολικό ηθικό δικαίωμα, στο πλαίσιο που αυτή συνιστά για οποιονδήποτε φορέα αναγκαία συνθήκη για πράξη και μάλιστα για επιτυχημένη πράξη. Ακολούθως, θεμελιώνει την ελευθερία και κάθε ανθρώπινο δικαίωμα όχι σε συγκεκριμένους σκοπούς (που μπορεί να προέρχονται και από την ανθρώπινη φύση του ή που είναι κοινωνικά αποδεκτοί) αλλά στις αναγκαίες εκείνες συνθήκες που προϋποτίθενται για την πραγμάτωση οποιονδήποτε στόχου το άτομο ελεύθερα επιλέγει.

6. Ο R. Veatch (1996: 525-527) ισχυρίζεται ότι ακόμα και αν επικαλεστούμε τις εναλλακτικές 'θεωρίες για το καλό', όπως τις 'ηδονιστικές θεωρίες' ή τις 'θεωρίες ικανοποίησης των επιθυμιών', δεν υφίσταται κανένας λόγος που να μας κάνει να υποθέσουμε ότι υπάρχει ένα δεδομένο-αντικειμενικό καλό που ο γιατρός –ο οποίος είναι ειδικός σε μία πολύ στενή έννοια του καλού και ο οποίος είναι σχεδόν ένας ξένος για τον ασθενή– αναμένεται να μπορεί να μαντέψει. Δεν είναι δυνατό, δηλαδή, να υποθεθεί ότι, αφενός υφίσταται κάποια αντικειμενικότητα στις έννοιες της ευτυχίας και της επιθυμίας και ακολούθως, ότι υπάρχει ένα αντικειμενικό-εξωτερικό (προς τον ασθενή) καλό αναφορικά με αυτές και, αφετέρου ότι ο γιατρός μπορεί να μαντέψει τι θα κάνει τον ασθενή πολύ χαρούμενο ή τι θα ικανοποιήσει τις επιθυμίες του.

7. Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις στην ιστορία της ιατρικής κατά τις οποίες ασθενείς έχουν προβεί σε αποφάσεις ενάντια προς το ιατρικό τους καλό, επειδή δεν πραγματώνονται σημαντικά κριτήρια του γενικού τους καλού, όπως το αντιλαμβάνονται οι ίδιοι. Σχεδόν πρόσφατα, ένα αγοράκι από τις Η.Π.Α. που είχε υψοστεί εγγείσηση μεταμόσχευσης αρνήθηκε να ακολουθήσει τη μετεγχειρητική θεραπεία, εφόσον αυτή θα καθιστούσε τη ζωή του μη παραγωγική και επώδυνη. Ο ασθενής αυτός προτίμησε να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή του προκειμένου να έχει μία ποιοτική ζωή σύμφωνη με τα ενδιαφέροντά του και τις αξίες του. Η απόφασή του έγινε σεβαστή.

8. Δεν είναι λίγες εκείνες οι περιπτώσεις κατά τις οποίες έγκνες γυναίκες αποφασίζουν να γεννήσουν ένα υγιές παιδί με κίνδυνο της ζωής τους, θεωρώντας αυτό το παιδί ως μέρος της ίδιας τους της ζωής και του γενικού καλού που τη χαρακτηρίζει.

9. Ο R. Veatch υποστηρίζει ότι η παραδοσιακή αντίληψη η οποία ενισχύει τη δικαιοδοσία του γιατρού επιχειρείται να θεμελιωθεί και σε 'θεωρίες των αντικειμενικά καλών πραγμάτων (theories of objective goods), δηλαδή, σε θεωρίες που καταγράφουν λίστες πραγμάτων-καταστάσεων που εκλαμβάνονται ότι συμβάλλουν στο ή ότι συνιστούν συστατικά μέρη του αντικειμενικού καλού για τον άνθρωπο. Πβλ. Bernard Gert 1990: 279-300. Ακόμα, όμως, και με την επίκληση αυτών των θεωριών δεν μπορεί λογικά να υποστηριχθεί ότι υπάρχει κάποια έννοια καλού για τον ασθενή που είναι αντικειμενική και εξωτερική στον ασθενή και που είναι σε θέση ο γιατρός να γνωρίζει. Συγκεκριμένα, ο Veatch ισχυρίζεται ότι δεν είναι δυνατόν ο

γιατρός να αποφασίσει εάν μία συγκεκριμένη ιατρική παρέμβαση ενισχύει το 'αίσθημα της προσωπικής επίτευξης- του ασθενούς ή ενθαρρύνει τις 'βαθιές προσωπικές του σχέσεις' - τα οποία συμπεριλαμβάνονται στις λίστες των πραγμάτων που συνιστούν το 'αντικειμενικό καλό' για τον κάθε άνθρωπο. Συνεπώς, ούτε η επίκληση και αυτών των θεωριών προσδίδει κάποιο κύρος στο παραδοσιακό μοντέλο απόφασης του γιατρού, εφόσον, ακόμα και αν υποθεθεί ότι υπάρχει αυτή η έννοια του αντικειμενικά καλού, δεν είναι δυνατό να υποστηριχθεί ότι ο γιατρός μπορεί να τη γνωρίζει για τον ασθενή του, στο βαθμό που αυτή η έννοια συνιστά μία γενική έννοια προς ερμηνεία και που ο μόνος κατάλληλος για ερμηνεία είναι ο ίδιος ο ασθενής. ' Για να το πούμε ωμά, ο μόνος τρόπος για να γνωρίζεις εάν μία ιατρική παρέμβαση συνιστά καλή ιατρική είναι να ρωτήσεις τον ίδιο τον ασθενή'.

10. Παρά τη γενική αποδοχή της αυτονομίας του μοντέλου απόφασης του ασθενούς, παρατηρούνται και ορισμένες περιπτώσεις γιατρών που δεν αποδέχονται στην ουσία το μοντέλο αυτό. Επιπλέον, σε ορισμένες χώρες, όπως η Γαλλία, ακολουθείται μία περισσότερο πατερναλιστική ιατρική πρακτική που αναγνωρίζει μεγαλύτερη δικαιοδοσία στον γιατρό. Επομένως, το θέμα της συγκατάθεσης του ασθενούς και της αυτόνομης απόφασης του παραμένει στο επίκεντρο των στοχαστών της ιατρικής ηθικής, συνιστώντας ένα από τα πιο σημαντικά ζητήματα προς διερεύνηση, αποσαφήνιση και ερμηνεία στις ποικίλες καταστάσεις της ιατρικής πρακτικής.

11. Αξίζει να σημειωθεί ότι υφίσταται σύγκλιση απόψεων ανάμεσα στους ηθικούς φιλοσόφους και τους γιατρούς ως προς τους όρους πραγμάτωσης του μοντέλου 'συγκατάθεση ενήμερη' ή συγκατάθεση βάσει πληροφόρησης/informed consent που εισηγήθηκαν οι πρώτοι, ενώ παρατηρείται σχετικά μία απόκλιση απόψεων ορισμένων νομικών, όπως θα αναλυθεί περαιτέρω. Βλέπε σχετικά T. Beauchamp & J. Childress 1989 και D. Evans 1990.

12. Η Valerie Grant (1996: 76-79) προτείνει μία ψυχολογική ερμηνεία της αυτονομίας του ασθενούς αναφορικά με το ζήτημα της πληροφόρησής του. Παρουσιάζει μία κατηγοριοποίηση των ασθενών ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία, την εξυπνάδα, τα κίνητρα και την κατάσταση της υγείας τους, η οποία έχει σημαντικές προεκτάσεις στο θέμα της πληροφόρησης. Συγκεκριμένα, διακρίνει τους ασθενείς σε αυτούς που είναι καλά και δεν είναι αγχώδεις, σε αυτούς που είναι καλά αλλά είναι αγχώδεις, σε αυτούς που είναι άρρωστοι αλλά δεν είναι ιδιαίτερα αγχώδεις και σε αυτούς που είναι άρρωστοι και πολύ αγχώδεις. Στην συνέχεια προσβέβει ότι ο γιατρός έχοντας γνώση του παρελθόντος του ασθενούς, συζητώντας με τους συγγενείς του και ερμηνεύοντας τη γλώσσα του σώματός του, μπορεί να κατατάξει τον ασθενή σε κάποιο από τις ανωτέρω κατηγορίες και να αποφασίσει εάν στην πραγματικότητα ο ασθενής θέλει να του αποκαλυφθούν οι πληροφορίες ή όχι.

13. Για το διαχωρισμό αυτό βλέπε σχετικά Alexander Guiora (1989: 382-383).

14. Βλ. σχετικά Gerry Kent. Η μελέτη αυτή αφορά σχετική έρευνα που έγινε σε γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων που εργάζονταν στο Sheffield, προκειμένου να συναχθούν ορισμένα συμπεράσματα σχετικά με τις δυσκολίες που συναντούν οι γιατροί αναφορικά με τη λήψη της συγκατάθεσης από τους ασθενείς. Μέσα από προσωπικές εμπειρίες των γιατρών τονίστηκε η σημασία και η εμπιστοσύνη που αποδίδει ο ασθενής στους συγγενείς του, τη βοήθεια των οποίων ζητά αναφορικά με τη λήψη της καλύτερης για αυτόν απόφασης.

15. Μία διαφορετική αντίληψη για το ανθρώπινο πρόσωπο νοουμένου εντός του ευρύτερου συγγενικού του περιβάλλοντος εκφράζεται και στο χώρο της γενετικής. Η ιδιαίτερη φύση της γενετικής εισάγει πολύπλοκους παράγοντες στην κλινική πρακτική, οι οποίοι δεν εστιάζονται στο άτομο αλλά στη σχέση των ατόμων. Η κοινότητα των γονιδίων δίδει το έναυσμα

για μία αναθεώρηση της παραδοσιακής ιατρικής ηθικής όπου η ατομική αυτονομία συνιστά την πρωταρχική αξία που πρέπει να γίνεται σεβαστή. Η αποκάλυψη γενετικών πληροφοριών σε συγγενείς που μοιράζονται γενετικά αυτού του είδους τις πληροφορίες ίσως να συνιστά ηθική υποχρέωση του ατόμου. Βλέπε Ruth Chadwick 1995: 118-119.

16. Αξίζει να σημειωθεί ότι μέχρι πρόσφατα σε ορισμένες χώρες όπως στη Μ. Βρετανία, το νομικό ενδιαφέρον αναφορικά με την 'ενημέρωση συγκατάθεση' δεν επικεντρώνεται στην κατανόηση από την πλευρά του ασθενούς των σχετικών πληροφοριών, αλλά στη μετάδοση αυτών των πληροφοριών από τον γιατρό, προσδίδοντας στον τελευταίο μεγαλύτερη σπουδαιότητα. Σε αντίθεση με την ιατρική δεοντολογία που προβάλλει την αυτονομία του ασθενούς, ο νόμος επιτρέπει να αποφασίζει ο γιατρός ποιες και πόσες πληροφορίες θα δώσει στον ασθενή πριν την ιατρική θεραπεία. Αναγνωρίζεται νομικά, βέβαια, ότι, αν ο γιατρός επιχειρήσει να θεραπεύσει τον ασθενή ενάντια στις επιθυμίες του, τότε ο ασθενής μπορεί να τον μηνύσει. Αν, όμως, ο γιατρός παρουσιάζει ανεπαρκείς ή 'ελαττωματικές' πληροφορίες, ο ασθενής επιτρέπεται να τον μηνύσει μόνο στην περίπτωση που μπορεί να αποδείξει ότι υπέστη βλάβη η οποία μπορούσε να προβλεφθεί και ότι, αν του είχαν παρασχεθεί σωστές πληροφορίες, θα είχε απορρίψει τη θεραπεία που του προκάλεσε τη βλάβη. Βλ. σχετικά, Linda Delany, 1996: 71-73.

17. Η σύγχρονη ιατρική δεοντολογία δείχνει μεγάλη ευαισθησία στον ασθενή και τις συνθήκες εκείνες που εξασφαλίζουν την αυτονομία του. Ακολούθως, στη σύγχρονη ιατρική πρακτική πρέπει να δίδεται μεγάλη σημασία στο χρόνο που αφιερώνεται στον ασθενή για να συζητήσει τις ανησυχίες του, στο χώρο όπου διεξάγεται η συζήτηση αυτή, στη συμμετοχή των συγγενών στην όλη διαδικασία και στην προσπάθεια κατανόησης της ιδιαίτερης ψυχολογίας του ασθενούς και του τι πραγματικά αυτός επιθυμεί.

18. Βλ. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment: A Report on the Ethical, Medical and Legal Issues in Treatment Decisions* (March 1983), σ. 136.

19. Κατά τον Savulescu (2000: 535) και σύμφωνα με όσα ειπώθηκαν ανωτέρω στη μελέτη αυτή, όταν ο ασθενής δε θέλει να πληροφορηθεί όλα τα γεγονότα που αφορούν τις εναλλακτικές καταστάσεις, όπως, π.χ., σχετικά με την επικινδυνότητα μίας εγχείρησης, η απόφαση του μπορεί να θεωρηθεί ως έκφραση της αυτονομίας του εάν δεν είναι αποτέλεσμα φόβου αλλά απόρριξη μιας λογικής διαδικασίας επιλογής. Εάν, δηλαδή, ο ασθενής έχει αξιολογήσει τι σημαίνει αυτή του η στάση και έχει φαντασθεί τις συνέπειές της σε σχέση με την αντίθετη στάση, τότε η επιλογή του πρέπει να γίνει σεβαστή.

20. Ως λογικό σφάλμα ο Savulescu (ο.π.) εκλαμβάνει το λάθος κατά τη συλλογιστική διαδικασία που οδηγεί σε ψευδείς πίστεις. Αναφέρει ως παράδειγμα ότι, εάν κάποιος καταλήξει στο συμπέρασμα ότι 'θα πεθάνει εάν υποστεί έναν ακρωτηριασμό' βασισμένος στις προκειμένες ότι 'αυτός θα χρειαστεί αναισθησία εάν υποστεί ακρωτηριασμό' και ότι 'υπάρχει κίνδυνος θανάτου από την αναισθησία', τότε το συμπέρασμα αυτό εμπεριλαμβάνει λογικό σφάλμα.

21. Πρόσφατα πειράματα σχετικά με τον ψυχολογικό μηχανισμό της 'αντίθεσης' και της 'αποστροφής της απώλειας' αναλύονται στη μελέτη των A. Tversky & D. Griffin, 1991: 101-118.

22. Σε μία τηλεοπτική συνέντευξη ένας παραπληγικός δήλωσε τα εξής: 'πιθανώς θα πιστεύεις ότι είμαι δυστυχής αλλά κάνεις λάθος. Και εγώ συνήθιζα να πιστεύω ότι ήξερα τι

σημάνει ο πόνος και το να υποφέρει κανείς, αλλά έκανα λάθος'. Βλ. σχετικά D. Kahneman & C. Varey, 1991: 144.

23. Σύμφωνα με σχετικές έρευνες, οι ασθενείς που πάσχουν από σοβαρές ασθένειες, όπως καρκίνο, νεφρική ανεπάρκεια, παραπληγία δεν παρουσιάζουν σημαντικές απολάσεις σε σχέση με τους υγιείς ανθρώπους αναφορικά με το πώς οι ίδιοι κρίνουν την ποιότητα ζωής τους. Βλ. σχετικά P. Menzel 1990: 82.

24. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, ο ασθενής μπορεί να προτιμήσει τον θάνατο και να συγκατατεθεί στη διακοπή της λειτουργίας των μέσων συντήρησης της ζωής.

25. Ο Robert Veatch (2000: 523-524) αξιοποιεί την επιχειρηματολογία που χρησιμοποιήσαμε προκειμένου να υποστηρίξουμε τη λήψη της τελικής απόφασης από τον ασθενή και όχι από το γιατρό, για διαφορετικό, όμως, σκοπό. Επιχειρεί να αμφισβητήσει την ηθικότητα της αρχικής επιλογής ανάμεσα από εναλλακτικές λύσεις από τον ίδιο το γιατρό, να αμφισβητήσει, δηλαδή, την ικανότητά του και την αρμοδιότητά του να προτείνει ένα συγκεκριμένο τρόπο δράσης στον ασθενή, στο πλαίσιο που δεν υφίσταται καμία θεωρία που να δεικνύει τι συνιστά αντικειμενικά το καλό ενός άλλου προσώπου ούτε ακόμη και το ιατρικό καλό αυτού.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

- Beauchamp T, Childress J, (1989). *Principles of Biometical Ethics*. Oxford: U.P.
- Δραγώνα-Μονάχου Μ., (1995). *Σύγχρονη Ηθική Φιλοσοφία: Ο Αγγλόφωνος Στοχασμός*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Chadwick R., (1995). 'The Gene Revolution'. Σε Brenda Almond (επιμ.), *Introducing Applied Ethics*. Oxford: Cambridge, Blackwell.
- Delany L., (1996). 'Learning the Law', *Health Care Analysis* vol.4, No 1 February, σσ. 71-73.
- Evans D. (1990). *Why should we care?* Basingstock: MacMillan.
- Gert B., (1990). 'Rationality, Human Nature, and Lists', *Ethics*, 100, σσ. 279-300.
- Gewirth A., (1996). *The Community of Rights*. Chicago, London: The University of Chicago Press.
- Grant V., (1996). 'Informed Consent for Clinical Treatment: A Psychologist Speaks for Patients', *Health Care Analysis* vol. 4, no 1 February, σσ. 76-79.
- Guiora A., (1989). 'Freedom of Information vs. Freedom from Information' Σε Beauchamp T. & Walters L. (επιμ.), *Contemporary Issues in Bioethics*. Belmont, California: Wadsworth, σσ. 382-383.
- Kahneman D. & Varey C., (1991). 'Notes on the Psychology of Utility'. Σε J. Elster & Roemer J.E. *Interpersonal Comparisons of Well-Being*. Cambridge: Cambridge U.P.

- Katz J., (1989). 'Physicians and Patients: A History of Silence'. Σε Beauchamp T. & Walters L. (επιμ.), *Contemporary Issues in Bioethics*. Belmont, California: Wadsworth, σσ. 386-389.
- Kent G., (1996). 'Difficulties in Obtaining Informed Consent by Psychiatrists, Surgeons and Obstetricians/Gynaecologists', *Health Care Analysis* vol. 4, No 1 February, σσ. 65-71.
- Menzel P., (1990). *Strong Medicine*. Oxford: Oxford U.P.
- Mill J.S., (1859). *On Liberty*, London.
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, (1983). *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment: A Report on the Ethical, Medical and Legal Issues in Treatment Decisions*, March.
- Roden J. & Langer J., (1997). 'Long-term Effects of Control Relevant Intervention in the Institutionalized Aged', *Journal of Personality and Social Psychology* 35, σσ. 897-902.
- Savulescu J., 'The Limitation of Life-Sustaining Treatment' (2000). Σε Kuhse H. & Singer P. (επιμ.), *Bioethics: An Anthology*. Oxford: Blackwell, σσ. 533-550.
- Tversky A. & Griffin D., (1991). 'Endowment and Contrast in Judgements of Well-Being'. Σε Strack F., Argyle M. & Schwartz N. (επιμ.), *Subjective Well-Being*, Oxford: Pergamon, σσ. 101-118.
- Veatch R.M., (2000). 'Abandoning Informed Consent'. Σε Kuhse H. & Singer P. (επιμ.), *Bioethics: An Anthology*. Oxford: Blackwell, σσ. 523-532.
- Veatch R., (1991). 'Theories of Medical Ethics: The Professional Model Compared with the Societal Model'. Σε Land W. & Dossetor J.B. (επιμ.), *Organ Replacement Therapy: Ethics, Justice and Commerce*. Germany: Springer-Verlag, σσ. 3-9.
- Wardle J., (1983). 'Psychological Management of Anxiety and Pain during Dental Treatment', *Journal of Psychosomatic Research* 27, σσ. 399-402.
- Winkler E.R. & Coombs J.R. (1983). (επιμ.), *Applied Ethics: A Reader*. Oxford: Blackwell.
- Young R., (1986). *Personal Autonomy: Beyond Negative and Positive Liberty*. London: Croom Helm.