Ο αυτοκαθορισμός του αρρώστου και ο ιατρικός πατερναλισμός στη σύγχρονη ιατρική

■ Π. ΒΟΥΛΤΣΟΣ[1], Μ. ΤΣΟΥΓΚΑΣ[2]
[1]Πνευμονολόγος/Νομικός, Διδάκτωρ Ποινικού Δικαίου
[2]Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατροδικαστικής-Τοξικολογίας, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ

Περίληψη: *Ο συμβιβασμός του ατομικού αυτοκαθορισμού του αρρώστου με τη διατήρηση του αγαθού της ανθρώπινης ζωής στην ύψιστη ιεραρχικά θέση και τον αναπόφευκτο ιατρικό πατερναλισμό είναι ένα στοίχημα της σύγχρονης βιοηθικής και του δικαίου, ιδίως στην πορεία της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης. Η σύγχρονη τεχνολογική ιατρική ευνοεί την ιατρική κυριαρχία. Η αποδοχή απολύτων αξιών και η μελέτη θεμελιωδών εννοιών στα πλαίσια της βιοηθικής κρίνεται αναγκαία, καθώς και η ελαχιστοποίηση του ιατρικού πατερναλισμού. Στην κατεύθυνση αυτή η παρέμβαση του νομοθέτη κρίνεται καθοριστική.*

Λέξεις ευρετηρίου: *αυτοκαθορισμός, ιατρικός πατερναλισμός, βιοηθική.*

Εισαγωγή

Σαν «ιατρικός πατερναλισμός» νοείται η άρνηση ή η αδιαφορία του ιατρού προς τις προτιμήσεις του ασθενούς, επιδιώκοντας το «καλό» του ή τη βελτίωση της υγείας του. Αντίθετα, σαν σεβασμός στην ατομική αυτονομία νοείται ο σεβασμός της ικανότητας του ασθενούς για αυτοκαθορισμό και αυτοπραγμάτωση στο μέτρο των δυνατοτήτων του.

Η άσκηση της ιατρικής από τους αρχαίους χρόνους διακρινόταν για τον πατερναλιστικό της χαρακτήρα. Ο ιπποκρατικός ιατρός είναι πατερναλιστής. Ο ιατρός γνωρίζει τη φύση, το πραγματικό καλό του ασθενούς. Ο ασθενής πρέπει να γίνει δεκτικός ως προς την ασθένειά του. Ο ιατρός μεσολαβεί ανάμεσα στο θείον και τον ασθενή. Τη θέση αυτή ενίσχυσε ο χριστιανισμός, ο οποίος, όμως, έδωσε στην ιατρική δημοσιο-κοινωνικό χαρακτήρα, ενώ στους ιπποκρατικούς χρόνους η άσκηση της ιατρικής είχε ατομικό χαρακτήρα.

Η ανάπτυξη της ιατρικής δημιούργησε μια δυσνόητη γλώσσα για τον άρρωστο, γεγονός που όχι μόνον προωθούσε τον ιατρικό πατερναλισμό αλλά έδινε δυνατότητες στους ιατρούς υπέρμετρης κυριαρχίας επί του ασθενούς. Είναι γνωστό το σχετικό φαινόμενο από τη δραματουργία του Μολιέρου που αφορά στη Γαλλία του 17ου αιώνα.

Ο ιατρικός πατερναλισμός δεν αποτελεί de facto φαινόμενο αλλά δικαϊκό ζήτημα με βαθύτατες ηθικές και δικαιοπολιτικές συνέπειες. Η αναγνώριση του ρόλου της ατομικής αυτονομίας από την ηθική φιλοσοφία και την επιστήμη του δικαίου σε συνδυασμό με την έννοια του privacy στο αγγλοσαξωνικό δίκαιο, οδήγησαν σε έντονη αμφισβήτηση του ιατρικού πατερναλισμού κατά τον 20ο αιώνα και ιδίως στο δεύτερό του μισό. Παρ' όλη, όμως, τη σημαντική υποχώρηση του ιατρικού πατερναλισμού σήμερα προς όφελος της ατομικής αυτονομίας, σε κάποιες περιπτώσεις φαίνεται δικαιολογημένος ή επιβεβλημένος ή τουλάχιστον αναπόφευκτος, από την ίδια τη φύση του ιατρικού λειτουργήματος, ιδίως στη σύγχρονη εποχή των τεχνο-επιστημών, της ραγδαίας παρέμβασης των τεχνολογιών στις ιατροβιολογικές επιστήμες. Σήμερα, η βιοηθική και το λεγόμενο ιατρικό δίκαιο αντιμετωπίζουν πολλές και πολύπλοκες επιμέρους προβληματικές (υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, βλαστοκύτταρα, μεταμοσχεύσεις, ευθανασία, τεχνητή παράταση της φθίνουσας ζωής, αλλαγή φύλου κ.ά.). Αντιπροσωπευτικό κριτήριο του βαθμού αποδοχής του ιατρικού πατερναλισμού σε μια κοινωνία αποτελεί ο ρόλος της συναίνεσης του ασθενούς ως προς τη δικαιολόγηση της ιατροχειρουργικής επέμβασης και ο βαθμός σεβασμού στην άρνηση εκ μέρους του ασθενούς, έστω και αν αυτή η επέμβαση αποτελεί τη μόνη σωτηρία της ζωής του.

Από τις πρώτες δεκαετίες του εικοστού αιώνα άρχισε η αμφισβήτηση του ιατρικού πατερναλισμού στις Η.Π.Α. ενώ η ιταλική νομολογία τοποθετήθηκε σχετικά στο τέλος του αιώνα. Στα ευρωπαϊκά πλαίσια παρατηρείται διαφοροποίηση ανάμεσα στις χώρες του βορρά[13,14,16] και του αγγλοσαξωνικού δικαίου[17], όπου κυριαρχεί ο φιλελευθερισμός και ο πρωτεύων ρόλος της ατομικής αυτονομίας και στις χώρες της λεγόμενης μεσογειακής βιοηθικής ζώνης όπου είναι ενισχυμένος ο ρόλος του προνοιακού κράτους, όπου υποχωρεί η ατομική αυτονομία προς όφελος του κοινωνικού συνόλου, όπου το άτο- ⇨

μο θεωρείται όχι μεμονωμένα αλλά συνκοινωνός. Η Σύμβαση του Oviedo (1997) για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική αποτελεί κορυφαίο νομοθέτημα σύγκλεισης μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών. Διασώζει την αρχή της αυτονομίας του ασθενούς σε σημαντικό βαθμό.

Στη χώρα μας, η οποία εντάσσεται στη μεσογειακή ζώνη, υπήρχε ασαφής νομική θεμελίωση του σεβασμού στη συναίνεση του ασθενούς προκειμένου για ιατρική επέμβαση (αρ.2§1Σ, αρ.5§1Σ) και αυτός βασιζόταν περισσότερο στην ερμηνεία συνταγματικών και άλλων (Β.Δ. 25.5/6.7.1955, ΑΝ 1565/1939, ν.2071/1992 κ.ά.) διατάξεων. Μεγάλη μερίδα της ελληνικής ποινικής επιστήμης αναγνώρισε στον ιατρό ευρεία επεμβατική υποχρέωση στο όνομα του κοινωνικού ρόλου της ιατρικής και της εξυπηρέτησης του αληθούς συμφέροντος του ασθενούς[1,4,5,7]. Στην κατεύθυνση αυτή συνέβαλε και η περιορισμένη δικαιολογητική ισχύς της συναίνεσης του παθόντος στο έγκλημα της σωματικής βλάβης (αρ. 308§2 Π.Κ.). Πρόσφατα, με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας του 2005 (ν. 3418/2005), εναρμονίστηκε η χώρα μας με τη Σύμβαση του Oviedo (1997) που είχε κυρώσει η Ελλάδα με τον ν. 2619/1998. Ρητά και με σαφήνεια υιοθετείται ο αυτοδύναμος ρόλος της συναίνεσης του ασθενούς (αρ. 12) και της προηγούμενης ενημέρωσής του (αρ. 11). Σημειωτέον ότι το πάντα επίκαιρο ζήτημα της οριοθέτησης της προηγούμενης ενημέρωσης του ασθενούς παρέχει έρεισμα στον ιατρικό πατερναλισμό, καθώς είναι ασαφές, πολύπλοκο και εξειδικευμένο ζήτημα (κατανόηση από τον ασθενή της νόσου, επιπλοκών, παρενεργειών, εναλλακτικών λύσεων, πρόγνωσης κ.ά.).

Στο χώρο του ιατρικού σφάλματος[2] μπορεί να καλύπτεται ιατρικός πατερναλισμός ανάλογα με το περιεχόμενο που αποδίδεται στην έννοια της βλάβης (φυσική ή και ψυχο-κοινωνική κ.ά.).

Ένα πολύπτυχο ζήτημα που αφήνει πολλά περιθώρια στον ιατρικό πατερναλισμό είναι εκείνο της ευθανασίας και γενικότερα της επιθανάτιας αρωγής[8]. Μεταξύ άλλων, στο ζήτημα της οριοθέτησης του ιατρικού καθήκοντος όταν η ζωή φθίνει αναπότρεπτα, αναγνωρίζεται στον ιατρό διακριτική ευχέρεια για να κρίνει αν η περαιτέρω χορήγηση ενός ιατρικού μέσου έχει καταστεί άσκοπη ή μάταια και άρα μπορεί να διακοπεί επιτρεπτά. Η ιατρική «δεν υποχρεούται σε ό,τι δύναται»[13,15]. Μπορεί, όμως, η διακοπή της ιατρικής βοήθειας να γίνει και πρώιμα με βάση την εικαζόμενη[6] άρνηση του θνήσκοντα ως προς τη συνέχιση της τεχνητής υποστήριξης της φθίνουσας ζωής του. Αυτό δέχθηκε σχετικά πρόσφατα η γερμανική νομολογία (BGH 13-9-1994, Εφετείο Φραγκφούρτης 15-7-1998). Κατά την άποψη αυτή, επιχειρείται στο όνομα της διάσωσης της άσκησης του δικαιώματος του (ανίκανου να αποφασίζει) θνήσκοντος για αυτοκαθορισμό, χειραγωγείται αυτός από την κρατική (δικαστική) εξουσία που επικυρώνει τη σχετική απόφαση του αντιπροσώπου του ασθενή. Η ιατρική κρίση έχει επ' αυτού καθοριστική σημασία. Ανάλογη «κοινωνικοποίηση» του πτώματος μπορεί να θεωρήσει κανείς και στην προβληματική των μεταμοσχεύσεων.

Στα πλαίσια της επιθανάτιας αρωγής, έχει χρησιμοποιηθεί στη γερμανική και αγγλοσαξωνική επιστήμη η θεωρία του διπλού αποτελέσματος (δανεισμένη από τη φιλοσοφία), σύμφωνα με την οποία μια πράξη, όταν επιφέρει ένα θετικό και ένα αρνητικό αποτέλεσμα και ο ενεργών δε σκοπεί στο αρνητικό, ενώ το θετικό υπερέχει του αρνητικού αποτελέσματος, κρίνεται δικαιολογημένη. Εφαρμόζεται μεταξύ άλλων στη δικαιολόγηση της έμμεσης ευθανασίας, αλλά κρίνεται μάλλον σοφιστικού τύπου.

Μεταξύ άλλων καταστάσεων ιατρικού πατερναλισμού, στα ίδια πλαίσια εντάσσεται η ερμηνεία από τον ιατρό όρων της λεγόμενης «διαθήκης ευθανασίας», οι οποίοι έχουν αξιολογικό χαρακτήρα, η κρίση περί ύπαρξης έγκυρης άρνησης του ασθενούς ως προς τη μόνη σωτήρια της ζωής του ιατρική επέμβαση ή επίκλησής του για ενεργητική ευθανασία σε χώρες όπως το Βέλγιο και η Ολλανδία, όπου αυτή είναι με προϋποθέσεις επιτρεπτή, γεγονός που δίνει αφορμή για εφαρμογή της ανεπίτρεπτης μη βουλητικής ευθανασίας. Ακόμη, η ιατρική κρίση για τη συνδρομή των (ιατρικά ασαφών) προϋποθέσεων εφαρμογής της πρώιμης ευθανασίας, η οποία οριοθετείται με σχετική ασάφεια από την ανεπίτρεπτη ευγονική, ευνοεί την ιατρική κυριαρχία.

Ο ιατρικός πατερναλισμός κερδίζει έδαφος όταν πολύ συχνά ο ιατρός, για να αποφασίσει τις περαιτέρω ενέργειές του (ή να τις δικαιολογήσει π.χ. με αναλογική εφαρμογή του μηχανισμού της κατάστασης ανάγκης), προβαίνει σε στάθμιση έννομων συμφερόντων ή αγαθών με σκοπό την εξακρίβωση του λεγόμενου «αρίστου» συμφέροντος (best interest) του ασθενούς. Το best interest έχει κυρίαρχο ρόλο στο αγγλοσαξωνικό ιατρικό δίκαιο[17,22]. Τέτοια στάθμιση εκ μέρους του ιατρού συμβαίνει σε πολλά ζητήματα που αφορούν στο ιατρικό δίκαιο αλλά ιδίως στην επιθανάτιο φάση, όπου μπορεί να σταθμίζονται συμφέροντα όχι μόνο του ίδιου ατόμου αλλά και διαφορετικών ατόμων. Ακραίο είναι το ζήτημα της στάθμισης σχετικά με το ποιος ασθενής θα συνδεθεί με το μοναδικό αναπνευστήρα του νοσοκομείου όταν διακομίζονται ταυτοχρόνως ασθενείς με παραπλήσιες πιθανότητες επιβίωσης.

Η ατομική αυτονομία εκφράζεται και μέσα από την ανοχή του νόμου για την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης και τη σχετική νομοθεσία για την τεχνητά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, για την οποία ενδιαφέρον παρουσιάζει η συγκριτική μελέτη των σχετικών νομοθετημάτων στην Ευρώπη. Η ελληνική σχετική νομοθεσία (ν.3089/2002) είναι αρκετά φιλελεύθερου χαρακτήρα (επιτρέπει την post mortem γονιμοποίηση κ.ά.), ενώ ιδιαίτερη είναι η θέση της ιταλικής νομοθεσίας (ν. 40/2004) η οποία, στα πλαίσια του οντολογικού περσοναλισμού, περιορίζει την αυτονομία της γυναίκας-υποψήφιας μητέρας προς όφελος του εμβρύου, στο οποίο αναγνωρίζει ίσα δικαιώματα με τη γεννημένη ανθρώπινη ζωή. Έτσι, μεταξύ άλλων, δεν επιτρέπεται η ανάκληση της συναίνεσης της γυναίκας για εμφύτευση στη μήτρα των ήδη γονιμοποιηθέντων ωαρίων της, γεγονός που μπορεί να συγκρούεται με το συμφέρον της υγείας της.

Το ζήτημα γενικότερα της οριοθέτησης του ιατρικού πατερναλισμού από την ατομική αυτοδιάθεση του ασθενούς, προϋποθέτει διερεύνηση των βιοηθικών θεωριών που έχουν αναπτυχθεί σχετικά. Η ανάπτυξη της ιατρο-βιολογικής τεχνολογίας καθιστά τη σχετική μελέτη αναγκαία.

Οι πρόοδοι της ιατρικής τεχνολογίας και της εφηρμοσμένης βιολογικής έρευνας έχουν επεκτείνει υπερβολικά την ικανότητα επέμβασης του ανθρώπου στη βιολογική ζωή. Επέμβαση η οποία δέχεται την κριτική της βιοηθικής επιστήμης, της οποίας είναι ακόμη προς συζήτηση το επιστημολογικό της status αλλά είναι βέβαιη η αυτονομία της και ανήκει στην

ευρύτερη πρακτική ηθική η οποία υπάγεται στην ακόμη ευρύτερη ηθική φιλοσοφία. Η βιοηθική σκέψη έχει την καταγωγή της στις Η.Π.Α. της δεκαετίας του '60, σαν απάντηση σε πραγματικές απαιτήσεις κλινικής, ιδίως, εφαρμογής. Στο ευρωπαϊκό πολιτισμικό περιβάλλον ισχύουν τα ανάλογα. Βασικό βιοηθικό ερώτημα παραμένει το εξής: υπάρχουν απόλυτα καθήκοντα ή απαγορεύσεις; Ή μόνον ηθικές επιλογές που έχουν σχέση μόνο με τη συνείδηση και υπευθυνότητα του προσώπου-ατόμου;

Οποιαδήποτε από τις προτεινόμενες βιοηθικές θεωρίες και να γίνεται δεκτή, δεν υποχωρεί ο νορματιβιστικο-κανονιστικός χαρακτήρας της βιο-ηθικής η οποία καλείται να αντιμετωπίσει πραγματικά κλινικά ή εργαστηριακά διλήμματα που δημιουργούνται από την πρόοδο των τεχνο-επιστημών. Το γεγονός ότι καμιά θεωρία από τις προτεινόμενες δεν επιλύει τελικά τα βιοηθικά προβλήματα, ότι όλες έχουν ανάγκη αναφοράς σε κάποιες (όχι αναντίρρητες και σαφώς προσδιορισμένες) αντικειμενικές αξίες και ερμηνείες του «καλού», καθώς και ο νορματιβιστικός-κανονιστικός τους χαρακτήρας, συνηγορούν υπέρ της υποχώρησης του ρόλου της ατομικής αυτονομίας, έστω και αν αυτή θεωρείται «διαδικαστικά» στα πλαίσια της δημόσιας ηθικής ή τελείως ατομικά.

Ευρέως αποδεκτή είναι η βιοηθική θεωρία του περσοναλισμού. Υποστηρίχθηκε από το θεολογικό χώρο (ιδίως δυτικό). Η θεωρία αυτή υποστηρίζει το σεβασμό του ατόμου στο βαθμό που συνιστά «πρόσωπο». Η ζωή προστατεύεται όχι γιατί είναι ζωή ανθρώπου (βιολογική), αλλά ζωή προσώπου (σώμα, ψυχή, πνεύμα). Η ασαφής έννοια του περσοναλισμού έχει δεχθεί ευρείες ή στενές ερμηνείες. Ιδιαίτερα φαίνεται αυτό στις ευαίσθητες βιοηθικά, «λυκοφωτικές» περιοχές της έναρξης της ανθρώπινης ζωής (π.χ. γενετικές επεμβάσεις, πρώιμη ευθανασία νεογνών με βαριές διαμαρτίες περί τη διάπλαση) και του τέλους της (π.χ. ευθανασία).

Σύμφωνα με την οντολογική-ουσιαστική[21] προσέγγιση του περσοναλισμού, η οποία υιοθετήθηκε από τη θεολογική διανόηση, το πρόσωπο ταυτίζεται με τους υπαρξιακούς χαρακτήρες του ανθρώπου, οι οποίοι υφίστανται από τη συγκρότηση της ουσίας του (γονιμοποιημένο ωάριο) και χάνονται όταν αυτή αποδομείται. Το πρόσωπο ή υπάρχει ή όχι. Δε διαβαθμίζεται, ενώ τα χαρακτηριστικά και οι λειτουργίες του μπορεί να διαβαθμίζονται (να υπάρχουν δυνητικά όπως στο έμβρυο, να εξελίσσονται, να φθίνουν). Η «ουσία» του εμβρύου έχει συνείδηση η οποία ακόμη δεν εκδηλώθηκε. Η οντολογική-ουσιαστική αυτή ερμηνεία του περσοναλισμού έχει απαγορευτικές συνέπειες για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, την κρυοκατάψυξη εμβρύων και τους γενετικούς χειρισμούς, τη θεραπευτική κλωνοποίηση, τις αμβλώσεις κ.ά.

Οι πρόοδοι της ιατρικής τεχνολογίας και της εφηρμοσμένης βιολογικής έρευνας έχουν επεκτείνει υπερβολικά την ικανότητα επέμβασης του ανθρώπου στη βιολογική ζωή. Επέμβαση η οποία δέχεται την κριτική της βιοηθικής επιστήμης, της οποίας είναι ακόμη προς συζήτηση το επιστημολογικό της status αλλά είναι βέβαιη η αυτονομία της και ανήκει στην ευρύτερη πρακτική ηθική η οποία υπάγεται στην ακόμη ευρύτερη ηθική φιλοσοφία.

Η κατά H.T. Engelhardt[11] ερμηνεία του περσοναλισμού «υπερτιμά» το πρόσωπο σε σχέση με την οντολογική-ουσιαστική. Συνδέεται με την καντιανή φιλοσοφία και θεωρεί ότι το πρόσωπο δεν ταυτίζεται με την ανθρώπινη ύπαρξη. Τα έμβρυα, οι κωματώδεις ασθενείς, οι βαρέως πνευματικά πάσχοντες, ανήκουν στο ανθρώπινο είδος αλλά δεν είναι πρόσωπα. Η άποψη αυτή «υποβιβάζει» τον άνθρωπο σε αντικείμενο που έχει ιδιότητες: ηθική αίσθηση, αυτονομία, αυτοσυνείδηση, ορθολογισμό. Το υψηλό ή χαμηλό επίπεδο συνείδησης καθορίζει την ύπαρξη ή όχι του προσώπου. Πλέον ευρεία και εμπειρική είναι η άλλη προσέγγιση στην έννοια του προσώπου, όπως αυτή προτείνεται από τον D. Parfit[20], κατά την οποία θεωρείται αναγκαία και ικανή συνθήκη η ύπαρξη συνειδητής ψυχο/πνευματικής κατάστασης. Αυτή η άποψη «υποτιμά» το πρόσωπο, περιορίζοντάς το σε νευρωνικές λειτουργίες, οι οποίες εξυπηρετούν το συνειδητό (αποκλείοντας συναφείς ψυχικές λειτουργίες όπως ασυνείδητο, ένστικτα, προ-συνειδητό κ.λπ.).

Η εμπειρική προσέγγιση μετατρέπει τις υπαρξιακές διαφορές σε ποσοτικές. Οδηγεί σε ποιοτική διαβάθμιση της ανθρώπινης ζωής, ενώ προκύπτουν οριοθετικές ασάφειες τόσο σε λυκοφωτικές καταστάσεις (έναρξη, τέλος ανθρώπινης ζωής), όσο και σε σχέση με τη ζωή των ζώων (ή ακόμη σε τελευταία ανάλυση και με σκεπτόμενες μηχανές). Η υιοθέτηση είτε της μιας είτε της άλλης αντίληψης για την έννοια του προσώπου μπορεί να οδηγήσει, ως προς τον κωματώδη άρρωστο, εύκολα σε ετεροκαθορισμό της ανθρώπινης ζωής, θεωρώντας πρόωρα ότι η περαιτέρω συνέχιση της ιατρικής υποστήριξης είναι άσκοπη και συνιστά «θεραπευτική μανία»[18].

Κατά άλλη θεωρία, τον ουτιλιταρισμό, που βασίστηκε στις φιλοσοφικές θέσεις του άγγλου Bentham, ο ηθικός χαρακτήρας μιας ενέργειας κρίνεται με βάση τη χρησιμότητα, την ποσότητα του «καλού» που αυτή συνεπάγεται για το μεγαλύτερο δυνατό αριθμό προσώπων. Στη θεωρία αυτή βασίστηκε η πρακτική ηθική του P. Singer[10] κατά τον οποίο πρόσωπα είναι μόνον όσοι έχουν «συμφέρον». Εξαιρούνται, συνεπώς, τα έμβρυα, οι πνευματικά ανίκανοι, οι σε κώμα ευρισκόμενοι. Δεν μπορούν αναπτύξουν και να καλλιεργήσουν «συμφέροντα». Έτσι, τα ανεγκέφαλα νεογνά κρίνονται κατάλληλες «τράπεζες» οργάνων για μεταμόσχευση. Ο P. Singer κρίθηκε για εγγύτητα σε ναζιστικού τύπου αντιλήψεις για τη θεωρία του, στην οποία ταυτίζει τη «χρησιμότητα» με την ικανοποίηση των «συμφερόντων» της πλειοψηφίας. Και στη θεωρία αυτή βεβαίως υπάρχουν προ-επιλεγμένες αξίες υπερατομικές μάλιστα που υπερτερούν του ατομικού[12].

Γοητευτική, ιδίως στις σύγχρονες φιλελεύθερες δυτικές κοινωνίες, φαίνεται η θεωρία του λιμπεραλισμού. Αυτή χαρακτηρίζεται από πλουραλισμό ηθικών αξιών, ατομική αυτονομία, αρνητική ελευθερία (η ελευθερία του ενός οριοθετείται στην ελευθερία του άλλου). Θεωρεί τα ηθικά προβλήματα από την εφαρμογή της ιατροβιολογικής τεχνολογίας σαν διλήμματα όπου συντρέχουν διαφορετικές όψεις ⇨

του «καλού», τα οποία οφείλουν να επιλύονται από τη δημόσια ηθική.

Βέβαια, στις σύγχρονες δυτικές δημοκρατικές κοινωνίες, είναι -ευτυχώς- αναπόφευκτος ο πλουραλισμός, ο οποίος, όμως, οφείλει να γίνεται δεκτός συγκρατημένα, στο βαθμό που θέλουμε συγκροτημένη κοινωνία. Πάντως, ο ιατρικός πατερναλισμός οφείλει να ελαχιστοποιείται σε μια φιλελεύθερη κοινωνία.

Ακόμη και η ύψιστη ιεραρχικά αξία της ανθρώπινης ζωής, της οποίας υποστηρίχθηκε στον ελληνικό χώρο ο απόλυτος χαρακτήρας της προστασίας της[1], θεωρείται από μεγάλη μερίδα της ελληνικής ποινικής επιστήμης -σε μια πλουραλιστική αντίληψη- ότι προστατεύεται σχετικά[3,7,9].

Εμπνευσμένη από τις αρχές του λιμπεραλισμού είναι η ηθική θεωρία του Engelhardt[11] με αφορμή το γεγονός ότι δεν υπάρχουν συμπεφωνημένες κοινές θέσεις (ιδίως μη θεολογικές) ευρέως αποδεκτές στο βιοηθικό χώρο, όσον αφορά στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες. Θεωρεί σαν μόνη λύση την όχι επιβεβλημένη, αλλά τη μετά από ειρηνική συνδιαλλαγή «ελεύθερη συμφωνία» μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών, με βάση τον αμοιβαίο σεβασμό στην ελευθερία του ατόμου. Ονομάζεται και «διαδικαστική» θεωρία και φιλοδοξεί να ξεπεράσει διαφορές σε επίπεδο ηθικών αξιών μεταξύ των διάφορων κοινωνιών. Θεμελιώνεται η «διαδικαστική» θεωρία στον αμοιβαίο σεβασμό της ατομικής αυτονομίας, νοούμενη, όμως, αυτή σαν ικανότητα του ατόμου να αποφασίζει για τον εαυτό του, ανεξάρτητα από ροπή σε αξίες από τις οποίες διαπνέεται. Στα πλαίσια αυτά, δικαιολογείται και η ευθανασία για τον άρρωστο που είναι κοντά στο θάνατο και υποφέρει ψυχικά και σωματικά, με βάση το δικαίωμά του για αυτοδιάθεση. Η θεωρία του Engelhardt επιχειρεί να διασώσει τον ηθικό πλουραλισμό, εμποδίζοντάς τον, όμως, να μεταπέσει σε μηδενισμό μέσα από την αμοιβαία αποδυνάμωση των διαφόρων ηθικών θεωριών. Δεν αποφεύγει όμως και η ίδια να κινείται στα όρια του μηδενισμού.

Ο ηθικός πλουραλισμός που βασίζεται στην ατομική αυτονομία (όπως είναι ο λιμπεραλισμός στη μορφή του Engelhardt) διάκειται αντιδιαμετρικά στις απόλυτες αξίες (π.χ. του περσοναλισμού). Όμως και αυτός βασίζεται στον «απόλυτο» σεβασμό της ατομικής αυτοδιάθεσης και ελευθερίας, της ουδέτερης δημόσιας ηθικής (ή τουλάχιστον της ηθικής του καθενός πολίτη). Άλλωστε και στις πλέον φιλελεύθερες κοινωνίες, κοινά αποδεκτοί περιορισμοί όπως η απαγόρευση επιλογής φύλου και αναπαραγωγικής κλωνοποίησης, συμπιέζουν την ατομική αυτονομία. Η προσπάθεια ειρηνικής κοινωνικής συνύπαρξης σε μια ουδέτερη δημόσια ηθική όλων των ελεύθερων ατομικών επιλογών οδηγεί τόσο σε άκριτη αποδοχή της ανάπτυξης των τεχνοεπιστημών, όσο και σε ατέρμονες συγκρούσεις των συμφερόντων του ιδίου του ατόμου τόσο μεταξύ τους όσο και με τρίτα συμφέροντα. Αναγκαστικά η σύγχρονη βιοηθική οφείλει να αναζητήσει το περιεχόμενο βασικών εννοιών όπως η αξία της ζωής, η ζωή, η γέννησή της και ο θάνατος, στα πλαίσια της σύγχρονης ανθρωπολογίας των βιολογικών τεχνοεπιστημών με αναφορά στην ακριβή έννοια του «καλού» για τον άνθρωπο. Η βιοηθική, εξάλλου, της ποιότητας της ζωής υπερέχει της βιοηθικής της ατομικής ευδαιμονίας-αυτονομίας. Σε μια εποχή που συμβαδίζει η άκρατη ανάπτυξη των βιο-τεχνοεπιστημών με την κρίση των ηθικών αξιών, είναι αδύνατη αλλά και αναγκαία ταυτόχρονα η ηθική αξιολόγηση των ενεργειών. Γίνεται, έτσι, αναγκαία η διερεύνηση θεμελιωδών βιοηθικών εννοιών όπως «πρόσωπο», «ευθύνη», «αυτονομία», «αξία», «ηθικό δίλημμα», «σχέση» κ.ά. στα πλαίσια της τεχνολογικής ανάπτυξης και μέσα από την ανθρώπινη εμπειρία των αισθήσεων με ιδιαίτερη έμφαση στο περιεχόμενο της έννοιας «ατομική αυτονομία». Ο σύγχρονος δυτικός τρόπος ζωής μετέτρεψε το «ευ ζην» των αρχαίων ελλήνων στο «ζην υγιεινώς» του υλιστικού ορθολογισμού. Η περιαγωγή της σωματικής υγείας σε σχεδόν απόλυτο αγαθό ασαφοποιεί τα όρια διάκρισης του ατομικού από το δημόσιο.

Για την επίλυση οριακών νομικών και ηθικών ζητημάτων, κρίνεται αναγκαία η διερεύνηση προ-δικαϊκών εννοιών, όπως το φυσικό αίσθημα δικαίου, όπως αυτό διαμορφώνεται -ενδεχομένως- ψυχοκοινωνιολογικά[8]. Εξάλλου, μια στενή και βαθύτατα ψυχοβιολογική προσέγγιση[8] της βούλησης του ατόμου μπορεί να βοηθήσει την ισορροπία των δοσολογιών ιατρικού πατερναλισμού και σεβασμού στην ατομική αυτονομία σε μια αναγκαία αλλά επιφυλακτική de lege ferenda ρύθμιση του ζητήματος. Επιφυλακτική, γιατί ασκείται στα όρια μιας διπλής «αβύσσου» όπως την περιέγραψε ο Hans Jonas[19]: από τη μια η άβυσσος της άμετρης τεχνολογικής ανθρώπινης δραστηριότητας και από την άλλη η άβυσσος της αβεβαιότητας των ηθικών αξιών της μοντέρνας εποχής, η οποία αρνείται τον απόλυτο χαρακτήρα των θρησκευτικών και γενικότερα μεταφυσικών αληθειών.

Summary

The patient's autonomy and medical patermalism

P. Voultsos, M. Tsougkas

Current bioethical thinking is aimed at integrating the patient's autonomy into the respect of human life and medical paternalism. The contemporary technological medicine favours the doctor's predominance. The adoption of absolute ethical values and the study of fundamental principles in the context of bioethics is considered necessary. In this direction the law plays a vital role.

Key words: *autonomy, medical paternalism, bioethics.*

Βιβλιογραφία

1. Ανδρουλάκης Ν. Ποινικόν Δίκαιον, Ειδικόν Μέρος. 1974, 19.
2. Φουντεδάκη Κ. Αστική Ιατρική Ευθύνη. 2003, 174 επ.
3. Συμεωνίδου-Καστανίδου. Εγκλήματα κατά της ζωής. 2001, 141 επ.
4. Μαγκάκης ΓΑ. Ποινικό Δίκαιο, Διάγραμμα Γενικού Μέρους. 1984, 249 επ.
5. Μανωλεδάκης Ι. Παρατηρήσεις στη Διατ. Εισ. Εφ. Θεσ/νίκης 25/72 Αρμ. 1972, 468 επ.
6. Μπιτζιλέκης Ν. Η εικαζόμενη συναίνεση του παθόντος ως λόγος άρσης του αδίκου. Επ. Επ. Αρμ. 1985, 43 επ.
7. Μπέκας Γ. Η προστασία της ζωής και της υγείας στον ποινικό κώδικα. 2004, 18 επ., 67 επ.
8. Βούλτσος Π. Η ποινική προβληματική της ευθανασίας. 2006, 290 επ.
9. Παρασκευόπουλος Ν. Ποινική ευθύνη από αυτοκαταστροφικές πράξεις. Ελλ. Επ. Εγκλ. 1991, 58.
10. Singer P. Ripensare la vita. La vecehia morale non serve piú 1996; 54-70.
11. Engelhardt HT. Manuale di bioetica. 1991; 52.
12. McLean A. The Elimination of Morality. Reflections on Utilitarism and Bioethics. 1993; 40.
13. Eser A. Sterbehilfe und ärztliche Verantwortung. MedR 1985, 6ff.
14. Laufs / Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, 3 Aufl, 2002, §61επ.
15. Schönke / Schroeder, StGB Kommentar, 26 Aufl. 2001, §216.
16. Ulsenheimer K. Arztstrafrecht in der Praxis. 1988; 185.
17. Mason JK, McCall Smith RA, Laurie GT. Law and Medical Ethics. 2002; 1-10.
18. Mantovani F. Aspetti giuridici dell' eutanasia, Rivista Italiana di Diritto e Procedure Penale, (estratto). 1988; 8.
19. Jonas H. Il principio responsabilità. Un etica per la civiltà tecnologica. 1993; 29επ.
20. Parfit D. Reasons and Persons. 1984; 326-9.
21. Sgreccia E. Spagnolo A. Aspetti bioetici nella gestione del paziente critico. Trattato Italiano di Emergenza Medico-Chirurgica 2001; 63επ, 113επ.
22. Beauchamp TL/Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 5th ed, 2001; 176-191.