

«Τα όρια του αυτοπροσδιορισμού στις Διατροφικές Διαταραχές:
Βιοηθικά Ζητήματα ».

The limits of self-determination in Eating Disorders;

Bioethical Issues

Επόπτης: Καθηγήτρια Σ.Τσινόρεμα

Μέλη: Καθηγητής κος Α.Ηλιόπουλος, Καθηγητής Γ. Λέκκας

Περίληψη

Στην παρούσα εργασία εξετάζονται οι βασικές αρχές της Βιοηθικής και ο μείζων ρόλος που καλείται να διαδραματίσει στην κοινωνία με δεδομένες τις ραγδαίες εξελίξεις της τεχνολογίας που εγείρουν νέα θέματα όπου οι ανθρώπινες αποφάσεις πρέπει να γίνονται με γνώμονα τον σεβασμό της ζωής και της αξιοπρέπειας του ατόμου. Στην ανάλυση δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στα όρια της αυτονομίας και του αυτοπροσδιορισμού. Κατόπιν εξετάζεται η συνεισφορά της Βιοηθικής ειδικά στην περίπτωση των ασθενών με Διατροφικές Διαταραχές όσον αφορά την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών που απορρέουν από την αυτονομία και τον αυτοπροσδιορισμό.

Abstract

This paper examines the basic principles of Bioethics and the major role it is called to play given the rapid advances in technology that raise new challenges for human action from the standpoint of the fundamental principles of respect for human life and dignity of the individual. The analysis places special emphasis on the limits of individual autonomy and self-determination. Specifically, the contribution of Bioethics especially in the case of patients with Eating Disorders in terms of the protection of patients' rights arising from autonomy and self-determination is examined.

Περιεχόμενα

«Τα όρια του αυτοπροσδιορισμού στις Διατροφικές Διαταραχές:.....	1
Βιοηθικά Ζητήματα ».	1
The limits of self-determination in Eating Disorders;	1
Bioethical Issues	1
Επόπτης:.....	1
Μέλη:	1
Περίληψη	2
Abstract.....	3
Εισαγωγή	7
1.1 Η έννοια των Διατροφικών Διαταραχών (ΔΔ)	9
1.1.1 Ορισμός.....	9
1.1.2 Χαρακτηριστικά των ΔΔ.....	9
1.1.3 Αιτιολογία των ΔΔ.....	13
1.2 Το θεωρητικό πεδίο της Βιοηθικής.....	15
1.2.1 Σύντομη ιστορική αναδρομή της εξέλιξης της Βιοηθικής.....	16
1.2.2 Ηθικές αρχές και φιλοσοφικές προσεγγίσεις στο πλαίσιο της Βιοηθικής	17
1.2.3 Οι έννοιες της αυτονομίας και του αυτοπροσδιορισμού από την πλευρά της ηθικής του Καντ.....	18
1.2.4 Ενδεικτικά θέματα με τα οποία ασχολείται η Βιοηθική	20
1.3 Σκοπός της εργασίας.....	22
Κεφάλαιο 2ο Ο ρόλος της προσωπικότητας στις Διατροφικές Διαταραχές.....	24
2.1 Συχνά εμφανιζόμενα χαρακτηριστικά προσωπικότητας σε άτομα με Διατροφικές Διαταραχές.....	24

2.2	Συσχέτιση ψυχοπαθολογικών διαταραχών και εμφάνισης Διατροφικών Διαταραχών.....	24
Κεφάλαιο 3ο	Ανάπτυξη της προσωπικότητας σε άτομα με ΔΔ	27
3.1	Ανάπτυξη της προσωπικότητας των ατόμων με ΔΔ υπό το πρίσμα της Βιοηθικής.....	27
3.1.1	Αυθεντικότητα	27
3.1.2	Γαυτότητα.....	29
3.1.3	Συναισθηματικότητα.....	30
3.1.4	Πάθος.....	31
3.1.5	Ικανότητα λήψης αποφάσεων.....	32
3.2	Επίδραση χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στην εμφάνιση ΔΔ ..	33
3.3	Η πολύπλοκη σχέση μεταξύ γενετικής ποικιλομορφίας, ψυχοπαθολογικών διαταραχών και προδιάθεσης για εμφάνιση ΔΔ.....	35
3.3.1	Γενετική επιδημιολογία των ΔΔ	35
3.3.2	Διατροφικές Διαταραχές και γενετική βάση.....	36
Κεφάλαιο 4ο	Η έννοια του αυτοπροσδιορισμού στα άτομα με Διατροφικές Διαταραχές	38
4.1	Οι έννοιες της αυτονομίας, του αυτοπροσδιορισμού και της αρχής της μη βλάβης	39
4.1.1	Αυτονομία και Αυτοπροσδιορισμός.....	39
4.1.2	Η αρχή της μη βλάβης	44
4.2	Ποια τα βιοηθικά ζητήματα που απορρέουν από την εννοιολόγηση αυτή και πώς αυτά σχετίζονται υπό το πλαίσιο της καντιανής θεώρησης της ηθικής;	46
Κεφάλαιο 5ο	Συζήτηση.....	48
5.1	Πιθανές περιπτώσεις που ίσως οι ασθενείς με σοβαρές ΔΔ θα έπρεπε να υποβληθούν σε ακούσια θεραπεία.....	49

5.2	Εμπειρικά στοιχεία σχετικά με την ακούσια θεραπεία.....	52
	Συμπεράσματα	52
	Βιβλιογραφία	54
	Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία	54
	Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	54

Εισαγωγή

Οι Διατροφικές Διαταραχές (εφεξής ΔΔ) είναι ασθένειες στις οποίες οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν σοβαρές διαταραχές στις διατροφικές τους συμπεριφορές, οι οποίες προκαλούνται από συναφείς σκέψεις και συναισθήματα (Walsh, 2011). Οι ΔΔ χαρακτηρίζονται από σοβαρές διαταραχές στις διατροφικές συνήθειες και το σωματικό βάρος των ατόμων. Πρόκειται για πολυσύνθετες καταστάσεις με διαφορετικές πτυχές & όψεις δομημένες σε μια πολλαπλή διαστρωμάτωση. Είναι σημαντικό να έχει κάποιος την ‘υπομονή’ να ψάξει βαθιά και να προχωρήσει βήμα βήμα ώσπου να εντοπίσει τον ‘πυρήνα’ του προβλήματος. Οι ΔΔ είναι αινιγματικές και δυσνόητες από πολλές απόψεις κυρίως όμως γιατί πρόκειται για «αυτό-επιβληθείσα» ασθένεια.

Οι ΔΔ είναι συχνές σε εφήβους και ακόμη περισσότερο σε νεαρούς ενήλικες και μερικές φορές είναι ιδιαίτερα σοβαρές, καθώς πρόκειται για καταστάσεις σαφώς αυτοκαταστροφικές . Πιο συγκεκριμένα, μπορεί να οδηγήσουν σε πολλαπλές ψυχιατρικές και σωματικές διαταραχές και είναι πιθανό να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ατόμων με ΔΔ, απειλώντας ακόμη και την ίδια τους τη ζωή. Το ρίσκο για την υγεία είναι πραγματικά μεγάλο και η θνησιμότητα μπορεί να φτάσει μέχρι και 20% , τοποθετώντας τις σε μια από τις υψηλότερες θέσεις μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών όσον αφορά στο θέμα της θνησιμότητας(Crowell et al., 2015). Πράγματι, τα άτομα με ΔΔ έχουν σημαντικά αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας σε σύγκριση με τα άτομα που δεν πάσχουν από ΔΔ, ιδίως τα άτομα με Νευρογενή Ανορεξία (NA) (Chesney et al., 2014).

Ακόμη και όταν η απίσχναση δεν είναι προχωρημένη, οι διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες είναι απειλητικές για τη ζωή του ατόμου με τρόπους που δεν πάντα εμφανείς : οι επιδράσεις στην καρδιά για παράδειγμα είναι ιδιαίτερα ανησυχητικές, καθώς στις περισσότερες περιπτώσεις δεν είναι ανιχνεύσιμες. Οι διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες επίσης ενισχύουν την πιθανότητα εμφάνισης καταστάσεων δυστυχίας και μοναξιάς μεταξύ των ατόμων που τις εκδηλώνουν, ενώ μια από τις κύριες αιτίες θανάτου στα άτομα με ΔΔ αποτελεί η αυτοκτονία.

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται μία ραγδαία αύξηση του επιπολασμού των ΔΔ. Για παράδειγμα, από τους πληθυσμούς εφήβων και νεαρών ενηλίκων στις

Ηνωμένες Πολιτείες, ένα ποσοστό της τάξης του 0.3-0.9% διαγιγνώσκονται με ΔΔ, ένα 0.5-5% με νευρική βουλιμία, ένα 1.6-3,5% με διατροφική υπερτροφία και περίπου 4.8% με άλλες ΔΔ. Η εμφάνιση των ΔΔ ξεκινά νωρίς, με το 10% των περιπτώσεων να διαγιγνώσκεται σε παιδιά ηλικίας κάτω των 10 ετών, ενώ περίπου το 1/3 των ασθενών διαγιγνώσκονται ως προέφηβοι και έφηβοι έως 15 ετών. Συνολικά, το 86% των ασθενών διαγιγνώσκονται με ΔΔ πριν από την ηλικία των 20 ετών (Stice, et al., 2013).

Μία σειρά από παράγοντες έχουν προταθεί για την αύξηση αυτή, όπως αλλαγές στην παραδοσιακή δομή της οικογένειας και των φίλων, καθώς επίσης και στην επίδραση των μέσων μαζικής ενημέρωσης (MME) και των κοινωνικών μέσων δικτυοποίησης, τα οποία προωθούν συγκεκριμένα διατροφικά και σωματικά πρότυπα (O' Brien et al., 2017). Επιπροσθέτως, μία σειρά μελετών έχουν αναγνωρίσει τα χαρακτηριστικά και κλινικά συμπτώματα της εκάστοτε ΔΔ, καθώς και πολλούς παράγοντες κινδύνου που οδηγούν σε αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ΔΔ, ενώ έχει γίνει μία σημαντική προσπάθεια κατανόησης της αιτιολογίας των διαταραχών αυτών, αλλά χωρίς επιτυχία (Rikani et al., 2013).

Ως εκ τούτου, είναι εμφανές ότι η κατανόηση της βιολογικής, ψυχολογικής και ψυχιατρικής αιτιολογίας των ΔΔ δεν είναι από μόνη της ικανή να δώσει μία απάντηση ως προς την κατανόηση των ΔΔ και κυρίως ως προς την αντιμετώπιση των ΔΔ. Για το λόγο αυτό, απαιτείται μία ολοκληρωμένη προσέγγιση, η οποία θα λαμβάνει υπόψιν τις βιοηθικές προεκτάσεις των ΔΔ. Ωστόσο, προκειμένου να επιτευχθεί αυτό είναι απαραίτητη μία νέα θεμελίωση των εννοιών της ΔΔ, καθώς και του τρόπου με τον οποίο αυτές γίνονται κατανοητές στο ευρύτερο επιστημονικό πεδίο.

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα εργασία στοχεύει στη μελέτη των ΔΔ από την πλευρά της Βιοηθικής. Πιο συγκεκριμένα, εστιάζει στη μελέτη του ρόλου της προσωπικότητας στην εμφάνιση των ΔΔ και στην κατανόηση αυτής από την οπτική της Βιοηθικής λαμβάνοντας υπόψιν τις βιολογικές, ψυχολογικές και ιατρικές συνδέσεις των διαταραχών αυτών με την προσωπικότητα και την ανάπτυξη των ατόμων.

ΔΔ, Βιοηθική και Αυτοπροσδιορισμός: Βασικές Έννοιες και Ορισμοί

1.1 Η έννοια των Διατροφικών Διαταραχών (ΔΔ)

1.1.1 Ορισμός

Το ευρύ φάσμα των ανθρώπινων προτιμήσεων τροφίμων και των ανθρώπινων πρακτικών γύρω από την προετοιμασία και την κατανάλωση τροφίμων καθιστά τον ορισμό των ΔΔ δύσκολο. Η πρόκληση αυτή ενισχύεται από το γεγονός ότι κατά την εφηβεία συμβαίνουν δραματικές αλλαγές στις ενεργειακές απαιτήσεις των ατόμων για την υποστήριξη της φυσιολογικής ανάπτυξης και ανάπτυξης. Για παράδειγμα, μεταξύ των ηλικιών 9 και 19, οι εκτιμώμενες θερμιδικές απαιτήσεις για τα κορίτσια αυξάνονται κατά σχεδόν 50% και εκείνες για τα αγόρια, κατά 80%. Επιπλέον, η διαίτα που σχετίζεται με την αυτο-αντιληπτή κατάσταση βάρους είναι πλέον εξαιρετικά συχνή μεταξύ των εφήβων (Strauss, 1999). Αυτοί και άλλοι παράγοντες παρέχουν ένα εύφορο περιβάλλον για την ανάπτυξη μίας διαταραγμένης διατροφής.

Στην 5η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM), ο όρος «ΔΔ» αντιπροσωπεύει μια ομάδα πολύπλοκων καταστάσεων ψυχικής υγείας που μπορούν να βλάψουν σοβαρά την υγεία και την κοινωνική λειτουργία των ατόμων (American Psychiatric Association, 2013). Λόγω της σωματικής φύσης των καθοριστικών συμπτωμάτων τους, οι ΔΔ μπορούν να προκαλέσουν συναισθηματική δυσφορία και σημαντικές ιατρικές επιπλοκές. Τέλος, μεταξύ των ψυχικών διαταραχών έχει το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.2 Χαρακτηριστικά των ΔΔ

Οι ΔΔ, ιδίως η ανορεξία και η βουλιμία, χαρακτηρίζονται από αυτοπροκαλούμενη απώλεια βάρους και επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης τροφής σε μικρό χρονικό διάστημα και αυτοπροκαλούμενης αποβολής της συνήθως με την πρόκληση εμέτου, αντίστοιχα. Μια παράλογη υπερεκτίμηση της σημασίας του ελέγχου της τροφής, του βάρους και του σχήματος του σώματος αντιπροσωπεύει τα συγκεκριμένα κλινικά χαρακτηριστικά (Fairburn, et al., 2003). Οι σοβαρές ΔΔ επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και τις διαπροσωπικές σχέσεις (DeJong, et al., 2013)

και αυξάνουν τον αριθμό των παραγωγικών ετών που χάνονται λόγω ανικανότητας (Whiteford, et al., 2013). Το τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας είναι περίπου πέντε φορές υψηλότερο από ό, τι στον γενικό πληθυσμό (Birmingham, et al., 2005; Franko, et al., 2013) και χρειάζονται έξι έως εννέα χρόνια πριν το 70% των ασθενών να μην πληροί πλέον τα διαγνωστικά κριτήρια για ΔΔ (Zerwas, et al., 2013; Biskin & Paris, 2012).

Τα βασικά χαρακτηριστικά των ΔΔ έχουν όπως έχουν περιγραφεί, περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- διαταραχή στην εικόνα του σώματος,
 - υπερβολική ή υπό έλεγχο κατανάλωση φαγητού και
 - ακραίες συμπεριφορές για τον έλεγχο του βάρους και του σχήματος του σώματος
- Αυτά τα χαρακτηριστικά δεν υπάρχουν απαραίτητα σε όλες τις ΔΔ και πρέπει να σημειωθεί ότι οι ανησυχίες για το βάρος είναι πιθανότερο να είναι καθοριστικές για τις γυναίκες παρά για τους άνδρες (Striegel-Moore & Bulik, 2007).

Υπάρχουν πολλές μορφές ΔΔ, οι οποίες περιγράφονται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM) και στη Διεθνή Ταξινόμηση των Ασθενειών και των σχετικών προβλημάτων υγείας (International Classification of Diseases-ICD) (Galmiche et al., 2018). Η πιο διαδεδομένη ταξινόμηση είναι η ταξινόμηση DSM. Οι ΔΔ εμφανίστηκαν το 1980 στο DSM-III και τα κριτήριά τους αναθεωρήθηκαν το 1987 (Galmiche et al., 2018). Στη συνέχεια, εξελίχθηκαν με την πάροδο του χρόνου με το DSM-IV το 1994 και με μία άλλη αναθεωρημένη έκδοση του DSM-IV το 2000 (Galmiche et al., 2018). Η τελευταία ταξινόμηση του ΔΔ εμφανίστηκε στο DSM-5 το 2013 (American Psychiatric Association, 2013). Παράλληλα, το ICD, το οποίο είναι μια διεθνής ταξινόμηση που δημοσιεύθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), περιελάμβανε ΔΔ για πρώτη φορά το 1977 (ICD-9) και αναθεώρησε την ταξινόμησή τους το 1990 (ICD-10) (Galmiche et al., 2018).

Στην πιο πρόσφατη ταξινόμηση DSM-5, οι καλύτερα χαρακτηρισμένες ΔΔ είναι η ΔΔ, η νευρική βουλιμία και η διαταραχή υπερτροφίας, οι οποίες αναφέρονται και ως οι τρεις τυπικές μορφές ΔΔ (American Psychiatric Association, 2013). Οι σημαντικότερες από αυτές είναι οι δύο πρώτες, δηλαδή η ΔΔ και η νευρική βουλιμία.

Για το λόγο αυτό, το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας σχετικά με τις ΔΔ έχει επικεντρωθεί σε αυτές τις δύο διαταραχές.

Τα άτομα με ΔΔ και νευρική βουλιμία τείνουν να είναι τελειομανείς με χαμηλή αυτοεκτίμηση και είναι εξαιρετικά επικριτικοί για τον εαυτό τους και το σώμα τους. Συνήθως βλέπουν τον εαυτό τους ως υπέρβαρο, μερικές φορές ακόμη και παρά την απειλητική για τη ζωή ημι-λιμοκτονία (ή υποσιτισμό), ενώ υπάρχει ένας έντονος και διάχυτος φόβος για την αύξηση του σωματικού βάρους και του λίπους τους (Galmiche et al., 2018).

Η ΔΔ είναι μια ΔΔ που χαρακτηρίζεται από απώλεια βάρους (ή έλλειψη κατάλληλης αύξησης βάρους στα αναπτυσσόμενα παιδιά), δυσκολίες διατήρησης κατάλληλου σωματικού βάρους για το ύψος, την ηλικία και, σε πολλά άτομα, παραμορφωμένη εικόνα του σώματος (Galmiche et al., 2018). Τα άτομα με ανορεξία περιορίζουν γενικά τον αριθμό των θερμίδων και τους τύπους τροφίμων που τρώνε (Galmiche et al., 2018). Επιπροσθέτως, μερικά άτομα που πάσχουν από τη διαταραχή αυτή δρουν καταναγκαστικά ως προς το σώμα τους, εκκαθαρίζοντας το στομάχι τους μέσω εμετού ή τη χρήση καθαρτικών (Galmiche et al., 2018).

Η ανορεξία μπορεί να επηρεάσει άτομα όλων των ηλικιών, φύλα, σεξουαλικούς προσανατολισμούς, φυλές και εθνικότητες. Ιστορικοί και ψυχολόγοι έχουν βρει στοιχεία για άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα ανορεξίας για εκατοντάδες ή χιλιάδες χρόνια (Broberg & Nevonen, 2000).

Σύμφωνα με το DSM-5, τα τρία βασικά κριτήρια για τη διάγνωση της ΔΔ είναι (American Psychiatric Association, 2013):

- Περιορισμός της κατανάλωσης τροφής - κατανάλωση λιγότερο από τις ανάγκες του σώματος, γεγονός που οδηγεί σε σημαντικά χαμηλό σωματικό βάρος για την ηλικία, το φύλο και τη σωματική υγεία του ατόμου
- Έντονος φόβος για αύξηση βάρους ή λίπους και επιμονή σε συνεχείς συμπεριφορές που σταματούν την αύξηση βάρους, ακόμη και όταν τα άτομα είναι ήδη λιποβαρή
- Προβλήματα με τον τρόπο που το άτομο σκέφτεται για το σωματικό βάρος ή το σχήμα του. Οι σκέψεις αυτές επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα με ΔΔ

βλέπουν τον εαυτό τους. Επίσης, δεν αντιλαμβάνονται τη σοβαρότητα της κατάστασης του χαμηλού τους βάρους.

Περίπου το 90-95% των ατόμων με ΔΔ είναι γυναίκες, ενώ επιπλέον μία πρόσφατη μετα-ανάλυση δεδομένων από 94 έρευνες υπολόγισε ότι το ποσοστό εμφάνισης ΔΔ μεταξύ νεαρών γυναικών είναι 0.4% (Galmiche et al., 2018).

Η νευρική βουλιμία είναι μια σοβαρή, δυνητικά απειλητική για τη ζωή ΔΔ που χαρακτηρίζεται από έναν κύκλο απόσυρσης και αντισταθμιστικών συμπεριφορών, όπως ο αυτο-εμφανιζόμενος εμετός που έχει σχεδιαστεί για να αναιρεί ή να αντισταθμίζει τις επιπτώσεις της υπερβολικής κατανάλωσης (American Psychiatric Association, 2013).

Σύμφωνα με το DSM-5, τα επίσημα διαγνωστικά κριτήρια για τη νευρική βουλιμία είναι (American Psychiatric Association, 2013):

- Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:
 1. Τρώγοντας, σε μια διακριτή χρονική περίοδο (π.χ. σε οποιαδήποτε περίοδο 2 ωρών), μια ποσότητα τροφής που είναι σίγουρα μεγαλύτερη από ό,τι οι περισσότεροι άνθρωποι θα έτρωγαν κατά τη διάρκεια μιας παρόμοιας χρονικής περιόδου και υπό παρόμοιες συνθήκες.
 2. Αίσθηση έλλειψης ελέγχου της κατανάλωσης κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (το άτομο αισθάνεται ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγχει τι ή πόσο τρώει)
- Επαναλαμβανόμενη ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά προκειμένου να αποφευχθεί η αύξηση βάρους, όπως αυτο-εμφανιζόμενος έμετος, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή άλλων φαρμάκων, νηστεία ή υπερβολική άσκηση.
- Η υπερβολική κατανάλωση και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές συμβαίνουν και οι δύο, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για τρεις μήνες.
- Η αυτο-αξιολόγηση του ατόμου επηρεάζεται αδικαιολόγητα από το σχήμα και το βάρος του σώματος.

Άλλες μορφές ΔΔ αναφέρονται ως «άτυπες» μορφές και συμπίπτουν στην κατηγορία «άλλες συγκεκριμένες διαταραχές σίτισης ή διατροφής» (American Psychiatric Association, 2013). Σε αυτή τη γενικευμένη κατηγορία συμπεριλαμβάνονται οι διαταραχές σίτισης και διατροφής που προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή βλάβη στην κοινωνική ζωή, αλλά δεν πληρούν πλήρως τα κριτήρια για να ενταχθούν στις τυπικές ΔΔ (American Psychiatric Association, 2013).

Η υπολειμματική κατηγορία στο DSM-5, που ονομάζεται «μη καθορισμένες διαταραχές σίτισης ή διατροφής», περιλαμβάνει όλες τις άλλες διαταραχές που δεν περιλαμβάνονται στις παραπάνω κατηγορίες (American Psychiatric Association, 2013). Στο DSM-IV, υπήρχε μόνο μία κατηγορία η οποία περιελάμβανε όλες τις ΔΔ που δεν πληρούσαν αυστηρά όλα τα κριτήρια για ανορεξία, βουλιμία ή υπερφαγία και η οποία ονομαζόταν «ΔΔ που δεν ορίζονται διαφορετικά» (Galmiche et al., 2018).

1.1.3 Αιτιολογία των ΔΔ

Η εμφάνιση των ΔΔ είναι εξαιρετικά πολύπλοκο και πολυπαραγοντικό φαινόμενο (Rikani et al., 2013). Για το λόγο αυτό, η αιτιολογία τους παραμένει έως και σήμερα άγνωστη. Μία ποικιλία βιολογικών, περιβαλλοντικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων συνδέονται με την ανάπτυξη των ΔΔ, και οι παράγοντες αυτοί μπορεί να διαδραματίζουν αιτιολογικό ρόλο στην εξέλιξή τους (Rantala et al., 2019). Ωστόσο, δεν υπάρχει πειστική ένδειξη ότι οποιοδήποτε χαρακτηριστικό ή γεγονός σχετίζεται ειδικά με την ανάπτυξη μίας συγκεκριμένης διατροφικής διαταραχής όπως η νευρογενής ανορεξία και η νευρογενής βουλιμία (Rikani et al., 2013).

Τόσο η ΔΔ όσο και η νευρική βουλιμία εμφανίζονται κυρίως στις γυναίκες και συνήθως ξεκινούν κατά την περίοδο ή αμέσως μετά την εφηβεία (O' Brien et al., 2017). Επομένως, ενδέχεται αναπτυξιακοί παράγοντες να διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών. Ωστόσο, δεν είναι σαφές εάν οι βιολογικές αλλαγές που συνοδεύουν την εφηβεία, οι ψυχολογικές αλλαγές ή η αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο τύπων φαινομένων ευθύνεται για την εμφάνιση των ΔΔ (O' Brien et al., 2017). Οι κοινωνικοί παράγοντες μπορούν επίσης να επηρεάσουν την ανάπτυξη ΔΔ μεταξύ των εφήβων, καθώς οι έφηβοι μπορούν να αναπτύξουν υπερβολική ανησυχία ή ενασχόληση σχετικά με την εικόνα και το βάρος του σώματος τους, καθώς και παρεκκλίνουσες διατροφικές συμπεριφορές που παρατηρούνται

μεταξύ των συνομηλίκων ,χαρακτηριστικά που υποδηλώνουν ότι η ανάγκη για αποδοχή και η κοινωνικοποίηση μεταξύ των συνομηλίκων τους θα μπορούσε σε κάποιες περιπτώσεις να αποτελέσει εκλυτικό παράγοντα για την ανάπτυξη κάποιου τύπου ΔΔ, αν και δεν έχει μελετηθεί επαρκώς (Micali et al., 2015).

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η ψυχολογική δυσφορία είναι συχνή στις οικογένειες των εφήβων με σοβαρές ΔΔ, αλλά δεν είναι σαφές σε ποιο βαθμό οι ψυχολογικές διαταραχές προηγούνται αντί να ακολουθούν την ανάπτυξη της διατροφικής διαταραχής (O' Brien et al., 2017). Σε πολλές περιπτώσεις, οι ΔΔ εμφανίζονται μαζί με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές όπως το άγχος, ο πανικός, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και τα προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ και ναρκωτικών (Micali et al., 2015). Επιπλέον, νέα δεδομένα υποδεικνύουν ότι η κληρονομικότητα μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Micali et al., 2015). Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι οι γενετικές επιρροές συμβάλλουν στην ευπάθεια ενός ατόμου να αναπτύξει μια ΔΔ. (Micali et al., 2015; O' Brien et al., 2017). Εν ολίγοις, παρά τις εκτενείς πληροφορίες σχετικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά των διατροφικών διαταραχών και πολλές συζητήσεις για πιθανές αιτίες, είναι αόριστη ακόμη η ισχυρή γνώση της αιτιολογίας των διατροφικών διαταραχών (O' Brien et al., 2017).

Μία διαφορετική προοπτική υποστηρίζει ότι επειδή οι ΔΔ περιγράφονται κυρίως στις ανεπτυγμένες χώρες, η επιρροή του καπιταλιστικού τρόπου ζωής μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση, εννοιολόγηση και κατανόησή τους. Ωστόσο, ο τρόπος και η έκταση στην οποία οι πολιτιστικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν με άλλα φαινόμενα οδηγώντας στην ανάπτυξη αυτών των διαταραχών δεν είναι καλά κατανοητά. Στοιχεία για τον αντίκτυπο της δυτικής κουλτούρας, συγκεκριμένα της επιρροής των μέσων μαζικής ενημέρωσης, διαπιστώθηκαν σε μια μελέτη των εφήβων στα Νησιά Φίτζι, όπου παρατηρήθηκαν αυξημένα ποσοστά αλλοίωσης της σωματικής εικόνας και σημαντικές διαταραχές της διατροφής μετά την εισαγωγή των δυτικών μέσων (Becker et al., 2002). Μια πειραματική μελέτη διαπίστωσε ότι η έκθεση σε εικόνες του πολιτιστικού ιδανικού του λεπτού σώματος, όπως αυτές που προβάλλονται σε περιοδικά μόδας, συσχετίστηκε με αύξηση των αρνητικών επιπτώσεων μεταξύ ευάλωτων εφήβων που ανέφεραν αυξημένη αντιληπτή πίεση και δυσαρέσκεια με την εικόνα του σώματός τους (Stice et al., 2013).

Επιπλέον, είναι πιθανό ότι διαφορετικοί παράγοντες συμβάλλουν στην έναρξη και διαφορετικοί στη διατήρηση των διατροφικών διαταραχών αφού αυτές έχουν ξεκινήσει (Galmiche et al., 2018). Εάν οι παράγοντες κινδύνου και διατήρησης είναι διακριτοί, τότε οι προσπάθειες πρόληψης και οι παρεμβάσεις θεραπείας πιθανότατα πρέπει να στοχεύουν σε διαφορετικούς στόχους και, ενδεχομένως, σε διαφορετικούς πληθυσμούς ατόμων που έχουν τη διαταραχή (Galmiche et al., 2018). Ωστόσο, επί του παρόντος δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να υποστηρίζουν τη διαφοροποίηση των παραγόντων που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης μιας διατροφικής διαταραχής από εκείνους που διαιωνίζουν τη διαταραχή αφού έχει ξεκινήσει η εμφάνισή της. Η έλλειψη γνώσης για τέτοια θέματα περιορίζει σαφώς την ανάπτυξη αποτελεσματικότερων παρεμβάσεων πρόληψης και θεραπείας (Striegel-Moore & Bulik, 2007).

Λόγω της έλλειψης μίας αποτελεσματικής θεραπείας τόσο των συναισθηματικών όσο και των σωματικών συμπτωμάτων των ΔΔ, αυτές μπορεί να οδηγήσουν σε υποσιτισμό, καρδιακά προβλήματα και άλλες δυνητικά θανατηφόρες καταστάσεις (Striegel-Moore & Bulik, 2007). Ωστόσο, με την κατάλληλη ιατρική περίθαλψη, τα άτομα με ΔΔ μπορούν να συνεχίσουν τις κατάλληλες διατροφικές συνήθειες και να επιστρέψουν σε καλύτερη συναισθηματική και ψυχολογική υγεία (Striegel-Moore & Bulik, 2007).

1.2 Το θεωρητικό πεδίο της Βιοηθικής

Η Βιοηθική αποτελεί έναν σχετικά νεοσύστατο κλάδο της εφαρμοσμένης ηθικής φιλοσοφίας, η οποία διερευνά τα ερωτήματα ηθικής φύσεως που ανακύπτουν από την διαχείριση των καινοτόμων τεχνολογιών των τελευταίων δεκαετιών στους τομείς της ιατρικής, της βιοτεχνολογίας και της παρέμβασης στο φυσικό περιβάλλον. Η ραγδαία εξέλιξη των επιστημών της ζωής (όπως είναι η ιατρική και η βιολογία) και των τεχνολογικών εφαρμογών που τις συνοδεύουν έχουν φέρει στο δημόσιο διάλογο θέματα που αγγίζουν όχι μόνον ζητήματα ηθικής, δεοντολογίας, δικαίου και δημόσιας πολιτικής, αλλά και βαθιά υπαρξιακές και θρησκευτικές πεποιθήσεις. Η μελέτη τους απαιτεί τη συνεργασία ερευνητών από διάφορους κλάδους, όπως είναι η νομική, η κοινωνιολογία, η ηθική φιλοσοφία, η ιατρική, η βιολογία, η ψυχολογία, η πληροφορική, η θεολογία, η πολιτική. Επίσης, τέτοιου είδους εξελίξεις, όπως για

παράδειγμα η γενετική τροποποίηση των οργανισμών που προορίζονται για την παραγωγή τροφίμων, είναι δύσκολο να περιοριστούν γεωγραφικά, με αποτέλεσμα να επηρεάζουν την ανθρωπότητα σε παγκόσμιο επίπεδο. Έτσι, ο διάλογος που ανοίγει στο πλαίσιο της βιοηθικής χαρακτηρίζεται από διεπιστημονικότητα¹.

1.2.1 Σύντομη ιστορική αναδρομή της εξέλιξης της Βιοηθικής

Η Βιοηθική ιστορικά σχετίζεται με την ανάπτυξη της ιατρικής ηθικής. Από τα σημαντικότερα και αρχαιότερα κείμενα στην ιατρική ηθική είναι ο Όρκος του Ιπποκράτη, ο οποίος χρονολογικά τοποθετείται περίπου τον 4^ο αιώνα π.Χ. στον οποίο γίνεται αναφορά τόσο στην ιατρική (επαγγελματική) δεοντολογία όσο και στον σεβασμό του ασθενούς, στην ιερότητα της ζωής, στην αρχή της εχεμύθειας και στην αρχή του μη-βλάπτειν².

Στην σύγχρονη ιστορία, σημαντικά κείμενα-σταθμοί για την ιατρική ηθική και τη βιοηθική υπήρξαν: α) ο Κώδικας της Νυρεμβέργης (1947) σχετικά με τα πειράματα σε ανθρώπους και ειδικά την απαγόρευσή τους αν δεν υπάρχει συναίνεση και αν ενδέχεται να προκληθεί βλάβη, ο οποίος προέκυψε από τη δίκη της Νυρεμβέργης (και συγκεκριμένα η δική των γιατρών) που έλαβε χώρα μετά τα αποτρόπαια και απάνθρωπα εγκλήματα των γιατρών στη ναζιστική Γερμανία, β) η Διακήρυξη της Γενεύης (1948) από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών η οποία ήταν μια επεξεργασία του ιπποκρατικού όρκου που μεταγενέστερα επαναδιατυπώθηκε και εμπλουτίστηκε πολλές φορές, καθώς και η σημαντικότερη από τον ίδιο Οργανισμό Καθολική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (επίσης το 1948), γ) η Οικουμενική διακήρυξη της Ουνέσκο για το Ανθρώπινο Γονιδίωμα και τα Δικαιώματα του Ανθρώπου το 1997 (η οποία μεταξύ άλλων απαγορεύει την ανθρώπινη κλωνοποίηση), δ) η Σύμβαση του Οβιέδο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική του 1997 από το Συμβούλιο της Ευρώπης (η οποία κυρώθηκε στην Ελλάδα

¹ βλ. Τσινόρεμα Σ. Η βιοηθική και η σύγχρονη κριτική της πράξης. Η ηθική στην εποχή της βιοτεχνολογίας. Δευκαλίον, 2006: 213-250. σ. 213-215.

² Βλ. Askitopoulou H., Vgontzas A.N., “The relevance of the Hippocratic Oath to the ethical and moral values of contemporary medicine. Part I: The Hippocratic Oath from antiquity to modern times”, Springer-Verlag GmbH Germany 2017.

με τον νόμο 2619/1998) και τα πρόσθετα πρωτόκολλά της σε σχέση με την βιοϊατρική έρευνα και τις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων, καθώς και πολλά άλλα κείμενα, νομικά δεσμευτικά και μη.

Ο όρος Βιοηθική αναφέρθηκε πρώτη φορά από τον ιατρό Van Rensselaer Potter το 1970 στο άρθρο του «Βιοηθική: η επιστήμη της επιβίωσης», επεκτείνοντας το ενδιαφέρον και στο περιβάλλον. Πριν από αυτόν, ωστόσο, σημαντική ήταν η συμβολή των Daniel Callahan και Willard Gayling, οι οποίοι συγκρότησαν μια διεπιστημονική επιτροπή το 1969, η οποία οδήγησε στην ίδρυση του 'Ινστιτούτου της Κοινωνίας, της Ηθικής και των Επιστημών της Ζωής, ή Hastings Center, όπως έγινε γνωστό αργότερα³.

1.2.2 Ηθικές αρχές και φιλοσοφικές προσεγγίσεις στο πλαίσιο της Βιοηθικής

Η εκτίμηση των βιοηθικών προβλημάτων και οι προσπάθειες επίλυσής τους γίνεται υπό το πρίσμα τόσο των ηθικών αρχών που έχουν καθιερωθεί σε βάθος χρόνων στο πλαίσιο της εξέλιξής της, δηλαδή οι αρχές του σεβασμού της αυτονομίας (respect of autonomy), της αγαθοποιίας (beneficence), της δικαιοσύνης (justice), καθώς και της, καθιερωμένης από πανάρχαιων χρόνων στην ιατρική ηθική, αρχής του ωφελείν-μη βλάπτειν ή μη βλάβης (non-maleficence), όσο και με την εφαρμογή διάφορων θεωριών της ηθικής φιλοσοφίας, όπως είναι η ωφελιμιστική, η καντιανή και η αρεταϊκή ηθική θεωρία⁴.

Καταρχήν, την ηθική φιλοσοφία απασχολεί το ερώτημα του πώς οφείλουμε να πράττουμε, δηλαδή πώς μπορούμε να κρίνουμε αν μια πράξη ή γενικότερα μια στάση ζωής είναι ηθικά καλή ή κακή, ορθή ή λάθος. Οι ηθικές θεωρίες, όπως και οι θρησκευτικές διδασχές, προσπαθούν να μας καθοδηγήσουν σε σχέση με αυτό το ερώτημα βάσει των συλλογισμών που ανέπτυξαν και την εκάστοτε φιλοσοφική ή θεολογική παράδοση που ακολουθούν. Μας παρέχουν δηλαδή με συγκροτημένα

³ βλ. Δραγώνα-Μονάχου, Μ. (2015). Ηθική και βιοηθική. Επιστήμη και Κοινωνία: Επιθεώρηση Πολιτικής και Ηθικής Θεωρίας, (8), σ. 8-9.

⁴ βλ. Beauchamp, T. (1999). 'Ethical Theory and Bioethics'. Στο Beauchamp T. - Walters L. (επιμ.). Contemporary Issues in Bioethics. Belmont: Wadsworth. σ. 18-23.

επιχειρήματα και τις απαραίτητες θεμελιώσεις αυτών προκειμένου να είμαστε σε θέση να δικαιολογήσουμε την εκάστοτε κρίση περί του πρακτέου.

Ο ωφελιμισμός κρίνει μια πράξη από το αποτέλεσμα της, είναι δηλαδή μια συνεπειοκρατική θεωρία. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, που εισήγαγαν οι στοχαστές J. Bentham και St. Mill (18^{ος} και 19^ο αιώνας), η ηθικότητα των πράξεών μας κρίνεται με βάση την αποτίμηση του αν μια συγκεκριμένη επιλογή έφερε – συγκριτικά με τις εναλλακτικές της- τη μεγαλύτερη δυνατή ωφέλεια, για το μεγαλύτερο αριθμό ατόμων. Ως ωφέλεια θεωρείται η ηδονή ή η ευτυχία. Στην αρνητική της διατύπωση, σκοπός είναι αντίστοιχα η αποφυγή της μεγαλύτερης βλάβης, δηλαδή της οδύνης και της δυστυχίας. Βέβαια, την γενική αυτή διατύπωση έχουν ακολουθήσει πολλές άλλες, τροποποιώντας και εμπλουτίζοντας την ωφελιμιστική ηθική⁵.

1.2.3 Οι έννοιες της αυτονομίας και του αυτοπροσδιορισμού από την πλευρά της ηθικής του Καντ

Η ηθική θεωρία του Ιμμάνουελ Καντ (1704-1804) διαφέρει ριζικά από τον ωφελιμισμό. Είναι δεοντοκρατική, δηλαδή δίνει έμφαση στο πώς θα δικαιολογήσουμε λογικά τα θεμελιώδη ηθικά μας καθήκοντα, με βάση τα οποία θα κρίνουμε αν μια πράξη είναι ηθικά σωστή ή εσφαλμένη. Δεν θεμελιώνει την ηθική κρίση σε υποκειμενικές εμπειρίες της ηδονής ή της ευτυχίας αλλά αναζητά τους όρους δυνατότητας του ηθικώς σκέπτεσθαι, από τη σύλληψη του οποίου θα μπορεί να δικαιολογηθεί ο ηθικός νόμος. Η απόδειξη αυτή ονομάζεται υπερβατολογική. Επειδή, λοιπόν, ο ηθικός νόμος πρέπει να είναι αντικειμενικός, δηλαδή να μπορούμε όλοι να τον δεχτούμε, ο Καντ καταλήγει ότι μόνον η ανθρωπότητα μπορεί να θεωρηθεί ως ο υπέρτατος σκοπός της ηθικής. Ο άνθρωπος, κατά τον φιλόσοφο, διακρίνεται από την δυνατότητα του να θέτει σκοπούς και να πράττει έλλογα για την πραγματοποίησή τους (είναι, δηλαδή, έλλογο ον). Η επιλογή των πράξεών του, δηλαδή, χαρακτηρίζεται από μία πρωτοφανή για τα υπόλοιπα έμβια όντα ελευθερία, καθότι δεν κινητοποιείται μόνον από φυσική αναγκαιότητα. Έτσι η ηθική αξιώνει από εμάς να σεβόμαστε την

⁵ βλ. Driver, Julia, "The History of Utilitarianism", The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Winter 2014 Edition), Edward N. Zalta (επ.), URL = <https://plato.stanford.edu/archives/win2014/entries/utilitarianism-history/> τελευταία πρόσβαση: 11-01-2020.

έλλογη φύση μας και την ελευθερία. Δύο χαρακτηριστικές διατυπώσεις του ηθικού νόμου του Καντ είναι οι εξής: «πράττε μόνο σύμφωνα με ένα τέτοιο γνώμονα μέσω του οποίου να μπορείς συνάμα να θέλεις αυτός ο γνώμονας να γίνει καθολικός νόμος» και «πράττε έτσι ώστε να χρησιμοποιείς την ανθρωπότητα τόσο στο πρόσωπό σου όσο και στο πρόσωπο κάθε άλλου ως αυτοσκοπό και ποτέ ως απλό μέσο»⁶.

Η έννοια της αυτονομίας του ατόμου μπορεί να γίνει κατανοητή με τουλάχιστον τρεις διαφορετικούς τρόπους. Πρώτον, μπορεί να γίνει αντιληπτή ως μία απλή, καθαρή επιλογή, δηλαδή ως μία μορφή ανεξαρτησίας, η οποία θεωρείται επιθυμητή. Η αντίληψη αυτή μπορεί να θεωρηθεί εννοιολογικά περιορισμένη, καθώς υπολογίζει όλες τις επιλογές του ατόμου ως ανεμπόδιστες από εξωτερικές πηγές. Με αυτή την έννοια, ο σεβασμός της αυτονομίας του ατόμου είναι απλώς σεβασμός για την επιλογή του με εξαίρεση τις επιλογές που ενδέχεται να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή ή την υγεία του ατόμου. Στο πλαίσιο αυτό, ο μόνος περιορισμός της αυτονομίας του ατόμου είναι η πρόληψη βλάβης ή κινδύνου για άλλους (Tsinorema, 2015).

Δεύτερον, η έννοια της αυτονομίας μπορεί να κατανοηθεί ως η ικανότητα σκέψης και αναστοχασμού δεύτερης τάξης πάνω στις επιθυμίες ενός ατόμου και ικανοποίησης εκείνων που έχουν αναπτυχθεί ορθολογικά. Η δεύτερη αντίληψη θεωρεί την αυτονομία ως επιλογή που πληροί κάποιο πρόσθετο πρότυπο ή αλλιώς ως μία αυθεντική επιλογή, η οποία συνεπής με τις υπόλοιπες επιλογές στη ζωή του συνόλου (Tsinorema, 2015).

Η τρίτη προοπτική της έννοιας της αυτονομίας του ατόμου είναι η αντίληψη της «έλλογης ή Καντιανής» αυτονομίας, η οποία βασίζεται στη λειτουργία βάσει αρχών που δύνανται να ισχύουν για όλους (Tsinorema, 2015). Η προοπτική αυτή χαρακτηρίζει τις αρχές παρά τα άτομα. Ουσιαστικά, σχετίζεται με την καθολική αυτο-νομοθεσία και το απεικονίζει αυτό ως δεσμευτική, στις ηθικές μας σχέσεις. Η αντίληψη αυτή χαρακτηρίζει τις αρχές ως αυτόνομες εάν και μόνο οι λόγοι για να ενεργήσουν οι δρώντες σύμφωνα με αυτές είναι τέτοιοι που θα μπορούσαν να υιοθετηθούν από όλους τους εμπλεκόμενους. Η αυτονομία του Καντ με αυτό τον τρόπο υποδεικνύει ότι ο πυρήνας της ικανότητας για αυτονομία συνίσταται στην ικανότητα καθορισμού των

⁶ βλ. δεύτερο κεφάλαιο στο: Καντ, Ιμάνουελ “Θεμελίωση της μεταφυσικής των ηθών”, μτφρ. Κ. Ανδρουλιδάκη, (2017), Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης, (τίτλος πρωτοτύπου “Grundlegung zur Metaphysik der Sitten”, 1785)

αρχών που θα διέπουν οι ενέργειες κάποιου, οι οποίες, μπορούν να μοιραστούν σε όλους. Στο πλαίσιο αυτό, η ηθική αυτονομία δεν είναι απλώς μία ανεξαρτησία της κρίσης ή μία αυτοκατεύθυνση στη ζωή κάποιου. Αντιθέτως, η αναγνώριση της δέσμευσης της βούλησης βάσει αρχών που μπορεί να ισχύουν για όλους αποτελεί το βασικό συστατικό της προσωπικής αυτονομίας (Wilson, 2007; Tsinoirema, 2015).

Για τον Καντ, η αυτοεπιβολή του καθολικού ηθικού νόμου είναι το έδαφος τόσο της ηθικής υποχρέωσης γενικά όσο και του σεβασμού των άλλων (και οφείλουμε τους εαυτούς μας). Εν ολίγοις, ο πρακτικός λόγος - η ικανότητά μας να χρησιμοποιούμε λόγους για να επιλέγουμε τις δικές μας ενέργειες - προϋποθέτει ότι κατανοούμε τον εαυτό μας ως ελεύθερο. Αυτή η αυτοεπιβολή του ηθικού νόμου είναι αυτονομία. Και δεδομένου ότι αυτός ο νόμος δεν πρέπει να έχει περιεχόμενο που παρέχεται από την αίσθηση ή την επιθυμία, ή οποιαδήποτε άλλη ενδεχόμενη πτυχή της κατάστασής μας, πρέπει να έχει καθολική ισχύ. Ως εκ τούτου, λόγω του ότι είμαστε αυτόνομοι, πρέπει να ενεργούμε μόνο με εκείνα τα κριτήρια-όρια που θα έχουν ως συνέπεια τη δυνατότητα καθολικεύσιμης ισχύς των ενεργειών μας. Αυτή η ικανότητα (να επιβάλουμε στον εαυτό μας τον ηθικό νόμο) είναι η απόλυτη πηγή όλης της ηθικής αξίας - για να εκτιμήσουμε οτιδήποτε (οργανικά ή εγγενώς) προϋποτίθεται η ικανότητα λήψης κρίσεων αξίας. Από Καντιανή σκοπιά ο αυτοσεβασμός δεν είναι ένα ενδεχόμενο ψυχολογικό γεγονός για εμάς, αλλά μια αναπόφευκτη επίπτωση της άσκησης πρακτικής λογικής (Taylor, 1989).

1.2.4 Ενδεικτικά θέματα με τα οποία ασχολείται η Βιοηθική

A. Ζητήματα γύρω από την αρχή και το τέλος της ζωής

Η Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή, η τεχνητή διακοπή της κύησης (άμβλωση), ο προγεννητικός έλεγχος και η έρευνα σε εμβρυϊκά κύτταρα αποτελούν τεχνικές και διαδικασίες στις οποίες ανακύπτουν πολλά και περίπλοκα ηθικά ζητήματα. Σε αυτά περιλαμβάνεται η διαμάχη γύρω από το ηθικό στάτους του εμβρύου και του δικαιώματος της γυναίκας να αποφασίζει για τις παρεμβάσεις στο σώμα της, της ισότητας στην πρόσβαση στις νέες τεχνολογίες και άλλα. Όσον αφορά στο έμβρυο, σημειώνεται ότι κατά την ορθόδοξη θεώρηση η ανθρώπινη ζωή είναι ιερή από τη στιγμή της σύλληψής της και επομένως η άμβλωση είναι απαράδεκτη ηθικά. Έχει ωστόσο υπερισχύσει κοινωνικά η άποψη ότι παρότι το έμβρυο έχει ξεχωριστή ηθική

αξία που θα πρέπει να μας αποτρέπει από την χωρίς λόγο καταστροφή του (ιδιαίτερα όσο περισσότερο αναπτύσσεται), δεν εξισώνεται με τον γεννημένο άνθρωπο, που αποτελεί ανεξάρτητο πρόσωπο.

Όσον αφορά στο τέλος της ζωής, ένα σημαντικό θέμα είναι αυτό της ευθανασίας. Ερωτάται συχνά αν τελικώς είναι ανήθικο να μην επιτρέπεται η ιατρική συνδρομή σε έναν ανώδυνο θάνατο, όταν αυτός επίκειται σε άμεσο χρόνο και δεν υπάρχει ελπίδα βελτίωσης, παρά μόνον βάσανο.

B. Η σχέση ιατρού – ασθενούς: η συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης

Από τις σημαντικότερες εξελίξεις που έφερε η βιοηθική στον τρόπο που ασκείται η ιατρική είναι αυτή της υιοθέτησης του κανόνα της ενήμερης συναίνεσης σε οποιαδήποτε ιατρική πράξη, δηλαδή ότι πριν από οποιαδήποτε ιατρική παρέμβαση ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται, εφόσον το επιθυμεί και με κατανοητό τρόπο, για την κατάσταση της υγείας του, την διαδικασία, την θεραπεία και τους κινδύνους που μπορεί να έχει. Αποτελεί εφαρμογή της αρχής του σεβασμού της αυτονομίας των προσώπων. Η σχέση ιατρού – ασθενούς θα αποτελέσει βασικό στοιχείο ενασχόλησης της παρούσας εργασίας.

Γ. Γενετικές παρεμβάσεις: από τα μη ανθρώπινα έμβια όντα στον άνθρωπο

Η γενετική τροποποίηση φυτών και ζώων, ιδιαίτερα όσων προορίζονται για ανθρώπινη κατανάλωση, απασχόλησε έντονα την ανθρωπότητα τις τελευταίες δεκαετίες με καίρια ζητήματα την διατήρηση της φυσικής βιοποικιλότητας, το δικαίωμα στην ενημέρωση, την ασφάλεια, τις προβληματικές σε σχέση με την εμπορική εκμετάλλευση των εν λόγω οργανισμών, και πολλά ακόμη. Η χαρτογράφηση του ανθρώπινου γονιδιώματος και η ανακάλυψη όλο και πιο εκλεπτυσμένων τεχνικών παρέμβασης σε αυτό και τροποποίησής του, με χαρακτηριστική την σύγχρονη τεχνική Crispr-Cas9 (με την οποία μέρος του DNA κόβεται και αντικαθίσταται), πέραν από τις αισιόδοξες θεραπευτικές προοπτικές που φέρουν, δημιουργούν και σοβαρές ανησυχίες για το μέλλον της ανθρωπότητας καθώς ανοίγουν τον δρόμο για βελτιώσεις των ανθρώπινων ικανοτήτων σε τέτοιο βαθμό που εγείρουν σοβαρά ζητήματα όχι μόνον ισότητας και ασφάλειας, αλλά και τελικώς, του τι πραγματικά θα πρέπει να σεβαστούμε στην ανθρώπινη φύση, απέχοντας από την τροποποίησή της.

1.3 Σκοπός της εργασίας

Κοινή γνώση για όλους τους κλινικούς επιστήμονες που ειδικεύονται στον τομέα των διατροφικών διαταραχών (ΔΔ) αποτελεί το ότι ορισμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσωπικότητας, καθώς και κάποια ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά είναι κοινά μεταξύ των ατόμων του συγκεκριμένου πληθυσμού. Ενδεικτικά αναφέρονται η υπερβολική αυτοσυγκράτηση, η επιφυλακτικότητα, η τελειομανία ή σε άλλες περιπτώσεις η έντονη παρορμητικότητα και η ασταθής δραματοποίηση. Ωστόσο, η προσεκτική εμπειρική διερεύνηση της ακριβούς φύσης της σχέσης μεταξύ ιδιοσυγκρασίας, προσωπικότητας και διατροφικών διαταραχών (ΔΔ), καθίσταται στην πραγματικότητα ιδιαίτερα περίπλοκη διαδικασία, λόγω των μοναδικών προκλήσεων που συνοδεύουν αυτές τις ασθένειες.

Στην παρούσα εργασία θα επιχειρηθεί η ανάλυση της προσωπικότητας των ατόμων με ΔΔ καθώς η αξιολόγηση της μέσω στοιχείων όπως η αντικειμενικότητα της πηγής πληροφόρησης, ο καθορισμός των στοιχείων αξιολόγησης, τα αποδεκτά διαγνωστικά κριτήρια για την διαταραχή της προσωπικότητας και οι διαφωνίες που υπάρχουν σχετικά, είναι εξαιρετικά σύνθετος. Επιπροσθέτως όσον αφορά την εκτίμηση και την κατανόηση με ακρίβεια του ρόλου της προσωπικότητας σε άτομα με ΔΔ, μέσω αποσαφήνισης των ιδιαίτερων γνωρισμάτων και ιδιοσυγκρασιακών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, φαίνεται να υπάρχουν επιπρόσθετες προκλήσεις που καθιστούν ακόμη πιο πολύπλοκο το έργο αυτό. Σε βιοηθικό πλαίσιο όμως οι έννοιες προσωπικότητα και πρόσωπο είναι συνυφασμένες. Από ηθική, αλλά και νομική σκοπιά, κάθε πράττον υποκείμενο έχει προσωπικότητα, η ελεύθερη ανάπτυξη της οποίας πρέπει να προστατεύεται⁷.

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας αποτελεί η διερεύνηση της έννοιας του προσώπου-προσωπικότητα, μέσα από την οπτική της βιοηθικής, στην περίπτωση των ατόμων με διατροφικές διαταραχές, στοχεύοντας μέσα από την διερεύνηση αυτή να δοθούν απαντήσεις στα ερωτήματα που θα προκύψουν. Πρωταρχικό ερώτημα

⁷ Σταυρούλα Τσινόρεμα, «Το πρόσωπο και η αρχή της προσωπικότητας στη νεότερη ηθική φιλοσοφία και τη βιοηθική», στον τόμο ΒΙΟΗΘΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ II-Το ανθρώπινο πρόσωπο, επιμ. Μαρία Κανελλοπούλου-Μπότη & Φερενίκη Παναγοπούλου-Κουτνατζή, Παπαζήση

αναδεικνύεται το πόσο ελεύθερη μπορεί να είναι η ανάπτυξη της προσωπικότητας, όπως αυτή θα εννοιολογηθεί, ενός ατόμου με ΔΔ.

Η αυτονομία, η ικανότητα δηλαδή λόγου και αυτοπροσδιορισμού του κάθε ανθρώπου αποτελεί αξία ιστορικά εμπεδωμένη. Ο άνθρωπος αυτό-κατανοείται ως φορέας αυτόνομης πράξης, και έτσι ως υπεύθυνος για τις πράξεις του κι επομένως ως φορέας ηθικής αξίας;⁸ Ποια είναι λοιπόν τα όρια αυτοπροσδιορισμού ενός ατόμου με ΔΔ; Τα όρια αυτά θα μπορούσαν και αν ναι, με ποιο τρόπο να επηρεάσουν την υπεράσπιση της αρχής της αυτονομίας στην εξειδικευμένη της μορφή, αυτή της «εκούσιας συγκατάθεσης» (που βασίζεται στην πλήρη ικανότητα του υποκειμένου να ασκεί ελεύθερη δύναμη επιλογής «ενήμερη» και «περιεκτική»), στις αποφάσεις ατόμων με ΔΔ που αφορούν το θεραπευτικό σχήμα;

Καθώς επίσης ο σεβασμός της αυτονομίας δεν συνεπάγεται ηθική απολυτοκρατία και με βάσει την υπόθεση ότι θα ήταν αντίθετο με τους σκοπούς των δρώντων να βλάπτονται, προκύπτει από το πλαίσιο της αυτονομίας, η αρχή ότι δεν μπορούμε να επιφέρουμε βλάβη στους άλλους ή διαφορετικά η «αρχή της μη βλάβης»⁹.

Οι δυο αυτές αρχές καθορίζουν η μια τα όρια της άλλης. Τα όρια της αυτονομίας φτάνουν ως εκεί που ο πράττων δεν βλάπτει τους άλλους. Όταν η αυτονομία του ενός προκαλεί βλάβη στους άλλους έχει υπερβεί τα ηθικά αποδεκτά όριά της. Στο σημείο αυτό αναδύεται το ερώτημα. Ποια είναι αυτά τα όρια στην περίπτωση των ατόμων με ΔΔ;

⁸ Τσινόρεμα, Σ., 2006. Η Βιοηθική και η Σύγχρονη Κριτική της Πράξης Η Ηθική στην εποχή της Βιοτεχνολογίας. Δευκαλίων, 24 Δεκεμβρίου.

⁹ βλ. Τσινόρεμα, Σ., 2006, ο.π.

Κεφάλαιο 2ο Ο ρόλος της προσωπικότητας στις Διατροφικές

Διαταραχές

2.1 Συχνά εμφανιζόμενα χαρακτηριστικά προσωπικότητας σε άτομα με Διατροφικές Διαταραχές

Οι τρεις πιο συχνές επιρροές που συντελούν στην ανάπτυξη ΔΔ είναι οι ψυχολογικοί παράγοντες, οι διαπροσωπικοί παράγοντες και οι κοινωνικοί παράγοντες. Όσον αφορά τους ψυχολογικούς παράγοντες, κάποιος μπορεί να έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση ή να αισθάνεται έλλειψη ελέγχου στη ζωή του. Οι κοινωνικοί παράγοντες μπορούν επίσης να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό τη διαταραχή. Αυτό, σε μεγάλο βαθμό, είναι μια αντίδραση στα μέσα ενημέρωσης και στο λεγόμενο «ιδανικό» σώμα (Vitousek & Stumpf, 2005; Fogarty & Ramjan, 2016).

Σε μια μελέτη που διεξήχθη από τους Broberg και Nevonen (2000), οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι πολλές γυναίκες που ανέπτυξαν ΔΔ ανέφεραν λόγους που σχετίζονται με κοινωνικές επιρροές. Πολλές γυναίκες δήλωσαν ότι επηρεάστηκαν από το γενικά αποδεκτό ιδανικό να είναι λεπτές και προβλήματα με σημαντικές κοινωνικές συναναστροφές ως αιτίες για την ανάπτυξη της διαταραχής τους. Επιπλέον, πολλές παρείχαν παραδείγματα που ξεκίνησαν με αθώα δίαιτα.. Μόλις οι γυναίκες άρχισαν να βλέπουν αποτελέσματα, ήθελαν να χάσουν περισσότερο βάρος γρήγορα (Broberg & Nevonen, 2000, p. 282).

2.2 Συσχέτιση ψυχοπαθολογικών διαταραχών και εμφάνισης Διατροφικών Διαταραχών

Συννοσηρές διαταραχές της προσωπικότητας (εφεξής ΔΠ) συναντώνται συχνά στη θεραπεία των ΔΔ, και μπορεί να γίνουν τόσο παρατεταμένες και επιβαρυντικές όσο και οι ΔΔ. Προηγούμενες μελέτες (Gazzillo, et al., 2013; Thamby & Khanna, 2019) έδειξαν ότι μια συννοσηρή οριακή ή ιδεοψυχαναγκαστική ΠΔ μπορεί να επιδεινώσει το μακροπρόθεσμο αποτέλεσμα της θεραπείας των ΔΔ. Επιπλέον, μια συννοσηρή ΠΔ

μπορεί να περιπλέξει τις προκλήσεις της θεραπείας αυξάνοντας τον κίνδυνο πρόωρου τερματισμού της θεραπείας λόγω μιας εύθραυστης θεραπευτικής συμμαχίας (Campbell, 2009; Pham-Schottez, et al., 2012) παρατείνοντας τη θεραπεία για μη θεραπευτικούς λόγους [12–14] ή με αποτέλεσμα την ανεπαρκή εστίαση στην ανακούφιση των συμπτωμάτων ΔΔ λόγω την ανάγκη αντιμετώπισης του ΠΔ.

Ωστόσο, υπάρχουν ασυνεπή ευρήματα από μελέτες και κριτικές σχετικά με το εάν μια ταυτόχρονη ΠΔ προβλέπει κακή έκβαση ενός ΔΔ, εάν οι ΠΔ βελτιώνονται με τον ίδιο ρυθμό με τις ΔΔ ή τείνουν να παραμένουν μετά το ανακούφιση των συμπτωμάτων των ΔΔ (Wentz, et al., 2009; Zanarini, et al., 2010). Προκειμένου να αναπτυχθούν και να εξεταστούν ολοκληρωμένα μοντέλα θεραπείας όσον αφορά τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, την ικανότητά τους να ξεπεράσουν τις προκλήσεις της θεραπείας και να αποτρέψουν ένα δυσμενές αποτέλεσμα ΔΔ, είναι απαραίτητο να προσδιοριστεί πόσο συχνά ή πιθανά συννοσηρές ΠΔ αναμένεται να εμφανιστούν ταυτόχρονα με τις ΔΔ. Έως τώρα, η έρευνα έδειξε ότι μια συννοσηρότητα ΠΔ μεταξύ των ασθενών με ΔΔ μπορεί να είναι αρκετά συχνή, αλλά με μεγάλες διακυμάνσεις στις αναλογίες των ειδών ΠΔ που κυμαίνεται από 27 έως 93% σε όλες τις ΠΔ. Ωστόσο, το 2-50% της διακύμανσης στην συννοσηρή οριακή ΠΔ φαίνεται να σχετίζεται με ετερογένεια στα δείγματα, με υψηλότερες αναλογίες ΠΔ μεταξύ των ασθενών σε σύγκριση με εξωτερικούς ασθενείς ή δείγματα κοινότητας, και μεθόδους για τη δημιουργία διαγνώσεων ΠΔ όπως π.χ. οι υψηλότερες αναλογίες ΠΔ όταν χρησιμοποιούνται εργαλεία συλλογής δεδομένων αυτοαναφοράς σε σύγκριση με κλινικές συνεντεύξεις (Rosenvinge, et al., 2000).

Ένας παράγοντας ιδιαίτερου ενδιαφέροντος είναι η ηλικία έναρξης της ΔΔ. Ενώ μια υψηλότερη ηλικία έναρξης σχετίζεται με χαμηλότερο ποσοστό ΠΔ (Cumella & Kally, 2008), μια πρόωμη εφηβική έναρξη σχετίζεται με πιο σοβαρή γενική ψυχοπαθολογία (Wentz, et al., 2009) που μπορεί να επηρεάσει την φυσιολογική ανάπτυξη της προσωπικότητας. Τέσσερις μετα-αναλύσεις έχουν εξετάσει τη συννοσηρότητα των ΔΔ και ΠΔ, που περιλαμβάνουν μελέτες από το 2004 έως το 2016 (Farstad, et al., 2016), από το 1995 έως το 2004 (Cassin & von Ranson, 2005), από το 1989 έως το 1997 (Bornstein, 2001) και τέλος μελέτες από το 1983 έως το 1998 (Rosenvinge, et al., 2000). Αυτές οι μελέτες απέδωσαν μια συνολική μέση αναλογία ΠΔ που κυμαίνεται μεταξύ 0,19 –50 για την ανορεξία και 0,25 –59 για την βουλιμία.

Η μελέτη των Rosenvinge και συν. (Rosenvinge, et al., 2000) είναι η μόνη στην οποία δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων αναλογιών ΠΔ ανορεξίας (0.50) και βουλιμίας (0.59). Η ιδεοψυχαναγκαστική ΠΔ ήταν σε όλες τις μελέτες πιο διαδεδομένη στην ανορεξία (0.26) απ' ότι στην βουλιμία (0.17), ενώ το αντίθετο ίσχυε για την οριακή ΠΔ (0.36 και 0.29, αντίστοιχα). Σε αναλύσεις, που πραγματοποιήθηκαν στην μελέτη των Rosenvinge και συν. (2000), διαπιστώθηκαν υψηλότερες αναλογίες ΠΔ σε μελέτες που χρησιμοποιούσαν εργαλεία συλλογής δεδομένων αυτοαναφοράς παρά δομημένες κλινικές συνεντεύξεις, και σε εσωτερικούς ασθενείς σε σύγκριση με δείγματα εξωτερικών ασθενών. Παρόμοιες αναλύσεις δεν πραγματοποιήθηκαν καθόλου στις άλλες δύο μετα-αναλύσεις και όλες οι μελέτες απέτυχαν να συμπεριλάβουν μια αξιόπιστη ομάδα σύγκρισης.

Κεφάλαιο 3ο Ανάπτυξη της προσωπικότητας σε άτομα με ΔΔ

Οι συζητήσεις για ηθικά και εννοιολογικά ζητήματα στις διατροφικές διαταραχές μπορούν να χωριστούν σε παραδοσιακές φιλοσοφικές προσεγγίσεις, οι οποίες μπορεί ή όχι να δίνουν μεγάλη προσοχή σε εμπειρικούς παράγοντες, και στην εμπειρική έρευνα ηθικής, η οποία βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην εμπειρική έρευνα. Τέτοιες συζητήσεις τείνουν να επικεντρώνονται στην ηθική αιτιολόγηση των αρνήσεων θεραπείας στη ΔΔ και στον ρόλο που πρέπει να διαδραματίζει η «ψυχική ικανότητα» σε τέτοιες αποφάσεις. Η «ψυχική ικανότητα» σε αυτήν την περίπτωση συνήθως σημαίνει «ικανότητα λήψης αποφάσεων», βασικό συστατικό του δόγματος της συναίνεσης κατόπιν ενημέρωσης (Ahlin Marceta, 2018; Hawkins & Charland, 2020).

3.1 Ανάπτυξη της προσωπικότητας των ατόμων με ΔΔ υπό το πρίσμα της Βιοηθικής

3.1.1 Αυθεντικότητα

Ένα από τα πιο ενδιαφέροντα θέματα ηθικού ενδιαφέροντος που προκύπτουν από την εμπειρική έρευνα ηθικής για τη ΔΔ είναι η ανακάλυψη ενός νέου είδους ρόλου για την έννοια της αυθεντικότητας (Hope, et al., 2011; Ahlin Marceta, 2018).

Ο σεβασμός της αυτονομίας μπορεί να ερμηνευτεί με διάφορους τρόπους. Στο πλαίσιο της άποψης που προτείνουν οι Beauchamp και Childress (2018), οι καθημερινές επιλογές γενικά ικανών ατόμων είναι αυτόνομες στο βαθμό που είναι σκόπιμες και γίνονται με πλήρη κατανόηση του προβλήματος και χωρίς εξωτερικές επιρροές. Υπάρχουν διάφορες θεωρίες που στοχεύουν στην εξήγηση της αυθεντικότητας. Το σχετικό πρόβλημα σε πρακτικά βιοϊατρικά πλαίσια δεν είναι να προσδιορίσουμε τι είναι αυθεντικό, αλλά τι δεν είναι αυθεντικό. Ένα παράδειγμα για το πότε γίνεται επίκληση της έννοιας της αυθεντικότητας σε βιοϊατρικά πλαίσια είναι όταν οι ασθενείς που πάσχουν από νευρική ανορεξία δηλώνουν ότι θα προτιμούσαν να πεθάνουν παρά να αυξήσουν το βάρος τους. Ο ισχυρισμός φαίνεται να μην είναι αυθεντικός και, αναμφισβήτητα, για αυτόν τον λόγο επίσης μη αυτόνομος. (Tan, et al., 2006; Tan, et al., 2010).

Ο White (2018) υποστηρίζει τη χρήση της έννοιας της αυθεντικότητας ως πλαισίου αναφοράς στις αξιολογήσεις της εγκυρότητας των αποφάσεων περί υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών. Ο White προτείνει ότι η έννοια της αυθεντικότητας πρέπει να παρέχει ένα υποκείμενο πλαίσιο αναφοράς που επιτρέπει εκτιμήσεις για το κατά πόσον μια συγκεκριμένη απόφαση περί υγειονομικής περίθαλψης κατανοείται ή εκτιμάται επαρκώς. Σε αυτή τη θεωρία, η αυθεντικότητα αφορά τον εαυτό, ο οποίος πρέπει να νοηθεί ως ένα σύνολο διαρκών αξιών, πεποιθήσεων και επιθυμιών¹⁰. Αυτό συνεπάγεται ότι η αυθεντικότητα των αποφάσεων περί υγειονομικής περίθαλψης ενός ασθενούς πρέπει να αξιολογείται σε σχέση με την ιστορική κατασκευή του εαυτού του ασθενούς. Μια απόφαση περί υγειονομικής περίθαλψης που έρχεται σε σύγκρουση με τα ψυχολογικά στοιχεία που αποτελούν τον «εαυτό» του ασθενούς δεν είναι αυθεντική και αυτή η έλλειψη αυθεντικότητας πρέπει να επηρεάζει τις εκτιμήσεις κυρίως της ικανότητας λήψης αποφάσεων του ασθενούς.

Ο Christman (2015) υποστηρίζει ότι η αυτονομία συμπεριλαμβάνει την ικανότητα λήψης αποφάσεων και την αυθεντικότητα. Η αυθεντικότητα συνεπάγεται μη αποξένωση του ατόμου κατά τον αυτοαναστοχασμό, από τη δεδομένη διαχρονική πρακτική, ταυτότητα και θέση του ατόμου αυτού στον κόσμο. Οι Sjöstrand και Juth, (2014) ορίζουν τον βαθμό της προσωπικής αυτονομίας ενός ατόμου από το κατά πόσο το άτομο αυτό κάνει αυτό που αποφασίζει να κάνει, επειδή αποφασίζει να το κάνει και αποφασίζει να κάνει ό, τι θέλει να κάνει, επειδή θέλει να το κάνει υποστηρίζοντας ότι η αυθεντικότητα είναι ένα από τα τρία συστατικά της αυτονομίας (τα άλλα δύο είναι η ικανότητα λήψης αποφάσεων και η αποτελεσματικότητα).

Η αυθεντικότητα είναι σημαντική για την προσωπική αυτονομία, καθώς η έλλειψη αυθεντικότητας εμποδίζει αυτόνομα άτομα να λαμβάνουν αυτόνομες αποφάσεις. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η αυθεντικότητα της λήψης αποφάσεων των ασθενών με ΔΔ. Ακόμα και όταν δεν αμφισβητείται η αυθεντικότητά τους, οι ασθενείς με ΔΔ αναφέρουν βαθιές και ισχυρές εσωτερικές δυσκολίες που τους οδηγούν να κάνουν ερωτήσεις σχετικά με το ποιοι είναι πραγματικά και τι επιθυμούν να είναι αμφισβητώντας οι ίδιοι την αυθεντικότητά τους. Ταλαντεύονται διαφορούμενα μεταξύ

¹⁰ βλ. White, L. (2018). The Need for Authenticity-Based Autonomy in Medical Ethics. HealthCare Ethics Committee Forum 30(3), 191–209, σελ.193-194.

της άποψης ότι η ΔΔ είναι μέρος ή πτυχή του αληθινού τους εαυτού και της άποψης ότι η ΔΔ τους έχει επιβληθεί χωρίς να αποτελεί μια αληθινή πτυχή του εαυτού τους.

3.1.2 Ταυτότητα

Υπάρχουν πολλοί τρόποι προσέγγισης του θέματος της προσωπικής ταυτότητας στα πλαίσια της βιοηθικής¹¹. Ο Dworkin (1993) συνδέει άμεσα την έννοια της προσωπικής ταυτότητας με την έννοια της προσωπικής αυτονομίας. Αντιλαμβάνεται την αυτονομία ως την ικανότητα ενός ατόμου να ενεργεί από πραγματική προτίμηση ή χαρακτήρα ή πεποίθηση ή αίσθηση του εαυτού. Με αυτόν τον τρόπο, η αυτονομία κάνει τον καθένα μας υπεύθυνο για τη διαμόρφωση της ζωής μας σύμφωνα με κάποια συνεκτική και διακριτική αίσθηση χαρακτήρα, πεποίθησης και ενδιαφέροντος που αντανακλά την ταυτότητά μας¹².

Σύμφωνα με τον MacIntyre (1994), οι ανθρώπινες ενέργειες είναι κατανοητές μόνο σε συνάφεια με ένα συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο. Μπορούμε να καταλάβουμε ένα κομμάτι της ανθρώπινης συμπεριφοράς μόνο όταν έχουμε τοποθετήσει τις προθέσεις του πράττοντα εντός των δύο πλαισίων του ρόλου του στην ιστορία του εαυτού του και του ρόλου του στην ιστορία του συγκεκριμένου περιβάλλοντός του. Έλλογες ενέργειες είναι ενέργειες για τις οποίες ο πράττων είναι υπόλογος. Ως αποτέλεσμα, όλες οι προσπάθειες για την αποσαφήνιση της έννοιας της προσωπικής ταυτότητας ανεξάρτητα και μεμονωμένα από τις έννοιες του κοινωνικού περιβάλλοντος και της υπευθυνότητας αναμένεται να αποτύχουν.

Κατά τον Taylor (1989), όλες οι αντιλήψεις του εαυτού εξαρτώνται από κοινωνικούς κανόνες. Για να κατανοήσουμε τον εαυτό μας, πρέπει να τον δούμε τόσο στη σχέση του με το αγαθό όσο και στη σχέση του με άλλους εαυτούς δηλαδή το κοινωνικό συγκείμενο. Αυτό ισχύει επειδή οι άνθρωποι διαθέτουν την απαραίτητη

¹¹ βλ. Shoemaker, David W. 2007, "Personal Identity and Practical Concerns," *Mind*, 116: 316–357. και Schechtman, Marya, 2014, *Staying Alive: Personal Identity, Practical Concerns, and the Unity of a Life*, Oxford: Oxford University Press.

¹² βλ. Ronald Dworkin, *Life's Dominion*, Alfred A. Knopf, New York 1993, σσ. 218–23, από το Stavroula Tsinorema, *The Principle of Autonomy and the Ethics of Advance Directives* *Synthesis Philosophica* 59 (1/2015), σσ. 73–88, σελ. 77.

ικανότητα για να διαμορφώσουν ορισμένες ηθικές πεποιθήσεις και για να δικαιολογήσουν τους λόγους ύπαρξης αυτών των διαισθήσεων, και αυτή η ικανότητα προϋποθέτει την ύπαρξη αυτού που ο Taylor ονομάζει αξιολογικά πλαίσια. Αυτά με τη σειρά τους προϋποθέτουν την ύπαρξη της ταυτότητας που είναι ζωτικής σημασίας για να αντιληφθεί κάποιος ποιος είναι και πού βρίσκεται στον ηθικό χώρο. Η ταυτότητά μου είναι συνδεδεμένη, και τουλάχιστον εν μέρει αποτελείται από, τις ισχυρές προσκολλήσεις μου σε μια κοινότητα που παρέχει το πλαίσιο αξιολόγησης μέσα στο οποίο είμαι σε θέση να διατυπώσω τι είναι καλό και πολύτιμο¹³.

Η έρευνα εμπειρικής δεοντολογίας στη ΔΔ υπογραμμίζει επίσης την ανάγκη να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στην έννοια της προσωπικής ταυτότητας (Tan, et al., 2009; Tan, et al., 2010). Μελέτες σε αυτόν τον τομέα επιβεβαιώνουν ότι η διαγνωστική ετικέτα «Διατροφικές Διαταραχές» μπορεί να μετατραπεί σε μια βλαβερή αυτο-έννοια. Δηλαδή, μέσα από μια διαδικασία εσωτερικοποίησης και κοινωνικής ενίσχυσης η νέα ταυτότητα μπορεί να έχει επιβλαβείς συνέπειες. Τα άτομα εξοικειώνονται τόσο πολύ με την ταυτότητα που η ετικέτα «Διατροφικές Διαταραχές» προβλέπει που καταλήγει τελικά να καθορίζει ποιοι είναι. Ως αποτέλεσμα, ορισμένοι δεν μπορούν πλέον να φανταστούν μια ζωή χωρίς αυτή την ταυτότητα· γεγονός το οποίο αποτελεί σοβαρό εμπόδιο στη θεραπεία και την ανάρρωση (Tan, et al., 2003). Η επιτυχία της θεραπείας ισοδυναμεί για αυτούς με αφανισμό του εαυτού και συνδέεται με έντονο φόβο και άγχος. Σε διαπροσωπικό επίπεδο, η ετικέτα «Διατροφικές Διαταραχές» μπορεί επίσης να λειτουργήσει ως κοινωνικός μαγνήτης που απειλεί την ανάκαμψη των ασθενών λόγω του τρόπου με τον οποίο μπορεί να δελεάσει και να παρασύρει τα άτομα σε υποτροπή (Vandereycken, 2011).

3.1.3 Συναισθηματικότητα

Ένα εντυπωσιακό χαρακτηριστικό της τρέχουσας εμπειρικής έρευνας για τη ΔΔ είναι ο τρόπος με τον οποίο, χωρίς καμία προτροπή, οι ανορεκτικοί ασθενείς καταφεύγουν σε συναισθηματικούς όρους και έννοιες για να περιγράψουν την εμπειρία τους σχετικά με την πάθηση. Μερικοί, σαφώς κατανοώντας τους κατάλληλους όρους,

¹³ Taylor, Charles 1989, *Sources of the Self: The Making of Modern Identity*, Cambridge, MA: Harvard University Press, σελ. 34.

φτάνουν στο σημείο να λένε ότι η ΔΔ είναι ένα «συναίσθημα» (Fox, et al., 2011). Τα δεδομένα σε αυτές τις εμπειρικές μελέτες ηθικής καλύπτονται με υπαινιγμούς σε ισχυρά συναισθήματα και συναισθήματα. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα αναφέρουν τον τρόπο με τον οποίο η ΔΔ ελέγχει κάθε πτυχή της ζωής τους. Πολλοί περιγράφουν μια σταδιακή απώλεια ελέγχου και τονίζουν πόσο δύσκολο είναι να αντισταθείς στη λαβή της ανορεξίας, καθώς εξελίσσεται και αρχίζει να καλύπτει κάθε πτυχή της ζωής τους (Fogarty, et al., 2016).

Είναι γνωστό ότι το σύνδρομο μπορεί να ξεκινήσει ως μια φαινομενικά αθώα αλλά ουσιαστική επιλογή τρόπου ζωής, σχεδιασμένη για την προώθηση συγκεκριμένων προσωπικών αναγκών και στόχων (Broberg & Nevonen, 2000). Ωστόσο, μπορεί επίσης να προχωρήσει στο σημείο που καταναλώνει, οργανώνει και ελέγχει κυριολεκτικά όλες τις πτυχές της ζωής του ατόμου. Τελικά, ορισμένα άτομα βρίσκονται στο κράτημα μιας ασθένειας που δεν μπορούν πλέον να σταματήσουν ή να ελέγξουν. Με τη βοήθεια, ορισμένοι μπορούν και ανακτούν τον έλεγχο. Αλλά για μια μειονότητα, το σύνδρομο είναι μη αναστρέψιμο και το τελικό αποτέλεσμα είναι ο θάνατος (Birmingham, et al., 2005).

3.1.4 Πάθος

Η κυριαρχία των συναισθηματικών καταστάσεων στις περιγραφές των ατόμων για την κατάστασή τους σε αυτές τις μελέτες και ο κανόνας που διέπεται από αυτές και σχετίζονται με διάφορα στάδια της νόσου, υποδηλώνει ότι η ΔΔ είναι ένα σύνθετο, προοδευτικό, συναισθηματικό σύνδρομο, από μια σταθερή ιδέα. Παλαιότεροι ψυχοπαθολόγοι ίσως το ονόμασαν «πάθος», έναν όρο που ο Ribot (Shand, 1907) ιδρυτής της πειραματικής ψυχολογίας στη Γαλλία, προσπάθησε να αποκαταστήσει στις αρχές του 20ού αιώνα. Η δημιουργία ΔΔ ως πάθους, στο οποίο οι σκέψεις και τα συναισθήματα οργανώνονται σύμφωνα με μια έμμονη ιδέα, θα μπορούσε να βοηθήσει να εξηγήσει γιατί άτομα σε αυτές τις μελέτες δεν μπορούν να βρουν έναν κατάλληλο όρο για να περιγράψουν την κατάστασή τους. Αυτό που λείπει είναι ο όρος «πάθος», που ορίζεται σύμφωνα με τις τον Ribot και άλλους. Είναι εννοιολογικά δύσκολο να κατανοηθεί το συναισθηματικό σύνδρομο που χαρακτηρίζει τις ΔΔ με συμβατικούς συναισθηματικούς θεωρητικούς όρους και έννοιες όπως πεποιθήσεις, διαθέσεις και συναισθήματα. Αυτοί οι τύποι συναισθηματικών καταστάσεων παίζουν ρόλο στην

πορεία και την εξέλιξη της ΔΔ, που θεωρείται ως συναισθηματικό σύνδρομο αλλά δεν αρκούν για να εξηγήσουν τη φύση της ΔΔ, όπως περιγράφεται από τα άτομα που πάσχουν από αυτές. Δεν υπάρχει απλώς τρόπος να δηλωθούν σωστά οι γενικεύσεις που καταγράφουν τον κανόνα που διέπεται από τον τρόπο με τον οποίο τα χαρακτηριστικά συναισθήματα, οι διαθέσεις και τα συναισθήματα οργανώνονται με την πάροδο του χρόνου καθώς τα άτομα προχωρούν στα διάφορα στάδια της ασθένειάς τους (Fox, et al., 2011).

3.1.5 Ικανότητα λήψης αποφάσεων

Η επικράτηση των συναισθηματικών παραγόντων στη ΔΔ έχει αποδειχθεί ότι δημιουργεί ιδιαίτερα ανησυχητικά προβλήματα για μοντέλα ικανότητας λήψης αποφάσεων που βασίζονται αποκλειστικά σε γνωστικά μέτρα. Σε μια μελέτη, τα ανορεκτικά άτομα που θεωρήθηκαν ικανά να αρνηθούν τη θεραπεία διάσωσης χρησιμοποιώντας ένα τυπικό γνωστικό τεστ για ικανότητα λήψης αποφάσεων, ωστόσο θεωρήθηκαν ανίκανα βάσει των λόγων που προσέφεραν όταν ρωτήθηκαν σχετικά με αυτές τις αποφάσεις (Tan, et al., 2006).

Οι παθολογικές τιμές που προκύπτουν στην περίπτωση της ΔΔ συνήθως αντικατοπτρίζουν συγκεκριμένες παθογόνες συναισθηματικές καταστάσεις και αποκρίσεις των οποίων η αυθεντικότητα γίνεται ύποπτη ή προβληματική σε πιο προχωρημένα στάδια της ασθένειας, για παράδειγμα, έντονος φόβος για θεραπεία και άγχος σχετικά με την ανάρρωση λόγω απώλειας της ταυτότητάς του (Tan, et al., 2003). Τα άτομα που αντιμετωπίζουν αποφάσεις θεραπείας σε αυτό το στάδιο μπορεί να βιώσουν ισχυρές εσωτερικές συγκρούσεις ως αποτέλεσμα τέτοιων συναισθηματικών καταστάσεων. Κατά συνέπεια, μπορεί να μην έχουν αρκετά ισχυρή αίσθηση ταυτότητας ή αυθεντικότητας για να παρέχουν μια σταθερή βάση αξιών στις απορρίψεις θεραπείας που μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή τους: «Αισθάνεται σαν να συνυπάρχουν δυο άνθρωποι μέσα του»¹⁴.

¹⁴ Βλ. Hope, T., Tan, J., Stewart, A. & Fitzpatrick, R., 2011. Anorexia nervosa and the language of authenticity. *Hastings Cent Rep*, Τόμος 41, σσ. 19-29, σελ.22

Οι εσωτερικές συγκρούσεις του είδους που προκύπτουν στις παραπάνω καταστάσεις συχνά παγώνουν τις γνωστικές καταστάσεις όπως οι πεποιθήσεις ενάντια σε συναισθηματικές καταστάσεις όπως ο φόβος και το άγχος. Οι συγκρούσεις μπορεί επίσης να περιλαμβάνουν αντίθετες συναισθηματικές καταστάσεις. Κατά καιρούς, μπορεί να υπάρχουν πολλές αντίθετες μεταβλητές και όχι μόνο δύο. Είναι αμφίβολο εάν η διαμόρφωση τέτοιων συγκρούσεων με όρους επιθυμιών πρώτης και δεύτερης τάξης είναι χρήσιμη (Freyenhagen, 2009).

Υπάρχει κίνδυνος να κατανοήσουμε και να παραποιήσουμε φαινόμενα που είναι ουσιαστικά συναισθηματικά μεταφράζοντάς τα με κριτικό τρόπο σε γνωστικούς όρους και έννοιες, όπως πεποιθήσεις και επιθυμίες. Αυτό συμβαίνει επειδή θεωρώντας την διάγνωση της ΔΔ ως δεδομένη αποκαλύπτονται διάφορα ηθικά ζητήματα. Πρώτον, η διάγνωση της ΔΔ επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο η αυτονομία και η ικανότητα των ατόμων που έχουν διαγνωστεί με ΔΔ κατανοούνται από τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων στο περιβάλλον θεραπείας. Δεύτερον, η διάγνωση της ΔΔ επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο καθορίζεται η αποτελεσματικότητα της θεραπείας αλλά και η ηθική δικαιολογία του πατερναλισμού. Τρίτον, η διάγνωση της ΔΔ μπορεί να περιορίσει την ευκαιρία για άτομα με ΔΔ να δημιουργήσουν μια ταυτότητα ατόμου ικανού να αποφασίσει (Kendall, 2013).

3.2 Επίδραση χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στην εμφάνιση ΔΔ

Αν και το μεγαλύτερο ενδιαφέρον του ερευνητικού πεδίου που διερευνά τη σχέση μεταξύ προσωπικότητας και ΔΔ έχει επικεντρωθεί στον εντοπισμό συγκεκριμένων χαρακτηριστικών προσωπικότητας ή ΠΔ που σχετίζονται με τις ΔΔ, μια άλλη γραμμή έρευνας έχει υιοθετήσει μια διαγνωστική προσέγγιση χωρίζοντας άτομα με ΔΔ σε διαφορετικούς υποτύπους προσωπικότητας. Η σύλληψη και η αντιμετώπιση των ΔΔ που βασίζονται σε υποτύπους προσωπικότητας μπορεί να αποσαφηνίσει την ετερογένεια που είναι εμφανής μεταξύ ατόμων με την ίδια διάγνωση ΔΔ και, το σημαντικότερο, μπορεί επίσης να προσφέρει ένα πλεονέκτημα δεδομένου του υψηλού επιπολασμού της διαγνωστικής διασταύρωσης.

Η πιο ευρέως εφαρμοσμένη προσέγγιση υποτύπου είναι οι τρεις υπότυποι που προσδιορίστηκαν για πρώτη φορά από τους Westen και Harnden-Fischer (2001): υπορρυθμισμένοι (δηλ. παρορμητικοί και συναισθηματικά / συμπεριφορικά

δυσρυθμισμένοι), υπερβολικά ρυθμισμένοι (δηλαδή, καταναγκαστικοί και ανασταλτικοί), και κανονιστικοί (αυτοί που έχουν χαμηλά επίπεδα παθολογίας προσωπικότητας). Αυτός οι τρεις κατηγορίες υποτύπων έχει αναπαραχθεί από πολλές ερευνητικές ομάδες (Lavender, et al., 2013; Turner, et al., 2014) χρησιμοποιώντας μια ποικιλία μέτρων αξιολόγησης, σε πληθυσμούς ανορεξίας, βουλιμίας και μικτούς με διαφορετικά είδη ΔΔ. Εκτός από την κοινή ταξινόμηση τριών υποτύπων, οι ερευνητές έχουν επίσης εντοπίσει ένα σχήμα υποτύπων πέντε κατηγοριών και έξι κατηγοριών.

Οι Krug και συν. (2011) χρησιμοποίησαν ένα μοντέλο φαινότυπων έξι κατηγοριών σε ένα μεγάλο δείγμα γυναικών με διάφορες διατροφικές διαταραχές. Οι έξι κατηγορίες που εντοπίστηκαν περιλαμβάνουν την παρορμητική (κίνητρο χαμηλής αποφυγής, κίνητρο υψηλής προσέγγισης), την παρεμποδισμένη (αποφυγή τιμωρίας, χαμηλή παρορμητικότητα), την μέση (μέσες τιμές σε όλες τις κλίμακες), την προσαρμοστική (υπεύθυνη, αξιόπιστη, αυτοπεποίθηση, αισθάνεται συνδεδεμένος με την κοινωνία), αυτο-εστιασμένη και δυσπροσαρμοστική (χωρίς αυτοπεποίθηση, κίνητρο χαμηλής προσέγγισης, ανεύθυνη, αναξιόπιστη, δεν αισθάνεται σαν μέρος της κοινωνίας).

Οι Thompson-Brenner et al (2008) χρησιμοποίησαν μια δομημένη συνέντευξη για διαταραχές της προσωπικότητας και εντόπισαν ένα σχήμα υποτύπων πέντε κατηγοριών μεταξύ των γυναικών με ανορεξία και βουλιμία. Οι πέντε κατηγορίες που εντοπίστηκαν περιλάμβαναν συμπεριφορά δυσρυθμιζόμενη (παρορμητική, αυτοκαταστροφική), συναισθηματικά δυσρυθμισμένη (ακραίες συναισθηματικές εμπειρίες), συμπεριφορά αποφυγής - ανασφάλειας (χαμηλή αυτοπεποίθηση, υψηλό κοινωνικό άγχος), ευαίσθητη, και υψηλής λειτουργικότητας (κανονικές βαθμολογίες σε όλες τις κλίμακες). Μετά από στενότερη επιθεώρηση, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει ισχυρή αλληλεπικάλυψη στις ΔΔ και τις ΔΠ. Για παράδειγμα, η μέση, προσαρμοστική και υψηλής λειτουργικότητας υποκατηγορίες φαίνεται να χαρτογραφούνται στην κανονιστική ομάδα των Westen και Harnden-Fischer (2001). Οι παρορμητικές, δυσπροσαρμοσμένες, συμπεριφοριστικές και μη συναρμολογημένες τάξεις είναι παρόμοιες με τις ομάδες Westen και Harnden-Fischer (2001). Ενώ η ανασταλτική, αποφυγής - ανασφάλειας, και η ευαίσθητη είναι παρόμοια με την ομάδα των Westen και Harnden-Fischer (2001). Παρόλο που υπάρχουν μικρές αποκλίσεις στα διάφορα συστήματα υποτύπων που δείχνουν την ανάγκη περαιτέρω έρευνας, οι υπότυποι προσωπικότητας έχουν αποδειχθεί ότι εμφανίζουν μοναδικές συσχετίσεις με κλινικές

μεταβλητές που μπορεί να προβλέψουν το επίπεδο λειτουργίας και τα αποτελέσματα θεραπειάς (Thompson-Brenner, et al., 2008)), την συννοσηρότητα με ΔΠ (Gazzillo, et al., 2013), και αιτιολογικές μεταβλητές και συμπτώματα ΔΔ (Westen & Harnden-Fischer, 2001), παραπάνω και πέρα από συγκεκριμένες διαγνώσεις ΔΔ. Έτσι, οι υπότυποι προσωπικότητας φαίνεται να είναι μια πολλά υποσχόμενη οδός που αξίζει να διερευνηθεί στις προσπάθειές μας να βελτιώσουμε την κατανόηση και τη θεραπεία των ΔΔ.

3.3 Η πολύπλοκη σχέση μεταξύ γενετικής ποικιλομορφίας, ψυχοπαθολογικών διαταραχών και προδιάθεσης για εμφάνιση ΔΔ

3.3.1 Γενετική επιδημιολογία των ΔΔ

Οι ΔΔ μεταφέρονται πολύ οικογενειακά. Ο σχετικός κίνδυνος για ευαισθησία σε ανορεξία είναι τέσσερις φορές αυξημένος στα μέλη της οικογένειας (Steinhausen, et al., 2014) και οι γυναίκες συγγενείς των ασθενών με ανορεξία έχουν έως και έντεκα φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν ανορεξία από άτομα που δεν έχουν συγγενείς με ανορεξία. Επιπλέον, άτομα που έχουν συγγενείς με ανορεξία ή βουλιμία (Strober, et al., 2000) διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης οποιασδήποτε διαταραχής, (Lilenfeld, et al., 1998) που υποδηλώνει κάποια γενετική συσχέτιση μεταξύ ανορεξίας και βουλιμίας. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι δεν βρέθηκαν περιπτώσεις βουλιμίας σε συγγενείς ατόμων που είχαν ανορεξία σε μία μελέτη, (Grigoriou-Serbanescu, et al., 2003), γεγονός που υποδηλώνει περιορισμένη γενετική αλληλεπικάλυψη μεταξύ της ανορεξίας και βουλιμίας.

Παρόμοια με την ανορεξία και την βουλιμία, οι απροσδιόριστες ΔΔ επίσης συσσωρεύονται εντός των οικογενειών (Fowler & Bulik, 1997) και με τρόπο ανεξάρτητο από την παχυσαρκία. (Hudson, et al., 2006). Η εκτίμηση κληρονομικότητας για ανορεξία που ελήφθη από μελέτες διδύμων κυμαίνεται από 0,48 έως 0,74, πράγμα που σημαίνει ότι μπορεί να εξηγηθεί έως και το 74% της φαινοτυπικής παραλλαγής, από πρόσθετους γενετικούς παράγοντες. (Dellava, et al., 2011).

Η κληρονομικότητα της αυστηρά καθορισμένης ανορεξίας (δηλαδή, ατόμων που πληρούν όλα τα διαγνωστικά κριτήρια για τη διαταραχή) είναι συνήθως υψηλότερη από την αναφερόμενη κληρονομικότητα της ευρέως καθορισμένης ανορεξίας που περιλαμβάνει περιπτώσεις, όπου κυμαίνεται μεταξύ 0,55 και 0,62 (Trace, et al., 2013) και το μεγαλύτερο μέρος της διακύμανσης στα βασικά συμπτώματα βουλιμίας (ειδικά ο έμετος) οφείλεται σε πρόσθετους γενετικούς παράγοντες, ενώ τα δίδυμα άτομα με βουλιμικά συμπτώματα φαίνεται ότι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης βουλιμίας.

Όσον αφορά τις απροσδιόριστες ΔΔ, οι δίδυμες μελέτες, που χρησιμοποιούν διάφορους ορισμούς της ασθένειας, έχουν εκτιμήσει ότι η κληρονομικότητά της κυμαίνεται μεταξύ 0,39 και 0,45. Οι γενετικοί παράγοντες συμβάλλουν επίσης σε διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές και δυσλειτουργικές διατροφικές συμπεριφορές που σχετίζονται με ΔΔ. Μια μεγάλη δίδυμη μελέτη με βάση τον πληθυσμό έδειξε ότι το 43% της διακύμανσης στις ατομικές διαφορές στην ανησυχία που σχετίζεται με το βάρος και το σχήμα και το 49% της διακύμανσης στις ατομικές διαφορές στην υπερβολική κατανάλωση, μπορεί να εξηγηθεί από πρόσθετους γενετικούς παράγοντες. Οι κοινοί περιβαλλοντικοί παράγοντες δεν έχουν σημαντική επίδραση στη διαταραγμένη διατροφή σε υιοθετημένα αδέρφια και η κληρονομικότητα της διαταραγμένης διατροφής είναι υψηλή για τα δίδυμα, υπογραμμίζοντας περαιτέρω τη σημασία των γενετικών παραγόντων (Klump, et al., 2009).

3.3.2 Διατροφικές Διαταραχές και γενετική βάση

Η γενετική πληροφορία που κρύβεται πίσω από τις διατροφικές διαταραχές, αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα πιο πρόσφατα ίσως πεδία έρευνας. Πιο συχνά απαντώμενη διατροφική διαταραχή και με σοβαρότερες επιπτώσεις για την υγεία αποτελεί η νευρική ανορεξία (Anorexia Nervosa-AN), βασικά χαρακτηριστικά της οποίας αποτελούν ο αυστηρός περιορισμός της θερμιδικής πρόσληψης με άμεση συνέπεια την δριμυία απώλεια βάρους, ο υπερβολικός φόβος επαναπρόσληψης βάρους, και η διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος. Η AN έχει τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών. Έχει διαπιστωθεί ερευνητικά, ότι περίπου το 50 – 60 % των εκδηλωθέντων, καταγεγραμμένων περιστατικών, αφορούν κληρονομήσιμες καταστάσεις, γεγονός που τροφοδοτεί το ενδιαφέρον μας στην

παρούσα εργασία να θίξουμε και το θέμα πιθανής συσχέτισης της γενετικής προδιάθεσης και των διατροφικών διαταραχών, καθώς και της γενετικής χαρακτηριστικών της ‘προσωπικότητας’ που συσχετίζονται με αυτές. Ξεχωριστό είναι το ενδιαφέρον που αφορά πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα, τα οποία ανοίγουν μια σύνδεση μεταξύ της AN και μιας περιοχής επικάλυψης 6 γονιδίων στο χρωμόσωμα 12, περιοχή που στο παρελθόν έχει συνδεθεί με διάφορες αυτοάνοσες διαταραχές συμπεριλαμβανομένων του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 και της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Επίσης έχουν επιβεβαιωθεί επιστημονικά ισχυρές γενετικές συσχετίσεις μεταξύ AN και νευρωτισμού, AN και σχιζοφρένειας, καθώς και μεταξύ λιγότερο αναμενόμενων στοιχείων όπως όπως ο BMI (δείκτης μάζας σώματος) και ο μεταβολισμός της glu-INS (γλυκόζης – ινσουλίνης).

Επίσης φορείς του γονιδίου BDNF φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα για διαταραγμένη σχέση με την τροφή καθώς το γονίδιο αυτό συσχετίζεται με χαμηλότερη σύνθεση μιας νευροτροφίνης του εγκεφάλου και αυξημένες πιθανότητες κατάθλιψης (Mizui, et al., 2015). Αυτό με τη σειρά του σχετίζεται με ευπάθεια στο στρες, με τροφικές διαταραχές (Ribases, et al., 2003) με ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση φαγητού (binge eating), με διαταραχές άγχους (Chen, et al., 2006), προσπάθεια αυτοκτονίας εσωστρέφεια και μικρότερη δυνατότητα μάθησης νέων πραγμάτων αλλά και μικρότερη πιθανότητα κατάθλιψης σε περίπτωση κοινωνικής ήττας (εξευτελισμού) (Gonzalez-Castro, et al., 2017). Επιπλέον η ανάγκη για επιβράβευση σε άτομα με αντίστοιχο προφίλ είναι υψηλή και ενώ για τα άτομα με υπερβάλλον βάρος ένας τρόπος επιβράβευσης θα μπορούσε να είναι το ‘φαγητό’, για άτομα με αντίστοιχο γενετικό προφίλ απάντηση στην ανάγκη τους για επιβράβευση θα μπορούσαν να είναι διατροφικές παρεκκλίνουσες συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν την AN (Clarke, et al., 2016; Ho, et al., 2016).

Τα σχετικά πρόσφατα ερευνητικά ευρήματα της πιθανής γενετικής βάσης της NA χρήζουν πολύ καλής αποδοχής από οικογένειες πασχόντων, που αναζητούν την αναγνώριση της AN, ως μιας σοβαρότατης ιατρικής διαταραχής και όχι ως ‘μια διαφορετική επιλογή τρόπου διατροφής’, όπως αρχικά πιστεύονταν. Οι γενετικοί παράγοντες εκτός από την επίδρασή τους στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών, θα μπορούσαν επίσης να συμβάλλουν στην ‘αποκωδικοποίηση’ της πορείας της νόσου, καθώς επίσης και να δώσουν μια νέα οπτική στην ολιστική αντιμετώπισή της.

Όπως οι περισσότερες ίσως ψυχιατρικές καταστάσεις, έτσι και οι διατροφικές διαταραχές επηρεάζονται από πολυάριθμα βιολογικά παθοφυσιολογικά μονοπάτια, στα οποία φαίνεται να εμπλέκονται μια πληθώρα γονιδίων, με σχετικά μικρή επίδραση του καθενός. Πολύ κοινά χαρακτηριστικά ατόμων που αναπτύσσουν διατροφικές διαταραχές αποτελούν το υπερβολικό 'άγχος' και η τελειομανία. Πάνω ακριβώς σε αυτά δουλεύουν η εκάστοτε 'θεραπευτική-διεπιστημονική ομάδα', στο πως δηλαδή να περιορίσουν την ενοχή, το φόβο, την ευθύνη και το στίγμα που κρύβονται πίσω από την διαταραχή του πάσχοντος, κι ενδεχομένως η ουσιαστικότερη κατανόηση της 'βιολογικής ρίζας' των εκδηλώσεών της, να συμβάλλει σημαντικά σε αυτό. Μπορεί άραγε η παραπάνω πληροφορία να 'φωτίσει' διαφορετικά, τα βιοηθικά ζητήματα που αφορούν στη θεραπευτικής αντιμετώπισης, στο πλαίσιο της σχέσης του ασθενούς με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας;

Κεφάλαιο 4ο Η έννοια του αυτοπροσδιορισμού στα άτομα με

Διατροφικές Διαταραχές

Θα μπορούσε να γίνει η παραδοχή ότι τα περισσότερα άτομα στον κόσμο είναι αποδέκτες παρόμοιων κοινωνικών επιρροών, με την έννοια της έκθεσης σε παρόμοια ερεθίσματα μέσω των παγκοσμιοποιημένων πλέον μέσων επικοινωνίας & κοινωνικής δικτύωσης. Κάθε άτομο είναι ουσιαστικά μέλος της ίδιας παγκόσμιας κοινωνίας, με τις ίδιες πιέσεις και ιδεώδη. Παρόλα αυτά, κάθε άτομο βλέπει τον κόσμο διαφορετικά. Υπάρχει πιθανότητα ορισμένες γυναίκες ή άνδρες με δική τους πρωτοβουλία να αποκτήσουν μια θεώρηση του σώματός τους που τους κάνει να νιώθουν πχ. υπέρβαροι / υπέρβαρες όταν το βάρος τους στην πραγματικότητα είναι μέσα στα πλαίσια ενός αποδεκτού μέσου όρου ή να θεωρούν ότι τα φυσικά χαρακτηριστικά τους ύψος, σχήμα του σώματος, πρόσωπο κ.λπ. είναι μη αποδεκτά και να θελήσουν να τα αλλάξουν.

Όπως δηλώνουν οι Pelletier και Dion (2007), όσο περισσότερο οι γυναίκες δέχονται τις κοινωνικοπολιτισμικές πιέσεις για την εικόνα του σώματος, τόσο περισσότερο ενσωματώνουν τις καθιερωμένες κοινωνικές πεποιθήσεις για τη

λεπτότητα και την παχυσαρκία στην αυτό-αντίληψή τους. Οι πεποιθήσεις αυτές με τη σειρά τους, οδηγούν σε μεγαλύτερη σωματική δυσαρέσκεια δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο. Το θέμα της ικανοποίησης που βιώνει το άτομο από το σώμα του είναι ένα λεπτό θέμα στο θεραπευτικό πλαίσιο, καθώς ποικίλλει ανάλογα με τα ιδανικά και τις αξίες κάθε ατόμου. Οι εντυπώσεις αυτές που έχουν διαμορφωθεί εν πολλοίς από τα μέσα επικοινωνίας και άλλους κοινωνικούς παράγοντες, εφόσον εδραιωθούν, αποτελούν την έκφραση της βούλησής τους που δικαιωματικά πρέπει να γίνει αποδεκτή ως τέτοια. Είναι δικαίωμα κάθε ατόμου σε μια κοινωνία συμπεριληπτική να πράττει σύμφωνα με τη δική του βούληση, συμβάλλοντας τελικά αφ' εαυτού πχ. στην εντύπωση του πλεονάσματος ή έλλειψης βάρους ή την θετική ή αρνητική εντύπωση του κάλους. Αυτό όμως το δικαίωμα πολλές φορές συγκρούεται με την μελλοντική ευημέρευση του ατόμου. Πολλές φορές – όπως πχ. στην περίπτωση της νευρικής ανορεξίας – η έκφραση της βούλησής τους μπορεί να θέτει σοβαρά σε κίνδυνο την ζωή τους. Ο ιατρός ή επαγγελματίας υγείας θεωρεί χρέος του να προειδοποιήσει τον / τη ασθενή του για τις πιθανές καταστροφικές συνέπειες της έκφρασης της βούλησής τους. Μπορεί όμως να αναγκάσει την / τον ασθενή του να πράξει ενάντια στην εκπεφρασμένη βούλησή του;¹⁵.

4.1 Οι έννοιες της αυτονομίας, του αυτοπροσδιορισμού και της αρχής της μη βλάβης

4.1.1 Αυτονομία και Αυτοπροσδιορισμός

Αντίθετα με τα προηγούμενα παραδείγματα, ένα άτομο με υψηλή ικανότητα αυτοπροσδιορισμού & αίσθηση ιδιωτικής αυτονομίας μπορεί να μην ενδώσει στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τις εξωτερικές δυνάμεις της κοινωνίας και την πίεση να είναι «λεπτός / λεπτή». Εάν τα άτομα αισθάνονται ότι γίνονται υπέρβαρα, μπορούν να επιλέξουν την υγιή πορεία για να χάσουν βάρος. Μπορούν να ελέγχουν τις διατροφικές τους συμπεριφορές, επιλέγοντας ένα ισορροπημένο και φυσιολογικό τρόπο ζωής &

¹⁵ Pelletier, L. & Dion, S., 2007. An examination of general and specific motivational mechanisms for the relations between body dissatisfaction and eating disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, Τόμος 26, σσ. 303-333, σελ. 325.

διατροφής. Από την άλλη πλευρά, ένα άτομο με χαμηλό αυτοπροσδιορισμό και χαμηλό ποσοστό αυτονομίας μπορεί να εμπλακεί σε δυσλειτουργική διατροφή, ενδεχομένως συνοδευόμενη από μια ΔΔ.

Οι Pelletier και Dion (2007) διαπίστωσαν ότι η αυτορρύθμιση ως προς την κατανάλωση τροφής συσχετίστηκε θετικά με υγιεινές διατροφικές συμπεριφορές, ενώ μια εξωγενώς ρυθμιζόμενη ρύθμιση ως προς την κατανάλωση τροφής συσχετίστηκε θετικά με δυσλειτουργικές διατροφικές συμπεριφορές και συσχετίστηκε αρνητικά με υγιεινές διατροφικές συμπεριφορές. Επομένως, η ιδιωτική αυτονομία είναι ένας εξαιρετικά σημαντικός παράγοντας για την αντίσταση στις εξωτερικές πιέσεις που δέχεται ένα άτομο να γίνει ή να παραμείνει λεπτός / λεπτή με έναν ανθυγιεινό τρόπο. Υπό αυτήν την έννοια, η ιδιωτική αυτονομία μπορεί να σχετίζεται άμεσα με το επίπεδο αυτοεκτίμησης κάποιου¹⁶.

Όσον αφορά την ικανότητα ήτοι την αποτελεσματική αντιμετώπιση του περιβάλλοντος ενός ατόμου, το οποίο μπορεί να κυμαίνεται από τα μέσα ενημέρωσης έως τον κάποιο σημαντικό «άλλο» που παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή του ατόμου. Το άτομο πρέπει να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις εξωγενείς πιέσεις και να κατανοήσει τους προσωπικούς του στόχους. Η ικανότητα μπορεί να είναι σημαντική για την κατανόηση του τρόπου επίτευξης του στόχου του να γίνει πιο αρεστός στον ίδιο του τον εαυτό. Εάν τα άτομα δεν έχουν το ψυχικό σθένος να ακολουθήσουν υγιείς τρόπους απώλειας βάρους, μπορεί να αισθάνονται σαν η μόνη τους επιλογή να είναι η βουλιμία ή η ΝΑ. Η ικανότητα κατανόησης μιας υγιεινής διατροφής σε συνδυασμό με την άσκηση δεν είναι πάντα εύκολη και τα αποτελέσματα μπορεί να μην είναι τόσο γρήγορα όσο μια μη ισορροπημένη προσέγγιση.

Η ανάγκη για κοινωνική σύνδεση είναι η ανάγκη του ατόμου να αναπτύσσει σχέσεις αλληλοεμπιστοσύνης και αλληλοϊκανοποίησης. Σύμφωνα με τους Bremer και συν. (1983), πολλά άτομα με ΔΔ βιώνουν έλλειψη εμπιστοσύνης στις σχέσεις τους. Οι ερευνητές διαπίστωσαν επίσης ότι οι γυναίκες που πάσχουν από ΔΔ κατέδειξαν μεγαλύτερη έλλειψη εμπιστοσύνης σε άλλους από ό, τι οι γυναίκες που δεν υπέφεραν από ΔΔ (Bremer, et al., 1983).

¹⁶ Pelletier, L. & Dion, S., 2007, ο.π. σελ. 312

Άτομα με ΔΔ μπορεί να αισθάνονται σαν να μην έχουν κανέναν έλεγχο πάνω στην κατάστασή τους. Τα άτομα με εξωγενή ρύθμιση μπορεί να υποχωρούν αποκλειστικά στην πίεση άλλων για να προσπαθήσουν να γίνουν αδύνατα. Μπορεί να θέλουν μόνο να γίνουν λεπτοί / λεπτές για να κάνουν τους άλλους ευτυχισμένους. Στη συνέχεια είναι η ενδογενής αυτορρύθμιση, η οποία είναι η επιθυμία να αποφευχθεί η αποτυχία. Αυτό είναι το πιο σημαντικό κίνητρο για τις γυναίκες που πάσχουν από μια ΔΔ. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Bremer και συν. (1983), οι γυναίκες που υπέφεραν από ανορεξία έδειξαν σημαντική διαφορά στο φόβο της αποτυχίας σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν υπέφεραν από ΔΔ. Ο φόβος της αποτυχίας μπορεί να αποδοθεί σε δύο ξεχωριστές πτυχές. Η πρώτη πτυχή είναι πιθανή αποτυχία στην προσπάθεια απώλειας βάρους και η δεύτερη είναι ο φόβος της απογοήτευσης του συντρόφου (Bremer, et al., 1983).

Επιπλέον σύμφωνα με την Εθνική Ένωση Διατροφικών Διαταραχών (2008) των ΗΠΑ οι περισσότερες γυναίκες που πάσχουν από ΔΔ βιώνουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Η πίεση για να γίνουν λεπτές μπορεί να απειλήσει την αυτοαξιολόγηση τους. Μπορεί επίσης να αισθανθούν την ανάγκη να ελέγξουν το βάρος τους ως μέσο για την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και της εμφάνισής τους. Σχετικά με τα ενδογενή κίνητρα, οι γυναίκες που προσπαθούν να γίνουν λεπτές με υγιή τρόπο μπορεί να έχουν περισσότερα κίνητρα σε μια αυτοπροσδιοριζόμενη εκδοχή ρύθμισης. Όπως δήλωσαν οι Pelletier και Dion (2007), αυτές οι γυναίκες παίρνουν τον έλεγχο του βάρους τους λόγω των προσωπικών τους επιθυμιών. Αναζητούν προγράμματα άσκησης και διατροφής που φαίνεται να ταιριάζουν περισσότερο στον τρόπο της ζωής τους. Όταν ένα άτομο έχει εγγενώς κίνητρο να χάσει βάρος, είναι πολύ πιθανό να βιώσει και τις διαφορετικές σχετιζόμενες διαστάσεις που μπορεί να προκύψουν από την ενασχόληση του με το συγκεκριμένο θέμα. Κάποιος θα βιώσει τη διάσταση του «να ξέρει», δημιουργώντας ισορροπημένα γεύματα και μαθαίνοντας νέες τεχνικές άσκησης. Κάποιος θα βιώσει επίτευγμα δημιουργώντας τα γεύματα, παρακολουθώντας το γυμναστήριο και ολοκληρώνοντας την προπόνηση.

Το δόγμα της ενημερωμένης λήψης αποφάσεων, η έννοια της ψυχικής ικανότητας και οι αρχές της ιδιωτικής ζωής, της αλήθειας και της εμπιστευτικότητας, αντικατοπτρίζουν όλα τα σχετικά πρόσφατα κίνητρα για την αξιολόγηση, προστασία και ενίσχυση της ικανότητας των ασθενών να λαμβάνουν αυτόνομες αποφάσεις

σχετικά με την υγειονομική τους περίθαλψη, περιορίζοντας τη δύναμη των ιατρών να ενεργούν με πατερναλιστικούς τρόπους και καθιστώντας τους πιο υπόλογους στους ασθενείς. Ο σεβασμός της ατομικής αυτονομίας έχει γίνει μια θεμελιώδης - αναμφισβήτητη η πρωταρχική - ηθική αρχή στη βιοηθική, μαζί με τις αρχές της ευεργεσίας και της δικαιοσύνης. Δεδομένου ότι οι ασθενείς έχουν εκ πρώτης όψεως δικαίωμα στην ατομική αυτονομία/αυτοδιάθεση και ανάγκη για φροντίδα, και δεδομένου ότι οι γιατροί έχουν καθήκον τόσο να σέβονται την αυτονομία όσο και να παρέχουν φροντίδα για τους ασθενείς τους, μεγάλο μέρος της συζήτησης περιστρέφεται γύρω από τα ζητήματα λήψης αποφάσεων, ως σύγκρουση μεταξύ των αρχών της ατομικής αυτονομίας και της ευεργεσίας. Το άτομο που είναι ικανό να ενεργεί καθοδηγούμενο από την λογική (έλλογο όν) που επιπροσθέτως ούτε καθοδηγείται από συναισθήματα ή εξαναγκασμούς ούτε χειραγωγείται ή εξαναγκάζεται από άλλους αποτελεί από Καντιανή σκοπιά το μοντέλο της αυτονομίας. Επιπλέον, ένα αυτόνομο άτομο αποφασίζει και ενεργεί βάσει αποκλειστικά ορθολογικών λόγων - δηλαδή, οι επιλογές και οι ενέργειές του επηρεάζονται από το Λόγο, όχι από το συναίσθημα ή την κλίση. Επιπλέον, είναι απαλλαγμένο από σωματικούς ή ψυχολογικούς περιορισμούς, που επιβάλλονται από τον εαυτό του ή από άλλους, για να επιλέξει και να ενεργήσει. Εν ολίγοις, ένα υποκείμενο που πληροί τις απαιτήσεις αυτής της καντιανής έννοιας της αυτονομίας είναι αυτοπροσδιορισμένο με την έννοια ότι αποφασίζει και ενεργεί με βάση έγκυρους λόγους και αρχές όχι μόνο από τη δική του σκοπιά αλλά από τη σκοπιά όλων. Η σύγχρονη άποψη για την αυτονομία στη Βιοηθική έχει λίγα κοινά με το αρχικό Καντιανό μοντέλο. Με την πιο γενική έννοια, και οι δύο έννοιες μοιράζονται τη βασική ιδέα της αυτονομίας ως αυτοδιακυβέρνησης (κάποιου είδους). Αλλά η κατανόηση του Kant για αυτήν την βασική έννοια δεν είναι απλώς αυτοδιάθεση, αυτοέλεγχος, αυτοκατευθυνόμενη πράξη. Η Καντιανή θεώρηση της «αυτονομίας» σημαίνει, κυριολεκτικά, «αυτο-νομοθεσία» και συνδέεται απαραίτητα με την ηθική λογοδοσία. Άρα σύμφωνα με τον Kant η αυτονομία είναι μορφή έλλογης λογοδοσίας/αυτοδέσμευσης¹⁷.

Είναι ηθικά σωστό για τους επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης να παρεμβαίνουν στις αποφάσεις των ασθενών επειδή η απόφαση τους πάρθηκε με

¹⁷ Βλ. Mappes, T. & DeGrazia, D., 1996. *Biomedical Ethics*. 4η επιμ. Νέα Υόρκη: McGrawHill, Inc., σελ. 28.

εξαναγκασμό ή λήφθηκε ελλείπει κατάλληλων πληροφοριών. Εκεί η λύση είναι πρακτική και απλή: παρέχει ένα καλύτερο υποστηρικτικό περιβάλλον για αυτόνομη λήψη αποφάσεων. Είναι άλλο όμως να παρεμβαίνουμε σε μια απόφαση λόγω υποψίας ότι ο ασθενής πάσχει από αδυναμία θέλησης ή είναι παράλογος. Ακόμα κι αν είχαμε έναν αξιόπιστο τρόπο να αποδείξουμε την αδυναμία βούλησης ή το παράλογο του χαρακτήρα (που δεν τον έχουμε), φαίνεται ότι αυτές οι πηγές μη αυτονομίας σπάνια αποτελούν λόγο παρέμβασης σε επιλογές ή ενέργειες άλλων αυτόνομων προσώπων.

Αντίθετα, εάν το άτομο είναι αυτόνομο και οι αποφάσεις του λαμβάνονται με βάση την αυθεντικότητα – που προϋποθέτει την ικανότητα επίγνωσης και ανεξαρτησίας βούλησης και την ικανότητα λήψης μιας ιατρικής απόφασης - τότε θα πρέπει να έχει τον έλεγχο των αποφάσεων της ζωής του, συμπεριλαμβανομένων εκείνων των συγκεκριμένων αποφάσεων που μπορεί να είναι μη αυτόνομες με την έννοια ότι δεν λήφθηκαν σωστά. Ως απάντηση αυτού, μπορεί να υποστηριχθεί ότι αυτό ισχύει για περιπτώσεις όπου ο κίνδυνος βλάβης για τον ασθενή ή άλλους από την τήρηση της μη αυτόνομης απόφασης είναι χαμηλός ανάλογα με την συγκεκριμένη περίπτωση, αλλά σε ορισμένες άλλες περιπτώσεις εάν η απόφαση είναι αυτόνομη ή όχι είναι κρίσιμης σημασίας. Έτσι, για παράδειγμα, μπορεί να υποστηρίξει κανείς ότι η απόφαση του ασθενή να μην υποβληθεί σε θεραπεία δεν πρέπει να τηρείται μόνο και μόνο επειδή είναι μη αυτόνομη. Η πρακτική ηθική σύγκρουση σε αυτήν την περίπτωση λογικά ερμηνεύεται ως σύγκρουση μεταξύ του σεβασμού του αυτόνομου ασθενούς με το μη εξαναγκασμό ή τον εξαναγκασμό της θεραπείας και την προστασία του από απειλητικές για τη ζωή βλάβες.

Πρέπει να βασιστούμε στην ικανότητα του ιατρικού προσωπικού και του ασθενούς για την λήψη συγκεκριμένων αποφάσεων σχετικά με την ιατρική περίθαλψη. Από τη μια μεριά οι ιατροί έχουν υποχρέωση να προστατεύουν τη ζωή, εντός των ορίων του δικαιώματος του ασθενούς στη φυσική αυτονομία και στη δύναμη λήψης αποφάσεων αλλά επίσης πρέπει να διασφαλίσουν ότι οι ασθενείς συμμετέχουν στη θεραπεία με την πλήρη και ενημερωμένη συγκατάθεσή τους. Ταυτόχρονα πρέπει να σέβονται τις πεποιθήσεις και τις απόψεις των ασθενών τους, ακόμη και αν διαφέρουν από τις δικές τους, και να μην αναγκάζουν κανέναν ασθενή να προσυπογράψει μια οποιαδήποτε πεποίθηση ή γνώμη που δεν τους ανήκει. Τέλος, οι ιατροί έχουν την ευθύνη να ακούσουν τους ασθενείς τους και να λάβουν υπόψη τις απόψεις τους πριν

διαμορφώσουν τη δική τους άποψη. Από την άλλη μεριά, ο ασθενής έχει το δικαίωμα αφού ενημερωθεί για την κατάσταση της υγείας του, να συμφωνήσει με τη θεραπεία που του προτείνεται ή να διαφωνήσει μ' αυτήν και να μη δεχθεί θεραπεία. Επίσης ο ασθενής έχει δικαίωμα να πεθάνει με αξιοπρέπεια και να αναμένει πνευματική και ψυχική στήριξη από το ιατρό του, την οποία όμως μπορεί κατόπιν και να αρνηθεί εφόσον δεν πιστεύει ότι συνάδει με τις προσωπικές του πεποιθήσεις και αξίες¹⁸.

Η καλύτερη λύση είναι να επαναπροσδιορίσουμε τον «σεβασμό της αυτονομίας» στην ιατρική ηθική ως υποστήριξη των συνθηκών που ευνοούν τη λήψη αυτόνομων αποφάσεων από τη μία πλευρά και την τήρηση των αποφάσεων των αυτόνομων προσώπων που λαμβάνονται υπό αυτές τις συνθήκες από την άλλη. Η έμφαση δεν πρέπει να δίνεται στο αν η ίδια η απόφαση είναι αυτόνομη, αλλά στο: (1) κατά πόσον έχει υπάρξει επαρκής θετική υποστήριξη για αυτόνομη λήψη αποφάσεων μαζί με την έλλειψη συνθηκών που υπονομεύουν μια τέτοια αυτόνομη λήψη αποφάσεων και (2) αν υπάρχουν συγκρούσεις μεταξύ της τήρησης της απόφασης του αυτόνομου ατόμου και άλλες αξίες (π.χ. ευημερία του ασθενούς ή προστασία του ασθενούς ή / και άλλων από βλάβη). (3) στον θετικό ρόλο του «σεβασμού της αυτονομίας» του ατόμου όσον αφορά τις προσπάθειες που αντικατοπτρίζεται στη δημιουργία ενός περιβάλλοντος ευνοϊκού για την αυτόνομη λήψη αποφάσεων. Αν και ένας από τους τρόπους που δείχνουμε σεβασμό σε ένα άτομο είναι να τηρούμε τις επιλογές του/της, δεν χρειάζεται να γίνονται σεβαστές οι μη αυτόνομες επιλογές του/της (ακόμα κι αν πρέπει να τηρούνται) (Katz, 1984).

4.1.2 Η αρχή της μη βλάβης

Η αρχή της μη βλάβης διατυπώθηκε από τον φιλόσοφο J. S. Mill ως εξής: *«Ο μόνος λόγος για τον οποίο η εξουσία μπορεί να ασκηθεί έννομα σε οποιοδήποτε μέλος μιας πολιτισμένης κοινότητας, κατά της θέλησής του, είναι να αποτρέψει βλάβες σε άλλους.*

¹⁸ Βλ. 1996 Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική που υιοθετήθηκε από το Συμβούλιο της Ευρώπης, 1997 Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική του Συμβουλίου της Ευρώπης που άνοιξε για υπογραφή στο Οβιέδο και Νόμος υπ' αριθμ.2619/1998 «Κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής: Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη Βιοϊατρική» (ΦΕΚ Τεύχος Α' 132/19-6-1998).

Το δικό του καλό, είτε φυσικό είτε ηθικό, δεν είναι επαρκές ένταλμα» (Mill, 1859/1977, p. 223). Παρακάτω, ο Mill διακρίνει αυτό που «αφορά άλλους» από αυτό που αφορά μόνο τον ίδιο τον βλάπτοντα (1859/1977, p. 224). Επιπλέον, αποκαλεί τις ενέργειες «αυτοαναφερόμενες» όταν δεν επηρεάζουν ή τουλάχιστον δεν βλάπτουν άμεσα τους άλλους. Οι πράξεις αυτές, εάν επηρεάζουν τους άλλους, το κάνουν μόνο έμμεσα (1859/1977, p. 281).

Μια σημαντική προϋπόθεση είναι ότι η Μιλλιανή θεώρηση της αρχής της μη βλάβης αφορά στην πραγματικότητα τους λόγους που μπορεί να δοθούν για παρέμβαση στις ενέργειες των άλλων, παρά για το ποιες είναι αυτές οι πράξεις που επιτρέπεται σύμφωνα με την αρχή μη βλάβης να επηρεαστούν (Skoruspki, 1989, p. 343). Εντούτοις, μια ενέργεια που δεν βλάπτει άμεσα τους άλλους μπορεί να χρειαστεί να εμποδιστεί προκειμένου να αποφευχθεί η πιθανή μελλοντική βλάβη από τις συνέπειες της (Bird, 2007, pp. 181-186).

Η κατανόηση της μη βλάβης βασίζεται στην ηθική πρόθεση ενός υπευθύνου να απέχει από να βλάψει ή να επιβάλει κίνδυνο βλάβης ή να αποτρέψει τραυματισμούς σε άλλους. Η έννοια της αρχής της μη βλάβης είναι ευρεία και αποτελεί ευρύ αντικείμενο συζήτησης της σχετικής βιβλιογραφίας (Beauchamp & Childress, 1994; Andersson, et al., 2010; Al-Bar & Chamsi-Pasha, 2015, pp. 119-128; Paranhos, et al., 2015). Η πληθώρα των ορισμών της βλάβης περιλαμβάνει έννοιες της βλάβης όπως ενόχληση, εξευτελισμός, προσβολή ή πρόκληση δυσφορίας. Οι εννοιολογικές πτυχές της βλάβης περιλαμβάνουν την παρέμβαση στις ελευθερίες, την προστασία της ιδιωτικής ζωής, τη φήμη, την ιδιοκτησία κ.λπ. Οι Beauchamp και Childress (1994) αντιλαμβάνονται την βλάβη ως αποτροπή, ήττα ή ανατροπή των συμφερόντων του βλαπτόμενου¹⁹.

Με απλά λόγια, οι βλαβερές ενέργειες ενός ιατρού ενδέχεται να μην θεωρούνται ηθικά ή νομικά λανθασμένες υπό την προϋπόθεση ότι είναι ευθυγραμμισμένες με συγκεκριμένους κανόνες μη βλάβης ή δεν αντιτίθενται σε άλλες ηθικές αρχές. Η πρόκληση κάποιας βλάβης για να ωφελήσει τον ασθενή μπορεί να είναι επιθυμητή, απαραίτητη και αιτιολογημένη. Οι γιατροί αντιμετωπίζουν συχνά σοβαρά ηθικά διλήμματα στα οποία πρέπει να καθορίσουν εάν η βλάβη που μπορεί να προκαλέσουν

¹⁹ Beauchamp, T. & Childress, J., 1994. Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press, σελ.193.

δικαιολογείται από την άποψη τυχόν σχετικών πιθανών οφελών για τον ασθενή (Walen, 2011).

Ως εκ τούτου, εναπόκειται στους κλινικούς ιατρούς να εκτιμήσουν τους κινδύνους ή την εμφάνιση ακούσιων και όμως προβλέψιμων ανεπιθύμητων ενεργειών μιας προκαθορισμένης παρέμβασης. Επιπλέον, ο ιατρός πρέπει να εκτιμήσει τα οφέλη της παρέμβασης κυρίως στον ασθενή, προτού εξετάσει άλλες πιθανές παρεμβάσεις. Οπλισμένοι με αυτά τα στοιχεία, είναι υποχρεωτικό για τους κλινικούς ιατρούς να εξισορροπήσουν τα αναμενόμενα οφέλη έναντι κινδύνων και βλαβών όπως αξιολογούνται από τους ασθενείς, την κοινωνία και τους ιατρούς.

4.2 Ποια τα βιοηθικά ζητήματα που απορρέουν από την εννοιολόγηση αυτή και πώς αυτά σχετίζονται υπό το πλαίσιο της καντιανής θεώρησης της ηθικής;

Ωστόσο, με την εννοιολόγηση αυτή προκύπτουν ζητήματα και αναπτύσσονται αντιπαραθέσεις σχετικά με το ποια είναι και πώς ιεραρχούνται τα πρότυπα αυτά (Tsinorema, 2015).

Η πραγμάτευση και η εξισορρόπηση των αντικρουόμενων ηθικών αρχών που επεξηγούνται από τους Beauchamp και Childress (1994; 2018) έχουν επικριθεί από πολλούς ερευνητές. Υπάρχει ένα πλουραλιστικό στοιχείο στην προσέγγιση Beauchamp και Childress, η οποία εκδηλώνεται, εν μέρει, από το γεγονός ότι η προσέγγιση αποφεύγει μια ενιαία γενική αρχή προτείνοντας τις τέσσερις ηθικές αρχές χωρίς να ξεχωρίζει μια από αυτές ως μεγαλύτερης σημασίας. Αυτό οδήγησε ορισμένους να επικρίνουν την προσέγγιση Beauchamp και Childress για μια φερόμενη έλλειψη συστηματικότητας (Gert, et al., 2006).

Χωρίς σαφή ιεράρχηση των αρχών, η προσέγγιση με επίκεντρο τις αρχές του Beauchamp και του Childress στερείται αυστηρότητας και αφήνει μεγάλο περιθώριο για διαισθητικές κρίσεις σε περιπτώσεις όπου οι αρχές έρχονται σε σύγκρουση μεταξύ

τους²⁰. Ο McMillan (2018) ισχυρίζεται ότι η προσέγγιση των Beauchamp και Childress δυσχεραίνει τον προβληματισμό για πραγματικά ζητήματα. Οι μέθοδοι με επίκεντρο τις αρχές δεν μπορούν να οδηγήσουν στη διατύπωση αιτιολογημένων πεποιθήσεων για ηθικά προβλήματα και η προσέγγιση των τεσσάρων αρχών εμποδίζει την τεκμηρίωση λύσεων σε πρακτικά ερωτήματα²¹.

Από την τρίτη έκδοση του έργου τους (1989), η πηγή των τεσσάρων αρχών δεν θεωρείται κάποια θεωρία αλλά η κοινή ηθική. Για το Beauchamp και το Childress, η κοινή ηθική είναι αυτή που θεωρούν καθολική ηθική (2019). Το περιεχόμενο της κοινής ηθικής υπαγορεύεται από τους πρωταρχικούς στόχους της ηθικής, οι οποίοι περιλαμβάνουν, για παράδειγμα, τη βελτίωση της ανθρώπινης δυστυχίας. Περιλαμβάνει ορισμένους κανόνες υποχρέωσης («να λες πάντα την αλήθεια», «να τηρείς πάντα τις υποσχέσεις σου» κ.λπ.) και υποστηρίζει τα καθιερωμένα πρότυπα ηθικού χαρακτήρα, όπως πχ. η ειλικρίνεια και η ακεραιότητα²².

Είναι σημαντικό ότι η αρχή της κοινής ηθικής αυτής έχει καθιερωθεί ιστορικά, μέσω της επιτυχίας των σχετικών κανόνων της στην προώθηση της ανθρώπινης προόδου. Ωστόσο, οι κανόνες της πρέπει να εφαρμόζονται καθολικά. Οι ίδιοι οι Beauchamp και Childress (2019) αποδίδουν στην κοινή ηθική ένα ιδιαίτερο μέρος στην προσέγγισή τους, ένα μέρος προστατευμένο από τις περιπλοκές αναζήτησης συνοχής και συνάφειας με το κοινωνικό συγκείμενο που διέπουν τις προσεγγίσεις που βασίζονται σε μια συστηματική θεωρία²³.

²⁰ Arras, John D., 2007, “The Way We Reason Now: Reflective Equilibrium in Bioethics”, in *Oxford Handbook of Bioethics*, Bonnie Steinbock (επ.), Νέα Υόρκη: Oxford University Press, σσ. 6-9.

²¹ McMillan, John, 2018, *The Methods of Bioethics: An Essay in Meta-Bioethics* Νέα Υόρκη: Oxford University Press, σσ 51-53.

²² Arras, John D., 2007, ο.π. σσ. 21-23.

²³ Arras, John D., 2007, ο.π. σελ. 23. και Beauchamp, Tom L. και James F. Childress 2019, “Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary”, *The American Journal of Bioethics*, 19(11): 9–12, σελ. 11.

Κεφάλαιο 5ο Συζήτηση

Από τη φύση τους, τα ηθικά διλήμματα στη θεραπεία ασθενών με ΔΔ είναι γεμάτα αμφισημία και πολυπλοκότητα, επειδή είναι ασαφές ποιες από τις εκάστοτε διαθέσιμες επιλογές θα αποβούν τελικά ως οι καλύτερες αποφάσεις. Στην πραγματικότητα, μπορούν να ληφθούν διαφορετικές ηθικά αποδεκτές αποφάσεις ανάλογα με τις περιστάσεις και το πλαίσιο κάθε κατάστασης. Ακολουθώντας τη συλλογιστική του Tjeltveit (2006), η ευεργετική συμπεριφορά περιλαμβάνει τον σεβασμό της ατομικής επιλογής και της αυτονομίας. Στην καρδιά του διλήμματος οι κλινικοί γιατροί είναι διχασμένοι μεταξύ αντικρουόμενων ηθικών αρχών και των ανταγωνιστικών απαιτήσεων των ασθενών τους και των ενδιαφερόμενων αγαπητών τους ασθενών. Όσον αφορά τις αντικρουόμενες ηθικές αρχές, οι κλινικοί ιατροί δεσμεύονται από το καθήκον τους να προστατεύουν την υγεία και την ευημερία των ασθενών όταν γνωρίζουν ότι οι ασθενείς τους βρίσκονται σε άμεσο κίνδυνο θανάτου ή σε σοβαρό, μη αναστρέψιμο ιατρικό κίνδυνο. Από την άλλη πλευρά, οι κλινικοί γιατροί είναι υποχρεωμένοι να σέβονται την προσωπική αυτονομία των ασθενών, τις επιθυμίες τους σχετικά με τη θεραπεία και να χρησιμοποιούν τις όσο το δυνατόν λιγότερο περιοριστικές παρεμβάσεις (Fedyszyn & Sullivan, 2007).

Οι Goldner και συν. (1997) επιδιώκουν μια ισορροπία μεταξύ του σεβασμού των δικαιωμάτων των ασθενών και της προσφοράς βέλτιστης μεταχείρισης. Οι ερευνητές προτείνουν τη συμμετοχή του ασθενή σε μια ειλικρινή συζήτηση σχετικά με τους λόγους απόρριψης ή αντίστασης στη θεραπεία, παρέχοντας εξηγήσεις για τη συνιστώμενη θεραπεία και όντας πρόθυμοι να διαπραγματευτούν με τον ασθενή σχετικά με ορισμένες πτυχές της θεραπείας. Ο σχεδιασμός της θεραπείας πρέπει να είναι προληπτικός, ώστε τόσο οι ασθενείς όσο και οι κλινικοί ιατροί να γνωρίζουν εκ των προτέρων πώς θα αντιμετωπιστούν οι πιθανές κρίσεις.

Η διαφανής και ειλικρινής παρουσίαση του σκεπτικού για τη θεραπεία και η διαδικασία λήψης αποφάσεων αυξάνει την εμπιστοσύνη και ενισχύει τη θεραπευτική συμμαχία. Τέλος, το κίνητρο των ασθενών να αλλάξουν τις διατροφικές τους συνήθειες και η προθυμία να συμμετάσχουν σε θεραπεία που συνεπάγεται αύξηση βάρους μπορεί να ενισχυθεί μέσω τεχνικών κινητοποίησης που χρησιμοποιούν την διενέργεια

συνεντεύξεων με σκοπό της δέσμευσης με άτομα τα οποία ο ασθενής επιθυμεί να συμμετάσχουν στην κοινή απόφαση επειδή είναι σημαντικά για τη ζωή του. Όλες αυτές οι στρατηγικές μπορούν να μειώσουν την αίσθηση της χειραγώγησης στην οποία πολλές φορές υποβάλλεται ο/η ασθενής.

5.1 Πιθανές περιπτώσεις που ίσως οι ασθενείς με σοβαρές ΔΔ θα έπρεπε να υποβληθούν σε ακούσια θεραπεία

Παρόλο που το πραγματικό τμήμα του πληθυσμού με ΔΔ που είναι σε αρκούντως σοβαρή κατάσταση ώστε να απαιτεί ακούσια δέσμευση είναι αρκετά μικρό (Watson, et al., 2000), η πιθανότητα να προκύψει η ανάγκη λήψης μιας παρόμοιας απόφασης να για τον ειδικό στις ΔΔ είναι τόσο μεγάλη που μοιάζει αναπόφευκτη.

Περιορισμένη προηγούμενη έρευνα έχει διερευνήσει τις συνθήκες υπό τις οποίες οι κλινικοί ιατροί επιδιώκουν νομική δέσμευση, αλλά υπήρξε αρκετή συναίνεση για τους παράγοντες που συνήθως ξεχωρίζουν ως σημαντικοί στην καθοδήγηση της απόφασης. Σε αυτούς περιλαμβάνονται: (1) ο τρέχων κίνδυνος για την υγεία του ασθενή (αξιολογείται από τον δείκτη μάζας σώματος ή τον κίνδυνο του συνδρόμου επανατροφοδότησης), (2) η χρονική διάρκεια της ασθένειας, και ο αριθμός προηγούμενων περιόδων νοσηλείας · και (3) μια περίπλοκη ψυχιατρική ανάλυση, συμπεριλαμβανομένης της συννοσηρότητας άλλων ψυχιατρικών ή / και ιστορικού ψυχικών τραυμάτων (Carney et al., 2008; (Watson, et al., 2000; Carney, et al., 2008).

Ίσως το πιο ενοχλητικό ηθικό δίλημμα που αντιμετωπίζουν οι πάροχοι θεραπείας περιλαμβάνει να αποφασιστεί πότε ένας ασθενής με ΔΔ θεωρείται ότι έχει ιατρικά συμβιβαστεί αρκετά ώστε να δικαιολογείται η υποχρεωτική θεραπεία. Οι πάροχοι θεραπείας αναμετρώνται με το σημαντικό νομικό και ηθικό ζήτημα για το πότε, εάν υπάρχει αυτή η περίπτωση, οποιοδήποτε άτομο πρέπει να υποχρεώνεται σε θεραπεία κατά της θέλησής του. Παρότι αυτό το πρόβλημα έχει ερευνηθεί εκτενώς, δεν υπάρχει οριστική επίλυση του προβληματικού ηθικού διλήμματος της ακούσιας θεραπείας για τον σοβαρά διατροφικά διαταραγμένο ασθενή (Andersen, 2007).

Ζητήματα που σχετίζονται με την αυτονομία του ασθενούς μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως λόγος τόσο για όσο και κατά της ακούσιας θεραπείας. Η αποκατάσταση της αυτονομίας σε μη αυτόνομους ασθενείς πραγματοποιείται ως

στόχος για θεραπεία, κυρίως σε περιπτώσεις ψύχωσης. Ο σεβασμός για προσωπικές αποφάσεις θεωρείται ότι αποτελεί **ηθικό** λόγο κατά της υποχρεωτικής θεραπείας, κυρίως σε περιπτώσεις σωματικών διαταραχών (Sjöstrand, et al., 2013). Συχνά υποτίθεται ότι οι ασθενείς που χρειάζονται υποχρεωτική θεραπεία είναι επίσης ανίκανοι να αποφασίσουν (Bilanakis, et al., 2014). Ωστόσο, η έλλειψη ικανότητας λήψης αποφάσεων δεν αποτελεί σημαντικό κριτήριο για το πότε δικαιολογείται η υποχρεωτική μεταχείριση. Έτσι, μπορεί να υποστηριχθεί ότι οι κύριες ηθικές αρχές που διέπουν τη συλλογιστική των επαγγελματιών υγείας είναι περισσότερο η προώθηση του καλού (ή του ευεργετικού) και η πρόληψη της βλάβης, παρά ο σεβασμός της αυτονομίας (Feiring & Ugstad, 2014).

Μια ενδιαφέρουσα γραμμή σκέψης είναι η ιδέα της θεραπείας να είναι κάτι που ο ασθενής θα συναινεί υποθετικά ή ιδανικά. Σε μια πρόσφατη μελέτη ψυχιατρικών εσωτερικών ασθενών, οι περισσότεροι ασθενείς που ανέκτησαν την ικανότητα τους μετά από θεραπεία, ενέκριναν αναδρομικά τις αποφάσεις θεραπείας που έλαβαν για λογαριασμό τους όταν ήταν ανίκανοι να αποφασίσουν (Owen, et al., 2009).

Επομένως, μπορεί να υποστηριχθεί ότι, παρόλο που ο ασθενής υπό τις τρέχουσες συνθήκες απορρίπτει τη θεραπεία, ο «αληθινός» (δηλαδή ψυχικά υγιής ή ικανός από απόψεως) εαυτός του θα συναινέσει σε αυτήν. Αυτή η ιδέα σχετίζεται με μια συνεχιζόμενη συζήτηση σχετικά με το ρόλο της αυθεντικότητας στην προσωπική αυτονομία. Στη βιοηθική συζήτηση, υποστηρίχθηκε ότι το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί δικαιολογημένα να παρακάμψει αποφάσεις που είναι ανεπαρκώς αυτόνομες προκειμένου να προστατεύσει τα «αληθινά» συμφέροντα ενός ασθενούς (Sjöstrand, et al., 2013; Ahlin Marceta, 2018).

Ένα πρόβλημα είναι ότι θα μπορούσε να υποστηρίζεται λίγο πολύ ότι ένας ασθενής θα είχε λάβει άλλη απόφαση, αν οι περιστάσεις ήταν διαφορετικές, ή εάν δεν είχαν αρρωστήσει. Ωστόσο, εάν οποιαδήποτε φαινομενικά ακατάλληλη απόφαση μπορεί να χαρακτηριστεί ως μη αυθεντική και ως εκ τούτου άκυρη, η αρχή του σεβασμού της αυτονομίας θα στερείται κανονιστικής ισχύος (Conly, 2012).

Οι επαγγελματίες που υποστηρίζουν την νομική ή / και την ιατρική παρέμβαση υποστηρίζουν την ακούσια θεραπεία για να αποτρέψουν τους ασθενείς από το να γίνουν μια άλλη στατιστική θνησιμότητας, η οποία ανέρχεται σε 10–19% (για την

ανορεξία) - η υψηλότερη από όλες τις ψυχιατρικές καταστάσεις (Andersen, 2007). Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που υποστηρίζουν την υποχρεωτική και ακούσια νοσηλεία σε ασθενείς με σοβαρές ΔΔ υποστηρίζουν ότι η δομή και η στενή παρακολούθηση είναι απαραίτητη στους ασθενείς για να υπερνικήσουν τις ΔΔ και να βοηθήσουν τους ασθενείς να διαμορφώσουν υγιέστερες συνήθειες (Bentovim, 2000; Werth et al., 2003).

Οι Watson και συν. (2000) σε ένα πρόγραμμα ασθενών που νοσηλεύονται ως εσωτερικοί σε μια μονάδα θεραπείας διαπίστωσαν ότι οι ακούσια υποχρεωμένοι σε θεραπεία ασθενείς παρουσίασαν παρόμοια βραχυπρόθεσμα ποσοστά αύξησης βάρους σε σχέση με εκείνους που ακολούθησαν την θεραπεία εθελοντικά. Επιπλέον, οι περισσότεροι ακούσιοι ασθενείς ανέφεραν αναδρομικά ότι αναγνώριζαν ότι χρειαζόνταν θεραπεία και έδειξαν μια πιο θετική στάση προς τη θεραπεία τους. Οι υποστηρικτές της υποχρεωτικής θεραπείας σε ορισμένες περιπτώσεις αναφέρουν ότι οι ασθενείς συχνά θέλουν να καταναλώνουν τροφή ανεξέλεγκτα και να απέχουν από τους περιορισμούς και / ή τον έλεγχο της συμπεριφοράς, ωστόσο η επίμονη παραμονή της συμπτωματολογίας τους τους εμποδίζει να το πράξουν (Tan, et al., 2003).

Αντίθετα, οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας που υποστηρίζουν την εκούσια θεραπεία αναγνωρίζουν καταρχάς ότι η ακούσια θεραπεία παρατείνει τη ζωή, δίνουν όμως έμφαση στο γεγονός ότι μακροπρόθεσμα μπορεί στην πραγματικότητα να αποβεί πιο καταστροφική και αντιπαραγωγική για την αυτονομία του ασθενή, αφήνοντας τον/την με μια αίσθηση ότι βρίσκεται εκτός ελέγχου και απελπισμένος/η να καταλήγει να καταφεύγει σε πιο δραστικά μέτρα για να επιστρέψει στο προηγούμενο βάρος του μετά από την έξοδο από το νοσοκομείο (Ramsay, et al., 1999; Tan, et al., 2010; Túry, et al., 2019).

Επιπλέον, όσοι αντιτίθενται στην ακούσια θεραπεία υποστηρίζουν ότι μια τέτοια θεραπεία δεν είναι θεραπευτική και ενδεικτική της μεγαλύτερης διάρκειας και του αυξημένου κινδύνου αυτοκτονίας (Birmingham, et al., 2005). Ένα σημαντικό δόγμα από εκείνους κατά της ακούσιας θεραπείας περιλαμβάνει τη ρήξη της θεραπευτικής συμμαχίας και τη μειωμένη πιθανότητα αναζήτησης μεταγενέστερης θεραπείας μετά από μια υποχρεωτική εισαγωγή (Túry, et al., 2019).

Το κατά πόσον ένα άτομο πρέπει να εξαναγκαστεί σε θεραπεία παρά την εκπεφρασμένη βούλησή του μπορεί πράγματι να εξακριβωθεί καλύτερα από τους ψυχιάτρους, αλλά η αναγκαιότητα του εξαναγκασμού δεν πρέπει απαραίτητα να εξομοιωθεί με τη λειτουργική ικανότητα λήψης ιατρικών αποφάσεων. Η διάγνωση των ψυχολόγων και ψυχιάτρων είναι απαραίτητη αλλά όχι δεσμευτική.

5.2 Εμπειρικά στοιχεία σχετικά με την ακούσια θεραπεία

Παρόμοια με τις αποκλίνουσες απόψεις των επαγγελματιών σχετικά με τη λειτουργία και την αξία της ακούσιας θεραπείας, η έρευνα δείχνει ότι οι ασθενείς με ψυχαναγκαστική διατροφική διαταραχή ποικίλλουν ως προς την αντιληπτή ανάγκη για ακούσια θεραπεία. Οι υποστηρικτές της υποχρεωτικής θεραπείας ισχυρίζονται ότι οι περισσότεροι ασθενείς που αρχικά ήταν αρνητικοί στην ακούσια θεραπεία τελικά είναι πολύ ευγνώμονες για την επιμονή των φροντιστών τους και θα ήθελαν να αντιμετωπίζονται ξανά με παρόμοιο τρόπο (Goldner, et al., 1997; Watson, et al., 2000).

Ωστόσο, αυτό το επιχείρημα είναι σε μεγάλο βαθμό ανεπίσημο και απορρίφθηκε από ορισμένους επαγγελματίες επειδή παραβιάζει τις αρχές της αυτονομίας και την αρχή της συναίνεσης μετά από ενημέρωση (Fedyszyn & Sullivan, 2007; Carney, et al., 2008). Τα τελευταία χρόνια, ο ισχυρισμός ότι η υποχρεωτική θεραπεία βλάπτει ανεπανόρθωτα τη θεραπευτική συμμαχία και υπονομεύει την πιθανότητα αναζήτησης μελλοντικής θεραπείας έχει αποκτήσει αυξημένη αποδοχή (Fedyszyn & Sullivan, 2007) και εμπειρική υποστήριξη (Vandereycken & Vansteenkiste, 2009).

Συμπεράσματα

Με όλη την πολιτιστική και θρησκευτική ποικιλομορφία που υπάρχει στη σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη, μπορούμε να αναρωτηθούμε εάν πόσο σύνθετος καθίσταται ο διάλογος για ηθικά ζητήματα που φορούν στην ορθή εφαρμογή της σε βιοηθικό πλαίσιο. Ταυτόχρονα, γνωρίζουμε ότι η κατανόηση και η σωστή επικοινωνία είναι απαραίτητες εάν θέλουμε να επιλύσουμε τις ηθικές συγκρούσεις στην υγειονομική περίθαλψη προς ικανοποίηση όλων των εμπλεκόμενων μερών.

Όσον αφορά τις ΔΔ, η συνεισφορά της Βιοηθικής στην λήψη των σωστών αποφάσεων για την καλύτερη δυνατή πορεία θεραπείας είναι δεδομένη. Η μόνη διέξοδος από τα πιθανά διλήμματα της αυτονομίας ή της απόφασης για την εφαρμογή υποχρεωτικής ή μη θεραπείας, είναι η εξασφάλιση συνθηκών κατάλληλων για την υποστήριξη των ασθενών ώστε να λάβουν την σωστότερη δυνατή απόφαση. Οι συνθήκες αυτές προϋποθέτουν τον απόλυτο σεβασμό της συναίνεσης μετά από ενημέρωση και την θεώρηση του / της ασθενούς ως αυτόνομου αυτοπροσδιοριζόμενου ατόμου.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

Δραγώνα-Μονάχου, Μ. (2015). Ηθική και βιοηθική. Επιστήμη και Κοινωνία: Επιθεώρηση Πολιτικής και Ηθικής Θεωρίας, (8), σ. 1-26

Καντ, Ιμμάνουελ “Θεμελίωση της μεταφυσικής των ηθών”, μτφρ. Κ. Ανδρουλιδάκη, (2017), Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης, (τίτλος πρωτοτύπου “Grundlegung zur Metaphysik der Sitten”, 1785)

Σταυρούλα Τσινόρεμα, ‘Το πρόσωπο και η αρχή της προσωπικότητας στη νεότερη ηθική φιλοσοφία και τη βιοηθική», στο Μαρία Κανελλοπούλου-Μπότη & Φερενίκη Παναγοπούλου-Κουτνατζή (επιμ), ΒΙΟΗΘΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΙΙ-Το ανθρώπινο πρόσωπο Παπαζήση

Τσινόρεμα, Σ., 2006. Η Βιοηθική και η Σύγχρονη Κριτική της Πράξης Η Ηθική στην εποχή της Βιοτεχνολογίας. *Δευκαλίων*, 24 Δεκεμβρίου.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Askitoroulou H., Vgontzas A.N., “The relevance of the Hippocratic Oath to the ethical and moral values of contemporary medicine. Part I: The Hippocratic Oath from antiquity to modern times”, Springer-Verlag GmbH Germany 2017.

Association Work Group on Eating Disorders, 2000. American Psychiatric. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Amer J Psych.*, Τόμος 157, pp. 1-39.

Ahlin Marceta, J., 2018. The impossibility of reliably determining the authenticity of desires: implications for informed consent. *Med Health Care and Philos*, Τόμος 21, pp. 43-50.

Ahlin Marceta, J., 2019. A non-ideal authenticity-based conceptualization of personal autonomy. *Med Health Care and Philos*, Τόμος 22, pp. 387-395.

- Al-Bar, M. & Chamsi-Pasha, H., 2015. *Non-maleficence Contemporary Bioethics*. s.l.:Springer.
- Andersen, A. E., 2007. Eating disorders and coercion. *American Journal of Psychiatry*, Τόμος 164, pp. 9-11.
- Andersson, G., Chapman, J. & Dekutoski, M., 2010. *Do no harm: the balance of "beneficence" and "non-maleficence"*. s.l.:LWW.
- Annas, G. J., 2018. Beyond Nazi War Crimes Experiments: The Voluntary Consent Requirement of the Nuremberg Code at 70. *American Journal of Public Health*, 108(1), pp. 42-46.
- Annas, G. J. & Grodine, M. A. επιμ., 1992. *The Nazi doctors and the Nuremberg code*. s.l.:s.n.
- Arras, J., 1991. Getting down to cases: the revival of casuistry in bioethics. *J Med Philos.*, Τόμος 16, p. 29.
- Arras, J. D., 2007. *The Way We Reason Now: Reflective Equilibrium in Bioethics*. Στο: B. Steinbock, επιμ. *Oxford Handbook of Bioethics*,. Νέα Υόρκη: Oxford University Press.
- Beauchamp, T. & Childress, J., 1994. *Principles of Biomedical Ethics*. 4η επιμ. s.l.:Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F., 2018. *Principles of Biomedical Ethics*. 8η επιμ. s.l.:Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F., 2019. Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. *The American Journal of Bioethics*, 19(11), pp. 9-12.
- Beecher, H. K., 1966. Ethics and Clinical Research. *NEW ENG. J. MED.*, Τόμος 274, p. 1354.
- Bilanakis, N. και συν., 2014. Medical Patients' Treatment Decision Making Capacity: A Report from a General Hospital in Greece. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, Τόμος 10, pp. 133-139.

- Bird, C., 2007. Harm versus Sovereignty: A Reply to Ripstein. *Philosophy & Public Affairs*, Τόμος 35, pp. 179-194.
- Birmingham, C. L. και συν., 2005. The mortality rate for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, Τόμος 38, pp. 143-146.
- Biskin, R. S. & Paris, J., 2012. Diagnosing borderline personality disorder. *CMAJ : Canadian Medical Association journal*, 184(16), pp. 1789-1794.
- Bornstein, R., 2001. A meta-analysis of the dependency eating disorder relationship: strength, specificity, and temporal stability. *J Psychopathol Behav*, Τόμος 23, pp. 151-162.
- Brandt, A. M., 1978. Racism and Research: The Tuskegee Syphilis Study. *HASTINGS CENTER REPORT*, Δεκέμβριος, Τόμος 8, pp. 21-29.
- Bremer, J. και συν., 1983. Toward an early recognition of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2(4), pp. 7-37.
- Broberg, A. & Nevenon, L., 2000. The emergence of eating disorders: An exploratory study. *European Eating Disorders Review*, Τόμος 8, pp. 279-292.
- Campbell, A., 2003. The virtues (and vices) of the four principles. *J Med Ethics*, Τόμος 29, pp. 292-296.
- Campbell, M., 2009. Drop-out from treatment for the eating disorders: a problem for clinicians and researchers. *Eur Eat Disord Rev*, Τόμος 17, pp. 239-242.
- Carney, T., Tait, D., Richardson, A. & Touyz, S., 2008. Why (and when) clinicians compel treatment of anorexia nervosa patient. *European Eating Disorders Review*, Τόμος 16, pp. 199-206.
- Cassin, S. & von Ranson, K., 2005. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clin Psychol Rev*, Τόμος 25, pp. 895-916.
- Charland, L., 2011. Decision-making capacity. Στο: E. Zalta, επιμ. *The Stanford encyclopedia of philosophy*. Stanford: Stanford University.
- Chen, Z., Jing, D. & Bath, K., 2006. Genetic variant BDNF (Val66Met) polymorphism alters anxiety-related behavior. *Science*, Οκτωβρίου 6, 314(5796), pp. 140-143.

- Christman, J., 2015. *Autonomy in Moral and Political Philosophy*, s.l.: s.n.
- Chua, S. N. & Koestner, R., 2008. A self-determination theory perspective on the role of autonomy in solitary behavior. *Journal of Social Psychology*, Τόμος 148, pp. 645-648.
- Clarke, J., Ramoz, N., Fladung, A. & Gorwood, P., 2016. Higher reward value of starvation imagery in anorexia nervosa and association with the Val66Met BDNF polymorphism. *Transl Psychiatry. Jun 7 2016;6(6):*, Ιουνίου 7.p. e829.
- Conly, S., 2012. *Against Autonomy Justifying Coercive Paternalism*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cottone, R. R., 2001. A social constructivism model of ethical decision-making in counseling. *Journal of Counseling and Development*, Τόμος 79, pp. 39-48.
- Cottone, R. R., 2012. Ethical decision making in mental health contexts: Representative models and an organizational framework. Στο: S. J. Knapp, M. C. Gottlieb, M. M. Handelsman & L. D. VandeCreek, επιμ. *APA handbook of ethics in psychology*. s.l.:APA , p. 99–121.
- Cottone, R. R. & Claus, R. E., 2000. Ethical decision-making models: A review of the literature. *Journal of Counseling and Development*, Τόμος 78, pp. 275-283.
- Cumella, E. & Kally, Z., 2008. Profile of 50 women with midlife onset eating disorders. *Eat Disord*, Τόμος 16, pp. 193-203.
- Davis, A. H., 1997. The ethics of caring: A collaborative approach to resolving ethical dilemmas. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, Τόμος 28, pp. 36-41.
- Deci, E. L., Koestner, R. & Ryan, R. M., 1999. A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bulletin*, Τόμος 125, pp. 627-688.
- Deci, E. & Ryan, M., 1985. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Νέα Υόρκη: Plenum.
- DeJong, H. και συν., 2013. Quality of life in anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorder not-otherwise-specified. *Journal of eating disorders*, 1(43).

Dellava, J. και συν., 2011. Impact of broadening definitions of anorexia nervosa on sample characteristics. *J Psychiatr Res.*, 45(5), pp. 691-698.

Dworkin, R., 1993. *Life's Dominion*. Νέα Υόρκη: Alfred A. Knopf.

Evelein, F., Korthagen, F. & Brekelmans, M., 2008. Fulfilment of the basic psychological needs of student teachers during their first teaching experiences. *Teaching & Teacher Education*, Τόμος 24, pp. 1137-1148.

Fairburn, C., Cooper, Z. & Shafran, R., 2003. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behav Res Ther*, Τόμος 41, pp. 509-528.

Farstad, S. M., McGeown, L. M. & von Ranson, K. M., 2016. Eating disorders and personality, 2004–2016: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, Τόμος 46, pp. 91-105.

Fedyszyn, I. E. & Sullivan, G. B., 2007. Ethical re-evaluation of contemporary treatments for anorexia nervosa: Is an aspirational stance possible in practice?. *Australian Psychologist*, Τόμος 42, pp. 198-211.

Feiring, E. & Ugstad, K., 2014. Interpretations of legal criteria for involuntary psychiatric admission: a qualitative analysis. *BMC Health Serv Res.*, Τόμος 14, p. 500.

Fogarty, S., Ramjan, L. & Hay, P., 2016. A systematic review and meta-synthesis of the effects and experience of mentoring in eating disorders and disordered eating. *Eating Behaviors*, Τόμος 21, pp. 66-75.

Fogarty, S. & Ramjan, L. M., 2016. Factors impacting treatment and recovery in Anorexia Nervosa: qualitative findings from an online questionnaire. *Journal of Eating Disorders*, 4(18).

Fowler, S. & Bulik, C., 1997. Family environment and psychiatric history in women with binge-eating disorder and obese controls. *Behav Change*, 14(2), pp. 106-112.

Fox, A., Larkin, M. & Leung, N., 2011. The personal meaning of eating disorder symptoms: an interpretative phenomenological analysis. *J Health Psychol.*, Ιανουάριος, 16(1), pp. 116-125.

Franko, D., Keshaviah, A., Eddy, K. & Krishna, M., 2013. A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, Τόμος 170, pp. 917-925.

Freyenhagen, F., 2009. Personal autonomy and mental capacity. *Psychiatry*, Τόμος 8, pp. 465-467.

García Gómez, A. & Monlezun, D., 2015. Casuistry. Στο: H. t. Have, επιμ. *Encyclopedia of Global Bioethics*. s.l.:Springer, pp. 1-12.

Garcia, J. G., Cartwright, B., Winston, S. M. & Borzuchowska, B., 2003. A transcultural integrative model for ethical decision making in counseling. *Journal of Counseling and Development*, Τόμος 81, pp. 268-277.

Gazzillo, F. και συν., 2013. Personality subtypes in adolescents with anorexia nervosa. *Compr Psychiatry*, Τόμος 54, pp. 702-712.

Gert, B., Culver, C. M. & Clouser, K. D., 2006. *Bioethics: A Systematic Approach*. 2η επιμ. .Νέα Υόρκη: Oxford University Press.

Giordano, S., 2016. *Understanding Eating Disorders: Conceptual and Ethical Issues in the Treatment of Anorexia and Bulimia Nervosa*. s.l.:Oxford University Press.

Goldner, E. M., Birmingham, C. L. & Smye, 1997. Addressing treatment refusal in anorexia nervosa: Clinical, ethical, and legal considerations. Στο: V. M. Garner & P. E. Garfinkel, επιμ. *Handbook of treatment for eating disorders*. Νέα Υόρκη: Guilford Press, p. 450– 461.

Gonzalez-Castro, T., Salas-Magana, M., Juarez-Rojop, I. & Lopez-Narvaez, M., 2017. Exploring the association between BDNF Val66Met polymorphism and suicidal behavior: Meta-analysis and systematic review. *J Psychiatr Res.*, Νοέμβριος, Τόμος 94, pp. 208-217.

Grigoriou-Serbanescu, M. και συν., 2003. Modest familial aggregation of eating disorders in restrictive anorexia nervosa with adolescent onset in a Romanian sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, Τόμος 12 (Suppl 1), pp. 147-153.

Hawkins, J. & Charland, L., 2020. Decision-making capacity. Στο: E. Zalta, επιμ. *The Stanford encyclopedia of philosophy*. Stanford: The Metaphysics Research Lab Stanford University.

Ho, E., Klenotich, S., McMurray, M. & Dulawa, S., 2016. Activity-Based Anorexia Alters the Expression of BDNF Transcripts in the Mesocorticolimbic Reward Circuit. *PLoS One*, 11(11), p. e0166756.

Hojat, M., Vergare, M. & Maxwell, K., 2009. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med.*, 84(9), pp. 1182-1191.

Hope, T., Tan, J., Stewart, A. & Fitzpatrick, R., 2011. Anorexia nervosa and the language of authenticity. *Hastings Cent Rep*, Τόμος 41, pp. 19-29.

Hudson, J., Lalonde, J. & Pindyck, L., 2006. Binge-eating disorder as a distinct familial phenotype in obese individuals. *Arch Gen Psychiatry*, 63(3), pp. 313-319.

Ingledeu, D., Markland, D. & Sheppard, K., 2004. Personality and selfdetermination of exercise behavior. *Personality and Individual Differences*, Τόμος 36, pp. 1921-1932.

Jahr, F., 1927. Bio-Ethik: Eine Umschau u"ber die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze. *Kosmos*, 24(1), pp. 2-4.

Jones, D., Grady, C. & Lederer, S., 2016. "Ethics and clinical Research": the 50th Anniversary of Beecher's bombshell. *N Engl J Med.*, 374(24), pp. 2393-2398.

Jonsen, A. R., 2000. *A short history of medical ethics*. Νέα Υόρκη: Oxford University Press.

Jonsen, A. R., 2005. *Bioethics beyond the headlines: Who lives? Who dies? Who decides?*. ΗΠΑ: Rowman & Littlefield.

Katz, J., 1984. *The Silent World of Doctor and Patient*. s.l.:s.n.

Katz, J., 1992. The Consent Principle of the Nuremberg Code: Its Significance Then and Now. Στο: G. J. Annas & M. A. Grodine, επιμ. *The Nazi doctors and the Nuremberg code*. s.l.:s.n.

Kendall, S., 2013. Anorexia Nervosa: The Diagnosis A Postmodern Ethics Contribution to the Bioethics Debate on Involuntary Treatment for Anorexia Nervosa. *Journal of bioethical inquiry*, Δεκέμβριος, 11(1), pp. 31-40.

Klump, K. και συν., 2009. Genetic and environmental influences on disordered eating: An adoption study. *J Abnorm Psychol.* 2009;118(4):797–805, 118(4), pp. 797-805.

Kocet, M. M. & Herlihy, B. J., 2014. Addressing value-based conflicts within the counseling relationship: A decision-making model. *Journal of Counseling & Development*, 92(2), pp. 180-186.

Krug, I. και συν., 2011. Redefining phenotypes in eating disorders based on personality: A latent profile analysis. *Psychiatry Research*, Τόμος 188, pp. 439-445.

Krugman, S., 1986. The Willowbrook Hepatitis Studies Revisited: Ethical Aspect. *REVIEWS OF INFECTIOUS DISEASES*, Ιανουάριος - Φεβρουάριος, 8(1).

Lavender, J. M. και συν., 2013. Personality-based subtypes of anorexia nervosa: Examining validity and utility using baseline clinical variables and ecological momentary assessment. *Behaviour Research and Therapy*, Τόμος 51, pp. 512-517.

Lederberg, M. S., 1997. Making a situational diagnosis: psychiatrists at the interface of psychiatry and ethics in the consultation/liason setting. *Psychosomatics*, Ιούλιος-Αύγουστος, 38(4), pp. 327-338.

Lilenfeld, L., Kaye, W. & Greeno, C., 1998. A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*, 55(7), pp. 603-610.

MacIntyre, A., 1994. Critical Remarks on The Sources of the Self. *Philosophy and Phenomenological Research*, Τόμος 54, pp. 187-190.

Macklin, R., 1999. *Against Relativism: Cultural Diversity and the Search for Ethical Universals in Medicine*. Νέα Υόρκη: Oxford University Press.

Manley, R. S., Smye, V. & Srikameswaran, S., 2001. Addressing complex ethical issues in the treatment of children and adolescents with eating disorders: Application of a framework for ethical decision-making. *European Eating Disorders Review*, Τόμος 9, pp. 144-155.

Manson, N. C. & O'Neill, O., 2007. *Rethinking Informed Consent in Bioethics*. s.l.:Cambridge University Press.

Mappes, T. & DeGrazia, D., 1996. *Biomedical Ethics*. 4η επιμ. Νέα Υόρκη: McGrawHill, Inc..

Merikangas, K., He, J. & Burstein, M., 2010. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49(10), pp. 980-989.

Mill, J. S., 1859/1977. On Liberty. Στο: J. M. Robson, επιμ. *Collected Works of John Stuart Mill. Essays on Politics and Society*. Λονδίνο: Routledge, pp. 213-310.

Mitchell, S., 1988. *Relational Concepts in Psychoanalysis*. Cambridge : Harvard University Press.

Mizui, T., Ishikawa, Y. & Kumanogoh, H., 2015. BDNF pro-peptide actions facilitate hippocampal LTD and are altered by the common BDNF polymorphism Val66Met. *Proc Natl Acad Sci U S A*, Ιουνίου 9, 112(23), pp. E3067-3074.

Mond, J., Hay, P. & Rodgers, B., 2007. Recurrent binge eating with and without the 'undue influence of weight or shape on self-evaluation': implications for the diagnosis of binge eating disorder. *Behav. Res. Ther.*, Τόμος 45, pp. 929-938.

Muramoto, O., 1998. Bioethics of the refusal of blood by Jehovah's Witnesses: Part 1. Should bioethical deliberation consider dissidents' views?. *J Med Ethics*, 24(4), pp. 223-230.

Neighbors, C., Rodriguez, L. & Rinker, D., 2015. Efficacy of personalized normative feedback as a brief intervention for college student gambling: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 83(3), pp. 500-511.

Ntoumanis, N., 2001. Empirical links between achievement goal theory and self-determination theory. *Journal of Sports Sciences*, Τόμος 19, pp. 397-409.

Nunes, R. & Rego, G., 2014. Priority setting in health care: A complementary approach. *Health Care Analysis*, Τόμος 22, pp. 292-303.

O'Neill, O., 1989. *Constructions of Reason: Explorations of Kant's Practical Philosophy*. Νέα Υόρκη: Cambridge University Press.

- O'Neill, O., 2002. *Autonomy and Trust in Bioethics*. s.l.:Gifford Lectures.
- Owen, G. και συν., 2009. Retrospective views of psychiatric in-patients regaining mental capacity. *Br J Psychiatry*, 195(5), pp. 403-407.
- Oxentenko, A., West, C. & Popkave, C., 2010. Time spent on clinical documentation: a survey of internal medicine residents and program directors. *Arch Intern Med.*, 170(4), pp. 377-380.
- Paranhos, F., Garrafa, V. & Melo, R., 2015. Critical analysis of the principle of benefit and harm. *Revista Bioética*, Τόμος 23, pp. 12-19.
- Pelletier, L. & Dion, S., 2007. An examination of general and specific motivational mechanisms for the relations between body dissatisfaction and eating disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, Τόμος 26, pp. 303-333.
- Pham-Schottez, A., Huas, C., Perez-Diaz, F. & Nordon, C., 2012. Why do people with eating disorders drop out from inpatient treatment? The role of personality factors. *J Nerv Ment Dis*, Τόμος 200, pp. 807-813.
- Polansky, R., 2001. "Phronesis" on Tour: Cultural Adaptability of Aristotelian Ethical Notions. *Kennedy Institute of Ethics journal*, Τόμος 10, pp. 323-336.
- Potter, V. R., 1971. *Bioethics: Bridge to the Future*. s.l.:Prentice-Hall.
- Pugno, M., 2008. Economics and the self: A formalisation of selfdetermination theory. *The Journal of Socio-Economics*, Τόμος 37, pp. 1331-1346.
- Ramsay, R., Ward, A., Treasure, J. & Russell, G., 1999. Compulsory treatment in anorexia nervosa. Short-term benefits and long-term mortality. *Br J Psychiatry*, Αύγουστος, Τόμος 175, pp. 147-153.
- Rathner, G., 1998. A plea against compulsory treatment of anorexia nervosa patients. Στο: W. Vandereycken & P. J. V. Beumont, επιμ. *Treating eating disorders: Ethical, legal, and personal issues*. Νέα Υόρκη: New York University Press, p. 179–215 .
- Ribases, M., Gratacos, M. & Armengol, L., 2003. Met66 in the brain-derived neurotrophic factor (BDNF) precursor is associated with anorexia nervosa restrictive type. *Mol Psychiatry*, Αύγουστος, 8(8), pp. 745-751.

Rosenvinge, J., Martinussen, M. & Ostensen, E., 2000. The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eat Weight Disord*, Τόμος 5, pp. 52-61.

Rothman, D. & Rothman, S., 1984. *The Willowbrook Wars*. Cambridge: Harper Collins.

Ryan, R. & Deci, E., 2000. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, Τόμος 55, pp. 68-78.

Seeker, B., 1999. The appearance of Kant's deontology in contemporary Kantianism: concepts of patient autonomy in bioethics. *J Med Philos.*, Τόμος 24, pp. 43-66.

Shand, A. F., 1907. M. Ribot's Theory of the Passions. *Mind New Series*, Οκτώβριος, 16(64), pp. 477-505.

Sjöstrand, M., Eriksson, S., Juth, N. & Helgesson, G., 2013. Paternalism in the name of autonomy. *J Med Philos.*, 38(6), pp. 710-724.

Sjöstrand, M. & Juth, N., 2014. Authenticity and Psychiatric Disorder: Does Autonomy of Personal Preferences Matter?. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(1), pp. 115-122.

Skoruspki, J., 1989. *John Stuart Mill*. Λονδίνο: Routledge.

Smink, F., van Hoeken, D. & Hoek, H., 2012. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Curr Psychiatry Rep.*, 14(4), pp. 406-414.

Steinhausen, H., Jakobsen, H. & Helenius, D., 2014. A nation-wide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations. *Int J Eat Disord. Epub*, Απριλίου 29.

Stice, E., Marti, C., Shaw, H. & Jaconis, M., 2010. An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, sub-threshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), pp. 587-597.

Striegel-Moore, R. & Bulik, C., 2007. Risk factors for eating disorders. *Am. Psychol.*, Τόμος 62, pp. 181-198.

- Strober, M. και συν., 2000. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Am J Psychiatry*, 157(3), pp. 393-401.
- Tan, D., Hope, P., Stewart, D. & Fitzpatrick, P., 2006. Competence to make treatment decisions in anorexia nervosa: thinking processes and values. *Philos Psychiatry Psychol*, Τόμος 13, pp. 267-282.
- Tan, J. O. A., Stewart, A., Fitzpatrick, R. & Hope, T., 2010. Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(1), pp. 13-19.
- Tan, J. O., Hope, T. & Stewart, A., 2003. Competence to refuse treatment in anorexia nervosa. *International Journal of Law and Psychiatry*, Τόμος 26, pp. 697-707.
- Tan, J., Stewart, A. & Hope, T., 2009. *Treatment decision-making in anorexia nervosa: an empirical ethics research validation and dissemination project*, Penarth, Wales: Beacon Printers.
- Taylor, C., 1989. *Sources of the Self: The Making of Modern Identity*. Cambridge: Harvard University Press.
- Terrazzino, S., Cargnin, S. & Tassorelli, C., 2017. Brain-Derived Neurotrophic Factor Val66Met Gene Polymorphism Impacts on Migraine Susceptibility: A Meta-analysis of Case-Control Studies. *Front Neurol.*, Τόμος 8, p. 189.
- Thamby, A. & Khanna, S., 2019. The role of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Indian journal of psychiatry*, 61(Suppl 1), p. S114–S118.
- Thompson-Brenner, H., Eddy, K. T., Franko, D. L. & Herzog, D. B., 2008. A personality classification system for eating disorders: A longitudinal study.. *Comprehensive Psychiatry*, Τόμος 49, pp. 551-560.
- Tjeltveit, A. C., 2006. To what ends? Psychotherapy goals and outcomes, the good life, and the principle of beneficence. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Τόμος 43, pp. 186-200.

Trace, S., Thornton, L. & Baker, J., 2013. A behavioral-genetic investigation of bulimia nervosa and its relationship with alcohol use disorder. *Psychiatry Res.*, 208(3), pp. 232-237.

Tsinorema, S., 2015. The Principle of Autonomy and the Ethics of Advance Directives. *Synthesis Philosophica*, 59(1/2015), pp. 73-88.

Turner, B. J. και συν., 2014. Personality profiles in eating disorders: Further evidence of the clinical utility of examining subtypes based on temperament. *Psychiatry Research*, Τόμος 219, pp. 157-165.

Túry, F., Szalai, T. & Szumska, I., 2019. Compulsory treatment in eating disorders: Control, provocation, and the coercion paradox. *J. Clin. Psychol. Special Issue: Novel perspectives on the Psychology and Psychotherapy of Eating Disorders*, 75(8), pp. 1444-1454.

Vandereycken, W., 2011. Can eating disorders become 'contagious' in group therapy and specialized inpatient care?. *Eur Eat Disord Rev*, Τόμος 19, pp. 289-295.

Vandereycken, W. & Vansteenkiste, M., 2009. Let eating disorder patients decide: Providing choice may reduce early drop-out from inpatient treatment. *European Eating Disorders Review*, 17, 177-183, Τόμος 17, pp. 177-183.

Vansteenkiste, M., Lens, W., Soenens, B. & Luyckx, K., 2006. Autonomy and relatedness among Chinese sojourners and applicants: Conflictual or independence predictors of well-being and adjustment?. *Motivation & Emotion*, Τόμος 30, pp. 273-282.

Vansteenkiste, M., Soenens, B. & Vandereycken, W., 2005. Motivation to change in eating disorder patients: A conceptual clarification on the basis of self-determination. *International Journal of Eating Disorders*, Τόμος 37, pp. 207-219.

Vitousek, K. M. & Stumpf, R. E., 2005. Difficulties in the Assessment of Personality Traits and Disorders in Eating-Disordered Individuals. *Eating Disorders. The Journal of Treatment & Prevention*, 13(1), pp. 37-90.

Walen, A., 2011. Choosing your reasons for an action: Moral permissibility, willful action, and the doctrine of double effect. *SSRN Electronic Journal*, Ιούλιος.

Watson, T. L., Bowers, W. A. & Andersen, A. E., 2000. Involuntary treatment of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, Τόμος 157, p. 1806–1810.

Weiten, W., 2011. *Psychology themes & variations*. 8η επιμ. s.l.:University of Nevada.

Welfel, E., 2015. *Ethics in counseling & psychotherapy*. s.l.:Cengage Learning.

Wentz, E. και συν., 2009. Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *Br J Psychiat*, Τόμος 194, pp. 168-174.

Westen, D. & Harnden-Fischer, J., 2001. Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between axis I and axis II. *The American Journal of Psychiatry*, Τόμος 158, pp. 547-562.

Whiteford, H. και συν., 2013. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, Τόμος 382, pp. 1575-1586.

White, L., 2018. The Need for Authenticity-Based Autonomy in Medical Ethics. *HealthCare Ethics Committee Forum*, 30(3), pp. 191-209.

Wilson, J., 2007. Is respect for autonomy defensible?. *Journal of Medical Ethics*, 33(6), pp. 353-356.

Zanarini, M. και συν., 2010. The course of eating disorders in patients with borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Int J Eat Disord*, Τόμος 43, pp. 226-232.

Zerwas, S., Lund, B. & Von Holle, A., 2013. Factors associated with recovery from anorexia nervosa. *J Psychiatr Res*, Τόμος 47, pp. 972-979.

Τσινόρεμα, Σ., 2006. Η Βιοηθική και η Σύγχρονη Κριτική της Πράξης Η Ηθική στην εποχή της Βιοτεχνολογίας. *Δευκαλίων*, Δεκεμβρίου 24.

Τσινόρεμα, Σ., 2020. *Ηθικές και κοινωνικές διαστάσεις της κοινωνικής έρευνας Αρχές και Θεσμοί*. [Ηλεκτρονικό]

Available at: <https://www.uom.gr/assets/site/public/nodes/7541/6092-TSINOREMA.pdf>

[Πρόσβαση 2021].

