

ΤΜΗΜΑ ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ · ΤΜΗΜΑ ΒΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΒΙΟΗΘΙΚΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ ΜΕ ΘΕΜΑ
«ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ»



Εξεταστική Επιτροπή:
(επιβλέπων) Μολύβας Γρηγόριος
Φιλαλήθης Αναστάσιος
Βασιλόγιαννης Φίλιππος

Χαραλάμπους Φ. Γεώργιος

Φεβρουάριος 2006

Περιεχόμενα

Πρόλογος

Ο Συνταγματικός Χαρακτήρας της Υποβοηθούμενης Αυτοκτονίας

- *Υπάρχει Συνταγματικά Προστατευμένο Δικαίωμα στην Αυτοκτονία;*
- *Το πρόσχημα της απόλυτης απαγόρευσης*

Λόγοι Απόλυτης Απαγόρευσης

- *Αθέμιτη Επιρροή*
- *Αποπλάνηση από Ιατρό*
- *‘Ολισθηρή Πλαγιά’*
- *Στάθμιση Κατάστασης*

Πιθανά Οφέλη της Νομιμοποίησης

- *Ανακούφιση από πόνο*
- *Καθησύχαση Ασθενούς*

Ασφαλιστικές Δικλείδες

- *Όρεγκον: ‘Αξιοπρεπής Θάνατος’*
- *Κριτική Αποτίμηση*

Εναλλακτικές Λύσεις

- *Εκούσια Διακοπή Λήψης Τροφής και Υγρών*
- *Terminal Sedation*
- *Διατήρηση Προϋπάρχουσας Κατάστασης*

Συμμετέχω και αφήνω να Πεθάνει: Πράξεις και Παραλείψεις

- Αρχή του Διπλού Αποτελέσματος
- Προάσπιση Δικαιώματος Συμμετοχής σε Ιατρική Αυτοκτονία
- Κριτική στην αρχή του Διπλού Αποτελέσματος
- *Pro tanto* λόγος

Συμμετοχή του Ιατρού

- Κατά της Συμμετοχής
- Υπέρ της Συμμετοχής
- Εφαρμογή της θεωρίας του Διπλού Αποτελέσματος
- Το καθήκον του ιατρού

Η Προάσπιση της Αξιοπρέπειας

- Το Κριτήριο της Αυτονομίας
- Η Κανονιστική Λειτουργία της Αυτονομίας
- Η Ιερότητα της Ζωής
- Αξιοπρέπεια
- Μία Πολυδιάστατη Ποιοτική Εκτίμηση
- Κοινωνικοί Λόγοι

Συμπερασματικά

Βιβλιογραφία

Πρόλογος

Η έννοια του θανάτου τα τελευταία χρόνια έχει αλλάξει ριζικά. Ο φυσικός θάνατος τουλάχιστον για την πλειονότητα των ενδονοσοκομειακών ασθενών δεν αποτελεί πια μία εφικτή πραγματικότητα. «Σύμφωνα με σχετική περιληπτική αναφορά που υποβλήθηκε στην υπόθεση Cruzan¹ από την American Hospital Association το, 70 τις εκατό από τα 1.3 εκατομμύρια άτομα που αποβιώνουν ετησίως στα νοσοκομεία στις Ηνωμένες Πολιτείες, πεθαίνουν από κάποια απόφαση που σχετίζεται με μη χρήση ή διακοπή ιατρικής παρέμβασης που συμβάλλει στη διατήρηση της ζωής».² Οι νέες κοινωνικές συνθήκες και τα επιστημονικά δεδομένα μάς φέρουν αντιμέτωπους με πρωτόγνωρα διλήμματα, τα οποία, αν και δεν συνιστούν σε γενικές γραμμές καινούριο φαινόμενο, δίνουν την αφορμή νέων προβληματισμών. Ο ιατρός έρχεται πλέον όλο και συχνότερα πρόσωπο με πρόσωπο με παρόμοιες καταστάσεις και σε πολλές περιπτώσεις βρίσκεται σε δίλημμα για το τι οφείλει να πράξει.

Η ιατρική συνδρομή στην αυτοκτονία δεν είναι μόνο φαινόμενο της εποχής μας. Ήδη γίνεται νύξη στον Όρκο του Ιπποκράτη για απαγόρευση της συμμετοχής του ιατρού σε παρόμοια διαδικασία. Παρά ταύτα, στην εποχή μας η ελαστικότητα με την οποία αντιλαμβανόμαστε έννοιες όπως η ζωή και ο θάνατος μας φέρνουν αναπόφευκτα αντιμέτωπους με μία αναθεώρηση των αντιλήψεων μας σχετικά με το τέλος της ζωής. Η πρακτική αναγκαιότητα μας επιβάλλει να αντιμετωπίσουμε αυτό που ο Derrida ονομάζει «απορία», οριοθετώντας το νόημα της ζωής, μέσα από την αναγνώριση της αξίας της, εντός των ορίων μίας κοινωνικής πραγματικότητας, που επιτάσσει την καθημερινή λήψη αποφάσεων σχετικά με την αρχή και το τέλος της ζωής.

Η αυτοκτονία, θεωρούμενη ως αυτόνομη πράξη συνδέεται με ένα από τα πιο δυσεπίλυτα ζητήματα που αφορούν τη θεωρητική ερμηνεία του νοήματος της ανθρώπινης ύπαρξης. Παρομοίως, η ιατρική συνδρομή στην αυτοκτονία ως

¹ Curzan v. Director, *Missouri Department of Health*, 497 U.S. 261. Το Ανώτατο Δικαστήριο των Ηνωμένων Πολιτειών αναγνώρισε με την απόφαση αυτή το συνταγματικό δικαίωμα του ασθενούς στη διακοπή εγκατεστημένης ιατρικής υποστήριξης, ακόμα κι αν έτσι προκληθεί κατά βέβαιο τρόπο ο θάνατός του.

² Stell, Lance K., “Physician-Assisted Suicide”, 225. Παρατίθεται στο National Center for State Courts, *Guidelines for State Court Decision Making in Authorizing or Withholding Life-Sustaining Medical Treatment*, St. Paul, MN: West Publishing Company, 1991, 13.

προέκταση πρακτικής εφαρμογής της ερμηνείας αυτής εγείρει παρόμοια θεωρητικά αλλά και πρακτικά ζητήματα, τα οποία επιτάσσουν ανάλογη αντιμετώπιση.

Η ιδιαιτερότητα του ζητήματος γίνεται φανερή από το γεγονός ότι η υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν μπορεί να αναχθεί στην γενικότερη κατηγορία συνδρομής στην αυτοκτονία, καθότι είναι φανερό ότι η ιδιαίτερη αυτή περίπτωση δεν υπάγεται στη γενικότερη νομική απαγόρευση συμμετοχής στην αυτοκτονία, που συνήθως προβλέπει ο ποινικός κώδικας διαφόρων χωρών και ο οποίος στην ελληνική νομοθεσία εμπίπτει στα αδικήματα κατά της ζωής. Αναπόφευκτα ορισμένες ακραίες τέτοιες περιπτώσεις ιατρικής συνδρομής δεν μπορούν να συνάδουν, έστω αβίαστα με τη λογική μας κρίση, με αυτό που θεωρείται ποινικά ή ακόμα και ηθικά επιλήψιμο. Αν και η υποβοήθηση στην αυτοκτονία θεωρείται ποινικό αδίκημα, η ιατρική συνδρομή στην αυτοκτονία αποτελεί μάλλον ένα εντελώς διαφορετικό ζήτημα.

Συνήθως οι περιπτώσεις στις οποίες αναφερόμαστε αφορούν ασθενείς σε τερματικό στάδιο που υποφέρουν από αφόρητους πόνους ή ανθρώπους με μεγάλο βαθμό αναπηρίας καθηλωμένους στο κρεβάτι ή αναπηρικό καροτσάκι, οι οποίοι έχουν περιέλθει σε μεγάλη ή σχεδόν απόλυτη εξάρτηση από τρίτους ή από μηχανήματα. Είναι αυτοί οι ίδιοι οι ασθενείς που ζητούν βοήθεια, ούτως ώστε να τερματίσουν με έναν καλύτερο τρόπο τη ζωή τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν άτομα πάσχοντα από καρκίνο τελικού σταδίου και βιώνουν εξαιρετικό πόνο ακόμα και στις πιο βασικές λειτουργίες τους, όπως όταν βήχουν, όταν καταπίνουν ή ακόμα και όταν χασμουριούνται, χωρίς να υπάρχει δυνατότητα ικανοποιητικής αντιμετώπισης του πόνου με αναλγητική θεραπεία και ταυτόχρονα διατήρηση των αισθήσεων.

Βέβαια, από το γεγονός και μόνο ότι πιθανώς αναγνωρίζουμε τις περιπτώσεις αυτές ως ιδιαίτερες, που δεν συνάδουν με μία γενικότερη αντίληψη απόρριψης της αυτοκτονίας, δεν βγαίνει το λογικό συμπέρασμα ότι οφείλουμε να αποδεχθούμε απερίφραστα την πρακτική εφαρμογή ενός δικαιώματος στην αυτοκτονία με ιατρική συνδρομή. Η πρακτική οριοθέτηση του ζητήματος αυτού επιβάλλει την αναγνώριση επιτακτικών κοινωνικών παραγόντων που πιθανώς να δικαιολογούν τον περιορισμό ή ακόμα και την απαγόρευση της εν λόγω διαδικασίας.

Στόχος του κειμένου που ακολουθεί είναι η παρουσίαση των θεμελιωδών προβλημάτων τα οποία θέτει η προοπτική της ιατρικής συνδρομής στην αυτοκτονία. Περιοριζόμενο στη σύντομη ανάλυση όλων των πτυχών του θέματος, το παρακάτω κείμενο επικεντρώνεται κυρίως στη διευκρίνιση των ουσιαστών πλευρών. Χωρίς να

ενστερνίζεται είτε την απόλυτη απαγόρευση είτε την πλήρη αποδοχή της Ιατρικής συνδρομής στην Αυτοκτονία, έχει ως κύριο μέλημα να γίνει σαφές ότι σημαντικότερο ρόλο στην αντιμετώπιση του ζητήματος αυτού παίζει όχι τόσο η αποδοχή της μίας ή της άλλης θέσης, αλλά κυρίως μία σωστή θεωρητική οριοθέτηση που να τοποθετεί υπό μία ορθή οπτική τα θεμέλια για κάθε μετέπειτα κρίση ή εκτίμηση.

Ο Συνταγματικός Χαρακτήρας της Υποβοηθούμενης Αυτοκτονίας

Τα τελευταία χρόνια έχει ενταθεί το ενδιαφέρον γύρω από το ζήτημα της ιατρικής συνδρομής στην αυτοκτονία· ένα ενδιαφέρον το οποίο πηγάζει κυρίως από την αύξηση των περιπτώσεων ασθενών σε τερματικό στάδιο θανατηφόρας ασθένειας και όχι μόνο, που απαιτούν να προβούν σε τερματισμό της ζωής τους με τη βοήθεια ιατρικού προσωπικού. Χαρακτηριστικές σχετικές περιπτώσεις αποτελούν δύο αποφάσεις που έφτασαν στο Ανώτατο Δικαστήριο των Ηνωμένων Πολιτειών και που ενέτειναν την απαίτηση για μία ευκρινέστερη νομοθετική ρύθμιση,³ με απώτερο σκοπό να προσδιοριστούν με ακρίβεια τόσο τα συνταγματικά δικαιώματα του κάθε πολίτη όσο και τα όρια δικαιοδοσίας του κράτους.

Η αυτοκτονία ως αυτόνομη πράξη αποτελεί σε γενικές γραμμές μία πράξη που βρίσκεται εκτός της εμβέλειας του νόμου. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι, τόσο στον Ελληνικό Ποινικό Κώδικά όσο και στις περισσότερες νομοθεσίες, δεν προβλέπεται πια ποινή για απόπειρα αυτοκτονίας. Κάτι τέτοιο εξάλλου θεωρείται ανούσιο από την στιγμή που έτσι και αλλιώς αυτός που επιθυμεί να αυτοκτονήσει οδηγείται με την θέληση του εκτός νόμου. Σύμφωνα και με τον Τσαϊτουρίδη «είναι ο νομικά εμμενής χαρακτήρας της αυτοκτονίας όσο και της ευθανασίας που προκαλούν απορία στη νομική σκέψη, καθώς κατ' ουσίαν συνιστούν και συνεπάγονται, ιδίως η αυτοκτονία, μία μορφή εθελούσιας εξόδου από τη νομική κοινότητα και παραίτησης από την (απονεμημένη) ιδιότητα του υποκειμένου δικαίου».⁴ Πάρα ταύτα η συμμετοχή στην αυτοκτονία διώκεται ποινικά στις περισσότερες χώρες, όπως για παράδειγμα και στην Ελλάδα με βάση το άρθρο 301.⁵

Η ιατρική συνδρομή στην αυτοκτονία εκ των πραγμάτων αποτελεί ένα εντελώς διαφορετικό ζήτημα, καθότι είναι αναγκαία η συμμετοχή ενός δημόσιου

³ Washington et al. v. Glucksberg et al. / Vacco et al. V. Quill et al.

⁴ Τσαϊτουρίδης, Χρήστος, «Η ευθανασία ως συνταγματικό δικαίωμα του ασθενούς», 45.

⁵ ΠΟΙΝΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ· Δέκατο Πέμπτο Κεφάλαιο· Εγκλήματα Κατά της Ζωής· Άρθρο 301· Συμμετοχή σε Αυτοκτονία· Όποιος με πρόθεση κατέπεισε άλλον να αυτοκτονήσει, αν τελέστηκε η αυτοκτονία ή έγινε απόπειρά της καθώς και όποιος έδωσε βοήθεια σε αυτή τιμωρείται με φυλάκιση. Πιο συγκεκριμένα, σχετικά με την ιατρική συνδρομή στην αυτοκτονία, σε πρόσφατο σχέδιο νόμου που κατατέθηκε στο Ελληνικό Κοινοβούλιο προς ψήφιση και το οποίο αναφέρεται στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, στο άρθρο 29 (Ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής) δηλώνεται σαφώς ότι «Ο ιατρός αναγνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται σε τελικό στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου.»

λειτουργού ο οποίος, ως τέτοιος, απαιτεί τη συγκατάθεση του κράτους για να προβεί στην επικείμενη πράξη. Εξαιτίας της αναγκαιότητας συγκατάθεσης του κράτους, οφείλουμε να διαπιστώσουμε αν πράγματι υπάρχει ένα παρόμοιο δικαίωμα και αν το δικαίωμα αυτό ενέχει ισχυρούς λόγους που να επιτάσσουν την εφαρμογή του.

Υπάρχει Συνταγματικά Προστατευμένο Δικαίωμα στην Αυτοκτονία;

Όπως προαναφέραμε το βασικότερο θέμα που τίθεται σχετικά με τη συνταγματικότητα της απαγόρευσης ή μη της ιατρικής συνδρομής στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι αν πράγματι υπάρχει ένα τέτοιο συνταγματικά προστατευμένο δικαίωμα. Οι απόψεις πάνω στο ζήτημα αυτό ποικίλλουν και πολλές φορές είναι εκ διαμέτρου αντίθετες. Όσοι αντίκεινται στο δικαίωμα αυτό υποστηρίζουν για παράδειγμα ότι δεν μπορούμε να αναγνωρίσουμε ένα δικαίωμα στη μη ζωή, από τη στιγμή κυρίως που το σύνταγμα μας προασπίζει την ιερότητα της ζωής. Από την άλλη οι υπέρμαχοι του δικαιώματος αυτού υποστηρίζουν ότι η επιλογή του θανάτου προασπίζεται από συντάγματα (για παράδειγμα στην 14^η Αναθεώρηση του Συντάγματος των Ηνωμένων Πολιτειών), καθότι αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της «προέκτασης» της προσωπικότητας μας. Υπάρχει βέβαια και η πιο συντηρητική στάση, την οποία τείνει να ακολουθεί και η πλειονότητα των δικαστικών αποφάσεων, που ενώ αποδέχεται ένα δικαίωμα τερματισμού της ζωής σε ορισμένες περιπτώσεις ενημερωμένων ασθενών που βρίσκονται σε τερματικό στάδιο θανατηφόρας ασθένειας, διατείνεται παρά ταύτα ότι το κράτος δεν μπορεί να περιορίσει ικανοποιητικά τις τυχόν αρνητικές συνέπειες της αποδοχής του δικαιώματος αυτού.

Κομβικό σημείο στην προσπάθεια διευκρίνισης του υπό μελέτη ζητήματος θεωρείται η συζήτηση γύρω από την αίτηση αναίρεσης των αποφάσεων δύο Εφετειών στο Ανώτατο Δικαστήριο των Ηνωμένων Πολιτειών (Ιανουάριος 1977), σχετικά με το δικαίωμα ασθενών που βρίσκονται σε καταληκτικό στάδιο ανίατης ασθένειας να συμβουλευτούν τον ιατρό τους για τον τρόπο τερματισμού της ζωής τους. Και τα δύο Εφετεία είχαν αποφανθεί ότι οι ασθενείς έχουν ένα συνταγματικά προστατευμένο δικαίωμα που θεμελιώνεται είτε, με βάση το πρώτο Εφετείο, στην αρχή της

ισότηας⁶, είτε όπως αναφέρει το δεύτερο Εφετείο, στην θεώρηση της ελευθερίας της 14^{ns} Αναθεώρησης του Συντάγματος των Ηνωμένων Πολιτειών.⁷

Υπέρ της υποστήριξης των αποφάσεων αυτών απέναντι στο Ανώτατο Δικαστήριο τέθηκαν έξι ηθικοί και πολιτικοί φιλόσοφοι ως *Amici Curiae*.⁸ Οι φιλόσοφοι αυτοί επιδίωξαν να προασπίσουν το κατ' αυτούς συνταγματικό δικαίωμα των ασθενών να επιλέγουν τον χρόνο και τον τρόπο του θανάτου τους.

Για την προάσπιση του δικαιώματος αυτού υιοθέτησαν τη διατύπωση μίας απόφασης δικαστηρίου σχετικής με το δικαίωμα της άμβλωσης. Η εν λόγω διατύπωση θεωρείται ότι περιγράφει με ακρίβεια και το δικαίωμα της ιατρικής συνδρομής στην αυτοκτονία ως: «Το δικαίωμα των ατόμων να λαμβάνουν τις δικές τους αποφάσεις σχετικά με ζητήματα που 'αφορούν τις πιο ενδόμυχες επιλογές που ένα άτομο μπορεί να κάνει στη ζωή του, αποφάσεις με κεντρική σημασία για την αξιοπρέπεια και την αυτονομία τους'»^{9,10}

Οι υπέρμαχοι της θέσης αυτής υποστήριξαν ότι η προκείμενη διατύπωση ταυτίζεται με την ελευθερία ή έστω εμπεριέχεται εντός του όρου της ελευθερίας, όπως αυτή υπάρχει στην 14th Αναθεώρηση του Συντάγματος των Ηνωμένων Πολιτειών. Στις σχετικές υποθέσεις για την άμβλωση απορρίφθηκε μία καθολική απαγόρευση τους, υπό το πρίσμα της αυτονομίας που προασπίζεται το σύνταγμα και που δίνει το δικαίωμα στα άτομα να λαμβάνουν σε ένα βαθμό προσωπικές αποφάσεις. Θεωρήθηκε ότι κρίσεις σχετικά με τα ζητήματα αυτά «δεν μπορούν να σφυρηλατήσουν την προσωπικότητα κάποιου, αν διαμορφώνονται υπό τον καταναγκασμό της κρατικής εξουσίας.»¹¹

⁶ Το Εφετείο θεώρησε ότι υπάρχει αντίφαση στη διάκριση ανάμεσα στο να επιτρέπεται η διακοπή της ιατρικής υποστήριξης μετά από απαίτηση του ασθενούς και στην άνιση απαγόρευση της ιατρικής συνδρομής στην αυτοκτονία. Στο Ανώτατο δικαστήριο (*Vacco et al. V. Quill et al.*) η θέση αυτή απορρίφθηκε. Το δικαστήριο απεφάνθηκε ότι δεν παραβιάζει την διάταξη του συντάγματος για ίση προστασία.

⁷ Με την λογική ότι η έννοια της ελευθερίας είναι αρκετά ευρεία έννοια ώστε να περιλαμβάνει το δικαίωμα επιλογής του θανάτου έστω υπό αυστηρούς όρους. Όμως το Ανώτατο Δικαστήριο (*Washington et al. v. Glucksberg et al.*) αποφάνθηκε ότι η απαγόρευση της ιατρικής υποβοήθησης στην αυτοκτονία δεν αντιτίθεται με την διατύπωση της ελευθερίας, όπως παρουσιάζεται στην 14th Αναθεώρηση του Συντάγματος των Ηνωμένων Πολιτειών.

⁸ Οι *Amici Curiae* ήταν ο Ronald Dworkin, Thomas Nagel, Robert Nozick, John Rawls, Thomas Scanlon και Judith Jarvis Thomson.

⁹ Την διατύπωση σε εισαγωγικά την δανείστηκαν από την απόφαση που προέκυψε στο Ανώτατο Δικαστήριο των Ηνωμένων Πολιτειών μετά από αίτηση αναίρεσης σε μία απόφαση απαγόρευσης άμβλωσης. (*Planned Parenthood v. Casey*, 505 U.S. 833, 851 (1992)).

¹⁰ Dworkin, Ronald κ.ά., «Παρέμβαση στο Supreme Court ως *Amici Curiae*», 93, (μτφ. Νίκος Ι Παπασπύρου)

¹¹ ό.π., 97.

Η απόφαση της άμβλωσης παρομοιάζεται με το ζήτημα της αυτοκτονίας με την λογική ότι και στην άμβλωση η απόφαση της επηρεάζει μοιραία τη γυναίκα και σχετίζεται με τις δικές τις προσωπικές αντιλήψεις για την αξία και το νόημα της ζωής. Έτσι «Όπως μία καθολική απαγόρευση των αμβλώσεων, έτσι και μία καθολική απαγόρευση της συνδρομής σε αυτοκτονία θα συνιστούσε μη επιτρεπτή επιβολή μίας συγκεκριμένης αντίληψης για το νόημα και την αξία της ανθρώπινης ύπαρξης σε όλα τα άτομα».¹²

Η εν λόγω αντίληψη μας οδηγεί αβίαστα στο συμπέρασμα ότι μία τυχόν άρνηση της δυνατότητας ασθενών που βρίσκονται σε τερματικό στάδιο θανατηφόρας ασθένειας να προβούν σε αυτοκτονία με την συνδρομή ιατρού μπορεί να δικαιολογηθεί, μόνο αν ασπαστούμε κάποια θρησκευτική ή ηθική πεποίθηση για την αξία και το νόημα της ζωής. Αλλά, αντιθέτως το Σύνταγμα δεν επιτρέπει σε δημόσιους φορείς να επιβάλλουν τέτοιου είδους πεποιθήσεις στους πολίτες.

Το κράτος δεν καλείται να διατυπώσει κρίσεις ηθικού ή θρησκευτικού περιεχομένου ως προς το πώς πρέπει να προσεγγίζεται ο θάνατος. Αντιθέτως ζητείται ν' αναγνωριστεί ότι «τα άτομα έχουν συνταγματικά προστατευμένο συμφέρον να διαμορφώνουν αυτές τις σημαντικές κρίσεις για τον εαυτό τους».¹³

Επιπλέον, για παράδειγμα, στην ελληνική νομοθεσία, σύμφωνα με το άρθρο 5 παρ. 1 του Συντάγματος¹⁴, η ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας θεμελιώνει «το δικαίωμα του καθενός να εξουσιάζει το σώμα του και να το χρησιμοποιεί όπως θέλει». Ακόμα και «η αυτοπροσβολή αναγνωρίζεται, υπό προϋποθέσεις, ως συνταγματικό δικαίωμα αυτοτελώς, ως εκδήλωση της προσωπικότητάς του ατόμου και της ελευθερίας έκφρασης του, λ.χ. με τα τατουάζ ή το body piercing ή με τη μορφή ενασχόλησης με επικίνδυνα αθλήματα ή εργασίες».¹⁵ Αυτό παρά το γεγονός ότι και η αυτοπροσβολή είθισται να λογίζεται ως ακραία μορφή αυτοδιάθεσης του σώματος και ως τέτοια δεν θα μπορούσε να αποτελεί έκφραση της φυσικής ελευθερίας,¹⁶ καθότι συχνά επηρεάζει έστω και έμμεσα τα δικαιώματα τρίτων προσώπων. Η ελευθερία αυτοδιάθεσης του σώματος εντός ενός κοινωνικού πλαισίου

¹² Dworkin, Ronald κ.ά., «Παρέμβαση στο Supreme Court ως Amici Curiae», 98, (μτφ. Νίκος Ι Παπασπύρου)

¹³ ό.π., 92.

¹⁴ «Καθένας έχει το δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του και να συμμετέχει στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας, εφόσον δεν προσβάλλει τα δικαιώματα των άλλων και δεν παραβιάζει το Σύνταγμα και τα χρηστά ήθη».

¹⁵ Τσαϊτουρίδης, «Η ευθανασία ως συνταγματικό δικαίωμα του ασθενούς», 38.

¹⁶ Η φυσική ελευθερία θεωρούμενη όπως ακριβώς περιγράφεται στο «Λεβιάθαν» του Thomas Hobbes ως απουσίας εμποδίων στην κίνηση του ατόμου.

θα μπορούσε να εκδηλωθεί τόσο με επιτρεπτές ενέργειες, π.χ. δωρεά οργάνων, όσο και με μη επιτρεπτές πράξεις, όπως για παράδειγμα το εμπόριο οργάνων. Εδώ πιθανώς να έγκειται και το δικαίωμα επέμβασης του κράτους, το οποίο έχει συνταγματικά θεμιτό συμφέρον να προστατεύει τους πολίτες από αποφάσεις που διαμορφώνονται με προβληματικό τρόπο.

Το πρόσχημα της απόλυτης απαγόρευσης

Η επικρατούσα αντίληψη πάνω στο ζήτημα αυτό τείνει να συγκλίνει προς την απόλυτη απαγόρευση της ιατρικής συνδρομής στην αυτοκτονία. Θεωρείται ότι, ακόμα και αν αναγνωρίσουμε ένα τέτοιο δικαίωμα, και πάλι το μέτρο της καθολικής απαγόρευσης μπορεί να θεωρηθεί συνταγματικό, με το πρόσχημα των πιθανών κινδύνων της πρακτικής χρήσης του δικαιώματος αυτού. Μία παρόμοια τακτική ακολούθησε και το Ανώτατο Δικαστήριο των Ηνωμένων Πολιτειών στην εκδίκαση των προαναφερθέντων Εφετειακών αποφάσεων. Επίσης ενέτεινε τη στήριξη του συλλογισμού αυτού και στην άποψη ότι το δικαίωμα της αυτοκτονίας με ιατρική συνδρομή δεν αποτελεί «θεμελιώδες συμφέρον ελευθερίας». Εντούτοις «η γενική ρήτρα περί ελευθερίας», όπως μας αναφέρει ο Νίκος Ι. Παπασπύρου, «παρέχει διαφορετική ένταση προστασίας στις περιπτώσεις όπου προσβάλλεται μία ‘θεμελιώδης’ μορφή ελευθερίας».¹⁷

Αν και ένα θεμελιώδες δικαίωμα απαιτεί εξονυχιστικό έλεγχο προκειμένου να κριθεί κατά πόσο υφίσταται επιτακτικό δημόσιο συμφέρον περιορισμού του, στην περίπτωση ενός μη θεμελιώδους δικαιώματος ελευθερίας τα πράγματα είναι πιο ελαστικά, καθότι απαιτείται απλώς ν’ αποδειχθεί ένα εύλογο θεμιτό συμφέρον.

Το δικαστήριο, ορμώμενο από το γεγονός ότι το συνταγματικό κείμενο δεν προσφέρει κριτήρια για την διάκριση ανάμεσα σε θεμελιώδη και μη θεμελιώδη συμφέροντα ελευθερίας, θεώρησε ότι οφείλει να λάβει υπόψη «όχι μόνο τα αιτήματα εσωτερικής συνοχής και πληρέστερης αξιακής θεμελίωσης κατά ανεξάρτητη δικαστική κρίση, αλλά και τις θεμελιώδεις ηθικοπολιτικές δεσμεύσεις της Αμερικάνικης κοινωνίας».¹⁸

Βεβαίως μία τέτοια κρίση ίσως να μην ενέχει καθολική ισχύ, κυρίως αν αναλογιστούμε τη σημασία που δίδεται στο να προσδίδουμε νόημα σε τέτοιου είδους

¹⁷ Νίκος Ι. Παπασπύρου «Ο συνταγματικός λόγος των πολιτικών φιλοσόφων», 82.

¹⁸ ό.π., 82-83.

αφηρημένες έννοιες κανονιστικής εμβέλειας. Το νόημα τέτοιων εννοιών πιθανώς οφείλει να υπερβαίνει τις κατά καιρούς αντιλήψεις οποιασδήποτε κοινωνικής ομάδας. Η ερμηνεία του δικαστή έχει ένα ιδιαίτερο βάρος, που ως εκ τούτου του επιβάλλει να προβεί σε εξονυχιστικό έλεγχο της θεωρητικής θεμελίωσης και όχι σε καταγραφή της πλειοψηφούσας αντίληψης της κοινωνίας.

Επιπροσθέτως, και το δικαίωμα στην άμβλωση θεωρείται πια ότι υπάγεται στα θεμελιώδη δικαιώματα, καθότι αποτελεί απόφαση που αφορά, όπως το έθεσε το σχετικό δικαστήριο, *«τις πιο ενδόμυχες επιλογές που ένα άτομο μπορεί να λάβει στην ζωή του, επιλογές με κεντρική σημασία για την αξιοπρέπεια και αυτονομία»*. Παρομοίως και η απαγόρευση της αυτοκτονίας με ιατρική συνδρομή θεωρείται αντισυνταγματική, καθότι υποστηρίζεται ότι υπάγεται και αυτή στην εν λόγω θεώρηση.

Λόγοι Απόλυτης Απαγόρευσης

Όπως ανέφερα και προηγουμένως, ακόμα και στις περιπτώσεις που γίνεται αποδεκτό ένα δικαίωμα στην αυτοκτονία με ιατρική συνδρομή, υπό ορισμένες πάντα συνθήκες, και πάλι υποστηρίζεται ότι το κράτος μπορεί απλώς να δηλώσει «ότι αδυνατεί να διαμορφώσει ένα ρυθμιστικό καθεστώς που να προστατεύει επαρκώς τους ασθενείς των οποίων η επιθυμία να πεθάνουν δεν είναι απολύτως ελεύθερη ή ορθώς διαμορφωμένη ή θα ήταν ασταθής ή ανόητη, και κατά συνέπεια ότι μία πολιτεία μπορεί να επιβάλει μία καθολική απαγόρευση».¹⁹

Για την απόλυτη αυτή απαγόρευση, από νομικής σκοπιάς, είθισται να αναφέρονται ορισμένοι βασικοί λόγοι. Ο πιο συνηθής σχετίζεται με τον κίνδυνο ο ασθενής να επηρεαστεί με αθέμιτο τρόπο από κάποιο τρίτο πρόσωπο, είτε αυτό είναι συγγενής είτε ανήκει στο ιατρικό προσωπικό, και να διατυπώσει μία επιθυμία που στην πραγματικότητα δεν τον αντιπροσωπεύει. Μία ευκρινέστερη ανάλυση του λόγου αυτού μας φέρει αντιμέτωπους και με ειδικότερα ζητήματα που χρήζουν μίας ανάλογης ιδιαίτερης αντιμετώπισης. Τέτοιο ζήτημα αποτελεί για παράδειγμα η επονομαζόμενη «*αποπλάνηση*» των ασθενών από το ιατρικό προσωπικό.

Άλλο βασικό επιχείρημα που χρησιμοποιείται υπέρ της απαγόρευσης της αυτοκτονίας με ιατρική συνδρομή είναι το επιχείρημα της *ολισθηρής πλαγιάς*: δηλαδή ο κίνδυνος της δημιουργίας ευνοϊκών συνθηκών που να επιτρέψουν σε αρκετές περιπτώσεις που τώρα θεωρούνται μη δικαιολογημένες να χαρακτηριστούν αποδεκτές στο μέλλον για τη χρήση ιατρικής συνδρομής στην αυτοκτονία· όπως επίσης και ο κίνδυνος να φθαρουν κοινωνικές αξίες και δομές οι οποίες την τωρινή χρονική στιγμή θεωρούνται απαραίτητες. Δηλαδή υποστηρίζεται ότι από τη στιγμή που κάνουμε το πρώτο βήμα της αποδοχής υπό ακραίες συνθήκες, ως επακόλουθο με το χρόνο θα κατακυλήσουμε στην αποδοχή κάθε μορφής υποβοήθησης στην αυτοκτονία.

Επιπλέον, υποστηρίζονται και άλλα επιμέρους επιχειρήματα, όπως είναι η πιθανότητα ιατρικού λάθους ή κακής διάγνωσης. Επίσης αμφισβητείται η ικανότητα του ασθενούς που βρίσκεται σε τερματικό στάδιο με αφόρητους πόνους να μπορεί να λειτουργήσει με διαύγεια χωρίς να θολώνεται η κρίση του λόγω του αφόρητου της

¹⁹ Dworkin, Ronald κ.ά., “Assisted Suicide: the Philosophers Brief”, 93.

κατάστασης του. Μπορεί κάποιος υπό τέτοιες συνθήκες σωματικού και ψυχικού πόνου να επιλέξει συνειδητά τον θάνατο του;

Η κατανόηση της εγκυρότητας των παραπάνω επιχειρημάτων επιβάλλει περαιτέρω ανάλυση.

Αθέμιτη Επιρροή

Οι άνθρωποι συχνά επηρεάζονται από τους συνάνθρωπους τους, με αποτέλεσμα πολλές φορές να μην εκφράζουν τις προσωπικές τους επιθυμίες, αλλά τις επιθυμίες άλλων. Στη περίπτωση μας η θεμελίωση του δικαιώματος της ιατρικής συνδρομής στην αυτοκτονία βασίζεται, συνήθως, στη δυνατότητα ελεύθερης προσωπικής επιλογής. Αν κάτι τέτοιο δεν είναι πρακτικά εφικτό ή δεν είναι εφικτό στην πλειονότητα των περιπτώσεων, τότε ίσως να επιβάλλεται η απαγόρευση της ιατρικής συνδρομής στην αυτοκτονία.

Μία μορφή αθέμιτης επιρροής των ασθενών θεωρείται ότι είναι αυτή που συχνά ασκείται από τους συγγενείς τους είτε ως αποτέλεσμα οικονομικών κινήτρων είτε ως αποτέλεσμα του αβάστακτου βάρους μίας συνεχούς φροντίδας. Χαρακτηριστική είναι η μνεία που γίνεται σε σχετικές μελέτες και που παρουσιάζει την σοβαρότητα του ζητήματος, υποστηρίζοντας ότι «24% των περιπτώσεων, οικογενειών ασθενών τερματικού σταδίου ξόδεψαν όλα τα χρήματα που είχαν φυλαγμένα λόγω του κόστους της ιατρικής φροντίδας».²⁰

Οι υπέρμαχοι της θέσης αυτής, ένας εκ των οποίων είναι και ο Don Marquis, συχνά υποστηρίζουν ότι ακόμα και χωρίς εξαναγκασμό οι ασθενείς τερματικού σταδίου θα νιώθουν την ευθύνη να αυτοκτονήσουν, αν η δυνατότητα αυτή υπάρχει, μόνο και μόνο επειδή θα νιώθουν ότι αποτελούν βάρος. Όπως μας αναφέρει χαρακτηριστικά ο Marquis σε σχετικό άρθρο του «άνθρωποι, που χρειάζονται φροντίδα, οι οποίοι επιθυμούν να αφήσουν καλές αναμνήσεις πίσω τους δεν θα θέλουν να τους θυμούνται ως άτομα που λειτουργούσαν εγωιστικά μέχρι το τέλος της ζωής τους».²¹

Ακόμα, όμως, και αν μας φαίνεται απολύτως εύλογο ότι η παραπάνω αντίληψη ισχύει, ακόμα και αν ο παραπάνω κίνδυνος φαίνεται αρκετά σοβαρός, και

²⁰ Kenneth E. Covinsky, Lee Goldman, E. Francis Cook, et al., “The Impact of Serious Illness on Patients’ Families,” *Journal of the American Medical Association* 272 (1994): 1839-44.

²¹ Marquis, Don, “The Weakness of the Case for Legalizing Physician-Assisted Suicide”, 276.

πάλι δεν πρέπει να λησμονούμε ότι σκοπός μας είναι να κρίνουμε αν ο κίνδυνος αυτός είναι αρκετός για να θεμελιώσει ένα τυχόν δικαίωμα του κράτους να μπορεί να παρεμβαίνει σε τέτοιο βαθμό που να αφαιρεί ένα πιθανόν θεμελιώδες δικαίωμα. Είναι πράγματι ο κίνδυνος τόσο μεγάλος, ώστε να επιβάλλεται μία καθολική απαγόρευση; Έστω και αν ευσταθεί η ανησυχία αυτή, μπορεί το κράτος να παρεμβαίνει με τέτοιο τρόπο;

Ναι, πράγματι υφίσταται ένας τέτοιος κίνδυνος, αλλά ακόμα και σ' αυτήν την περίπτωση ίσως και πάλι να μην οφείλουμε να συναγάγουμε ότι έπεται αναγκαστικά μία και μόνο πιθανή δυνατότητα: η επιβολή δηλαδή της κρατικής παρέμβασης υπό την μορφή απόλυτης απαγόρευσης. Ίσως αντιθέτως να οφείλουμε να συμφωνήσουμε ότι η πολιτεία μπορεί και πρέπει να προστατεύει κάθε πιθανό δικαίωμα· και με τον όρο προστασία δεν νοείται απλώς και μόνο η αναφορά του τυχόν δικαιώματος, αλλά η προάσπιση του, αποτρέποντας κάθε πιθανή παρεκτροπή.

Δεν υπάρχει στην ουσία επιλογή που να μην επηρεάζεται έστω και σε ελάχιστο βαθμό από εξωτερικούς παράγοντες. Κάθε άτομο έχει δικαίωμα συνειδητά να επιλέγει από ποιους, τότε και αν θα επηρεαστεί. Το κράτος με το να απαγορεύει την επιλογή αυτή όχι μόνο περιορίζει την ελευθερία ενός ικανού για δικαιοπραξία ατόμου, αλλά προχωράει ακόμα πιο πέρα με το να του επιβάλλει την άποψη του για το τι θεωρεί ότι είναι καλό για τον ίδιο. Το κράτος, όμως, όπως προαναφέραμε δεν δικαιούται να επιβάλλει μία συγκεκριμένη αντίληψη για το νόημα και την αξία της ανθρώπινης ύπαρξης.

Έτσι θα μπορούσε κανείς ευλόγως να θεωρήσει ακόμα και παράλογη μία τέτοιας μορφής κρατική παρέμβαση. Καθότι θα ήταν δύσκολο να αντιληφθεί την συνέπεια που υπάρχει στο να απαγορεύεις μία διαδικασία που μετέπειτα εσύ ο ίδιος θα επιβάλεις. Δεν νοείται να αποτρέπεις την επίδραση διαφόρων πεποιθήσεων με το πρόσχημα της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας και συνάμα να επιθυμείς να επιβάλεις μία και μόνο στάση. Εξάλλου «ακόμα και εκείνοι που πεθαίνουν έχουν το δικαίωμα να ακούν και, αν το επιθυμούν, να πράττουν σύμφωνα με όσα άλλοι θα ήθελαν να τους πουν ή να υπαινιχθούν και θα ήταν επικίνδυνο να υποθέσουμε ότι μία πολιτεία μπορεί να απαγορεύσει κάτι τέτοιο, επειδή γνωρίζει καλύτερα από τους πολίτες της πότε θα πρέπει εκείνοι να παρακινηθούν από μία συγκεκριμένη συμβουλή

ή γνώμη να λάβουν κρίσιμες και μοιραίες για αυτούς προσωπικές αποφάσεις κατά την άσκηση του δικαιώματός τους».²²

Αποπλάνηση από Ιατρό

Υπάρχει, βεβαίως, και μία άλλη πτυχή του ζητήματος άξια αναφοράς, που ίσως ν' αποτελεί έναν ισχυρότερο λόγο απαγόρευσης. Θεωρείται ότι σε μία σχέση ιατρού ασθενούς ο ιατρός βρίσκεται σε πλεονεκτική θέση, με την έννοια ότι, όσο και αν επιδιώκουμε να το αποφύγουμε, η υπεροχή του ιατρού συχνά οδηγεί στην διαμόρφωση μίας πατερναλιστικής στάσης. Η σχέση αυτή, όπως ευλόγως είναι κατανοητό, εντείνεται στην περίπτωση ασθενών που βρίσκονται σε τερματικό στάδιο ανίατης ασθένειας και που εκ των πραγμάτων είναι πιο ευάλωτοι. Συχνά υποστηρίζεται ότι ο ιατρός μπορεί να εκμεταλλευτεί τη θέση του επιβάλλοντας στον ασθενή αυτό που επιθυμεί. Έτσι τίθεται πια και ένα νέο ζήτημα, το οποίο δεν σχετίζεται με την ελευθερία του ατόμου να αποφασίσει, αλλά με τη δυνατότητα κατάχρησης μίας εξουσίας που έχει δοθεί από την ίδια την πολιτεία. Δηλαδή θεωρείται ότι η αυτοκτονία με ιατρική συνδρομή πρέπει να απαγορευθεί μόνο και μόνο επειδή συντρέχουν βάσιμοι λόγοι ότι πρακτικά δεν μπορεί να περιοριστεί η πιθανότητα κατάχρησης εξουσίας από την πλευρά των ιατρών.²³

Σε σχετική βιβλιογραφία συνηθίζεται να παρομοιάζεται η περίπτωση αυτή με τη σεξουαλική αποπλάνηση ακόμα και πρόθυμων ασθενών. Οι ασθενείς γίνονται ευάλωτοι απέναντι στους ιατρούς τους με το να εκθέτουν το σώμα τους ως απαραίτητη προϋπόθεση για μία σωστή εξέταση. Εκθέτουν επίσης τον εαυτό τους και από ψυχική και συναισθηματική σκοπιά με το να αποκαλύπτουν στους ιατρούς, μέσα

²² Dworkin, Ronald κ.ά., "Assisted Suicide: the Philosophers Brief", 109.

²³ Σε σχετική μελέτη, που έγινε για την Αυστραλία [Helga Kuhse, Peter Singer, Peter Baume, et al., "End of life Decision in Australian Medical Practice," *Medical Journal of Australia* 166 (17 February 1997): 191-96.] παρατηρήθηκε ότι ένας μεγάλος αριθμός από Αυστραλούς ιατρούς εσκεμμένα τερμάτιζαν την ζωή των ασθενών τους: 30% από τους ετήσιους θανάτους στην Αυστραλία ήταν ως αποτέλεσμα μίας πράξης ή μίας παράλειψης που στόχευε στον θάνατο του ασθενούς. Επιπλέον παρατηρήθηκε ότι αυτό γινόταν συχνά χωρίς καν τη συγκατάθεση του ασθενούς, συνήθως με τη χορήγηση αναλγητικής θεραπείας που επιτάχυνε τον θάνατο. Μόνο 4% των θανάτων έγιναν μετά από σαφή απαίτηση του ασθενούς. Το 1995 η Northern Territory της Αυστραλίας με την ψήφιση του *Northern Rights of the Terminally Ill Bill 1995* έγινε η πρώτη περιοχή στον κόσμο στην οποία επιτρεπόταν η ευθανασία και η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Η νομοθετική αυτή πράξη ακυρώθηκε το 1997, όταν πέρασε ο *Commonwealth Euthanasia laws Bill 1996*. Η νομοθετική αυτή πράξη απαγορεύει τη θέσπιση νόμων στις περιοχές της Αυστραλίας που θα επιτρέπουν την ευθανασία ή την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, αλλά αναγνωρίζει το δικαίωμα στην άρνηση θεραπείας και συγκατατίθεται στην χορήγηση αναλγητικής θεραπείας που ως παρενέργεια συντομεύει τη ζωή του ασθενούς.

από συζήτηση, πράγματα που υπό φυσιολογικές συνθήκες δεν θα αποκάλυπταν. Η σημασία της μη εκμετάλλευσης των προσωπικών αυτών δεδομένων γίνεται φανερή από τις κακά καιρούς διακηρύξεις που δίδουν έμφαση στην προστασία των δεδομένων αυτών. Ομοίως προασπίζεται η εμπιστευτικότητα ήδη από την εποχή του Ιπποκράτη.

Στην περίπτωση της σεξουαλικής αποπλάνησης υφίσταται μία καθολική απαγόρευση, διότι, αν και συνήθως δίδεται η εντύπωση ότι ο ασθενής συγκατατίθεται αυτοβούλως και ότι υπάρχει επιθυμία και από τις δύο πλευρές, ακόμα και έτσι η κατάσταση που δημιουργείται δυσχεραίνει την ορθή εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης, επηρεάζει αναπόφευκτα την ιατρική γνωμάτευση και πιθανώς τη στάση που θα κρατήσει ο ασθενής.

Πόσο μάλλον αν κάποιος υιοθετήσει το επιχείρημα ότι η επιθυμία του ασθενούς δεν απορρέει εκ των έσω, αλλά συνιστά έκφανση μίας μορφής καθοδήγησης από την πλευρά του ιατρού. Λέγεται ότι παρόμοια ανησυχία υφίσταται και με την επιθυμία του ασθενούς σε τερματικό στάδιο θανατηφόρας ασθένειας να προβεί σε αυτοκτονία. Όπως μας αναφέρει ο Weithman «όταν ένας άνθρωπος που ασκεί μεγάλη εξουσία πάνω στην ζωή ενός ασθενούς τερματικού σταδίου συζητάει για τον θάνατο με αυτόν με θεραπευτικούς όρους σε μία από τις πιο σημαντικές και ευαίσθητες στιγμές της ζωής του, υπάρχει κίνδυνος να ενδώσει ο ασθενής στην επιθυμία του ιατρού περισσότερο παρά να πράξει βασισμένος σε μία δική του σωστή ενήμερη επιθυμία».²⁴

Αναφέρεται συχνά ότι οι ιατροί, εξαιτίας της δουλειάς και της εκπαίδευσης τους, βρίσκονται σε πειρασμό να τερματίσουν την ζωή ασθενών τους που είναι σε τερματικό στάδιο ασθένειας. Επίσης θεωρείται συχνά ότι βρίσκονται σε πειρασμό και εξαιτίας του επαγγελματικού τους ρόλου ο οποίος σχετίζεται και με οικονομικούς παράγοντες, που αναπόφευκτα πρέπει να λάβουν υπόψη. [π.χ. σύμφωνα με σχετικές μελέτες στις Ηνωμένες Πολιτείες «6.4% (δηλαδή 1.9 εκατομμύρια) από όσους βρίσκονταν υπό ιατρική περίθαλψη πέθαναν το 1994, με ένα μέσο όρο ετήσιο κόστος \$15,761 ανά δικαιούχο, ή αλλιώς 20.6% (\$30.2 billion) από το συνολικό ποσό που ξοδεύεται ετησίως για λόγους υγείας».²⁵ δηλαδή τρεις φορές περισσότερο κόστος σε σχέση με το μέσο όρο κόστους κάποιου που επιβίωσε την ίδια χρονιά (\$4,131)]

²⁴ Weithman, Paul J., "Of Assisted Suicide and 'The Philosophers' Brief'", 560.

²⁵ Matthews, Merrill, "Would Physician-Assisted Suicide Save the Healthcare System Money? (Or is Jack Kevorkian Doing All of Us a Favor)", 314.

Κοινωνικές έρευνες πολλές φορές παρουσιάζουν την αντίληψη ότι «Οι ιατροί έχουν κουραστεί να θεραπεύουν ασθενείς που πρόκειται να πεθάνουν- "gorks", "gomers", και "φυτά" είναι μόνο μερικά από τα όχι και τόσο στοργικά ονόματα με τα οποία τους χαρακτηρίζουν οι ανώτεροι νοσοκομειακοί υπάλληλοι... [πολλοί ιατροί] τείνουν να θεωρούν κάθε ασθενή σε μη θεραπεύσιμη κατάσταση ή τερματικού σταδίου ως αποτυχία ..)».²⁶

Όμως, καταρχήν, η αναλογία αυτή είναι προφανές ότι δεν είναι απολύτως πετυχημένη. Κάποιος κάλλιστα θα μπορούσε να έχει αντιρρήσεις για παράδειγμα σχετικά με την υπόθεση όσον αφορά την πρόθεση των ιατρών. Δεν είναι αυταπόδεικτο από το γεγονός ότι, επειδή «οι ιατροί βρίσκονται σε πολύ ισχυρό πειρασμό να κάνουν έρωτα με τους ασθενείς τους»²⁷ έπεται και στην περίπτωση της αυτοκτονίας ότι βρίσκονται σε παρόμοιο πειρασμό· αντιθέτως «όλες οι αποδείξεις κλείνουν προς το γεγονός ότι οι ιατροί βρίσκονται στον πειρασμό να κάνουν οτιδήποτε είναι ανθρώπινος δυνατόν για να σώσουν την ζωή των ασθενών τους».²⁸

Χαρακτηριστική είναι και η δυσαναλογία που μας παρουσιάζει ο Gerald Dworkin. Ο Dworkin εκφράζει την αντίρρηση ότι οι εναλλακτικές λύσεις που υπάρχουν στην μία περίπτωση δεν είναι τόσο ικανοποιητικές σε σχέση με τις εναλλακτικές λύσεις που υπάρχουν στην άλλη. Δηλαδή ο ασθενής που δεν θα κάνει έρωτα με τον ιατρό του μπορεί να επιλέξει έναν άλλον σύντροφο ή τουλάχιστον να περιμένει μέχρι να λήξει η σχέση ιατρού-ασθενούς. Αλλά «στην περίπτωση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας αυτό που ρισκάρεται είναι η πιθανότητα να αποφευχθεί αρκετός πόνος, προσβολή της αξιοπρέπειας και ταλαιπωρία. Αυτό που διακυβεύεται είναι η ικανότητα του ασθενή που πεθαίνει να επιλέξει τον θάνατο του».²⁹

Εξάλλου οι παραπάνω ανησυχίες είναι προφανές ότι δεν αναφέρονται τόσο στο δικαίωμα της ιατρικής συνδρομής στην αυτοκτονία, αλλά μάλλον αποτελούν γενικότερα προβλήματα της ιατρικής πρακτικής. Παρόμοιας μορφής θα μπορούσε να ήταν η επιχειρηματολογία και σε άλλα ιατρικά ζητήματα που στην προκειμένη περίπτωση επιτρέπονται όπως είναι η εκούσια διακοπή της μηχανικής υποστήριξης. Παρά ταύτα οφείλουμε έστω να αναγνωρίσουμε ότι οι ανησυχίες αυτές είναι πράγματι υπαρκτές και πρέπει να τις αντιμετωπίσουμε όχι μόνο υπό το πρίσμα μίας συγκεκριμένης περίπτωσης, αλλά γενικότερα σε όλα τα πεδία της ιατρικής πρακτικής.

²⁶ Kass, Leon, "Why Doctors Must Not Kill", 473, *Commonweal* 118 (1991): 472-76.

²⁷ Weithman "Of Assisted Suicide and "The Philosophers' Brief"", 555.

²⁸ G. Dworkin "Sex, Suicide, and Doctors", 582.

²⁹ ό.π., 582-3.

Όπως είναι κατανοητό, ορμώμενοι μόνο από το σημείο αυτό ίσως να μη μπορούμε να συνάγουμε λογικά τη δήθεν επιτακτική αναγκαιότητα της απόλυτης απαγόρευσης.

«Ολισθηρή Πλαγιά»

Ένα από τα επιχειρήματα που χρησιμοποιείται πιο συχνά υπέρ της απαγόρευσης της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, είναι το επιχείρημα της «ολισθηρής πλαγιάς». Το επιχείρημα αυτό, αν και δέχεται ότι ορισμένες φορές μπορεί να είναι ηθικά αποδεκτό να βοηθήσεις κάποιον να τερματίσει τη ζωή του, θεωρεί ότι η κοινωνική οριοθέτηση της δυνατότητας αυτής θα επιφέρει περισσότερες αρνητικές παρά θετικές επιπτώσεις. Δεν υποστηρίζει βέβαια ότι οι επιπτώσεις αυτές θα φανούν αμέσως, αλλά ότι θα εμφανιστούν και θα αυξάνονται με το πέρασμα του χρόνου. Αν και η κοινωνία μπορεί να ξεκινήσει ελέγχοντας προσεκτικά και περιορίζοντας τον αριθμό των ατόμων που απαιτούν βοήθεια, υποστηρίζεται ότι οι περιορισμοί αυτοί μπορούν να ανακατασκευασθούν και να επεκταθούν όσο περνάει ο καιρός. Κάτι που θα οδηγήσει μελλοντικά στην ύπαρξη ενός αυξανόμενου κινδύνου εμφάνισης μη δικαιολογημένων περιπτώσεων, κυρίως λόγω της ιδιαίτερης φύσης του θέματος.

Η διάσταση αυτή της «ολισθηρής πλαγιάς» περιγράφεται ως μία κατάσταση με πολλές κοινωνικές αρνητικές συνέπειες σε διάφορες κοινωνικές δομές. Για παράδειγμα θα επηρεάσει την σχέση ιατρού- ασθενούς ή γενικότερα θα αναμορφώσει σιγά σιγά την ιατρική περίθαλψη, με τέτοιο τρόπο ώστε σε μερικές περιπτώσεις να μην έχει ως στόχο τη φροντίδα του ασθενούς, αλλά τη διευκόλυνση του ιατρού ή του νοσοκομείου. Ο ασθενής θα χάσει το αναγκαίο αίσθημα εμπιστοσύνης που νιώθει απέναντι στον ιατρό, πιστεύοντας ότι ίσως μπορεί να τον παροτρύνει έμμεσα να δεχθεί να αυτοκτονήσει, επωφελούμενος των, αναπόφευκτα σε ένα βαθμό, ισχνών νομικών ασφαλιστικών δικλείδων, που οφείλονται κυρίως στην ιδιαιτερότητα του θέματος.

Επιπλέον, συχνά γίνεται λόγος για τον μελλοντικό κίνδυνο να γίνει πιθανώς αποδεκτή η επιθυμία οποιουδήποτε επιθυμεί να πεθάνει. Για παράδειγμα με το πρόσχημα της, πολλές φορές, όχι και τόσο ευδιάκριτης διαφοροποίησης μεταξύ ψυχικού και σωματικού πόνου, ίσως η αυτοκτονία να αποτελεί λύση ακόμα και για όσους υποφέρουν επί πολλά χρόνια από έναν ανεκπλήρωτο έρωτα.

Ο John D. Agras μας αναφέρει ότι στην περίπτωση που θα θέσουμε ένα κριτήριο πόνου «η προ-απαίτηση του μη υποφερτού πόνου θα αποτελεί υποκειμενικό

ζήτημα», αν η κοινωνία έχει την αυτονομία ως πρωταρχική μέριμνα, τότε πολύ εύκολα θα διολισθήσει καθότι «ποιος μπορεί να πει εκτός από τον ίδιο τον ασθενή πόσος πόνος είναι αρκετός;»³⁰

Όμως το κράτος δεν μπορεί να νομοθετεί έχοντας ως βασικό κριτήριο θέσπισης το αν υφίσταται κίνδυνος ‘ολισθηρής πλαγιάς’. Ο κίνδυνος αυτός αποτελεί μία πιθανότητα που σε κάθε περίπτωση ο νομοθέτης οφείλει να αντιμετωπίσει. Ο ρόλος του νομοθέτη είναι να περιορίζει στο ελάχιστο την πιθανότητα διολίσθησης.

Χαρακτηριστικό είναι το επιχείρημα που δίνει το “The Philosophers Brief”³¹ «φανταστείτε, για παράδειγμα, να απαγορεύσει το κράτος τις δημόσιες συζητήσεις επειδή δεν μπορεί να εγγυηθεί με οποιονδήποτε τρόπο είτε με κανονισμούς είτε με την αύξηση της αστυνόμευσης, ότι τέτοιου είδους συζητήσεις δεν θα προκαλέσουν εξεγέρσεις που θα οδηγήσουν στην πρόκληση σοβαρών τραυματισμών ή ακόμα και θάνατο αθώου πληθυσμού».

Δεν πρέπει εξάλλου να ξεχνάμε ότι, όπως μας αναφέρει και ο R.G.Frey, το επιχείρημα αυτό σχετίζεται με τυχόν πιθανές αρνητικές συνέπειες, «δεν αποτελεί ένα επιχείρημα που σχετίζεται με αιτιακή αναγκαιότητα».³² Δεν σημαίνει δηλαδή ότι αναγκαστικά κάποιος διολισθαίνει. Εν προκειμένω θα μπορούσαμε να το θεωρήσουμε απλώς ως καμπανάκι για τους πιθανούς κινδύνους, για την αντιμετώπιση των οποίων οφείλουμε να λάβουμε τα απαραίτητα μέτρα· δεν έπεται όμως ότι από την ύπαρξη πιθανών κινδύνων μπορούμε να οδηγηθούμε στην απόρριψη κάθε μέτρου και στην αποδοχή της απόλυτης απαγόρευσης.

Βέβαια, υπάρχει και μία άλλη οπτική της «ολισθηρής πλαγιάς» που δεν αναφέρεται συνήθως. Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι με «ολισθηρή πλαγιά» εννοούμε ότι η νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας θα οδηγήσει το ανθρώπινο είδος να χάσει σταδιακά το νόημα της ζωής, απομυθοποιώντας μία αξία, την αξία της ζωής, που στηρίζει τόσο ψυχικά τον άνθρωπο όσο και νομικά την υπόσταση της ίδιας της κοινωνία. Μία αξία που ακόμα και αν έχει βαθύτατα μεταφυσικές ρίζες, αποτελεί παρά ταύτα αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης ιδιοσυγκρασίας και του πολιτισμού μας. Στην περίπτωση αυτή το ζήτημα γίνεται πιο πολύπλοκο.

³⁰ Arras, John D., “Physician-Assisted Suicide: A Tragic View”, 230.

³¹ Dworkin, Ronald κ.ά., “Assisted Suicide: the Philosophers Brief”, 93.

³² Frey, R.G., “Euthanasia and Physician-Assisted Suicide”, 44-45 “it is not an argument involving causal necessity.”

Στάθμιση Κατάστασης

Υπάρχουν και άλλες επιμέρους σημαντικές ανησυχίες που θα μπορούσαμε να αναφέρουμε. Κανείς δεν μπορεί να αγνοήσει τον κίνδυνο ιατρικού λάθους, κακής διάγνωσης. Έχει τύχει σε πολλούς από εμάς η διάγνωση του ιατρού είτε να μην ήταν αυτή που έπρεπε είτε να ήταν τελείως λανθασμένη. Το κράτος, όπως είναι λογικό, δεν μπορεί να εξαλείψει την πιθανότητα λάθους. Όμως πρέπει να αναγνωρίσουμε ότι οι επαναλαμβανόμενες εξετάσεις, ο ενδελεχής έλεγχος στον οποίο επιβάλλεται ο ασθενής, κυρίως σε σοβαρές περιπτώσεις, μειώνει την πιθανότητα λάθους σε ικανοποιητικό βαθμό.

Ένας από τους σημαντικότερους εκφραστές της αβεβαιότητας της ιατρικής κρίσης είναι ο Canguilhem. Ο Canguilhem υποστηρίζει ότι η υγεία δεν αποτελεί, όπως συνηθίζεται να θεωρείται, μία στατική κατάσταση που μπορεί να περιγραφεί με ακρίβεια από έναν στατιστικό μέσο όρο. Αντιθέτως αναγνωρίζεται ως μία δυναμική κατάσταση, που προσαρμόζεται στις απαιτήσεις ενός εναλλασσόμενου περιβάλλοντος. Έτσι κάτι που θεωρείται ως (abnormal) μη φυσιολογικό υπό συγκεκριμένες συνθήκες ή σε ένα άτομο στην ουσία μπορεί να είναι απολύτως φυσιολογικό υπό άλλες συνθήκες ή σε κάποιο άλλο άτομο. Για παράδειγμα λέγεται ότι ο σφυγμός του Ναπολέοντα ήταν 40 σφυγμοί το λεπτό, ακόμα και όταν βρισκόταν σε καλή υγεία. Ο σφυγμός αυτός αποκλίνει πολύ από τον μέσο όρο, αν και παραμένει φυσιολογικός. Θεωρεί ότι «Είναι η ζωή η ίδια και όχι η ιατρική κρίση η οποία κάνει το βιολογικά φυσιολογικό (normal) μία αξιακή σύλληψη και όχι μία σύλληψη στατιστικής πραγματικότητας».³³

Ο Canguilhem δίνει μία κάποια λύση στο πρόβλημα αυτό λέγοντας ότι ο ασθενής είναι που κατανοεί τη σοβαρότητα της κατάστασης του και μας καθοδηγεί στο να ανακαλύψουμε ευκολότερα και με μεγαλύτερη ακρίβεια από τι πάσχει. Έτσι το πρόβλημα αυτό ίσως θα μπορούσε να επιλυθεί με την καλή συνεργασία ιατρού-ασθενούς ή έστω να μειωθεί στο ελάχιστο, κάτι εξάλλου που αναφέρεται ως βασική υποχρέωση και στους κώδικες ιατρικής δεοντολογίας. Και στην Ελλάδα ψηφίστηκε πρόσφατα σχετικό νομοσχέδιο Ιατρικής Δεοντολογίας, σύμφωνα με το οποίο η ιατρική πρακτική οφείλει να είναι μία πρακτική αμοιβαίας εμπιστοσύνης και

³³ Canguilhem, George, *The Normal and the Pathological*, 131.

σεβασμού, όπου βεβαίως η αναγνώριση της ιδιωτικότητας του κάθε ατόμου παίζει πρωτεύοντα ρόλο.³⁴

Τα όρια ανάμεσα στο φυσιολογικό και το παθολογικό δεν είναι ξεκάθαρα, χωρίς αυτό όμως να σημαίνει ότι το φυσιολογικό και το παθολογικό είναι ταυτόσημα ή ότι δεν μπορεί να διαχωριστεί η υγεία από την αρρώστια. Η διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στην υγεία και την αρρώστια δεν είναι σαφής για πολλά άτομα που εξετάζονται ταυτόχρονα, αλλά είναι συγκεκριμένη για ένα άτομο που εξετάζεται μεμονωμένα. Σύμφωνα με τον Canguilhem πρέπει να κατανοηθεί το παθολογικό φαινόμενο ως να αναδεικνύει την τροποποιημένη ατομική κατασκευή. Πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν η μεταμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου. Στον άρρωστο άνθρωπο διαφοροποιείται ο τρόπος αντίδρασης του, οι αντιδράσεις του είναι διαφορετικές από αυτές που είχε όταν ήταν υγιής, ακόμα και αν φτάνει στα ίδια αποτελέσματα με πριν.

«Η περίπτωση των ασθενών τερματικού σταδίου δεν είναι ξεκάθαρη διότι το φάσμα των επιπλοκών και της ελαστικότητας του σχετικού χρονικού πλαισίου, κάνουν τον καθορισμό του ποιος μετράει ως ασθενής τερματικού σταδίου είτε πολύ εύκολο είτε πολύ δύσκολο- πολύ εύκολο διότι οποιοσδήποτε πάσχει από μία ασθένεια από την οποία θα πεθάνει, αν δεν θεραπευτεί, θεωρείται τερματικού σταδίου ασθενής και παρά τούτα μπορεί να του απομένει πολύ ζωή, ζωή που να αξίζει να την ζήσει ένας ασθενής τερματικού σταδίου. 'Τερματικού Σταδίου ασθενής' αποτελεί απλώς έναν επιφανειακό ιατρικό όρο».³⁵

Τέτοια ζητήματα, όπως και ζητήματα που σχετίζονται με οικονομικούς παράγοντες υγείας/ ιατρικών πόρων (υποστηρίζεται π.χ. ότι μόνο οι οικονομικά εύποροι θα πληρούν όλες τις προϋποθέσεις σωστής εφαρμογής του υπό μελέτη δικαιώματος³⁶), δεν θα έπρεπε στην πραγματικότητα, αν και ενέχουν σοβαρές επιπλοκές, να περιορίζουν δικαιώματα. Δεν θα έπρεπε να εστιάζουμε το ενδιαφέρον μας σε πιθανές απαγορεύσεις, αλλά στην επίλυση των προβλημάτων.

³⁴ «Ο ιατρός φροντίζει για την ανάπτυξη σχέσεων αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ αυτού και του χρήστη ασθενή. Ακούει τους ασθενείς του, τους συμπεριφέρεται με σεβασμό και κατανόηση και σέβεται τις απόψεις, την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπεια τους.» Άρθρο 8 (:Η ιατρική ως σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού) παρ.2, Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.

³⁵ Baumrin, Bernard, "Physician, Stay Thy Hand!", 180.

³⁶ Για παράδειγμα στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής περίπου 40 εκατομύρια άτομα δεν έχουν ιατρική περίθαλψη, γι' αυτούς ίσως η ιατρική συνδρομή στην αυτοκτονία να αποτελεί μία δελεαστική λύση.

Σε γενικές γραμμές ακόμα και αν υποστηρίζουμε ότι τα κοινωνικά δεδομένα επιτάσσουν την απαγόρευση πρέπει να λάβουμε ως δεδομένο ότι “το status quo δεν είναι απαλλαγμένο από καταχρήσεις”³⁷. Δηλαδή πρέπει να κατανοήσουμε ότι ακόμα και αν απαγορεύσουμε την Ιατρική Συνδρομή στην Αυτοκτονία, αυτό δεν σημαίνει ότι θα πάψει έστω και παρανόμως να εφαρμόζεται. Οπότε οφείλουμε να σταθμίσουμε και τα τυχόν μειονεκτήματα που έχει η παράνομη χρήση της μεθόδου αυτής σε σχέση με μία ελεγχόμενη διαδικασία που υπόκειται σε πολλούς διαφορετικούς ελέγχους. Επιπλέον πρέπει να απαλλαγούμε από την ψευδαίσθηση της εξάλειψης όλων των πιθανών κινδύνων· κάτι τέτοιο δεν είναι πρακτικά εφικτό. «Καμία πράξη στο πραγματικό κόσμο δεν είναι απαλλαγμένη από οποιαδήποτε πιθανή κατάχρηση».³⁸ Έτσι με το να θεσμοθετηθεί η κατά περίπτωση επιτρεπτή χρήση της ιατρικής συνδρομής στην αυτοκτονία ίσως οι περιπτώσεις κατάχρησης να είναι πολύ λιγότερες.

«Πράγματι η άρση της νομικής απαγόρευσης στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία θα αυξήσει τις ευκαιρίες για ανώτερη ιατρική περίθαλψη για όλους τους ασθενείς, επειδή οι κανονισμοί για ιατρική υποβοηθούμενη αυτοκτονία θα καθορίσουν ότι όλες οι καταπραϊντικές διαδικασίες θα εξάγονται απαραίτητως πριν την έγκριση της».³⁹

³⁷ Brock, Dan W., “A Critique of Three Objections to Physician-Assisted Suicide”, 540.

³⁸ *ό.π.*, 540.

³⁹ Βλ. Dworkin, Ronald κ.ά., “Assisted Suicide: the Philosophers Brief”, 95, *Coalition of Hospice Professionals*.

Πιθανά Οφέλη της Νομιμοποίησης

Για να κατανοήσουμε αν επιβάλλεται νομιμοποίηση της ιατρικής συνδρομής στην αυτοκτονία πρέπει να αναρωτηθούμε όχι μόνο αν υπάρχουν τέτοιες πρακτικές συνέπειες που να επιβάλλουν μία απόλυτη απαγόρευση, αλλά και αν υπάρχουν τέτοια πιθανά οφέλη που να μας αναγκάζουν να λάβουμε σοβαρά υπ' όψιν το ενδεχόμενο νομιμοποίησης της δυνατότητας αυτής.

Ένα από τα πιθανά οφέλη, το οποίο αναφέραμε έμμεσα και προηγουμένως, είναι η αναγνώριση της αυτονομίας του κάθε ατόμου. Η αναγνώριση της αυτόνομης λειτουργίας του κάθε ατόμου αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα αγαθά μίας σύγχρονης κοινωνίας, παρά ταύτα υπάρχουν πολλοί που προβάλλουν την αντίρρηση ότι ακόμα και αυτό το αγαθό της αυτονομίας από μόνο του δεν αρκεί για να στηρίξει μία ικανοποιητική θεμελίωση της νομιμοποίησης της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι «χωρίς έναν καλό λόγο πέρα από τις προτιμήσεις ή τα προσωπικά σχέδια ζωής, οι άνθρωποι δεν θα είναι διατεθειμένοι να το επιτρέψουν»⁴⁰. Ότι δηλαδή απαιτούνται και επιπλέον κίνητρα για να στηριχθεί η απαίτηση ή έστω η αναγκαιότητα συμμετοχής ενός άλλου ατόμου. Ένας λόγος που θεωρείται ότι ενισχύει την απαίτηση αυτή είναι η ανακούφιση από ακατάπαυστο και βασανιστικό πόνο.

Ανακούφιση από πόνο

Είναι όμως μία απαίτηση ανακούφισης από τον πόνο ικανή να εγείρει αξίωση για υποβοήθηση; Για την ισχύ του επιχειρήματος αυτού πρέπει να μελετήσουμε πόσοι άνθρωποι και σε τι βαθμό αντιμετωπίζουν τέτοιο πρόβλημα.

Λαμβάνοντας υπόψη σχετικές έρευνες στην Αμερική γνωρίζουμε ότι κάθε χρόνο πεθαίνουν περίπου 2,3 εκατομμύρια Αμερικάνοι. Σύμφωνα με μία υπόθεση που κάνει ο Ezekiel J. Emanuel,⁴¹ 50% από τους θανάτους αυτούς συμβαίνουν ξαφνικά, ενώ για το υπόλοιπο 50% υπάρχει επαρκές περιθώριο για να ζητήσουν οι ασθενείς ιατρική συνδρομή στην αυτοκτονία. Σε πολλούς από τους θανάτους αυτούς

⁴⁰ Ezekiel, J. Emanuel, “What Is the Great Benefit of Legalizing Euthanasia or Physician-Assisted Suicide?”, 631.

⁴¹ ό.π., 632.

οι ασθενείς δεν είναι ικανοί να αποφασίσουν για τον εαυτό τους, γιατί είτε είναι ανήλικα παιδιά είτε άτομα με μειωμένη δυνατότητα συνειδητής λειτουργίας. Αν συνδυάσουμε τους παράγοντες αυτούς, σύμφωνα και με τον Emanuel, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι περίπου 1 εκατομμύριο Αμερικάνοι ασθενείς βρίσκονται σε κατάσταση ικανή να απαιτήσουν ιατρική συνδρομή στην αυτοκτονία.

Θεωρείται ότι οι τωρινές καταπραϋντικές διαδικασίες μπορούν να προσφέρουν ικανοποιητικά επίπεδα αντιμετώπισης του πόνου σχεδόν στο 95% των περιπτώσεων. Από αυτό το 5%, όπου δεν αντιμετωπίζεται ικανοποιητικά ο πόνος, υποστηρίζεται ότι οι μισοί περίπου έχουν σκεφτεί το ενδεχόμενο της αυτοκτονίας με ιατρική συνδρομή και ότι από αυτούς αρκετά λιγότεροι έχουν σκεφτεί σοβαρά το ενδεχόμενο αυτό ή το έχουν συζητήσει με τον ιατρό τους.

Ο Emanuel υποστηρίζει ότι αν λάβουμε υπόψη όλους τους πιθανούς παράγοντες θα καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι 5-25.000 είναι οι ασθενείς που θα μπορούσαν να ζητήσουν τη χρήση της διαδικασίας αυτής για να τερματίσουν τη ζωή τους μόνο στην Αμερική κάθε χρόνο.

Πρέπει να διευκρινισθεί ότι το ποσοστό αυτό αναφέρετε μόνο σε σωματικό και όχι σε ψυχικό πόνο ή σε λόγους άβολης ψυχοσωματικής κατάστασης. Ο λόγος που αναφέρετε σε σωματικό πόνο είναι διότι τα κριτήρια προσδιορισμού του σωματικού πόνου είναι πιο αποδεκτά και κλείνουν προς μία πιο αντικειμενική θεώρηση, ενώ λόγοι ψυχικής ταλαιπωρίας ενέχουν την υποκειμενική αντίληψη του ασθενούς. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι ο ψυχικός πόνος δεν θεωρείται πόνος· αντιθέτως μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να είναι πιο αβάστακτος από τον σωματικό. Όμως ακόμα και έτσι οφείλουμε να αναγνωρίσουμε ότι υπάρχει μία ειδοποιός διαφορά μεταξύ του σωματικού και του ψυχικού. Όπως αναφέρει η McIntyre «κανείς μπορεί να διακρίνει μεταξύ του να συντομεύεις τον θάνατο οποτεδήποτε η προοπτική του ασθενούς είναι απογοητευτική και να συντομεύεις τον θάνατο όταν υπάρχει ένας πόνος που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με άλλο τρόπο και η προοπτικές του ασθενούς είναι απογοητευτικές».⁴²

Παρά ταύτα, από τα παραπάνω στατιστικά δεδομένα πρέπει τουλάχιστον να αναγνωρίσουμε ότι η απαίτηση για ιατρική συνδρομή στην αυτοκτονία αποτελεί μία υπαρκτή πραγματικότητα, την οποία οφείλουμε να μην αγνοήσουμε, κυρίως από την

⁴² McIntyre, “Doing Away With Double Effect”, 252.

στιγμή που η ανακούφιση από αφόρητο πόνο δεν αποτελεί μία εφικτή δυνατότητα σε ορισμένους ασθενείς τερματικού σταδίου.

Καθησύχαση Ασθενούς

Ένα άλλο επιχείρημα που χρησιμοποιείται συχνά είναι ότι κύριος στόχος της εξασφάλισης της δυνατότητας ιατρικής συνδρομής στην αυτοκτονία είναι η καθυσύχαση του ασθενούς. Υποστηρίζεται ότι ο ασθενής με το να γνωρίζει ότι έχει τη δυνατότητα αυτή θα αποκτήσει μεγαλύτερο κουράγιο στην αντιμετώπιση της κατάστασης του. Σύμφωνα με σχετική μελέτη⁴³ το 44% περίπου του κοινού και το 41% ασθενών που έπασχαν από καρκίνο θεωρούν ότι θα είχαν περισσότερη εμπιστοσύνη στους ιατρούς τους αν, όταν συζητούσαν για θεραπείες που σχετίζονταν με το τέλος της ζωής, γινόταν λόγος για την ευθανασία και την ιατρική συνδρομή στην αυτοκτονία.

Επιπλέον πολλοί είναι αυτοί που υποστηρίζουν, εξάλλου, ότι ο ιατρός δεν στοχεύει στον θάνατο του ασθενούς, αλλά ότι πρόθεση του είναι να προσφέρει μία εναλλακτική λύση στον ασθενή, έστω και αν επιθυμία του είναι ο ασθενής να μην την χρησιμοποιήσει ποτέ. Αν και για να δεχθούμε όμως μία τέτοια θέση πρέπει να έχουμε απόλυτη εμπιστοσύνη στις αγαθές προθέσεις του ιατρού, κάτι που πρακτικά τουλάχιστον είναι δύσκολο να ελεγχθεί.

Οικονομικοί Παράγοντες

Καταληκτικά, στα πιθανά οφέλη ίσως πρέπει να αναφέρουμε και επιχειρήματα, που αν και δεν υπάγονται εντός της σφαίρας της ηθικής αποτελούν όμως σημαντικό κομμάτι της κοινωνικής πραγματικότητας: πρόκειται γ' αυτά που σχετίζονται με την οικονομική πτυχή του ζητήματος. Δηλαδή επιχειρήματα που υποστηρίζουν ότι με την νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας το κράτος θα εξοικονομεί πολλά χρήματα που σπαταλώνται για άσκοπη ιατρική περίθαλψη στο τέλος της ζωής. Αν και συνήθως έμφαση δίδεται στην ηθική πτυχή του ζητήματος και τείνει ν' αποφεύγεται η αναφορά σε οικονομικούς λόγους, πρέπει παρά ταύτα να αναγνωρίσουμε ότι στην πραγματικότητα η αποφυγή του υπολογισμού της

⁴³ Emanuel, Fairclough, Daniels, και Clarridge, "Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: Attitudes and Experiences", 1808-9.

οικονομικής διάστασης μίας ιατρικής απόφασης αποτελεί μία πολυτέλεια που δεν υπάρχει. Έτσι, όντας ρεαλιστές, ίσως οφείλουμε να ανακαλύψουμε αν υπάρχει πράγματι ένα σημαντικό οικονομικό όφελος, που μεταμορφώνει την υποβοηθούμενη αυτοκτονία σε μία δεικνυτική για την διαχείριση ιατρικών πόρων προοπτική.

Ο Merrill Matthews σε σχετικό του άρθρο για το πώς θα μπορούσε η Ιατρικά Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία να εξοικονομήσει στο ιατρικό σύστημα χρήματα⁴⁴, επιδιώκει να μας δείξει, βασισμένος κυρίως σε έρευνες που έχουν γίνει στις Ηνωμένες Πολιτείες, ότι η προοπτική αυτή αποτελεί στην ουσία μία ψευδαίσθηση. Στηριζόμενος κυρίως σε στατιστικά στοιχεία του Health Care Financing Administration (HCFA)⁴⁵, που αποτελεί κατά την κρίση του την πιο έγκυρη πηγή ιατρικού κόστους στο τέλος της ζωής (στις Η.Π.Α) και που παρακολουθεί αρκετά συχνά το ιατρικό κόστος των ασθενών στο τελευταίο χρόνο της ζωής τους, και σε σχετικές στατιστικές μελέτες του Ezekiel.J.Emanuel⁴⁶, καταλήγει σε ένα αρκετά ενδιαφέρον συμπέρασμα.

Σύμφωνα με την Matthews, κάποιος με βάση τα στατιστικά στοιχεία που υπάρχουν μπορεί κάλλιστα να οδηγηθεί στο συμπέρασμα ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες, αν υπολογίσουμε τον αριθμό των ατόμων που με βάση στατιστικές μελέτες πιθανώς θα επιλέξουν την Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία ως τρόπο θανάτου,⁴⁷ το οικονομικό όφελος θα είναι περίπου 251 εκατομμύρια δολάρια τον χρόνο. Όμως το συμπέρασμα αυτό είναι κάπως παραπλανητικό διότι «251 εκατομμύρια αποτελεί το χειρότερο πιθανό σενάριο».⁴⁸ Προϋποθέτει για παράδειγμα ότι όσοι επιλέξουν τη διαδικασία αυτή θα πεθάνουν έξι μήνες νωρίτερα, κάτι που στην πραγματικότητα δεν συμβαίνει· συνήθως η απαίτηση για αυτοκτονία γίνεται τον τελευταίο μήνα ή ακόμα και τις τελευταίες μέρες· έτσι στην πραγματικότητα τα χρήματα που πιθανώς θα γλιτώσουμε είναι πολύ λιγότερα. «Στην επιθεώρηση των Ολλανδών ιατρών, το 64%

⁴⁴ Matthews, “Would Physician-Assisted Suicide Save the Healthcare System Money? (Or is Jack Kevorkian Doing All of Us a Favor)”.

⁴⁵ π.χ. Health Care Financing Review, *1996 Statistical Supplement* (Baltimore: U.S. Department of Health and Human Services, 1996)

⁴⁶ Ezekiel J. Emanuel and Linda L. Emanuel, “The Economics of Dying: The Illusion of Cost Saving at the End of Life”, *New England Journal of Medicine* 330 (8) (February 24, 1994): 540-44.

Ezekiel J. Emanuel, “Cost Saving at the End of Life: What do the Data Show?” *Journal of the American Association* 275 (24) (June 26, 1996).

⁴⁷ Στην Ολλανδία όπου η Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία υπό προϋποθέσεις επιτρέπεται 0.4% από τους συνολικούς θανάτους γίνονται με την διαδικασία αυτή. Υπολογίζεται ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες το ποσοστό θα είναι παρόμοιο. Από τη στιγμή που στην Αμερική πεθαίνουν περίπου 2,3 εκατομμύρια άτομα κάθε χρόνο, μπορούμε να υπολογίσουμε ότι περίπου 9200 θα χρησιμοποιούν τη διαδικασία αυτή για να τερματίσουν τη ζωή τους.

⁴⁸ Matthews, “Would Physician-Assisted Suicide Save the Healthcare System Money? (Or is Jack Kevorkian Doing All of Us a Favor)”, 320, “251 million is a ‘worst case’ scenario”.

δήλωσε ότι είχε συντομεύσει την ζωή των ασθενών του για λιγότερο από 24 ώρες, και το 16% για λιγότερο από μία εβδομάδα». ⁴⁹ Οπότε, ο οικονομικός παράγοντας δεν αποτελεί στην πραγματικότητα ισχυρό επιχείρημα, πόσο μάλλον αν αναλογιστούμε τις ηθικές επιπτώσεις που μπορεί να επιφέρει η ενίσχυση μίας παρόμοιας λογικής.

⁴⁹ Matthews, “Would Physician-Assisted Suicide Save the Healthcare System Money? (Or is Jack Kevorkian Doing All of Us a Favor)”, 320, πηγή: Peter van der Mass, et al., “Euthanasia, Physician-Assisted Suicide, and Other Medical Practices Involving the End of Life in the Netherlands, 1990-1995,” *New England Journal of Medicine* 335 (22) (November 28, 1996): 1699-705.

Ασφαλιστικές Δικλείδες

Καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της στάσης μας έναντι του ζητήματος νομιμοποίησης της ιατρικής συνδρομής στην αυτοκτονία παίζουν και οι πιθανές, πρακτικά εφαρμόσιμες, ασφαλιστικές δικλείδες. Αν οι ασφαλιστικές δικλείδες αποβλέπουν σε μία ικανοποιητική αντιμετώπιση των προβλεπόμενων κινδύνων, τότε θεωρώ ότι ενισχύεται κατά πολύ η προάσπιση της νομιμοποίησης της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Όπως είναι ευλόγως φανερό το τωρινό status quo δεν μας προσφέρει αρκετά στοιχεία για να καταλήξουμε σε ασφαλή συμπεράσματα σχετικά με την εφαρμογή της απαίτησης για ιατρική συνδρομή στην αυτοκτονία, καθότι η δυνατότητα αυτή προσφέρεται μόνο από ένα Κράτος, την Ολλανδία, και μία Πολιτεία των Ηνωμένων Πολιτειών, το Όρεγκον. Όμως, παρά ταύτα, στην προκείμενη περίπτωση μπορούμε να αποκτήσουμε έστω μία πρωταρχική εικόνα τόσο μίας πιθανής εφαρμόσιμης νομοθεσίας όσο και των πιθανών κινδύνων που η νομοθεσία αυτή αντιμετωπίζει ή εγείρει. Λαμβάνοντας ως παράδειγμα τη νομοθεσία του Όρεγκον που ονομάστηκε «Αξιοπρεπής Θάνατος»⁵⁰ θα επιδιώξουμε να προβούμε σε ορισμένα λογικά συμπεράσματα.

Όρεγκον «Αξιοπρεπής Θάνατος»

Ο παραπάνω νόμος καταρχήν προασπίζεται το δικαίωμα χορήγησης ιατρικών συνταγών σε ενήλικους ασθενείς τερματικού σταδίου, θέτοντας όμως παράλληλα και ορισμένες απαράβατες προϋποθέσεις. Η σχετική νομοθεσία προσανατολίζεται μόνο σε ασθενείς που πάσχουν από ανίατη ασθένεια τερματικού σταδίου. Για τον λόγο αυτό θέτει και ως μέγιστο χρονικό όριο ζωής τούς 6 μήνες. Δηλαδή μόνο ασθενείς, που έχουν λιγότερο από έξι μήνες να ζήσουν μπορούν να συμβουλευτούν τον ιατρό

⁵⁰ Η νομοθεσία του 1997 ήταν αποτέλεσμα της επανεξέτασης, από το Ανώτατο Δικαστήριο της Αμερικής δύο αποφάσεων περιφερειακών δικαστηρίων (Vacco v. Quill και Washington v. Glucksberg.) Οι αποφάσεις των περιφερειακών δικαστηρίων επικύρωναν το συνταγματικό δικαίωμα στην υπό περιορισμούς αυτοκτονία με ιατρική συνδρομή. Όμως οι αποφάσεις αυτών των κατώτερων δικαστηρίων ανατράπηκαν από το Ανώτερο Δικαστήριο, που θεώρησε ότι δεν υπάρχει κανένα συνταγματικό δικαίωμα στην αυτοκτονία με ιατρική συνδρομή· αλλά αναγνώρισε το δικαίωμα κάθε πολιτείας να μπορεί να εφαρμόσει τη δική της τακτική. Έτσι με το να επισπεύσει το ζήτημα στις πολιτείες το Ανώτατο Δικαστήριο επιτυχώς αναγνωρίζει τη νομική εγκυρότητα των νομοθεσιών είτε αν επιτρέπουν είτε αν απαγορεύουν.

τους. Η προϋπόθεση αυτή τέθηκε με το σκεπτικό να περιοριστεί στο ελάχιστο η πιθανότητα να βρεθεί θεραπεία της ασθένειας, που να έχει βεβαίως θεραπευτικά αποτελέσματα σε τελικά στάδια θανατηφόρας ασθένειας.

Επίσης, προκειμένου να χορηγηθεί η συνταγή από τον ιατρό απαιτείται να έχουν παρέλθει 15 ημέρες από τη στιγμή της αρχικής προφορικής αίτησης του ασθενούς και τουλάχιστον 48 ώρες από τη στιγμή της γραπτής αίτησης. Επιπλέον πριν τη γραπτή αίτηση χρειάζεται μία δεύτερη προφορική αίτηση κατά την οποία ο ιατρός οφείλει να προτείνει στον ασθενή να μην επιμείνει στην επιθυμία του. Ο ασθενής έχει δικαίωμα οποιαδήποτε στιγμή να παραιτηθεί από το αίτημα του. Το χρονικό αυτό διάστημα θεωρείται απαραίτητο τόσο για να λάβουν χώρα όλες οι απαραίτητες διαδικασίες όσο και για να βεβαιωθεί η σταθερότητα της απόφασης του ασθενούς.

Μία από τις πιο κρίσιμες σχετικές διαδικασίες θεωρείται η εξασφάλιση της ενήμερης απόφασης του ασθενούς. Ο ιατρός οφείλει να ενημερώσει πλήρως τον ασθενή για όλες τις πιθανές πτυχές της ιατρικής διάγνωσης του, για τη δική του προσωπική πρόγνωση, για τους πιθανούς κινδύνους και αποτελέσματα της λήψης της θανατηφόρας συνταγής, όπως επίσης και για όλες τις πιθανές εναλλακτικές λύσεις. Με βάση τη νομοθεσία του Όρεγκον κανένας ασθενής δεν θα λάβει συνταγή για τερματισμό της ζωής του, αν δεν έχει προηγουμένως ενημερωθεί για όλες τις πτυχές του ζητήματος. Ο υπό παρακολούθηση ιατρός θα πρέπει, επιπλέον, να επαληθεύσει την ενήμερη απόφαση του ασθενούς.

Ακόμα απαραίτητη θεωρείται η επιβεβαίωση της ψυχικής υγείας του ασθενούς και από έναν επιπλέον ειδικευμένο ιατρό. Στην περίπτωση που υπάρχουν βάσιμες υπόνοιες ότι ο ασθενής δεν είναι ψυχικά υγιής και πάσχει είτε από ψυχιατρικού είτε από ψυχολογικού τύπου διαταραχές ή κατάθλιψη, παράγοντες που θεωρείται ότι επιδρούν κατασταλτικά στην κρίση του, δεν δίδεται άδεια χορήγησης φαρμάκου.

Είναι σημαντικό επίσης να αναφέρουμε ότι α) μόνο ένας μόνιμος κάτοικος της πολιτείας του Όρεγκον δικαιούται ιατρική συνδρομή στην αυτοκτονία στην συγκεκριμένη πολιτεία, για προφανείς λόγους β) ο ασθενής δεν είναι υποχρεωμένος να ενημερώσει τους συγγενείς του, αν και ο ιατρός οφείλει να τον προτρέψει προς την

κατεύθυνση αυτή και γ) η γραπτή αίτηση⁵¹ απαιτεί την υπογραφή ενός μάρτυρα που γνωρίζει την κατάσταση του ασθενούς, έχει τα λογικά του και δεν σχετίζεται με κανένα τρόπο με τον ασθενή.

Τέλος απαιτείται εκτενέστατη καταγραφή όλων των στοιχείων στον ιατρικό φάκελο του ασθενούς, τόσο των προφορικών και γραπτών αιτημάτων όσο και των υπολοίπων στοιχείων που έχουν προαναφερθεί.

Κριτική Αποτίμηση

Αρχικά, θα μπορούσαμε χωρίς ενδοιασμούς να υποστηρίξουμε ότι η νομοθεσία του Όρεγκον πληροί ως επί το πλείστον έστω τις βασικές προϋποθέσεις που επιτάσσει η κοινή λογική ως απαραίτητες ασφαλιστικές δικλείδες. Για παράδειγμα, όλοι αναγνωρίζουμε ότι θα πρέπει ο ασθενής που απαιτεί τη συνδρομή του ιατρού στην αυτοκτονία του να έχει τα λογικά του ή ότι θα πρέπει να υπάρχει μία σαφής διάγνωση και πρόγνωση ή ακόμα ότι θα πρέπει να υπάρχει ενήμερη συγκατάθεση. Όμως, παρά ταύτα, πολλοί είναι εκείνοι που προβάλλουν αντιρρήσεις σχετικά με τη δυνατότητα ορθής πρακτικής εφαρμογής των παραπάνω προϋποθέσεων.

Μία από τις πιο συχνές αντιρρήσεις είναι η δυνατότητα σαφούς πρόγνωσης. Αναφέρεται συνήθως ως παράδειγμα για την προάσπιση του επιχειρήματος αυτού η ήδη γνωστή ύπαρξη περιπτώσεων στις οποίες αν και υπήρχε σαφής πρόγνωση ότι ο

⁵¹ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ ΣΤΟΝ ΤΕΡΜΑΤΙΣΜΟ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΜΟΥ ΜΕ ΑΞΙΟΠΡΕΠΗ ΤΡΟΠΟ

Εγώ _____, είμαι ενήλικος που έχει τα λογικά του.

Υποφέρω από _____, την οποία ο θεράπων ιατρός μου έχει προσδιορίσει ως θανατηφόρα ασθένεια τερματικού σταδίου, κάτι που έχει επιβεβαιωθεί από έναν δεύτερο ειδικό ιατρό.

Έχω ενημερωθεί πλήρως για τη διάγνωση, πρόγνωση, τη φύση της συνταγής που θα μου χορηγηθεί, τους πιθανούς κινδύνους που σχετίζονται με αυτήν, τα αναμενόμενα αποτελέσματα, και τις πιθανές εναλλακτικές λύσεις.

Ζητώ να μου χορηγήσει ο θεράπων ιατρός μου συνταγή που θα θέσει τέλος στην ζωή μου με ανθρώπινο και αξιοπρεπή τρόπο.

___ έχω ενημερώσει την οικογένεια μου.

___ έχω αποφασίσει να μην ενημερώσω την οικογένεια μου.

___ δεν έχω οικογένεια για να ενημερώσω.

Κατανοώ ότι έχω το δικαίωμα να παραιτηθώ από το αίτημα μου οποιαδήποτε στιγμή.

Κατανοώ το πλήρες βάρος του αιτήματός μου και περιμένω να πεθάνω όταν λάβω τη συνταγή που θα μου χορηγηθεί.

Προβάλλω αυτή την απαίτηση με τη δική μου θέληση και χωρίς επιφύλαξη, και αποδέχομαι την πλήρη ευθύνη των πράξεών μου.

Υπογραφή _____

Ημερομηνία _____

The Oregon Death with Dignity Act σελ:201, "Contemporary Issues In Bioethics", T. Beaychamp, I. Walters, Wodsworth Publishing Company, California 1989.

ασθενής έχει ορισμένους μήνες ζωής, προς έκπληξη των ιατρών ο ασθενής έζησε ακόμα και χρόνια μετά. Το επιχείρημα αυτό υπονομεύει το όριο που έθεσε ως βασικό κριτήριο αποδοχής, όπως προαναφέραμε, το νομοσχέδιο του «Αξιοπρεπούς Θανάτου» της πολιτείας του Όρεγκον.

Το επιχείρημα όμως αυτό, αν και παρουσιάζεται ως ένα από τα πιο ισχυρά επιχειρήματα κατά των ασφαλιστικών δικλείδων, δεν μπορεί να αποτελέσει τον ακρογωνιαίο λίθο της θεμελίωσης μίας τυχόν απόρριψης της προκείμενης προϋπόθεσης. Ασφαλώς για τίποτα δεν μπορούμε να είμαστε απόλυτα σίγουροι. Ασφαλώς ακόμα και μία επιστήμη, που ίσως να ασκείται από την αρχή σχεδόν της ύπαρξης του ανθρώπου ως έλλογου όντος, δεν μπορεί να μας εξασφαλίσει βεβαιότητα. Αλλά αυτό είναι πράγματι που αναζητούμε; Ή μήπως είναι η χρήση μίας αξιόπιστης μεθόδου; Πώς θα μπορούσαμε άλλωστε να έχουμε απαίτηση για απόλυτη βεβαιότητα από τη στιγμή κυρίως που κάτι τέτοιο δεν έχει εξασφαλιστεί σε κανένα τομέα της ανθρώπινης δράσης; Αν όμως ικανοποιούμαστε από την αξιοπιστία μίας μεθόδου, τότε η υπό μελέτη μέθοδος πληροί επαρκώς το σχετικό κριτήριο. Σίγουρα πρέπει να τηρούνται ορισμένες βασικές προϋποθέσεις σωστής λειτουργίας του ιατρικού επαγγέλματος, όπως έχουμε αναφέρει και σε προηγούμενο κεφάλαιο. Όπως για παράδειγμα να υπάρχει μία σωστή λειτουργική σχέση ιατρού-ασθενούς, η οποία συμβάλλει στην μείωση της πιθανότητας λάθους στο ελάχιστο. Ο ιατρός οφείλει να αντιμετωπίζει τους ασθενείς ως αυτόνομες περιπτώσεις και όχι να τους ταξινομεί σε απρόσωπες κατηγορίες. Όμως, πέρα από τις τυχόν ανά περίπτωση προϋποθέσεις, θεωρώ ότι το γενικότερο κριτήριο της αξιοπιστίας αποτελεί αρκετά ικανοποιητικό κριτήριο.

Υπάρχουν βέβαια και άλλες, δυσκολότερο να απαντηθούν ενστάσεις. Σημαντικός λόγος γίνεται για τον αυθαίρετο καθορισμό ενός χρονικού περιορισμού σε ένα τόσο σημαντικό ζήτημα, που αναπόφευκτα σχετίζεται με την αυτονομία και αξιοπρέπεια του κάθε ατόμου. Θα μπορούσε κάλλιστα κάποιος να υποστηρίξει ότι προβαίνουμε σε ποσοτικοποίηση ποιοτικών αξιών με το να θέτουμε έναν περιορισμό 6 μηνών στο ανθρώπινο πόνο και αξιοπρέπεια. Συμφωνώ· μία τέτοιου είδους αντίρρηση εγείρει σοβαρά ζητήματα. Αλλά όμως δεν πρέπει να αγνοήσουμε το γεγονός ότι οφείλουμε να λάβουμε υπόψη ότι σκοπός μας είναι να μειώσουμε στο έπακρον τις περιπτώσεις παρεκτροπής είτε με το να επιτρέπουμε, υπό περιορισμούς, είτε με το να απαγορεύουμε μία μέθοδο. Οι ασφαλιστικές δικλείδες, όπως αυτές της νομοθεσίας του Όρεγκον, πιστεύω ότι οδηγούν προς την κατεύθυνση αυτή. Εντούτοις

πάντα υπάρχει περιθώριο για βελτιώσεις. Όμως οποιεσδήποτε και αν είναι οι βελτιώσεις ίσως να είναι συνετό να γίνονται μέσα από μία διαδικασία ωρίμανσης, ίσως να απαιτείται, είτε το θέλουμε είτε όχι, ένα χρονικό διάστημα πρακτικής εφαρμογής μίας τυχόν νομοθεσίας. Σε γενικές γραμμές η νομοθεσία του Όρεγκον φαίνεται να πληροί τις προϋποθέσεις μίας λογικής αρχικής νομοθετικής ρύθμισης.

Εναλλακτικές Λύσεις

Όσα ήδη αναφέρθηκαν μας φέρουν αναπόφευκτα αντιμέτωπους και με ένα άλλο θεμελιακό κριτήριο επιλογής, το οποίο επιβάλλεται να θέσουμε, έχοντας πάντα ως απώτερο σκοπό να καταλήξουμε σε ένα συμπέρασμα που να ικανοποιεί τον ασθενή τερματικού σταδίου, αλλά και να είναι ταυτόχρονα αποδεκτό από την κοινωνία στο σύνολο της. Θα μπορούσε άραγε να θεωρηθεί πρακτικά αναγκαία η νομιμοποίηση της ιατρικής συνδρομής στην αυτοκτονία ή υπολογιζόμενων των αναλογιών μία τέτοιου είδους ρύθμιση δεν αποτελεί, με βάση τα τωρινά δεδομένα, επιτακτική ανάγκη; Ίσως ο καλύτερος τρόπος να απαντήσουμε σε ένα τέτοιο ερώτημα είναι να αναρωτηθούμε αν υπάρχουν ικανοποιητικές για τους ασθενείς εναλλακτικές λύσεις, που καθιστούν την ιατρική συνδρομή στην αυτοκτονία μη απαραίτητη.

Συχνά αρκετοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι οι τωρινές επιτρεπτές διαδικασίες όχι μόνο μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως ικανοποιητικές εναλλακτικές λύσεις, αλλά επιπλέον αποτελούν πιθανώς πρακτικά καλύτερες λύσεις από μία τυχόν νομοθετική ρύθμιση που θα επιτρέπει την ιατρική συνδρομή στην αυτοκτονία.

Εκούσια Διακοπή Λήψης Τροφής και Υγρών

Μία από τις εναλλακτικές λύσεις που είθισται να αναφέρεται είναι η εκούσια διακοπή λήψης τροφής και υγρών (Stopping Food and Fluids). Η διαδικασία αυτή θεωρείται ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως πιθανή λύση για ασθενείς σε τερματικό στάδιο που επιθυμούν να αυτοκτονήσουν, χωρίς παράλληλα να αναγκαστούμε να υποπέσουμε σε τυχόν κινδύνους μίας μελλοντικής νομιμοποίησης της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.

Ως προασπιστές της θέσης αυτής ο Bernard Gert, ο Charles M. Culver, και ο K. Danner Clouser στο κείμενο τους “An Alternative to Physician-Assisted Suicide” υποστηρίζουν ότι η εκούσια διακοπή τροφής και υγρών δεν διαφέρει πολύ από την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Αν και με μία πρώτη ματιά μάς φαίνεται επίπονη διαδικασία, στην πραγματικότητα, σε αντίθεση με ότι θεωρείται ότι ισχύει, το να πεθάνει κάποιος από έλλειψη τροφής και νερού δεν είναι σωματικά επίπονο ή

δυσάρεστο, αρκεί βεβαίως να υπάρχει ένας ελάχιστος βαθμός καταπραϋντικής ιατρικής φροντίδας.

Οι παραπάνω καθηγητές ιατρικής υποστηρίζουν ότι η σωστή ενημέρωση για την διαδικασία εκούσιας διακοπής τροφής και νερού μπορεί να μειώσει την απαίτηση των ασθενών για Ιατρικά Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία. Υποστηρίζεται ότι ο ασθενής θα κατανοήσει ότι η διαδικασία αυτή πρακτικά δεν διαφέρει και πολύ από την ιατρική συνδρομή στην αυτοκτονία. Ορθώς αναφέρεται ότι ακόμα και από χρονική σκοπιά δεν υπάρχει κάποια ουσιαστική διαφορά. Κάποιος, για παράδειγμα, θα μπορούσε να ισχυριστεί ότι επιθυμεί έναν γρήγορο θάνατο και ότι για τον λόγο αυτό δεν αποδέχεται τη διακοπή τροφής και νερού ως ικανοποιητική λύση. Όμως ένα τέτοιο επιχείρημα στην πραγματικότητα δεν ευσταθεί διότι, ακόμα και αν υποθέσουμε ότι δεχόμαστε την υποβοηθούμενη αυτοκτονία υπό προϋποθέσεις, πρέπει και πάλι να περάσει ο ασθενής από μία διαδικασία κατά την οποία να κρίνεται τόσο η σωματική και ψυχική του υγεία όσο και η ενημερωμένη και ανεπηρέαστη απαίτηση του· δηλαδή μία διαδικασία που θα διαρκεί τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Και η διαδικασία της εκούσιας διακοπής λήψης τροφής και υγρών διαρκεί συνήθως δύο εβδομάδες. Ήδη από την πρώτη εβδομάδα χάνεται η δυνατότητα συνειδητής λειτουργίας και κατά τη δεύτερη επέρχεται ο θάνατος. Οπότε, όπως είναι κατανοητό, λαμβανομένων υπόψη των αναλογιών, δεν διαφέρει και πολύ η μία διαδικασία από την άλλη.

Από την άλλη υποστηρίζεται ότι η μέθοδος της διακοπής λήψης τροφής και υγρών ενέχει και ορισμένα θετικά στοιχεία που η Ιατρικά Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία στερείται. Για παράδειγμα δίνει στον ασθενή μία έσχατη ευκαιρία αλλαγής γνώμης κυρίως από την στιγμή που νιώθει και αντιλαμβάνεται σιγά σιγά ότι χάνει τις δυνάμεις του. Πράγματι «οι άνθρωποι συχνά βρίσκονται σε αμφιθυμία όταν είναι να επιλέξουν τον θάνατο τους, αλλάζουν γνώμη αρκετές φορές, αλλά ο θάνατος αποτελεί μία μόνιμη κατάσταση, και από την στιγμή που συμβεί, δεν είναι δυνατόν να αλλάξεις πια γνώμη».⁵²

Ακόμα υποστηρίζεται ότι δεν τίθεται ζήτημα για το αν ο ιατρός έχει ως στόχο τον θάνατο του ασθενούς ή όχι. Ο ασθενής μόνος του επιλέγει να ακολουθήσει τη διαδικασία της διακοπής λήψης τροφής και νερού. Ο ιατρός έχει απλώς ως μέλημα του την ανακούφιση από τον πόνο, με την αρμόζουσα πάντα θεραπευτική φροντίδα.

⁵² Bernard Gert, Charles M. Culver, and K. Danner Clouser, “An Alternative to Physician-Assisted Suicide”, 245.

Έτσι αποφεύγεται κάθε πιθανή απαγόρευση συνδρομής του ιατρού, διότι όπως γίνεται ευλόγως φανερό ο ιατρός στοχεύει μόνο στην αποφυγή του πόνου και όχι στον θάνατο του ασθενούς. Ακόμα και αν γνωρίζει ότι ο ασθενής στοχεύει στην επιτάχυνση του θανάτου του, αυτό δεν τον καθιστά υπεύθυνο.

Τέλος συχνά υποστηρίζεται ότι έτσι και αλλιώς πολλοί ασθενείς που βρίσκονται σε τερματικό στάδιο, όπως για παράδειγμα οι καρκινοπαθείς, χάνουν την όρεξη τους· άρα τουλάχιστον γι' αυτούς δεν αποτελεί και μία τόσο βάνουση διαδικασία.

Αν και η παραπάνω πρόταση φαίνεται δελεαστική ως δυνατή εναλλακτική λύση, μία ολοκληρωμένη ανάλυση της μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι υστερεί σε αρκετά σημεία.

Οι υποστηρικτές της θέσης αυτής τείνουν να αναγνωρίζουν ως δικαίωμα ελευθερίας και προσωπικής επιλογής την απαίτηση κάποιου να αυτοκτονήσει. Επίσης φαίνεται να αναγνωρίζουν ότι ίσως είναι απαραίτητη η συμμετοχή του ιατρού σε μία διαδικασία επιτάχυνσης του θανάτου, αλλά όμως δεν αποδέχονται τη διαδικασία αυτή καθαυτή. Στηριζόμενοι κυρίως στην νομιμότητα της υπάρχουσας δυνατότητας και στους πιθανούς κινδύνους μίας τυχόν λανθασμένης χρήσης της μεθόδου της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας προασπίζονται τον περιορισμό ενός, κατά τ' άλλα, αναφαίρετου δικαιώματος. Το γεγονός ότι η ένσταση τους σχετίζεται μόνο με τη μέθοδο γίνεται φανερό από τον σεβασμό που δείχνουν στην επιθυμία του ασθενούς που βρίσκεται σε τερματικό στάδιο όχι μόνο να μην παρατείνει την ζωή του, αλλά και να επιταχύνει τον θάνατό του.

Ακόμα, τόσο στην περίπτωση της εθελούσιας διακοπής λήψης τροφής και υγρών όσο και στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ο ιατρός γνωρίζει ότι ο ασθενής επιθυμεί να πεθάνει και ότι πρόκειται να πεθάνει. Όμως στην μία περίπτωση σεβόμενος την επιθυμία του ασθενούς του προσφέρει τις υπηρεσίες του, ενώ στην άλλη δεν έχει παρόμοιο δικαίωμα. Πώς θα μπορούσαμε να σεβαστούμε την επιθυμία του ασθενούς χωρίς να σεβαστούμε κάτι λιγότερο σημαντικό, τον τρόπο δηλαδή που θα επιλέξει να ικανοποιήσει την επιθυμία του;

Επιπλέον είναι εμφανές ότι η νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας παρέχει δυνατότητα σφετερισμού, ακόμα και υπό τις πιο απαιτητικές ασφαλιστικές δικλείδες· τι μας κάνει να πιστεύουμε ότι και η διαδικασία της διακοπής λήψης τροφής και νερού δεν ενέχει εξίσου παρόμοιους κινδύνους; Εξάλλου αν οι πιθανοί κίνδυνοι είναι το πρόβλημα της αποδοχής της μεθόδου, τότε θα ήταν προφανώς

προτιμότερη μία διαδικασία που υπόκειται σε αυστηρή κρίση παρά μία διαδικασία που τείνει να διαφεύγει του κριτικού ελέγχου.

Τέλος δεν έχουν, όπως είναι κατανοητό, όλοι τη δυνατότητα να ακολουθήσουν αυτόν τον τρόπο επιτάχυνσης του θανάτου. Φανταστείτε για παράδειγμα ασθενείς κατά τις οποίες δεν έχουμε συμπτώματα, όπως είναι η διακοπή της όρεξης για τροφή. Για ποιόν λόγο θα πρέπει να προσφέρουμε ως μοναδική πιθανή λύση σε κάποιον που βρίσκεται σε τερματικό στάδιο θανατηφόρας ασθένειας να προβεί σε μία τέτοια διαδικασία που για τον ίδιο μπορεί να θεωρείται αρκετά βάνουση, κυρίως από τη στιγμή που ίσως το φαγητό ν' αποτελεί γι' αυτόν μία από τις ελάχιστες πλέον απολαύσεις που μπορεί να του προσφέρει η ζωή;

Τερματική Καταπράυνση (Terminal Sedation)

Μία άλλη συνήθης διαδικασία, που θεωρείται ότι εμφανίζεται ως ικανοποιητική λύση κάνοντας μη αναγκαία τη χρήση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, είναι η επονομαζόμενη Τερματική Καταπράυνση (terminal sedation). Η διαδικασία αυτή περιγράφει την προσπάθεια του ιατρού να καταπραΰνει τον πόνο του ασθενούς που βρίσκεται σε τερματικό στάδιο, σε τέτοιο βαθμό, που συνήθως ναρκώνει τον ασθενή και ως αποτέλεσμα του εξαλείφει κάθε μορφή συνειδητής λειτουργίας του. Αυτό επιτυγχάνεται με τη συνεχή χορήγηση δυνατών βαρβιτουρικών. Ο θάνατος είναι αναπόφευκτος και συνήθως επέρχεται από ορισμένες μέρες μέχρι και εβδομάδες. Ο ασθενής πεθαίνει από δίψα ή από κάποια επιπλοκή της υγείας του. Επειδή είναι βαριά ναρκωμένος πιστεύεται ότι δεν υποφέρει.

Ο σκοπός της διαδικασίας αυτής είναι να απαλλάξει τον ασθενή από τον πόνο που νιώθει. Θεωρείται ότι ο επικείμενος θάνατος δεν επιδιώκεται, αν και προβλέπεται. Και στην διαδικασία αυτή είναι δύσκολο να προσδιοριστεί τι επιδιώκει κάθε φορά ο ιατρός.

Επιπλέον όπως μας υπενθυμίζουν ο Timothy E. Quill, ο Bernard Lo και ο Dan W. Brock σε ένα σχετικό κείμενο για τις εναλλακτικές επιλογές για τερματισμό της ζωής «Μία πρόσφατη απόφαση του ανώτατου δικαστηρίου των Ηνωμένων Πολιτειών υποστήριξε σθεναρά την διαδικασία της TS, λέγοντας ότι ο πόνος των ασθενών σε τερματικό στάδιο πρέπει να αντιμετωπίζεται, ακόμα και μέχρι το σημείο που θα

προκαλέσεις απώλεια των αισθήσεων και επιτάχυνση του θανάτου».⁵³ Δηλαδή όχι μόνο είναι νομικά έγκυρη η διαδικασία αυτή, αλλά επιπλέον παροτρύνεται η χρήση της.

Η διαδικασία «Τερματικής Καταπράυνσης» δεν διαφέρει τόσο από την προηγούμενη αναφερθείσα εναλλακτική λύση και εκτός από τις κοινές αντιρρήσεις που έχουν προβληθεί προηγουμένως εγείρει εντονότερα ένα επιπλέον ζήτημα που ενυπάρχει και στις δύο διαδικασίες, το ζήτημα της αξιοπρέπειας. Πολλοί ασθενείς σε τερματικό στάδιο μπορεί να απορρίψουν τις μεθόδους αυτές, επειδή θίγεται η αξιοπρέπεια τους με το να διατηρούνται σε μία κατάσταση ασυνειδησίας για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα. Πρόκειται για μία κατάσταση που όχι μόνο θίγει τη μέχρι τότε στάση ζωής τους, αλλά φέρει και επιπλέον μη απαραίτητο πόνο στους συγγενείς, που υποφέρουν περιμένοντας να πεθάνει ο ασθενής.

Διατήρηση Προϋπάρχουσας Κατάστασης

Καταληκτικά αρκετοί είναι και αυτοί που τείνουν να υποστηρίζουν τη λύση που ονομάζω «Διατήρηση Προϋπάρχουσας Κατάστασης». Δηλαδή λέγεται ότι υπό το τωρινό νομικό καθεστώς επιτρέπεται σε κάποιον ασθενή να αναζητήσει αποτελεσματική και συμπονετική ιατρική περίθαλψη, να αρνηθεί περαιτέρω επιμήκυνση της ζωής με μηχανική υποστήριξη, να απαιτήσει τερματική καταπράυνση ή ακόμα και να πεθάνει από την πείνα με την βοήθεια του ιατρού. Είναι επίσης νόμιμο για ένα άτομο να αυτοκτονήσει χωρίς βοήθεια, ίσως ακόμα και με την βοήθεια ενός βιβλίου που θα τον συμβουλέψει. Τέλος είναι εφικτό για πολλούς ασθενείς με καλή και έμπιστη σχέση με τον ιατρό τους να πετύχουν τον στόχο τους μέσα στα όρια μίας προσωπικής και διακριτικής σχέσης, αλλά χωρίς την κάλυψη και του νόμου. Επιπλέον όπως αναφέρει ο Beauchamp⁵⁴ «οποιοσδήποτε επιλογές και να δοθούν στους ασθενείς, δεν πρέπει να υποθέτουμε ότι οι ιατροί αντιμετωπίζουν ένα μεγάλο αριθμό από απελπισμένους ασθενείς τερματικού σταδίου, οι οποίοι τους

⁵³ Quill, Timothy E., “A Comparison of Voluntary Stopping Eating and Drinking, Terminal Sedation, Physician-Assisted Suicide, and Voluntary Active Euthanasia”, 257.

⁵⁴ T. Beauchamp, *End of life Decision Making, Contemporary Issues in Bioethics*.

ζητούν να τους βοηθήσουν να τερματίσουν τη ζωή τους είτε με ευθανασία είτε με ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία».⁵⁵

Ακόμα όμως και αν δεχθούμε τις παραπάνω θέσεις και ακόμα και αν υποθέσουμε ότι οι περιπτώσεις δεν είναι αρκετές για να επιβάλουν μία επιτακτικού τύπου απαίτηση και πάλι δεν πρέπει να υποβαθμίσουμε το γεγονός ότι τα παραπάνω επιχειρήματα όχι μόνο δεν αντιτίθενται, αλλά μάλλον περισσότερο στηρίζουν, έστω με έμμεσο τρόπο, ένα δικαίωμα στην αυτοκτονία: τουλάχιστον για ορισμένες περιπτώσεις ασθενών τερματικού σταδίου που πάσχουν από αφόρητους πόνους. Και όπως είναι κατανοητό ένα δικαίωμα δεν χάνει την ισχύ του ούτε καν επειδή αντιπροσωπεύει ελάχιστες περιπτώσεις. Ούτε μπορεί να υπερκεραστεί με το πρόσχημα των πιθανών ελάχιστων περιπτώσεων παρατυπίας, κυρίως από τη στιγμή που οι παραπάνω λύσεις δίνουν τη δυνατότητα η παρατυπία να είναι πολύ μεγαλύτερη.

Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία διαφέρει και σ' ένα άλλο σημαντικό σημείο σε σχέση με τις παραπάνω διαδικασίες. Για να εφαρμοστούν οι διαδικασίες αυτές πρέπει η κατάσταση του ασθενούς να είναι ήδη ανυπόφορη, έτσι στην ουσία δεν αποφεύγεται ο πόνος και ο βασανισμός του ασθενούς, καθότι τα στοιχεία αυτά αποτελούν προϋπόθεση κάθε επέμβασης. Ο πόνος όμως αυτός και ο βασανισμός είναι κάτι που μπορεί ο ασθενής να θέλει να αποφύγει. Αντίθετα από τις άλλες μεθόδους μόνο η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι αυτή που μπορεί να λειτουργήσει προληπτικά.⁵⁶

Τέλος αν και η σύγχρονες διαδικασίες αντιμετώπισης του πόνου τον αντιμετωπίζουν σε ικανοποιητικό βαθμό στην πλειονότητα των περιπτώσεων και πάλι «οι ασθενείς έχουν δικαίωμα είτε να επιλέξουν ικανοποιητικό έλεγχο του πόνου είτε συνδρομή ενός πρόθυμου ιατρού στην αυτοκτονία».⁵⁷

⁵⁵ T.Beauchamp, *End of life Decision Making, Contemporary Issues in Bioethics*, 35, “whatever options are made available to patients, it should not be presumed that physicians face large numbers of desperately ill patients who wish to be assisted through voluntary active euthanasia or physician assisted suicide...”

⁵⁶ Battin, Margaret P., *Physician-Assisted Suicide*, 68: “these other modalities function primitive reactively; it is assisted suicide that can function preemptively”.

⁵⁷ Kamm, F. M., “A right to Choose Death”, 190: “the patient has a ‘Disjunctive’ right: either to adequate pain control or the assistance in suicide of a willing doctor”.

Συμμετέχω και Αφήνω να Πεθάνει

Πράξεις και Παραλείψεις

Από ηθική σκοπιά είθισται να δίνουμε σημασία στην πρόθεση κάποιου. Μία πράξη είναι αποδεκτή όχι μόνο αν οδηγεί σε ορισμένα παραδεκτά αποτελέσματα, αλλά αν αναγνωρίζουμε στην πράξη αυτή και μία αγαθή πρόθεση. Η προκείμενη αντίληψη στην χειρότερη περίπτωση μπορούμε να πούμε ότι μας έχει γίνει πια έθος. Ένα έθος ή κάτι περισσότερο που οφείλεται ή σε πρακτική αναγκαιότητα κοινωνικής διάδρασης ή ακόμα και σε κάποια ηθικού περιεχομένου φιλοσοφική θεώρηση που έχει επηρεάσει την ανθρώπινη σκέψη, όπως είναι η καντιανή ηθική. Είτε αποδεχόμαστε είτε, όπως τείνουν να υποστηρίζουν συνεπειοκρατικές ηθικές θεωρίες, θεωρούμε απολύτως ανούσια μία τέτοιου είδους προσέγγιση, οφείλουμε παρά ταύτα να λάβουμε υπόψη τη κοινωνική πραγματικότητα. Μία κοινωνική πραγματικότητα που επιτάσσει ανάλυση με απώτερο σκοπό την αποδοχή ή την απαλλαγή ενός παρόμοιου σκοπέλου ηθικής κρίσης.

Αν και είναι αρκετά δύσκολο, από πρακτική σκοπιά, να διαπιστώσουμε την πρόθεση κάποιου, οφείλουμε παρά ταύτα στην προκείμενη περίπτωση να διευκρινίσουμε τη διαφορά ηθικού βάρους ανάμεσα σε πράξεις και σε παραλείψεις, αν βεβαίως μία τέτοιου είδους διάκριση είναι έγκυρη. Δηλαδή σκοπός μας είναι να διακρίνουμε αν υπάρχει ουσιαστική διαφορά ηθικής σημασίας ανάμεσα στο να αφήνουμε κάποιον να πεθάνει και στο να μετέχουμε στον θάνατο του, υπό προϋποθέσεις. Βέβαια η διαφορά αυτή πρέπει να κριθεί εντός του ιδιαίτερου κοινωνικού πλαισίου της ιατρικής περίθαλψης και εντός μίας ιδιαίζουσας κοινωνικής σχέσης, της σχέσης ιατρού-ασθενούς.

Το παραπάνω ζήτημα προκύπτει κυρίως εξαιτίας του διαχωρισμού που υπάρχει ανάμεσα σε δυο ιατρικές πρακτικές τερματικού σταδίου. Η μία αναφέρεται στην επιτρεπόμενη διαδικασία διακοπής της μηχανικής υποστήριξης ύστερα από απαίτηση του ασθενούς και η άλλη σχετίζεται με την χορήγηση συνταγής για τον τερματισμό της ζωής του ατόμου που επιθυμεί να αυτοκτονήσει· μία διαδικασία σε γενικές γραμμές μη αποδεκτή. Οι υπέρμαχοι της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει μία ηθικώς σημαντική διαφορά μεταξύ του να επιτρέπω σε κάποιον να πεθάνει και το να τον συμβουλευώ, από τη στιγμή που η πρόθεση και στις δύο περιπτώσεις είναι ο τερματισμός της ζωής του ασθενούς.

Αντιθέτως υπάρχουν και εκείνοι που υποστηρίζουν ότι η μία διαδικασία διαφέρει πολύ από την άλλη κυρίως διότι, αν και η πράξη και η παράλειψη έχουν το ίδιο αποτέλεσμα, στη παράλειψη ο ιατρός απλώς αφήνει μία φυσική διαδικασία να πάρει τον δρόμο της ενώ στην πράξη επεμβαίνει επιταχύνοντας τη διαδικασία αυτή. Οπότε στη μία περίπτωση θεωρείται ότι σκοτώνουμε τον ασθενή, ενώ στην άλλη ότι τον αφήνουμε να πεθάνει. Όμως τα όρια δεν είναι τόσο ευδιάκριτα. Εκτός από τον τρόπο που επεμβαίνουμε και άλλα ιδιαίτερα, ανά περίπτωση στοιχεία, παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της ηθικής μας κρίσης.

«Η παρουσία (ή απουσία) συγκεκριμένων παραγόντων ή συνδυασμών παραγόντων μπορούν να υπερβούν σε σπουδαιότητα, τροποποιήσουν, ή ακόμα και να αποδυναμώσουν τη σημασία στοχασμών που προέρχονται από τη διάκριση μεταξύ του σκοτώνω και αφήνω να πεθάνει.»⁵⁸

Η λανθασμένη έμφαση που δίδεται στον διαχωρισμό των πράξεων αναλόγως με το αν είναι πράξεις επέμβασης ή παράλειψης γίνεται φανερή από την περιγραφή θεωρητικών περιπτώσεων. Φανταστείτε για παράδειγμα μία κατάσταση κατά την οποία ένας ασθενής, υπό μηχανική υποστήριξη, βρίσκεται σε τερματικό στάδιο ασθένειας, του έχουν μείνει λίγοι μήνες ζωής, είναι σε μη αναστρέψιμο κώμα και οι συγγενείς του σκέπτονται να αφαιρέσουν την μηχανική υποστήριξη με μοναδικό στόχο να τον απαλλάξουν από αφόρητο πόνο. Ας υποθέσουμε τώρα ότι ο ασθενής αυτός είναι ιατρός και ότι ένας συνάδελφος του θα πάρει τη θέση του στο νοσοκομείο όπου εργάζεται μόνο στην περίπτωση που ο ασθενής πεθάνει εντός των επόμενων εικοσιτετράωρων. Αν ο συνάδελφος του αυτός πάει κρυφά και διακόψει τη μηχανική υποστήριξη, τότε η πράξη αυτή θεωρείται ως εάν αφήναμε να ακολουθήσει η φυσική πορεία του θανάτου κάποιου ή αποτελεί μία πράξη επέμβασης με την μορφή επιτάχυνσης του θανάτου; Είναι φανερό λοιπόν ότι στην διαμόρφωση των πεποιθήσεων μας σχετικά με το ηθικό βάρος τέτοιων πράξεων καθοριστικό ρόλο παίζουν άλλα επιπλέον ιδιαίτερα στοιχεία.

Η διαφορά που θεωρούμε ότι υπάρχει μεταξύ μίας πράξης και μίας παράλειψης σχετίζεται, όπως αναφέραμε, όχι τόσο με μία μεμονωμένη πράξη, αλλά με πολλούς υπό-παράγοντες όπως είναι η πρόθεση, το αποτέλεσμα, η συγκατάθεση, ή ακόμα και οι πιθανές εναλλακτικές λύσεις. Σύμφωνα και με τον Jeff McMahan η διαφορά έγκειται στο ότι «στην περίπτωση του σκοτώνω προσάπτουμε πρωταρχική

⁵⁸ McCarthy, David, “Harming and Allowing Harm”, 754.

αιτιακή υπευθυνότητα για τον θάνατο κάποιου στην επέμβαση κάποιου στην ζωή του, ενώ, στην περίπτωση του αφήνω να πεθάνει, πρωταρχική υπευθυνότητα για τον θάνατο αποδίδεται σε παράγοντες άλλους από την επέμβαση κάποιου».⁵⁹

Μία τέτοιου είδους θεώρηση δεν μπορεί όμως να βασίζεται σε απλές αρχές που συλλαμβάνουν ένα κεντρικό στοιχείο, όπως είναι για παράδειγμα ένας δεοντολογικός περιορισμός απαγόρευσης κάθε πρόκλησης ζημιάς. Χρειάζεται η εφαρμογή πιο σύνθετων αρχών.

Μία από τις αρχές που συνηθίζεται να χρησιμοποιείται σε παρόμοιες περιπτώσεις για να προβούμε σε ένα συμπέρασμα ηθικής κρίσης, η οποία λαμβάνει υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε περίπτωσης, χωρίς να χάνει την οικουμενική της ισχύ, είναι η Αρχή του Διπλού Αποτελέσματος. Η αρχή αυτή περιγράφει περιπτώσεις όπου έχουμε μία πράξη με δύο αποτελέσματα, από τα οποία το ένα ενέχει αρνητική χροιά (την επιτάχυνση του θανάτου), ενώ το άλλο σχετίζεται με πρόκληση κάποιου καλού (απαλλαγή από δυσβάστακτο πόνο ή ακόμα και προσβολή αξιοπρέπειας).

Αρχή του Διπλού Αποτελέσματος

Σύμφωνα με την αρχή αυτή: «Σε κάθε περίπτωση πράξης κατά την οποία επιδιώκεται ένα καλό αποτέλεσμα χ αλλά ταυτόχρονα προκαλείται και κάποιο κακό και ηθικά μεμπτό αποτέλεσμα ψ η πράξη είναι ηθικά επιτρεπτή, εάν και μόνο εάν πληρούνται οι εξής όροι: i) η πρόθεση του δράντος είναι να επιτευχθεί το χ και όχι το ψ , ii) το ψ είναι πράγματι αναπόφευκτο, iii) το ψ δεν αποτελεί μέσο για την επίτευξη του χ , iv) το ψ δεν είναι δυσανάλογο με το χ »⁶⁰

Όπως είναι κατανοητό από την συνοπτική αυτή διατύπωση, η αρχή του Διπλού Αποτελέσματος μας διευκολύνει να σταθμίσουμε την εκπλήρωση ενός ηθικά αποδεκτού σκοπού σε αντιδιαστολή με μία αναπόφευκτη αρνητική συνέπεια του σκοπού αυτού. Στην περίπτωση μας το «καλό αποτέλεσμα» (χ) είναι η ικανοποίηση της επιθυμίας για απαλλαγή από μη θεραπεύσιμο δυσβάστακτο πόνο, τόσο σωματικό όσο και ψυχικό και το συγκρίσιμο (αν βεβαίως δεχθούμε ότι υπόκειται σε σύγκριση)

⁵⁹ McMahan, Jeff, «Killing, Letting Die, and Withdrawing Aid», 277.

⁶⁰ Βιρβιδάκης, Στέλιος, «Εισαγωγή στην Ηθική Φιλοσοφία», *Σημειώσεις Πανεπιστημιακών Παραδόσεων*, 31.

«κακό και ηθικά μεμπτό» αποτέλεσμα (ψ) είναι η αποδοχή ενός εσκεμμένου θανάτου, που στην ουσία θίγει την ιερότητα της ζωής.

Αναφερόμενος κυρίως στην ήδη υπάρχουσα χρήση του επιχειρήματος αυτού από την Kamm για το ζήτημα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, τόσο ως δικαίωμα του ασθενούς όσο και ως υποχρέωσης του ιατρού (και ως προέκταση αναγνώρισης από το κράτος), θα επιδιώξω να κρίνω κατά πόσο ένα τέτοιο επιχείρημα θα μπορούσε να θεμελιώσει ένα σχετικό δικαίωμα, απαλλάσσοντας μας ταυτόχρονα από τον ηθικό σκόπελο που δημιουργεί η ευθύνη μίας πράξης ή μίας παράλειψης.

Προάσπιση Δικαιώματος Συμμετοχής σε Ιατρική Αυτοκτονία

Σύμφωνα με την ερμηνεία της αρχής του Διπλού Αποτελέσματος της Kamm:

- 1. ο ιατρός επιτρέπεται να απαλύνει τον πόνο (π.χ. με μορφίνη) ακόμα και αν γνωρίζει με αρκετή βεβαιότητα ότι αυτό θα προκαλέσει θάνατο στον ίδιο τον ασθενή ως μία προβλεπόμενη παρενέργεια (ακόμα και αν ο θάνατος είναι μεγαλύτερο κακό), επειδή ο θάνατος αναπόφευκτα επίκειται σε κάθε περίπτωση (ασθενείς σε τελικό στάδιο) και τουλάχιστον ο πόνος θα σταματήσει.*
- 2. ο ιατρός επιτρέπεται ηθελημένα να προκαλέσει άλλα (ακόμα και μεγαλύτερα) κακά τα οποία είναι αναπόφευκτα έτσι και αλλιώς με σκοπό να προκαλέσει καλό στον ίδιο ασθενή (Για παράδειγμα ας υποθέσουμε ότι είναι χειρότερο να είσαι τυφλός παρά κουφός. Αν ένας ασθενής σύντομα θα τυφλωθεί ό,τι και να κάνουμε, θα ήταν επιτρεπτό να προκαλέσουμε ηθελημένα τύφλωση, αν αυτό θα αποτρέψει το να χάσει επίσης και την ακοή του).*
- 3. όταν ο θάνατος αποτελεί ένα αναπόφευκτο κακό για ένα άτομο, είναι ηθικά επιτρεπτό να το αντιμετωπίζουμε όπως αντιμετωπίζουμε και τα υπόλοιπα αναπόφευκτα κακά.*
- 4. έτσι, ο ιατρός επιτρέπεται ηθελημένα να προκαλέσει θάνατο ή να βοηθήσει στο να προκληθεί, όταν ο θάνατος αποτελεί ένα αναπόφευκτο κακό με στόχο να απαλλάξει τον ίδιο ασθενή από πόνο.⁶¹*

⁶¹ Kamm «Physician-Assisted Suicide, the Doctrine of Double Effect, and the Ground of Value», 588.

Όμως για να ευσταθεί η διατύπωση αυτή της αρχής του διπλού αποτελέσματος δεν αρκεί η παραπάνω επιχειρηματολογία· απαιτούνται και ορισμένες επιπλέον προϋποθέσεις. Οι προϋποθέσεις αυτές είναι απαραίτητες όχι μόνο για να γίνει κατανοητό καλύτερα το επιχείρημα που προειπώθηκε, αλλά και για να διαχωρίσουμε την προκειμένη ιδιαίτερη περίπτωση από άλλες περιπτώσεις υποβοήθησης στην αυτοκτονία, οι οποίες δεν καλύπτουν παρόμοια κριτήρια. Πολλά από τα κριτήρια αυτά δεν παραλείπει να μας αναφέρει και η ίδια η Kamm.

Βασική προϋπόθεση και συνάμα βασικό κριτήριο για την αποδοχή της αυτοκτονίας από την πλευρά της Kamm είναι ο δυσβάστακτος πόνος. Παρόμοια λογική χρησιμοποιούν και οι νομοθεσίες που επιτρέπουν την Ιατρική Συνδρομή στην Αυτοκτονία (Ορεγκον, Ολλανδία) επιδιώκοντας έτσι να αποφύγουν ηθικές κρίσεις σχετικά με την αξία της ζωής. Ο πόνος αποτελεί έναν αντικειμενικό παράγοντα κρίσης. Η απαλλαγή από αυτόν αποτελεί πρωταρχικό μέλημα της ιατρικής πρακτικής⁶². Στην προκειμένη περίπτωση της Αρχής του Διπλού Αποτελέσματος για να είναι έγκυρο το επιχείρημα μας πρέπει να υποθέσουμε ότι αναφερόμαστε σε ένα άτομο που υποφέρει από αφόρητο σωματικό πόνο, πόνο που είναι η αιτία της επιθυμίας του να πεθάνει. Επίσης υποθέτουμε ότι μία μικρότερης διάρκειας ζωή με λιγότερο πόνο μπορεί να είναι καλύτερη από μία πολύ μεγαλύτερη με περισσότερο πόνο και ότι σχετίζεται με το συμφέρον κάποιου να πεθάνει σύντομα από τη στιγμή που ο θάνατος θα έρθει έτσι και αλλιώς σύντομα. Τέλος πρέπει να υποθέσουμε ότι με το να πεθάνει θα υποφέρει λιγότερο.

Επιπλέον σημαντικό ρόλο παίζει και η ψυχική υγεία του ασθενούς. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι ν' αναφερόμαστε σ' ένα άτομο ικανό για δικαιοπραξία, υπεύθυνο, με λογική κρίση.

Ακόμα σημαντικό ρόλο στη θεώρηση μας παίζει και η συγκατάθεση ή μάλλον καλύτερα η ενήμερη απαίτηση του ασθενούς. Οι παραπάνω αυτές προϋποθέσεις οφείλουν να αναφερθούν για να προκαταλάβουν τυχόν σχετικές αντιρρήσεις.

⁶² Γαλανάκης, Ε., Σημειώσεις/ άρθρο 2 (Η άσκηση της ιατρικής ως λειτουργήμα) παρ.1, Σχέδιου Νόμου που υποβλήθηκε στο Ελληνικό Κοινοβούλιο για Ιατρική Δεοντολογία «Η άσκηση της ιατρικής είναι λειτουργήμα που αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου καθώς και την ανακούφιση από τον πόνο».

Όπως έγινε κατανοητό, από την αρχή ήδη του κεφαλαίου, θεμελιώδης παράγοντας για την ηθική αποδοχή μίας πράξης είναι η πρόθεση του δρώντος. Δηλαδή σύμφωνα με την αρχή του διπλού αποτελέσματος υπάρχει ηθική διαφορά στο να επιδιώκεις ένα μεγαλύτερο καλό με αθώα μέσα, ακόμα και αν προβλέπεις ότι ένα μικρότερο κακό σίγουρα θα συμβεί ως παρενέργεια από το να επιδιώκεις ένα μικρότερο κακό, ακόμα και ως μέσο για ένα μεγαλύτερο καλό· «το να στοχεύεις το κακό, ακόμα και ως μέσο, είναι σαν να καθοδηγείται η πράξη σου από το κακό...Αλλά η ουσία του κακού είναι ότι θα πρέπει να μας κάνει να το απεχθανόμαστε».⁶³

Ο Kagan μας βοηθάει να κατανοήσουμε την λεπτή γραμμή που διαχωρίζει την χρήση κάποιου ως μέσου για σκοπό και την χρήση του ως όχημα για κάποιο σκοπό με την περιγραφή δύο περιπτώσεων. Στην μία περίπτωση προβλέπω ότι στην προσπάθειά μου να σώσω δύο ανθρώπους κάποιος αθώος πολίτης που θα τυχαίνει να περνάει μπορεί να σκοτωθεί. Ο θάνατος αυτού του ενός δεν χρησιμοποιείται ως μέσο για να σώσω τους δύο. Αποτελεί απλώς μία πιθανή προβλεπόμενη επίπτωση της παραγωγής του επιθυμητού αποτελέσματος. Αν όμως πρέπει να σκοτώσω τον ένα για να σώσω τους δύο, τότε ο θάνατος του ενός χρησιμοποιείται ως μέσο για να επιτύχω τον σκοπό μου. «Ένα εργαλείο για κάποιο σκοπό λειτουργεί ως μέσο εάν και μόνο εάν το γεγονός ότι αποτελεί εργαλείο είναι ο λόγος για τον οποίο ο δρώντας το επικροτεί... ο περιορισμός απαγορεύει μόνο να επικροτείς βλάβες που αποτελούν μέσο για ένα σκοπό, δεν απαγορεύει να ενθαρρύνεις όλες τις βλάβες που αποτελούν απλώς εργαλεία για κάποιο σκοπό.»⁶⁴

Η σημασία της πρόθεσης έχει την εξής λογική. Αν απλώς προβλέπω ότι στην προσπάθειά μου να σώσω δύο ανθρώπους κάποιος αθώος πολίτης που βρίσκεται κοντά μπορεί να σκοτωθεί, ο θάνατος αυτού του ανθρώπου δεν αποτελεί μέσο για να σώσουμε τους δύο, αλλά μία προβλεπόμενη παρενέργεια της παραγωγής του επιθυμητού σκοπού. Όμως αν ο μόνος τρόπος να σώσουμε τους δύο είναι να σκοτώσουμε τον έναν, τότε κάτι τέτοιο από ηθική σκοπιά είναι μη αποδεκτό, διότι

⁶³ Nagel, Thomas, *Η Θέα από το Πουθενά*, 190.

⁶⁴ Kagan, Shelly, *The Limits of Morality*, 130, “A vehicle to some end functions as a means to that end if and only if the fact that the event is a vehicle is the agent’s reason for countenancing it... the constraint only forbids countenancing harms which are means to some end; it does not forbid countenancing all harms which are mere vehicles to some end”.

χρησιμοποιούμε το έναν ως μέσο για την επίτευξη του σκοπού μας. Έτσι «μπορεί να γνωρίζω καλά ότι κάποιο αποτέλεσμα αποτελεί εργαλείο (vehicle) για κάποιο δικό μου σκοπό, χωρίς να επιδιώκω το αποτέλεσμα ως μέσο- και έτσι να παραβιάζω τον περιορισμό- αν έχω βέβαια κάποιο γενικώς διαφορετικό λόγο που το επικροτώ».⁶⁵

Ένας ιατρός που έχει ως σκοπό να συντομεύσει τη ζωή ενός ασθενούς σε τερματικό στάδιο με το να του προσφέρει για παράδειγμα μία μεγάλη δόση μορφίνης, θεωρούμε ότι λειτουργεί ανήθικα διότι στοχεύει στον θάνατο του ασθενούς· ενώ αν ο ίδιος ιατρός στοχεύει στο να απαλύνει τον πόνο του ασθενούς με την ίδια δόση μορφίνης, αν και προβλέπει όχι με απόλυτη βεβαιότητα ότι θα συντομεύσει την ζωή του ασθενούς, πράττει με έναν ηθικά αποδεκτό τρόπο.

Βέβαια είναι δύσκολο συχνά να αναγνωρίσουμε τι σκοπούς έχει κάποιος. Όπως αναφέρει και η Alison McIntyre «Η Αρχή του Διπλού Αποτελέσματος από μόνη της δεν μας προσφέρει τα θεμέλια για να καταδικάσουμε κάποιον που πράττει με κακόβουλους στόχους».⁶⁶ Καθίσταται απαραίτητη και η ανάλυση επιπλέον στοιχείων.

Πώς θα μπορούσαμε για παράδειγμα να διακρίνουμε έναν σαδιστή από έναν ιατρό που και οι δύο προκαλούν ακριβώς τον ίδιο πόνο, με ακριβώς το ίδιο ιατρικό εργαλείο; Βεβαίως είναι κατανοητό ότι ο ιατρός πράττει με έναν απώτερο καλό σκοπό· αλλά τι είναι αυτό που μας ενισχύει την πεποίθησή μας ότι ο ιατρός έχει καλό σκοπό; Μήπως ο όρκος που έχει δώσει στον Ιπποκράτη; Ίσως και αυτό να παίζει έναν σημαντικό ρόλο, αν και ο βασικότερος λόγος είναι ότι έχει τη συγκατάθεση του ασθενούς. Η πεποίθησή μας ότι ο ιατρός πράττει με έναν απώτερο καλό σκοπό έγκειται σε μεγάλο βαθμό στις διαβεβαιώσεις που μας δίνει η κοινωνία, όπως είναι για παράδειγμα ότι οφείλει να έχει την ενήμερη συγκατάθεση του ασθενούς ή ότι οφείλει και έχει διδαχθεί να συμμορφώνεται με κοινώς αποδεκτούς κώδικες ιατρικής δεοντολογίας.

Έτσι για παράδειγμα, όπως αναφέρει η Kamm, «είναι όταν προξενούμε ένα μικρότερο κακό χωρίς τη συγκατάθεση κάποιου στην προσπάθεια να βοηθήσουμε, που η διάκριση πρόθεσης και πρόβλεψης παίζει καθοριστικό ρόλο».⁶⁷ Εδώ έγκειται και ένας σημαντικότερος παράγοντας κατά της χρησιμότητας της διάκρισης αυτής,

⁶⁵ Kagan, *The Limits of Morality*, 130.

⁶⁶ McIntyre, «Doing Away With Double Effect», 228.

⁶⁷ Kamm «Physician-Assisted Suicide, the Doctrine of Double effect, and the Ground of Value», 591.

στην περίπτωση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Όπως αναφέρει η Quinn⁶⁸ οποτεδήποτε ένα μικρότερο καλό και ένα μεγαλύτερο κακό αποτελούν αυστηρά προσωπικό ζήτημα (intra-personal) η διάκριση αυτή πρόθεσης και πρόβλεψης δεν έχει σημασία. Είναι το ίδιο το άτομο που απαιτεί τόσο την απαλλαγή από τον πόνο όσο και τον τερματισμό της ζωής του.

Επίσης όλοι θα δεχόμασταν ότι υπό ορισμένες ειδικές συνθήκες είναι αποδεκτό να προβλέπουμε μία αρνητική επίπτωση που υπό φυσιολογικές συνθήκες δεν θα ήταν αποδεκτό να επιφέρουμε σκόπιμα. Κάτι παρόμοιο γίνεται βέβαια πιο κατανοητό σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει άλλη εναλλακτική λύση· δηλαδή σε περιπτώσεις που ο ασθενής σε τερματικό στάδιο υποφέρει από αφόρητους πόνους και ο τερματισμός του πόνου ταυτίζεται με τον τερματισμό της ζωής του. Δεν ανήκουν όμως όλες οι πιθανές απαιτήσεις για υποβοήθηση στην ίδια κατηγορία. Τι θα έπρεπε για παράδειγμα να ισχυριστούμε στην περίπτωση του ψυχικού πόνου; Η απαλλαγή από ψυχικό πόνο μπορεί να υπερκεράσει το δεινό που θα επιφέρει; Ποιο είναι το σημείο αυτό στο οποίο μπορούμε να πούμε ότι ο πόνος ή η σωματική ταλαιπωρία αρχίζει να γίνεται αφόρητη;

Η θεώρηση της Kamm της Αρχής του Διπλού Αποτελέσματος αποτελεί μία αρκετά δελεαστική θεώρηση και υπό φυσιολογικές συνθήκες θα μπορούσε να μας πείσει εύκολα για την εγκυρότητα της ύπαρξης ενός, υπό προϋποθέσεις, δικαιώματος συνδρομής στην αυτοκτονία. Όμως για να μην αδικηθεί καμία άποψη θα ήθελα να δοκιμάσω μία βασική αντίρρηση. Αποτελεί πράγματι η απαλλαγή από τον πόνο ένα ικανοποιητικό *pro tanto* λόγο ή όχι; Θα μπορούσε κάποιος κάλλιστα να υποστηρίξει ότι η ζωή δεν έγκειται σε συγκρίσεις, ότι δεν μπορούμε να μετριάσουμε την ζωή και να την συγκρίνουμε με μία σχετική προς τον δρώντα αξία.

Pro tanto λόγος

Σύμφωνα με τον Kagan “ένας pro tanto λόγος” είναι ένας λόγος προώθησης του καλού που “ενέχει γνήσια βαρύτητα, αλλά παρά ταύτα μπορεί να υπερκεραστεί από άλλους παράγοντες.”⁶⁹ Ένας pro tanto λόγος είναι ένας λόγος που έχει πάντα ισχύ, αλλά η ισχύς του μπορεί να σταθμιστεί, και να υπερκεραστεί, με διάφορους τρόπους.

⁶⁸ Βλ. Warren Quinn, “Actions, Intentions and Consequences. The Doctrine of Double Effect”, στο *Morality and Action* (Cambridge: Cambridge University Press, 1993).

⁶⁹ Kagan, *The Limits of Morality*, 17, “A pro tanto reason has genuine weight, but nonetheless may be out weighed by other considerations”.

μία συγκεκριμένη πράξη μπορεί να υποστηρίζεται από ένα *pro tanto* λόγο ακόμα και αν αυτή η πράξη δεν απαιτείται από ηθική σκοπιά.⁷⁰

Ο Kagan μας παρουσιάζει ένα αρκετά διευκρινιστικό επιχειρήμα. Φανταστείτε και πάλι, για παράδειγμα, την περίπτωση όπου ο μοναδικός τρόπος για να σώσεις δύο άτομα είναι να σκοτώσεις ένα αθώο πολίτη. Κάποιος ορθώς θα μπορούσε να υποστηρίξει ότι απαγορεύεται να σκοτώσεις τον αθώο πολίτη, αλλά αυτό το σκεπτικό δεν πηγάζει από το γεγονός ότι δεν υπάρχει κανένας λόγος να σώσεις δύο ζωές, αλλά από το γεγονός ότι οι λόγοι που θεμελιώνουν την απαγόρευση στο να σκοτώσουμε κάποιον υπερβαίνουν των λόγων υπέρ του να τον σκοτώσουμε.

Με τι κριτήρια όμως μπορούμε να σταθμίσουμε και να κρίνουμε την ισχύ ενός *pro tanto* λόγου. Ο Kagan ισχυρίζεται ότι ένα κεντρικό κριτήριο είναι το *eu ζην* των ανθρώπων. “Το επίπεδο του ατομικού *eu ζην* αποτελεί έναν κεντρικό παράγοντα”.⁷¹ Αλλά όμως ακόμα και αν δεν δεχθούμε το κριτήριο που θέτει ο Kagan και πάλι οφείλουμε, όπως υποστηρίζει και ο ίδιος, τουλάχιστον να κάνουμε μία καλή επιλογή, δηλαδή την κατάλληλη επιλογή. Δηλαδή οφείλουμε να επιλέξουμε την καλύτερη δυνατή εναλλακτική λύση.

Έτσι όλοι έχουμε έναν ουδέτερο ως προς τον δρώντα λόγο να προωθήσουμε το καλύτερο δυνατό. Αυτός ο λόγος είναι ουδέτερος επειδή, είτε υπερκεραστεί είτε όχι, αποτελεί αντικειμενικά την καλύτερη εναλλακτική λύση και για τον λόγο αυτό αποτελεί κριτήριο αποδεκτό από όλους τους ανθρώπους. Αυτός ο λόγος ισχύει για όλους ανεξάρτητα από ιδιαίτερα ενδιαφέροντα και ανησυχίες. Σύμφωνα με τον Kagan αυτός ο λόγος είναι ο *pro tanto* λόγος για την προώθηση του καλού. Ο λόγος αυτός είναι αποκομμένος και ανεπηρέαστος από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά ή επιθυμίες του κάθε ατόμου, αποτελεί ένα αντικειμενικό λόγο. Αλλά από αυτό δεν επάγεται αναγκαστικά ότι αποτελεί ταυτόχρονα και έναν απόλυτο λόγο τον οποίο δεν μπορούμε να υπερβούμε με κανένα τρόπο. Ο *pro tanto* λόγος για την προώθηση του καλού αποτελεί έναν αντικειμενικό λόγο του οποίου η πρακτική εφαρμογή λαμβάνει υπόψη το *eu ζην* και τα συμφέροντα του κάθε ατόμου ξεχωριστά. Δηλαδή μια πρακτική εφαρμογή, ενός ουδέτερου ως προς τον δρώντα (*agent-neutral*) λόγου, που βασίζεται πάνω σε σχετικά ως προς τον δρώντα (*agent-relative*) στοιχεία, υπό την βασική προϋπόθεση πάντα να μη θίγει συμφέροντα άλλου ατόμου.

⁷⁰ ό.π., 49.

⁷¹ Kagan, *The Limits of Morality*, 60.

Στην περίπτωση τώρα της ιατρικής επιστήμης είθισται από την εποχή του Ιπποκράτη να υποστηρίζεται ως αρχή ότι πρέπει να ωφελείς τον ασθενή σου και να μην τον βλάπτεις «*Ωφελέειν ή μη βλάπτειν*». Επίσης είθισται να υποστηρίζεται ότι με βάση την αρχή αυτή ο σκοπός είναι να παρατείνεις τη ζωή και όχι να επιταχύνεις τον θάνατο. Παρόλα αυτά κάλλιστα μπορεί κάποιος ν' ανακαλύψει ένα *pro tanto* λόγο προώθησης του καλού που να αντιτίθεται σε μία τέτοιου είδους αξιακή θεώρηση της ζωής. Τότε πρέπει ο λόγος να μην προκαλέσουμε κακό, ακόμα και στην περίπτωση κατά την οποία μεγαλύτερο καλό θα αποκομιστεί από την πρόκληση ενός μικρότερου κακού, να είναι αρκετά πιο ισχυρός από τον *pro tanto* λόγο να προωθήσουμε το καλό για να *υπερισχύσει*. «*Απλώς και μόνο η ύπαρξη ενός λόγου να μην κάνουμε κακό πρέπει να είναι φανερά πιο ισχυρός για να υπερβεί τον pro tanto λόγο προώθησης του καλού*».⁷² Στην περίπτωση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας έχουμε τη σύγκρουση της αξίας της ζωής σε σχέση με το τερματισμό μίας αφόρητης κατάστασης. Ο *pro tanto* λόγος της αποφυγής του πόνου μπορεί να θεωρηθεί τόσο θεμελιώδης ώστε να οφείλουμε να τον αντιμετωπίσουμε ή η αξία της ζωής δεν μπορεί να υπόκειται σε μία τέτοιου είδους αξιακή στάθμιση;

Θα ήταν βεβαίως παραπλανητικό να προάγουμε μία έννοια απόλυτης ισχύος ορισμένων αξιών, όπως είναι η αξία της ζωής, χωρίς να υπόκεινται σε ορισμένες έστω εξαιρέσεις. Φανταστείτε για παράδειγμα την περίπτωση της αυτοθυσίας: θα μπορούσαμε άραγε να υποστηρίξουμε ότι μία απόλυτη απαγόρευση πρόκλησης ζημιάς ευσταθεί στη προκειμένη περίπτωση; Κάτι τέτοιο θα ήταν δύσκολο να στηριχθεί, διότι σύμφωνα με τις τωρινές κοινωνικές αντιλήψεις η αυτοθυσία, αν και δεν επιβάλλεται ως πράξη από ηθική σκοπιά, θεωρείται παρά ταύτα μία αξιέπαινη πράξη.

Στην υπό μελέτη περίπτωση μολονότι “γίνεται πλέον δεκτό ότι η θεώρηση της ιατρικής επιστήμης που «σώζει ζωές» δεν πρυτανεύει έναντι των υποχρεώσεων των ιατρών να ανακουφίσουν από τον πόνο”.⁷³ Εντούτοις, θα μπορούσε κανείς κάλλιστα να υποστηρίξει ότι η αξία της ζωής αποτελεί μία αντικειμενική αξία, που σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να υποσκιαστεί από κανένα *pro tanto* λόγο, ακόμα και αν ο λόγος αυτός σχετίζεται με απαλλαγή δυσβάστακτου πόνου. Για παράδειγμα, ο Velleman ισχυρίζεται ότι η αυτοκτονία είναι ανήθικη, όταν γίνεται με κριτήριο ότι δεν αξίζει κανείς να ζει και ότι είναι προς το συμφέρον του να πεθάνει, διότι έτσι

⁷² Kagan, *The Limits of Morality*, 112.

⁷³ Τσαϊτουρίδης, «Η ευθανασία ως συνταγματικό δικαίωμα του ασθενούς», 40.

κάποιος ανταλλάσσει την ζωή του για οφέλη ή για απαλλαγή από τον πόνο. «Πιστεύω ότι ο Kant έχει δίκαιο να λέει ότι το να ανταλλάσσεις την υπόσταση του προσώπου με οφέλη ή την απαλλαγή από τον πόνο, είναι κάτι που υποβαθμίζει την αξία της προσωπικότητας...»⁷⁴

Από την άλλη δεν είναι απαραίτητο να δεχθούμε κάτι τέτοιο αβίαστα. Από το γεγονός ότι η αξία της ζωής αποτελεί μία εγγενή αντικειμενική αξία, δεν έπεται απαραίτητως ότι δεν μπορούμε να την μετριάσουμε ή καλύτερα ότι υπό ορισμένες ακραίες συνθήκες δεν μπορεί να υποσκιαστεί. Παρόμοια είναι και η λογική της Kamm: «Μπορεί κάποιες καταστάσεις να επισκιάσουν μία πολύ μεγάλη αξία. Για παράδειγμα αν υποθέσουμε ότι η ζωή κάποιου σχετίζεται με μη υποφερτό πόνο έτσι ώστε όλη η ζωή κάποιου να εστιάζεται στον πόνο αυτό. Σε τέτοιες περιπτώσεις, κάποιος μπορεί να αποποιείται την τιμή να είναι άνθρωπος, δηλαδή να αναγνωρίζει την μεγάλη αξία που έχει να είσαι άνθρωπος αλλά ότι μερικές κακές καταστάσεις υποσκιάζουν αυτή την μεγάλη αξία».⁷⁵

Δεν είναι όμως ούτε ξεκάθαρο, αρκούμενοι τουλάχιστον στα παραπάνω, ότι μπορούμε να δεχθούμε την αποποίηση μίας τέτοιου είδους αξίας ή ακόμα και την επισκίαση της. Ίσως θα ήταν πιο εύκολο να δεχθούμε την αυτοκτονία όχι τόσο στηριζόμενοι στην αποποίηση της ζωής, αλλά στο αφόρητο της κατάστασης, είναι ίσως αυτό το αφόρητο που μας στρέφει στην επιδίωξη της απαλλαγής από τον πόνο και όχι ο ίδιος ο πόνος, που αποτελεί κατά κάποιο παράδοξο τρόπο κομμάτι της ζωής. Σε επόμενο κεφάλαιο, μέσα από την φιλοσοφική ερμηνεία του ζητήματος, που αναπόφευκτα αιωρείται, θα επιδιώξω να διευκρινίσω και να θεμελιώσω πιο αναλυτικά την κριτική μου στα παραπάνω επιχειρήματα, θίγοντας ταυτόχρονα το ζήτημα της αξιοπρέπειας που ανακύπτει.

Καταλήγοντας, πιστεύω ότι έγινε απολύτως κατανοητό από όσα ειπώθηκαν ότι δεν είναι τόσο απλός ο διαχωρισμός μεταξύ πράξεων και παραλείψεων ή πιο συγκεκριμένα μεταξύ του να αφήνω να πεθάνει και να σκοτώνω. Το συμπέρασμα αυτό επιβεβαιώνεται και στο Ελληνικό σχέδιο νόμου για τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, στο οποίο δεν γίνεται διαχωρισμός μεταξύ πράξης και παράλειψης. Αντιθέτως και οι δύο διαδικασίες κρίνονται κατακριτέες μόνο, για παράδειγμα, αν βλάπτουν την τιμή και την αξιοπρέπεια του ιατρικού επαγγέλματος.⁷⁶ Ο ιατρός έχει

⁷⁴ Velleman, “A Right of Self-Termination?” , 614, 616.

⁷⁵ Kamm, “Physician-Assisted Suicide, the Doctrine of Double effect, and the Ground of Value”, 595.

⁷⁶ Βλ. Υποσημείωση 82.

ένα ιδιαίτερο καθήκον απέναντι στους ασθενείς, να αγαθοεργεί και να μην προκαλεί βλάβη. Σε σχετικές νομοθεσία και διακηρύξεις αναγνωρίζεται ότι βλάβη μπορεί να προκληθεί εξίσου με πράξεις παράλειψης όσο και με πράξεις συμμετοχής· και οι δύο πράξεις έχουν για την ιατρική ηθική το ίδιο ηθικό βάρος. Έτσι μία πράξη όπως είναι η συνδρομή στην αυτοκτονία δεν είναι απαραίτητως ανήθικη. Ίσα ίσα πολλές φορές ίσως ακόμα και να επιβάλλεται, όπως προσπαθεί να μας αποδείξει η Kamm. Στην ηθική μας κρίση οφείλουμε να λάβουμε σοβαρά υπόψη τα ιδιαίτερα ανά περίπτωση στοιχεία, που πιθανώς στην περίπτωση της υποβοηθούμενη αυτοκτονίας να αναδείξουν ως ηθικά πιο επιλήψιμη μία παράλειψη παρά μία πράξη. «Αν το να σκοτώνω και το να αφήνω να πεθάνει μπορεί να είναι εξίσου ηθικά λάθος πράξεις, όταν γνωρίζουμε ότι η ενεργή εκτέλεση τους αποτελεί λάθος, τότε το να σκοτώνω και το να αφήνω να πεθάνει μπορεί να είναι εξίσου ηθικά ορθές πράξεις όταν γνωρίζουμε ότι η παθητική εκτέλεση τους είναι ορθή».⁷⁷

⁷⁷ Rhodes, Rosamond, “Physicians, Assisted Suicide, and the Right to Live or Die”, 168.

Συμμετοχή του Ιατρού

«Ο τερματισμός της ζωής σε απομόνωση μπορεί να είναι ένα μελαγχολικό και τρομακτικό εγχείρημα, γεμάτο με αβεβαιότητα, αμφιθυμία, και κατάλληλος τρόπος αποτυχίας. Ελπίζουμε ότι ο υπεύθυνος ιατρός θα είναι παρών στο θάνατο του ασθενούς με σκοπό να καθησυχάσει τον ασθενή και να επιβεβαιώσει ότι η διαδικασία εκτελείται με αποτελεσματικότητα».⁷⁸ «Είναι κληρονόμοι μίας παράδοσης που εμπνέει δημόσια εμπιστοσύνη. Κανείς δεν πρέπει να είναι υπεύθυνος για την διάβρωση αυτής της εμπιστοσύνης. Τίποτα που να είναι απόμακρα ωφέλιμο για κάποιους συγκεκριμένους ασθενείς σε ακραίες περιπτώσεις αξίζει τη ζημιά που θα προκληθεί από την σύλληψη ότι οι ιατροί ορισμένες φορές βοηθούν ή ακόμα και υποκινούν ανθρώπους να αφαιρέσουν την ίδια τους τη ζωή».⁷⁹

Οι δύο παραπάνω αντιτιθέμενες αντιλήψεις αποτελούν ένα αντιπροσωπευτικό παράδειγμα της διαμάχης που επικρατεί σχετικά με το αν ή όχι θα πρέπει να επωμιστεί ο ιατρός το βάρος της συμμετοχής σε μία τέτοιου είδους διαδικασία. Από τη μία οι υπέρμαχοι της θέσης που απηχεί η πρώτη παράγραφος προασπίζονται την αναγκαιότητα συμμετοχής του ιατρού σε μία διαδικασία που αποτελεί επιτακτική ανάγκη του ασθενούς. Από την άλλη οι υπέρμαχοι της απαγόρευσης συμμετοχής των ιατρών, στηριζόμενοι κυρίως στην προάσπιση του ιατρικού κύρους, αντιτίθενται σε κάθε τέτοια μορφή συμμετοχής.

Κατά της Συμμετοχής

Ο Weithman, για παράδειγμα, υποστηρίζει ότι οι ιατροί δεν πρέπει να πράττουν ποτέ με σκοπό να τερματίσουν τη ζωή των ασθενών τους. Η αντίληψη αυτή αποτελεί μία αντίληψη που δεν βασίζεται απαραίτητως σε κάποια ιδέα για την καλή ζωή ή σε κάποια θρησκευτική ή ηθική πεποίθηση για τον τρόπο που πρέπει να τερματίζουν οι άνθρωποι τη ζωή τους. Αντιθέτως, σύμφωνα με τον Weithman, η απαγόρευση συμμετοχής στηρίζεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτού που ονομάζει ο Ιπποκρατικός Όρκος “η τέχνη” της ιατρικής, της οποίας πρωταρχικό

⁷⁸ Baron, Charles κ.ά., “A Model State Act to Authorize and Regulate Physician-Assisted suicide”, *Harvard Journal on Legislation*, vol.33, no.1, 1996, pp.1-34 at 21.

⁷⁹ Baumrin, Bernard, “Physician, Stay Thy Hand!”, 181.

μέλημα είναι η καλλιέργεια μίας αρετής που δεν συμβαδίζει με την δυνατότητα του ιατρού να πράττει υπό μία τέτοια προοπτική. Το ιατρικό επάγγελμα, ακολουθώντας την ιατρική παράδοση, «πρέπει να συνεχίσει να θεωρείται ως αφοσιωμένο στο ευ ζην του ασθενούς και απρόθυμο να τον εγκαταλείψει, όταν βρίσκεται σε απόγνωση. Έτσι, αν μεταγενέστερες γενεές ιατρών φανούν υπερβολικά πρόθυμες να επιταχύνουν τον θάνατο των ασθενών τους, σοβαρά ερωτήματα θα εγερθούν σχετικά με το αν ή όχι η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι σε τελική ανάλυση πράγματι σωστός τρόπος ιατρικής αντιμετώπισης».⁸⁰

Συχνά υποστηρίζεται η άποψη ότι οι ασθενείς θα αναζητούν ιατρική φροντίδα, μόνο αν είναι βέβαιοι ότι δεν θα τους εξαπατήσει ο ιατρός τους. Οι ασθενείς θεωρείται ότι πρέπει να νιώθουν ασφάλεια και εμπιστοσύνη απέναντι στους ιατρούς τους. Αν επιτραπεί η υποβοήθηση στην αυτοκτονία, τότε ίσως να πιστέψουν ότι, σε περίπτωση που θα αποκτήσουν κάποιου είδους τερματικού σταδίου ασθένεια, οι ιατροί θα τους θεωρήσουν ως βάρος ή ότι θα προσπαθήσουν να τους πείσουν να αυτοκτονήσουν. Έτσι οι ασθενείς σταδιακά θα αρχίσουν να είναι δύσπιστοι κυρίως όσον αφορά στις αγαθές προθέσεις των ιατρών. «Ένας επιπλέον λόγος για να επιβάλλουν οι ιατροί στον εαυτό τους απόλυτη απαγόρευση συμμετοχής είναι ότι έτσι διασφαλίζουν καλύτερα τη δημόσια εμπιστοσύνη στο ιατρικό επάγγελμα».⁸¹ Οι ιατροί, όπως μας αναφέρει και πρόσφατο σχέδιο νόμου που ψηφίστηκε στο Ελληνικό Κοινοβούλιο στις 8 Νοεμβρίου 2005, οφείλουν να επιδιώκουν με την γενικότερη λειτουργία τους την καταξίωση του ιατρικού επαγγέλματος στην συνείδηση του κοινού, καθώς επίσης και την προαγωγή του κύρους και της αξιοπιστίας του ιατρικού επαγγέλματος.⁸²

Όπως έχει αναφερθεί και σε προηγούμενο κεφάλαιο συχνά υποστηρίζεται ότι υπάρχουν ορισμένοι πειρασμοί στους οποίους οι ιατροί είναι ευάλωτοι. Ο Ιπποκρατικός Όρκος θεωρείται ότι ορθώς περιέχει περιορισμούς που έχουν ως σκοπό την αποφυγή τέτοιων πειρασμών, όπως είναι η απαγόρευση παραβίασης του

⁸⁰ Weithman, “Of Assisted Suicide and “The Philosophers’ Brief””, 569.

⁸¹ *ό.π.*, 562.

⁸² Σχέδιου Νόμου για Ιατρική Δεοντολογία: άρθρο 2: Η άσκηση της ιατρικής ως λειτουργήμα, παρ.2, “Ο ιατρός τηρεί τον όρκο του Ιπποκράτη και τους διεθνείς Κώδικες Δεοντολογίας. Ο ιατρός, ασκώντας το έργο του σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και μέσα στο πνεύμα των ηθών και των εθίμων της σύγχρονης κοινωνίας, πρέπει, κατά την άσκηση του επαγγέλματος του, να αποφεύγει κάθε πράξη ή παράλειψη η οποία δύναται να βλάψει την τιμή και την αξιοπρέπεια του ιατρικού επαγγέλματος και να κλονίσει την πίστη του κοινού προς αυτό. Οφείλει επίσης να διατηρεί σε υψηλό επίπεδο την επαγγελματική του συμπεριφορά ώστε να καταξιώνεται στη συνείδηση του κοινωνικού συνόλου και να προάγει το κύρος και την αξιοπιστία του ιατρικού σώματος.”

απορρήτου, η αποφυγή σεξουαλικών σχέσεων με ασθενείς, η μη χορήγηση θανατηφόρων φαρμάκων. Βεβαίως «Μόνο εικασίες μπορούμε να κάνουμε για το σκεπτικό πίσω από τον Ιπποκρατικό Όρκο, αλλά το γεγονός ότι λειτούργησε καλά για τόσο καιρό υποδηλώνει ότι είχε δημιουργήσει μία δημόσια αντίληψη και μία δημόσια εμπιστοσύνη που ωφελούσε κάθε υπέρμαχο του».⁸³

Ο Leon Kass⁸⁴ θεωρεί ότι υπάρχουν δύο ηθικές σχολές με βάση τις οποίες μπορούμε να δικαιολογήσουμε τη συμμετοχή του ιατρού στην αυτοκτονία. Στην πρώτη, σύμφωνα με τον Kass, υπάρχει μία σχέση ιατρού-ασθενούς που βασίζεται σε σύμβαση. Ο ιατρός πουλάει τις υπηρεσίες του ανάλογα με την απαίτηση του ασθενούς. Ό,τι και να επιθυμεί ο ασθενής ο ιατρός μπορεί να το κάνει, χωρίς ηθικούς περιορισμούς. Αντιθέτως στην δεύτερη σχολή δεν είναι η επιθυμία του ασθενούς, αλλά η συμπόνια και το ανθρώπινο κίνητρο του ιατρού που λειτουργούν ως θεμέλια της ηθικότητας της πράξης του. Σύμφωνα με τον Kass κάθε πράξη είναι αποδεκτή αρκεί να έχει γίνει με αγαθές προθέσεις. Ο Kass θεωρεί ότι «οποιαδήποτε από αυτές τις προσεγγίσεις πρέπει να απορριφθεί ως θεμέλιο για την ιατρική ηθική. Διότι καταρχάς καμία από αυτές δεν εξηγεί κάποια συγκεκριμένα καθήκοντα και περιορισμούς, που θεωρούνται εδώ και χρόνια ως απολύτως απαράβατα υπό το πρίσμα της παραδοσιακής ιατρικής ηθικής- π.χ. η απαγόρευση να κάνεις έρωτα με τους ασθενείς σου.»⁸⁵ Δεν μπορούμε να ισχυριστούμε για παράδειγμα ότι είναι επιτρεπτό να συνάψει ο ιατρός ερωτικές σχέσεις με τον ασθενή του ακόμα και ύστερα από απαίτηση του ίδιου του ασθενούς. Όμως δεν είναι απαραίτητο, όπως μας διευκρινίζει ο Gerard Dworkin, η προκείμενη περίπτωση της ιατρικής υποβοήθησης να απαιτεί μία ουδέτερης φύσης ιατρική ηθική, γιατί δεν είναι αυτονόητο ότι υπόκειται στις δύο παραπάνω ηθικές σχολές. «Το ζήτημα υπό μελέτη δεν πρέπει απαραίτητως να αντιλαμβάνεται την ιατρική ως ένα ηθικά ουδέτερο επάγγελμα.»⁸⁶

⁸³ Bernard Baumrin, “Physician, Stay Thy Hand!”, 178.

⁸⁴ Leon Kass, “Neither for Love nor for Money: Why Doctors Must Not Kill” *The Public Interest*, 94, (Winter 1989).

⁸⁵ *ό.π.*, 28.

⁸⁶ G. Dworkin, *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, 11., “It is not the case that the view in question must regard medicine as a morally neutral profession.”

Όπως έχω προαναφέρει υπάρχει βεβαίως και η αντίθετη θέση, η οποία υποστηρίζει ότι αν κάποιος ζητάει βοήθεια για κάτι που δεν μπορεί να πράξει μόνος του τότε η αρχή της αγαθοεργίας επιτάσσει αυτός, που μπορεί να βοηθήσει, να το κάνει. Οι ιατροί έχουν μεγαλύτερη υποχρέωση από οποιονδήποτε άλλον να βοηθήσουν έναν ασθενή τερματικού σταδίου να επιταχύνει τον θάνατο του. Θεωρούνται ως πλέον αρμόδιοι, τόσο εξαιτίας της ιδιαίτερης επαγγελματικής τους εκπαίδευσης (οι ιατροί γνωρίζουν πώς να επιταχύνουν τον θάνατο όσο πιο ανώδυνα γίνεται) όσο και εξαιτίας της δυνατότητας πρόσβασης τους σε ιατρική τεχνολογία και φαρμακολογία (μπορούν να εφαρμόσουν την επιλογή του ασθενούς με τα καλύτερα μέσα). Εξάλλου μετέχουν σε τέτοιου είδους διαδικασίες εδώ και χρόνια. «Για χρόνια απαιτείτο από τους ιατρούς, νομίμως, να συμμορφώνονται με την άρνηση των ασθενών να λάβουν θεραπεία που θα παρατείνει τη ζωή τους». ⁸⁷

Οι ιατροί είναι αυτοί που γνωρίζουν καλύτερα αν πληρούνται όλες οι απαραίτητες προϋποθέσεις· αν δηλαδή η επιθυμία του ασθενούς είναι έλλογη ή αν η απαίτηση του είναι ενήμερη. Θεωρείται ότι το ιατρικό προσωπικό με την κατάλληλη εκπαίδευση θα μπορεί να ανταποκριθεί καλύτερα από οποιονδήποτε άλλον. Επιπλέον ήδη «Η κοινωνία μας γενικώς αναγνωρίζει ότι είναι αναγκαίο και προσήκον να επιτρέπεται οι ιατροί να πράττουν αυτά που για άλλους απαγορεύονται». ⁸⁸ Άλλωστε από την αρχαιότητα οι ιατροί είχαν την δυνατότητα να χορηγούν συνταγές για φάρμακα που υπό άλλες προϋποθέσεις θα μπορούσαν να θεωρηθούν θανατηφόρα, μία πράξη που αν επιτελείτο από μη ειδικούς μπορούσε να θεωρηθεί ακόμα και προσπάθεια δηλητηρίασης.

Υποστηρίζεται ότι αν λάβουμε υπόψη τον σεβασμό της αυτονομίας, που αποτελεί «το θεμέλιο για ηθική θεραπεία και ηθική υπευθυνότητα» ⁸⁹ και το καθήκον της Αγαθοεργίας (Beneficence) που απαιτεί από εμάς να κάνουμε ότι μπορούμε για να βοηθήσουμε αυτούς που βρίσκονται σε ανάγκη, ⁹⁰ θεμελιώνεται ένα καθήκον του ιατρού να συμμετέχει.

⁸⁷ Rhodes, “Physicians, Assisted Suicide, and the Right to Live or Die”, 172.

⁸⁸ *ό.π.*, 172.

⁸⁹ *ό.π.*, 169, “the ground for moral treatment and moral responsibility”

⁹⁰ Ο Κάντ στα *Θεμέλια της Μεταφυσικής των ηθών* (μτφ. Γιάννη Τζαβάρα, Αθήνα: Δωδώνη, 1984) αναφέρει ότι «Το να ενεργητεί κανείς όπου μπορεί, είναι καθήκον...Εδώ φανερώνεται η ηθική αξία του

Ο σεβασμός της αυτονομίας των ασθενών αποτελεί μία σημαντική πτυχή του καθήκοντος των ιατρών. Στην παραδοσιακή ιατρική η υποχρέωση να σεβόμαστε τον ασθενή εκφράζεται στον Όρκο του Μαΐμονίδη «Να μην θεωρήσω ποτέ τον ασθενή απλώς και μόνο ως ένα σκεύος ασθένειας»⁹¹ Παρόμοια λογική ενέχουν και τωρινές διακηρύξεις, όπως αυτή της American Medical Association's Principles of Ethics: «Ένας ιατρός οφείλει να είναι αφοσιωμένος στην παροχή ικανοποιητικών ιατρικών υπηρεσιών, με κατανόηση και σεβασμό για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια».⁹² Επιπλέον και το καθήκον της αγαθοεργίας εκφράζεται στους ιατρικούς κώδικες και όρκους ως το καθήκον να πράττουμε για το καλό των ασθενών.⁹³ «Η αγαθοεργία δεσμεύει ηθικά όσους ασχολούνται με την ιατρική περίθαλψη, επειδή ο καθένας πρέπει να βοηθάει κάποιον σε ανάγκη και επειδή οι ιατροί, με το να γίνονται μέλη του ιατρικού κλάδου, έχουν επιπλέον αναλάβει ιδιαίτερες υποχρεώσεις να λειτουργούν υπέρ του καλού των ασθενών τους».⁹⁴ Δηλαδή, εν συντομία, υποστηρίζεται ότι το να αφήνει ο ιατρός τον ασθενή να υποφέρει (έστω και ψυχικά), ενώ μπορεί η ταλαιπωρία του να τερματιστεί, αντιτίθεται στο καθήκον του να αγαθοεργεί. «Η δέσμευση του ιατρού να λειτουργεί με σκοπό το καλό των ασθενών του δημιουργεί μία ξεκάθαρη υποχρέωση που τον δεσμεύει να βοηθάει τους ασθενείς να αποφεύγουν έναν επίπονο παρατεταμένο θάνατο».⁹⁵

χαρακτήρα, η οποία είναι ασύγκριτα ανώτερη από κάθε τι άλλο: με το ότι ο άνθρωπος ενεργεί όχι από ροπή, αλλά από καθήκον.» Το καθήκον αυτό της αγαθοεργίας αναφέρεται σε όλους τους ανθρώπους αν και μπορεί να απαιτεί διαφορετικές πράξεις από διαφορετικά άτομα σε παρόμοιες συνθήκες. Η διαφορετική αντιμετώπιση ποικίλει ανάλογα με τη σχέση που έχει ο ευεργέτης με τον ευεργετούμενο και βασίζεται επίσης και στο τι μπορεί ο ευεργέτης να κάνει, ανάλογα με τις σχετικές γνώσεις και ικανότητες που έχει (39-40).

⁹¹ Rhodes, "Physicians, Assisted Suicide, and the Right to Live or Die", 170, "*May I never consider the patient merely a vessel of disease.*"

⁹² ό.π., 170.

⁹³ Ιπποκρατικός Όρκος: «αποτελεί πρόκληση στους ιατρούς να είναι επαγγελματίες πολύ υψηλού επιπέδου, μίας Τέχνης δύσκολης και αδιαχώριστης από την πιο υψηλή ηθική και ανθρωπιά... επιμένει στην συνύπαρξη ευγένειας και εμπειρίας: ο αληθής ιατρός είναι *vig bonus sanandi peritus*» (Ε.Γαλανάκης, Πανεπιστημιακές Σημειώσεις για το μεταπτυχιακό μάθημα του 1^{ου} εξαμήνου στο Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Βιοηθική» Πανεπιστήμιο Κρήτης, 2003-4, 28). Σύμφωνα με τον Μαΐμονίδη, «είναι θρησκευτικό καθήκον η βοήθεια των τραυματιών και των ασθενών...ο ιατρός δεν πρέπει να θεραπεύει τη νόσο, αλλά τον άρρωστο», (ό.π., 20). Σύμφωνα με την American Medical Association Principle of Medical Ethics. "A physician shall be dedicated to providing competent medical service with compassion and respect for human dignity." (Rosamond Rhodes "Physicians, Assisted Suicide, and the Right to Live or Die", 170)

⁹⁴ Rhodes «Physicians, Assisted Suicide, and the Right to Live or Die», 170.

⁹⁵ ό.π., 171.

Εφαρμογή της θεωρίας του Διπλού Αποτελέσματος

Παρά ταύτα συχνά αναφέρεται ότι η θεραπεία ασθενών σε τερματικό στάδιο φέρνει σε δύσκολη θέση τους ιατρούς, διότι φαίνεται στην περίπτωση αυτή να συγκρούονται δύο ασυμβίβαστα καθήκοντα του ιατρού «από την μία να παρατείνει την ζωή των ασθενών και από την άλλη να τους ανακουφίζει από πόνο και ταλαιπωρία». ⁹⁶ Αλλά ακόμα και στην περίπτωση που θεωρούμε ότι οι ιατροί δεν έχουν καθήκον παράτασης της ζωής του ασθενούς, και πάλι δεν απαλλάσσονται από το δίλημμα, διότι φαίνεται ότι για κάποιους τουλάχιστον ασθενείς ο μόνος τρόπος απαλλαγής από τον πόνο είναι ο τερματισμός της ζωής τους. Για να αντιμετωπιστεί αυτή η σύγκρουση ίσως να ήταν συνετό και στη περίπτωση των ιατρών να αναφερθούμε για μία ακόμη φορά στην αρχή του Διπλού Αποτελέσματος.

Όπως διαπιστώσαμε και στο προηγούμενο κεφάλαιο η Kamm με την εφαρμογή της αρχής του Διπλού Αποτελέσματος, μας παρουσιάζει μία λογική με την οποία, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, θεωρητικά θα μπορούσε να επιτραπεί η ιατρική συνδρομή στην αυτοκτονία. Η Kamm, όσον αφορά τον Ιατρό, προχωράει ένα βήμα ακόμα πιο πέρα υποστηρίζοντας ότι όχι μόνο μπορούμε με βάση την αρχή αυτή του Διπλού Αποτελέσματος να θεμελιώσουμε το δικαίωμα του ιατρού να συμμετέχει, αλλά ακόμα και το καθήκον του ιατρού να λάβει μέρος σε μία παρόμοια διαδικασία. Στη θεώρηση της αυτή ξεκινάει με την παραδοχή ότι ο ιατρός, τουλάχιστον με την συγκατάθεση ασθενών τερματικού σταδίου, μπορεί να χορηγεί μορφίνη για την ανακούφιση από έντονο μη αντιμετωπίσιμο πόνο, αν και προβλέπει ακόμα και με απόλυτη βεβαιότητα ότι θα συντομεύσει τον θάνατο του ασθενούς.

Βασισμένη στο παραπάνω, στο γεγονός δηλαδή ότι ο θάνατος δεν αποτελεί επαρκή λόγο για να αποτρέψει τον ιατρό από τη χορήγηση της μορφίνης, υποστηρίζει ότι μπορούμε να προβούμε στην αναγνώριση όχι μόνο μίας επιτρεπτής πράξης, αλλά μάλλον ενός ιατρικού καθήκοντος για τη χορήγηση της. Ξεκινώντας από την παραδοχή ότι ο ιατρός έχει έτσι και αλλιώς καθήκον να απαλύνει τον σωματικό πόνο του ασθενούς, θεωρεί ότι έχει επίσης καθήκον να τον απαλύνει ακόμα και δίδοντας του μορφίνη, μετά από απαίτηση του ασθενούς. Από αυτό έπεται, σύμφωνα με την Kamm, ότι δεν μπορεί ο ιατρός να αρνηθεί την χορήγηση μορφίνης με το πρόσχημα

⁹⁶ Bernard, Gert κ.ά., “An Alternative to Physician-Assisted Suicide”, 184.

ότι θα σκοτώσει τον ασθενή. Το παράδειγμα αυτό της μορφίνης δηλώνει ότι «οι ασθενείς έχουν σε ένα βαθμό δικαίωμα να επεμβαίνουν πάνω τους σωματικά, για παράδειγμα, με αναλγητική θεραπεία, αν οι ίδιοι το ζητούν για ανακούφιση από τον πόνο».⁹⁷ Έτσι, υποστηρίζει η Kamm, ότι, αν έχει ο ιατρός καθήκον να ανακουφίσει τον ασθενή από τον πόνο ακόμα και με το να συντομεύσει τον θάνατο του, τότε από αυτό ίσως έπεται ότι έχει και καθήκον να τον βοηθήσει να τερματίσει την ζωή του στοχεύοντας να τον απαλλάξει από δυσβάστακτο πόνο.

Αν υποθέσουμε ότι αποδεχόμαστε την παραπάνω θεώρηση, τότε με βάση την αρχή του Διπλού Αποτελέσματος καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα: «1) Υπάρχει ένα καθήκον να θεραπεύεις τον πόνο ακόμα και όταν προβλέπουμε ότι κάποιος θα γίνει φονιάς, όταν ο θάνατος αποτελεί ένα μικρότερο κακό και η απουσία πόνου ένα μεγαλύτερο καλό, 2) Υπάρχει ένα καθήκον να προτίθεται να επιφέρει μικρότερα κακά (π.χ. τύφλωση) για το καλό του ίδιου του ασθενούς, 3) Υπάρχει ένα καθήκον να σκοτώσεις τον ασθενή ή να συνδράμεις στον θάνατο του, προτιθέμενος τον θάνατο του, όταν ο θάνατος του αποτελεί μικρότερο κακό και η ανακούφιση από τον πόνο μεγαλύτερο καλό».⁹⁸

Το καθήκον του ιατρού

Αν και είναι προφανώς πιο εύκολο να αποδεχθούμε το δικαίωμα ενός ατόμου που βρίσκεται σε τερματικό στάδιο και που υποφέρει από αφόρητους πόνους να επιθυμεί βοήθεια για να τερματίσει την ζωή του, δεν είναι δεδομένο ότι στηριζόμενοι σ' αυτό μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι ο ιατρός υπέχει το καθήκον, που του επιτάσσει να βοηθήσει. Ναι μεν ο ιατρός έχει καθήκον να απαλλάξει τον ασθενή από πόνο, αλλά σε περιπτώσεις διλημμάτων τα πράγματα είναι κάπως διαφορετικά. Πόσο δε μάλλον όταν τα διλήμματα αυτά σχετίζονται με ζητήματα που αφορούν τις προσωπικές αντιλήψεις του κάθε ατόμου, δηλαδή με την θεώρηση που έχει το κάθε άτομο για τη ζωή. Αν υποθέσουμε ότι οφείλουμε να σεβαστούμε τις προσωπικές και ενδόμυχες αυτές αντιλήψεις που παίζουν κρίσιμο ρόλο στην ζωή ενός ατόμου, (όπως έχουμε αναφέρει και στην περίπτωση ασθενών τερματικού σταδίου), τότε θα πρέπει να διατηρήσουμε την ίδια στάση και για τους ιατρούς. Θα πρέπει δηλαδή να τους

⁹⁷ Kamm, "Physician Assisted Suicide, Euthanasia, and Intending Death", 36. "patients have some right to be physically invaded, for example, with pain medication when they request it for pain relief."

⁹⁸ ό.π., 36.

δίνουμε την δυνατότητα να μην νιώθουν πως συγκρούεται η ιατρική τους πρακτική με τις προσωπικές αντιλήψεις τους, που παίζουν καθοριστικό ρόλο στο πώς βιώνουν τη ζωή τους. Αντιστοίχως φανταστείτε για παράδειγμα την περίπτωση της άμβλωσης όπου μία γυναίκα πάσχει από αφόρητους πόνους, αν και το παιδί είναι υγιέστατο και καλώς εχόντων των πραγμάτων θα επιβιώσει· ναι μεν στην περίπτωση αυτή η άμβλωση επιτρέπεται, αλλά αυτό δεν επιβάλλει ένα απαράβατο καθήκον απαλλαγής του πόνου από την σκοπιά του ιατρού. Ο ιατρός μπορεί να θεωρήσει ότι δεν μπορούμε να συγκρίνουμε ακόμα και μία δυνάμει ζωή με οποιονδήποτε αφόρητο πόνο. Πρέπει ο ιατρός, σε κάθε περίπτωση, να έχει τη διακριτική ευχέρεια να μη συναινεί στη διαδικασία της άμβλωσης χωρίς να διώκεται βεβαίως ποινικά. Βασισμένοι σε μία παρόμοια λογική είναι και η παράγραφος 7 του άρθρου 2 (Η άσκηση της Ιατρικής ως λειτούργημα), του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας που ψηφίστηκε πρόσφατα από το Ελληνικό Κοινοβούλιο. Στην παράγραφο αυτή του σχετικού άρθρου προασπίζεται το δικαίωμα του ιατρού να μην μετέχει, για λόγους συνείδησης, σε ιατρικές διαδικασίες στις οποίες είναι αντίθετος.⁹⁹

Στην περίπτωση τώρα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας μπορούμε πιθανώς να πούμε ότι επιτρέπεται στον ιατρό να βοηθήσει, ίσως μπορούμε να πούμε ακόμα και ότι επιβάλλεται να απαλύνει τον πόνο του ασθενούς, αλλά από αυτό δεν έπεται ότι έχει καθήκον να του προσφέρει μία θανατηφόρα δόση π.χ. μορφίνης. Πόσο μάλλον αν υιοθετήσουμε τη θέση που υποστηρίζει ότι στην εποχή μας ικανοποιητική ανακούφιση από έντονο πόνο σε ασθενείς τερματικού σταδίου μπορεί να επιτευχθεί για μεγάλες περιόδους χωρίς απαραίτητα να συντομεύεται ο θάνατος.

Οποιαδήποτε και αν είναι η στάση μας όσον αφορά τη συμμετοχή του ιατρού οφείλουμε να αναγνωρίσουμε ως κοινώς αποδεκτή παραδοχή το γεγονός ότι, εάν κάποια κοινωνική ομάδα προοριζόταν από τυχόν νόμους να μετέχει στη διαδικασία της συνδρομής στην αυτοκτονία, η κοινωνική αυτή ομάδα θα έπρεπε να ήταν οι ιατροί. Καθότι, όπως αναφέρει η Sissela Bok: «Είναι υποχρεωμένοι να διατηρούν υψηλά τα πρότυπα που ιατρικού επαγγέλματος και εκπαιδευμένοι να αντιμετωπίζουν από μία πιο αντικειμενική σκοπιά τους ασθενείς απ' ότι οι συγγενείς. Και συνήθως γνωρίζουν περισσότερα σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς, τις εναλλακτικές

⁹⁹ αρθ.2, παρ.7 «Ο ιατρός επικαλούμενος λόγους συνείδησης, έχει δικαίωμα να μη μετέχει σε αμφισβητούμενες ιατρικές επεμβάσεις ή επεμβάσεις νόμιμες στις οποίες αντιτίθεται συνειδησιακά, εκτός από επείγουσες περιπτώσεις.»

θεραπείες και τα αποτελέσματα της ιατρικής σε σχέση με οποιοδήποτε άλλο επάγγελμα που σχετίζεται με την υγεία».¹⁰⁰

¹⁰⁰ Bok, Sissela, “Euthanasia and Physician-Assisted Suicide”, 133.

Η Προάσπιση της Αξιοπρέπειας

Πέρα από τα πρακτικά ζητήματα που προκύπτουν ή από τα γενικότερα θέματα πράξης ή παράλειψης ή καθήκοντος του ιατρού, η θεωρητική θεμελίωση της δυνατότητας συνδρομής στην αυτοκτονία ως ηθικά αποδεκτής επιλογής αποτελεί μία αρκετά πιο προβληματική οπτική. Στην προσπάθεια αποσαφήνισης του ζητήματος, το πρώτο ερώτημα που θέτουμε στο εαυτό μας είναι υπό ποια προϋπόθεση θα μπορούσε η συνδρομή στην αυτοκτονία να είναι αποδεκτή. Στο ερώτημα αυτό οφείλουμε να είμαστε πολύ προσεκτικοί: η προσκόλληση σε λανθασμένες προκειμένες θα μας οδηγήσει αναπόφευκτα σε λανθασμένα επιχειρήματα, ανησυχίες και τυχόν αστήρικτα συμπεράσματα.

Αν για παράδειγμα θέσουμε τον πόνο ως βασικό κριτήριο για την αποδοχή ή όχι της αυτοκτονίας, τότε θα μπορούσαμε να θεμελιώσουμε ένα δικαίωμα απαλλαγής του πόνου ακόμα και με τον θάνατο; Πράγματι ο πόνος αποτελεί ένα καθοριστικό κριτήριο για την αποδοχή (ή όχι) της ιατρικής συνδρομής στην αυτοκτονία. Άλλωστε, όπως έχω προαναφέρει, η αντιμετώπιση του πόνου είναι αδιαμφισβήτητα ένα από τα βασικότερα καθήκοντα του ιατρού. Είναι αλήθεια ότι κάποιοι ασθενείς σε τερματικό στάδιο υποφέρουν από αφόρητους μη εξαλείψιμους πόνους, που συνήθως αποτελούν και τον λόγο της απαίτησής τους για τον τερματισμό της ζωής τους. Όμως η προϋπόθεση αυτή, θεωρούμενη ως πρωταρχικό κριτήριο αποδοχής ή μη της ιατρικής συνδρομής στην αυτοκτονία πρακτικά, μας οδηγεί αναπόφευκτα σε αμφιθυμία. Για παράδειγμα την ίδια προϋπόθεση πληρούν και μη θανατηφόρες ασθένειες, όπως η ρευματική Αρθρίτιδα. Και η Ρευματική Αρθρίτιδα προκαλεί έντονο μη εξαλείψιμο πόνο. Θα μπορούσε να δικαιολογηθεί η αυτοκτονία σε μια τέτοια περίπτωση; Η πιο συνήθης απάντηση είναι ότι κάποιος που πάσχει από μία ασθένεια μη τερματικού σταδίου έχει ελπίδες να θεραπευτεί.

Βέβαια το σοβαρότερο πρόβλημα που τίθεται με το κριτήριο του πόνου σχετίζεται με τη θεωρητική του θεμελίωση και με το γεγονός ότι φαίνεται να ακολουθούμε μία προοπτική παρόμοια με αυτή που ο Thomas Hill ονομάζει «*Οπτική του Καταναλωτή*» (*Consumer Perspective*¹⁰¹). Με βάση την οπτική αυτή, που περιγράφει με απλοϊκό τρόπο και ο Bentham, στην ζωή μας τείνουμε να σταθμίζουμε

¹⁰¹ Hill, *Autonomy and Self-Respect*, 98.

την ικανοποίηση από την μία και τον πόνο από την άλλη. Η αξία της ζωής του καθενός μετρείται ανάλογα με το πόσο υπερτερεί η ικανοποίηση του πόνου. Αν οι χαρές της ζωής υπερβαίνουν τον πόνο, τότε η ζωή είναι αξία να την ζεις, αν επρόκειτο όμως κάποιος να συναντήσει περισσότερο πόνο παρά χαρά, τότε η ζωή του δεν είναι αξία να την ζήσει. Είναι προφανές ήδη από μία πρώτη ματιά ότι η οπτική αυτή του καταναλωτή είναι αρκετά προβληματική, θεωρούμενη από μία ηθική σκοπιά (κάτι το οποίο θα γίνει φανερό παρακάτω). Χαρακτηριστική είναι η φράση του Hill «*Το σχετικό ερώτημα είναι, 'Τι θα κερδίσω' όχι 'Τι μπορώ να αποκομίσω;'*»¹⁰²

Αν τώρα θέσουμε ως πρωταρχικό κριτήριο τον χρόνο που έχει απομείνει σε κάποιον, τότε οδηγούμαστε σε ένα παράδοξο, όπως αυτό που αναφέρει η Ackerman¹⁰³. Το παράδοξο αυτό γίνεται φανερό μέσα από παράδειγμα της Ackerman του φυλακισμένου θανατοποινίτη που έχει λιγότερο από δύο μήνες ζωή και που επιθυμεί να τερματίσει τη ζωή του. Τι γίνεται στην περίπτωση αυτή; Θα μπορούσαμε να μην αποδεχθούμε την επιθυμία του να αυτοκτονήσει; Μάλλον όχι, αν καθοριστικό ρόλο για την επιλογή μας παίζει ο χρόνος. Βέβαια και το επιχείρημα του χρόνου, και συνακόλουθα της πιθανής μελλοντικής ελπίδας συνοδεύεται από θεωρητικές δυσκολίες. Στην προκειμένη περίπτωση το επιχείρημα της ελπίδας υπάγεται σε αυτό που επονομάζει ο Hill ως «*Οπτική της Νεκρολογίας*» (“*Obituarist Perspective*”¹⁰⁴). Σύμφωνα με την οπτική αυτή η αξία της ζωής αποτιμάται στο τέλος της. Δίδεται έτσι έμφαση στη συνολική πορεία της ζωής, και όχι τόσο στο πώς αισθανόταν κάποιος, όταν τη ζούσε. Η χαρά και ο πόνος αποτελούν στοιχεία δευτερεύουσας σημασίας. «*Η ύπαρξη του δρώντος ως φορέα επιλογής και αξίας πηγάζει από την αξία που έχει στο τέλος ολόκληρη η ζωή του ως δική του δημιουργία μάλλον παρά από την ποσότητα των καλών εμπειριών που έχει αποκομίσει.*»¹⁰⁵ Η αντίληψη αυτή της έλλειψης οποιασδήποτε μελλοντικής ελπίδας οδηγεί το άτομο, που νιώθει ότι έχει χάσει η ζωή του την πορεία που επιθυμεί να έχει, να πιστεύει ότι η ζωή δεν έχει πια αξία, καθότι καταβάλλεται από την πεποίθηση ότι δεν έχει ελπίδα να της προσδώσει νόημα με μελλοντικές πράξεις. Όπως αναφέρει ο Hill ένα τέτοιο άτομο θεωρεί ότι η αξία πρέπει να κερδισθεί, κάτι που δεν συνάδει με το να προσδίδουμε αξία στην ζωή

¹⁰² Hill, *Autonomy and Self-Respect*, 100 “*The pertinent question is, 'What will I get?' not 'What can I make of it?'*”

¹⁰³ Ackerman, Felicia, “*Assisted Suicide, Terminal Illness, Severe Disability, and the Double Standard*”, 151.

¹⁰⁴ Hill, *Autonomy and Self-Respect*, 98.

¹⁰⁵ ό.π., 98.

καθ'εαυτή. Έτσι σε μία θεωρητική θεμελίωση τόσο η αποφυγή του πόνου όσο και το κριτήριο της πιθανής ελπίδας φαίνεται με μία πρώτη ματιά να αποτελούν μία ισχνή μορφή θεμελίωσης.

Ωστόσο, το βασικότερο θεωρητικό θεμέλιο για την αποδοχή της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας θεωρείται συνήθως η αυτονομία. Υποστηρίζεται ότι η αυτονομία απαιτεί από εμάς ν' αναγνωρίσουμε ως δικαίωμα του καθενός τη λήψη αποφάσεων που «σχετίζονται με τις πιο ενδόμυχες και προσωπικές επιλογές που ένας άνθρωπος μπορεί να λάβει μία φορά στην ζωή του». Όμως και πάλι η διατύπωση αυτή από μόνη της δεν φαίνεται να ξεκαθαρίζει το ζήτημα.

Το κριτήριο της αυτονομίας

Όταν γίνεται λόγος για αυτονομία, ίσως το πρώτο στοιχείο που οφείλει κάποιος να διευκρινίσει είναι τι εννοεί με την έννοια αυτή ή καλύτερα, πιο συγκεκριμένα, ποια έννοια της αυτονομίας σχετίζεται με το ζήτημα που μελετάμε. Η αυτονομία δεν αποτελεί για όλους μία ευκρινώς προσδιορισμένη έννοια. Η αντίληψη που έχει ο καθένας για την αυτονομία διαφέρει σε τέτοιο βαθμό που να είναι επιτακτική ανάγκη η θεωρητική της οριοθέτηση. Συνήθως δεν τυχαίνει να συναντάμε σε όλα τα κείμενα μία κοινή ερμηνεία της αυτονομίας. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Gerald Dworkin η αυτονομία ταυτίζεται συχνά με την «Ελευθερία... την αξιοπρέπεια, την ακεραιότητα, την ατομικότητα, την ανεξαρτησία, την υπευθυνότητα και την αυτογνωσία... την αυτοεπιβεβαίωση... τον κριτικό αναστοχασμό... την ελευθερία από τις υποχρεώσεις... την απουσία εξωτερικών πιέσεων (external causation)... και τη γνώση των προσωπικών μας συμφερόντων».¹⁰⁶

Βέβαια σε ζητήματα βιοηθικής, όπως μας υπενθυμίζει η Onora O'Neill, όταν κάνουμε λόγο για αυτονομία, συνήθως έχουμε κατά νου μία απλή διατύπωση της ως «μία μορφή ανεξαρτησίας»¹⁰⁷ ή έστω ως «την ικανότητα για ανεξάρτητες επιλογές και πράξεις»¹⁰⁸. Αλλά υπό μία τέτοια ερμηνεία, στην βιοηθική, η αυτονομία ως μορφή ανεξαρτησίας από εξωτερικές επιρροές θα μπορούσε ίσως να συμβάλει μόνο υπό την οπτική της ενήμερης συγκατάθεσης. Έτσι η αυτονομία υπό μία τέτοια

¹⁰⁶ Dworkin, Gerard, *The Theory and Practice of Autonomy*, 6.

¹⁰⁷ O'Neill, Onora, *Bounds of Justice*, 29.

¹⁰⁸ O'Neill, *Autonomy and Trust in Bioethics*, 23.

οπτική, «μπορεί να παίξει μικρό ρόλο σε μια ευρύτερη ερμηνεία ηθικών κανόνων».¹⁰⁹ Το ίδιο ισχύει ακόμα περισσότερο σε ειδικότερα θέματα όπως είναι η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, όπου η έννοια της συγκατάθεσης δεν θα μπορούσε εκ των πραγμάτων να αποτελεί τον καθοριστικό παράγοντα ηθικής αποδοχής, κυρίως από τη στιγμή που ο ασθενής είναι αυτός που επιθυμεί να τερματίσει τη ζωή του.

Είναι φανερό ότι απαιτείται μία πιο σύνθετη ερμηνεία της αυτονομίας, καθότι υπό τη μορφή αυτή δεν επαρκεί για να θεμελιώσει ως ηθικά αποδεκτή την απαίτηση κάποιου για συνδρομή στην αυτοκτονία. Διότι το ερώτημα που τίθεται δεν είναι αν μπορούμε να επέμβουμε σε μία πράξη (όπως η αυτοκτονία) που πιθανώς να μην επηρεάζει τα συμφέροντα κάποιου τρίτου προσώπου, αλλά αν μπορούμε, στηριζόμενοι στην αυτονομία, να αναγνωρίσουμε την επιθυμία κάποιου να τερματίσει τη ζωή του όχι ως εκδήλωση απαξίας που θίγει, για παράδειγμα, την ιερότητα της ζωής, αλλά ως πράξη αναγνώρισης της αξίας της ανθρώπινης ύπαρξης.

Η έννοια της αυτονομίας ως ανεξαρτησίας δεν επαρκεί. Η θεώρηση της αυτονομίας ως τέτοια όπως υποστηρίζει και η O'Neill δημιουργεί αρκετά προβλήματα, κυριότερο εκ των οποίων είναι η ανεπάρκεια θεμελίωσης της ηθικότητας. Μία πράξη είτε είναι καλή είτε είναι κακή μετράει ως αυτόνομη. «Η ανεξαρτησία καθ'εαυτή δεν φαίνεται να είναι ούτε απαραίτητη ούτε ικανοποιητική ως προϋπόθεση για να έχει μία πράξη ηθική αξία».¹¹⁰ Αν εφαρμόσουμε αυτή και μόνο την οπτική της αυτονομίας, τότε στην περίπτωση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας δεν μπορούμε παρά μόνο να την σεβαστούμε ως πράξη. Αποδεχόμενοι μία τέτοιου είδους απλοϊκή μορφή αυτονομίας είμαστε αναγκασμένοι ως μη αρμόδιοι να μην προβούμε σε οποιαδήποτε κρίση, συνακόλουθα να μην προβούμε βεβαίως και σε οποιασδήποτε μορφής ηθική αποτίμηση. Η αυτοκτονία ως μορφή ανεξαρτησίας δεν περιέχει καμία αναγκαιότητα ταύτισης διαφορετικών συνειδήσεων· αποτελεί αμιγώς προσωπικό και μόνο ζήτημα. Έτσι, κάτι που σχετίζεται με τον δράντα και μόνο δεν επιτάσσει την αναγκαιότητα συμμετοχής ενός δεύτερου προσώπου (στην περίπτωση μας, του ιατρού). Η αναγνώριση μη παρέμβασης από την πλευρά της κρατικής εξουσίας δεν ενέχει ως λογικό επακόλουθο και την αναγκαιότητα συμμετοχής.

«Η αντίληψη της αυτονομίας ως απλώς και μόνο προσωπικής επιλογής, συχνά επικρίνεται για τις ασαφείς ή υπέρμετρες μεταφυσικές της αξιώσεις... Οι σύγχρονες

¹⁰⁹ ό.π., 72.

¹¹⁰ O'Neill, *Bounds of Justice*, 30.

συζητήσεις όλες εμμένουν στην αντίληψη ότι η αυτονομία ενέχει ηθικό βάρος. Για αυτό τον λόγο αντιτίθενται σε οποιαδήποτε απλή ερμηνεία της αυτονομίας ως ανεξαρτησίας... Αν η αυτονομία ενέχει αξία, δεν ενέχει αξία επειδή αποτελεί απλώς ζήτημα μίας αυθαίρετης θέλησης· αντιθέτως μπορεί να ενέχει αξία και να θαυμάζεται μόνο αν εκδηλώνει κάποια βαθύτερη συνοχή ή δομή». ¹¹¹

Η αυτονομία, υπό την μορφή αυτή (ως ανεξαρτησία), κατά την κρίση μου λειτουργεί απλώς και μόνο ως ένα αρνητικό δικαίωμα. Σύμφωνα με την ανάλυση της Kagan ένα αρνητικό δικαίωμα συνίσταται «(1) στο να έχει επιλογή ο δρών να πράξει το X (ή να μην πράξει το X, ανάλογα με το τι θα επιλέξει)· (2) στο να υπάρχει μία προσταγή που να προστατεύει την επιλογή του δρώντος- για παράδειγμα, να θεωρείται λάθος να αναγκάζει κάποιος τον δρώντα να κάνει το X (να επέμβει ενώ προσπαθεί να πράξει το X, να τον αναγκάσει να μην το πράξει, να τον τιμωρήσει επειδή το έπραξε κ.λ.π.)· (3) στο να υπάρχει ένα δικαίωμα επιβολής από την πλευρά του δρώντος, που να μας αναγκάζει να δεχθούμε την προσταγή». ¹¹² Δηλαδή η αυτονομία τουλάχιστον στη συγκεκριμένη περίπτωση μπορεί να αναγνωριστεί μόνο ως μία μορφή μη επιβολής από τρίτους, που όμως δεν αποκτά την ισχύ ενός θετικού δικαιώματος. ¹¹³ Δεν απαιτεί από κάποιον να βοηθήσει. Απαιτεί απλώς να μην παρέμβει και να μην επηρεάσει με εξαναγκαστικό τρόπο την απόφαση ενός ατόμου. Δηλαδή αντιτίθεται στον εξαναγκασμό που επιβάλλουν ανθρώπινες πεποιθήσεις, αποφάσεις, ενέργειες ή πολιτικές όχι όμως στον εξαναγκασμό που προέρχεται από φυσικά αίτια.

Τόσο όμως για την O'Neill όσο και για την Korsgaard η αυτονομία είναι κάτι παραπάνω· «αποτελεί ένα ζήτημα που σχετίζεται με το να πράττεις στη βάση ορισμένων αρχών υποχρέωσης.» ¹¹⁴ Αποτελεί μία ρυθμιστική αρχή που ενυπάρχει μέσα σε κάθε έλλογο ον και που θέτει ορισμένους περιορισμούς. Ο κύριος περιορισμός που θέτει η αυτονομία δεν είναι να πράττεις με ένα συγκεκριμένο τρόπο, αλλά σε αναγκάζει να έχεις ως αρχή σου να μπορεί η πράξη σου να γίνει αποδεκτή ως

¹¹¹ O'Neill, *Bounds of Justice*, 41.

¹¹² Kagan, *The Limits of Morality*, 219, "(1) an option for the agent to do X (or not to do X, As he chooses); (2) an injunction protecting the agent's decision- i.e., it is wrong for others to force the agent not to do X (to interfere as he tries to do X, to cause him not to do X, to punish him for doing X etc.); (3) an enforcement privilege, giving the agent the right to enforce the injunction."

¹¹³ Δηλαδή δεν αποτελεί μία μορφή θετικής ελευθερίας παρόμοια με αυτή που ο Κάντ ερμηνεύει ως αυτονομία (rational autonomy). Δεν αποτελεί ένα λογικό και αιτιολογημένο τρόπο χρήσης της αρνητικής ελευθερίας. Δεν ενέχει την ιδιότητα της θέλησης να είναι νομοθέτης του εαυτού της, να υιοθετεί ηθικές αρχές που να καθολικά αποδεκτές και που να δεσμεύουν λόγω της οικουμενικής μορφής τους τόσο το ίδιο το άτομο όσο και όλη της ανθρωπότητα.

¹¹⁴ O'Neill, *Autonomy and Trust in Bioethics*, 84.

καθολικός νόμος. Η αρχή αυτή δηλαδή θα μπορούσε να θεωρηθεί ως νομοθέτης μίας αυτόνομης βούλησης που σε δεσμεύει όχι εξαιτίας μίας τάχα αυτοτελούς αξιακής ύπαρξης, αλλά ως αποτέλεσμα «αναστοχαστικού ενστερνισμού» (reflective endorsement) που έχει την πηγή του στο ίδιο το άτομο. Η ισχύς αυτής της αρχής αυτονομίας, δεν απορρέει μόνο από το γεγονός ότι αποτελεί μία μορφή αυτό-έκφρασης, αλλά και από το γεγονός ότι οι πράξεις της οφείλουν να είναι καθολικά αποδεκτές. Δεν αποτελεί μόνο μία σχετική προς τον δρώντα αξία, αλλά και μία οικουμενικής μορφής αξία.

Θα μπορούσε κάλλιστα να υποστηρίξει κανείς, όπως μας υπενθυμίζει ο Ronald Dworkin, ότι «Η αντίληψη της αυτονομίας ως ακεραιότητας δεν υποθέτει ότι άτομα ικανά για δικαιопραξία έχουν συνεπείς αξίες ή ότι πάντα προβαίνουν σε συνεπείς επιλογές ή ότι πάντα ζουν δομημένες και με αναστοχασμό ζωές»¹¹⁵ Οφείλουμε να αναγνωρίσουμε το γεγονός ότι πολλές φορές άνθρωποι, που έχουν τα λογικά τους, λειτουργούν με τρόπο που μας φαίνεται παράλογος, χωρίς να φαίνεται να καθοδηγούνται από μία κανονιστική ηθική θεώρηση. Για παράδειγμα, όπως μας αναφέρει και ο Dworkin, τυχαίνει να υπάρχουν άνθρωποι που είναι φανατικοί με την υγιεινή ζωή, αλλά παρά ταύτα καπνίζουν. Πράγματι υπάρχει αυτή η πιθανότητα. Ο καθένας δικαιούται να λειτουργεί αυτόνομα ακόμα και με παράλογο τρόπο, αλλά στην προκειμένη περίπτωση δεν μας αφορά τόσο η αυτόνομη λειτουργία τους από μία τέτοια οπτική. Αντιθέτως μας αφορά κυρίως αυτή η αυτόνομη λειτουργία τους που επιβάλλει την αναγκαιότητα συμμετοχής του ιατρού. Η πτυχή αυτή που σχετίζεται ίσως με μία είδους επιβολή συμμετοχής του ιατρού μπορεί να είναι μόνο η αυτόνομη λογική λειτουργία τους. Είμαστε καταδικασμένοι, τουλάχιστον στην αλληλόδρασή μας, να λειτουργούμε με βάση τη λογική, διότι αυτό είναι το μόνο κοινά αποδεκτό εργαλείο που υπάρχει, διότι μόνο εκεί βρίσκουμε ένα κοινό μονοπάτι συνεννόησης.

Όπως ορθώς υποστηρίζει ο Dworkin, σε γενικές γραμμές τείνουμε να σχετίζουμε την αυτονομία με το δικαίωμα του κάθε ατόμου να «λαμβάνει σημαντικές αποφάσεις καθορίζοντας ο ίδιος την ζωή του».¹¹⁶ Δηλαδή ένα άτομο, που έχει τα λογικά του, έχει δικαίωμα να κάνει λανθασμένες επιλογές, να ρισκάρει κάπου όταν δεν πρέπει, να αρνηθεί ακόμα και μετάγγιση αίματος, αν για παράδειγμα είναι μάρτυρας του Ιεχωβά. Σκοπός μου, όμως, δεν είναι να έρθω σε σύγκρουση με την

¹¹⁵ R. Dworkin, *Life's Dominion*, 228.

¹¹⁶ ό.π., 227.

παραπάνω αντίληψη· αντιθέτως στη θεώρηση μου η αντίληψη αυτή παραμένει απλώς παραμένει ως μία πτυχή της πραγματικότητας που από μόνη της δεν επαρκεί για την αποδοχή ή μη της ιατρικής συνδρομής στην αυτοκτονία.

Ο βασικότερος λόγος για τον οποίο δεν επαρκεί είναι διότι για την αποδοχή της αυτοκτονίας σε ακραίες περιπτώσεις ως ηθικά αποδεκτής επιλογής απαιτείται η αναγνώριση της αυτονομίας ως μίας θετικής μορφής ελευθερίας, όπως δηλαδή ακριβώς ορίζει την αυτονομία και ο Kant. Ειδάλλως, μία αρνητικής μορφής αυτονομία μπορεί να σταθεί απλώς ως προϋπόθεση για μία πράξη με συνοχή και λογική. Και όπως μας υπενθυμίζει η O'Neill «ο Κάντ χαρακτηρίζει τέτοιες πράξεις ως άνομες και τις θεωρεί αντιθετικές στην ηθικότητα».¹¹⁷

Είτε συμφωνούμε είτε όχι με μία τέτοια θεώρηση οφείλουμε τουλάχιστον να αναγνωρίσουμε ότι δεν υπάρχει κάτι που να επιβάλλει την ηθική αποδοχή μίας πράξης ως απλώς και μόνο ανεξάρτητης· επιβάλλεται ίσως μόνο η αποδοχή της. Για κάποιον όμως που αποτελεί ενεργό μέλος της κοινωνίας και που δεν επιθυμεί η πράξη του να θεωρηθεί μόνο ως μία πράξη που υπόκειται εκτός δικαιοδοσίας του κράτους, αλλά να εκληφθεί όχι ως παραίτηση από τη ζωή, αλλά αντιθέτως ως αναγνώριση της αξίας της, η θεώρηση αυτή δεν αρκεί. Έτσι, οφείλουμε να υιοθετήσουμε μία καντιανού τύπου αυτονομία ως θετική ελευθερία, δηλαδή ως ικανότητα αποδοχής αρχών που μπορούν να είναι καθολικά αποδεκτές και απόρριψης αρχών που δεν ανταποκρίνονται στο κριτήριο αυτό. «Η αυτονομία νοούμενη ως ελευθερία από την επέμβαση τρίτων, παύει να αποτελεί μία αξία με νόημα, από την στιγμή που αγνοεί την υφή των σχέσεων, το καλό και το κακό, το οποίο χαρακτηρίζει αναγκαστικά τις πράξεις μας».¹¹⁸

Στην περίπτωση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, η αυτονομία του ατόμου αποκτά τη μορφή δικαιώματος, δηλαδή λόγου που επιβάλλει υποχρεώσεις, μόνο αν παρουσιαστεί ως μία μορφή έκφρασης της αξιοπρέπειας. Δηλαδή θα μπορούσε κάποιος πιθανώς να ισχυριστεί ότι στο ζήτημα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, ενυπάρχει ένα δικαίωμα στην «*Διατήρηση της Αξιοπρέπειας*», το οποίο οφείλουμε να σεβαστούμε από τη στιγμή που αναγνωρίζουμε την αξιοπρέπεια ως χαρακτηριστικό γνώρισμα κάθε έλλογου όντος, και τείνουμε να την αναγνωρίζουμε σε όλους τους ανθρώπους «ανεξαρτήτως

¹¹⁷ O'Neill, *Bounds of Justice*, 42, "Kant characterizes such actions as lawless and regards it as antithetical to morality."

¹¹⁸ Mann, Patricia S., "Meanings of Death", 19.

κοινωνικής θέσης, ταλέντων, επιτευγμάτων, ή ηθικού παρελθόντος, αντιμετωπίζοντας τους με σεβασμό ως ανθρώπινα όντα». ¹¹⁹ Έτσι όντας η αυτονομία «το θεμέλιο της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και η πηγή της ηθικότητας», ¹²⁰ δεσμεύει τόσο τον εαυτό σου όσο και τα υπόλοιπα έλλογα όντα συλλαμβάνοντας την ανθρωπότητα ως αυτοσκοπό. Και μόνο τότε η αυτονομία ως πράξη (αυτοκτονίας) αποκτά ηθική σημασία και δεσμευτική αξία, μέσα από τη θεώρηση της αξιοπρέπειας ως μία οικουμενικά αποδεκτής ηθικής αξίας.

Η κανονιστική λειτουργία της αυτονομίας

Από το παραπάνω κείμενο προκύπτουν ορισμένα σημαντικά ζητήματα, τα οποία χρήζουν περαιτέρω ανάλυσης. Ένα εκ των σημαντικότερων είναι το ζήτημα της υιοθέτησης μίας μορφής κανονιστικότητας της αυτονομίας. Χωρίς μία τυχόν θεμελίωση της αναγκαιότητας για κανονιστικότητα οφείλουμε να μην έχουμε απαίτηση για ηθική αποδοχή μίας πράξης. Εξάλλου είναι αυτή η κανονιστικότητα που δίνει νόημα στην αξιοπρέπεια ως διατήρηση μίας σταθερής πορείας ή προσήλωσης σε σταθερές αξίες.

«Οι άνθρωποι θεωρούν σημαντικό όχι μόνο να περιέχει η ζωή τους μία ποικιλία από σωστές εμπειρίες, επιτεύγματα, και σχέσεις, αλλά να έχει και μία δομή που να εκφράζει μία συνεκτική επιλογή- για κάποιους μάλιστα να απεικονίζει μία σταθερή, αυτό-καθοριζόμενη δέσμευση σε ένα όραμα του χαρακτήρα ή επιτεύγματα, που η ζωή θεωρούμενη συνολικά, ως ένα ολοκληρωμένο αφηγηματικό δημιούργημα, παρουσιάζει και εκφράζει.» ¹²¹

Όπως μας υπενθυμίζει και ο Thomas Hill «δεν είναι όλοι οι ηθικοί παράγοντες ετεροαναφορικοί» ¹²². Έτσι και στην περίπτωση της αυτοκτονίας υπάρχει κάτι επιπλέον που οφείλει να λάβει υπόψη ένας ηθικός δρών που σκέπτεται να αυτοκτονήσει, πέρα από τις σχέσεις του με τους υπόλοιπους ανθρώπους. Ο χρόνος και ο τρόπος του θανάτου του καθενός αποτελεί βεβαίως ένα αμιγώς προσωπικό ζήτημα. Κάποιος κάλλιστα θα μπορούσε να αυτοκτονήσει απλώς και μόνο επειδή είχε μία παρόρμηση ή επειδή θεώρησε ότι η ζωή του δεν αξίζει ή ακόμα και από κατάθλιψη· αλλά, οποιοσδήποτε από αυτούς τους λόγους «εκφράζει μία στάση

¹¹⁹ Hill, *Autonomy and Self-Respect*, 170.

¹²⁰ ό.π., 43. Ο Hill στο σημείο αυτό διατυπώνει μία βασική θέση του Kant για την αυτονομία.

¹²¹ R. Dworkin, *Life's Dominion*, 205.

¹²² Hill, *Autonomy and Self-Respect*, 85.

απέναντι στην ζωή που είναι λιγότερο από ιδανική»¹²³, όχι τόσο με την έννοια ότι είναι μία πράξη ανήθικη, καθότι δεν χωρούν καταδίκες σε ένα τέτοιο ζήτημα, αλλά περισσότερο με την λογική ότι θα ήταν ατυχές να συμβεί κάτι τέτοιο.

Κάθε άνθρωπος είναι, σύμφωνα με τον Hill, «συγγραφέας» (author) της δικής του ζωής και ως συγγραφέας μόνο αυτός έχει τη δικαιοδοσία να καθορίζει τόσο την πλοκή και το περιεχόμενο όσο και το τέλος του έργου του (δηλαδή της ζωής του). Αλλά αν και αποτελεί δικό του συγγραφικό έργο και πάλι θεωρούμε ότι θα ήταν ατυχές να αφήσει μία βιογραφία που να εκφράζει απάθεια ή παραίτηση. Ίσως θα ήταν ιδανικότερο από ηθική σκοπιά να ενέχει το συγγραφικό του έργο συνοχή και να εκφράζει τις δικές του αντιλήψεις και ιδανικά. Καθότι η αξία της ζωής του ως συγγραφέα δεν προέρχεται βεβαίως ούτε από το τελικό αποτέλεσμα του έργου του, ούτε από τα συναισθήματα που βίωσε κατά τη διάρκειά της, αλλά από την εμπειρία να ζει ως συγγραφέας, δηλαδή να παίρνει σημαντικές αποφάσεις, να διακρίνει τι έχει νόημα και τι όχι και συνάμα να εκφράζουν οι αποφάσεις του ένα σύνολο με συνοχή.

Έτσι ένα έλλογο ηθικό ον που σκέπτεται να αυτοκτονήσει οφείλει να λάβει απαραίτητως υπόψη ορισμένα σχετικά προς τον ίδιο στοιχεία, όπως είναι η διατήρηση της ταυτότητας του, που λόγω της κανονιστικής τους υφής αποκτούν οικουμενική ισχύ. Η αναγκαιότητα διατήρησης μίας συγκεκριμένης ταυτότητας αποτελεί σύμφωνα με την Korsgaard απαραίτητη προϋπόθεση για την ύπαρξη οποιουδήποτε λόγου ή υποχρέωσης. «Οι λόγοι σου εκφράζουν την ταυτότητα σου, την φύση σου· οι υποχρεώσεις σου πηγάζουν από αυτό που η ταυτότητά σου απαγορεύει».¹²⁴ Έτσι η διατήρηση μίας συγκεκριμένης ταυτότητας δεσμεύει τόσο εσένα ως ηθικό δρώντα όσο και την υπόλοιπη ανθρωπότητα ως αποδέκτη ηθικών αξιών.

Βέβαια η κανονιστική αυτή μορφή λειτουργίας της αυτονομίας δεν προκαθορίζει πώς πρέπει να ζούμε, απλώς δηλώνει ότι έχουμε την ανάγκη να ζούμε μ' ένα συγκεκριμένο τρόπο, όποιος και αν είναι αυτός. Η θεώρηση αυτή της κανονιστικότητας θα μπορούσαμε να πούμε ότι αποτελεί μία «δυναμική αντίληψη της κανονιστικότητας». Η κανονιστικότητα δεν περιγράφει μία σταθερή κατάσταση, δεν απαιτεί προσαρμογή σ' ένα συγκεκριμένο κανόνα. Αντιθέτως, η «κανονιστικότητα με

¹²³ Hill, *Autonomy and Self-Respect*, 88.

¹²⁴ Korsgaard, *The Sources of Normativity*, 101, “Your reasons express your identity, your nature; your obligations spring from what that identity forbids.”

την πλήρη έννοια της λέξης είναι αυτή που θεμελιώνει κανόνες». ¹²⁵ Δηλαδή αποτελεί προϋπόθεση για την ύπαρξη κάθε κανόνα, αλλά όχι προσήλωση σ' ένα συγκεκριμένο κανόνα.

Αν και είναι αυτή η μορφή της κανονιστικής λειτουργίας της αυτονομίας που εκφράζει την αξιοπρέπεια, η κανονιστική αυτή λειτουργία του χαρακτήρα οφείλει να ενέχει και ακεραιότητα για να έχει ηθική αξία και να συνδέεται με την έννοια της αξιοπρέπειας. Όπως υποστηρίζει και ο Dworkin «η ακεραιότητα είναι στενά συνδεδεμένη με την αξιοπρέπεια», ¹²⁶ διότι με την αναγνώριση της ακεραιότητας αναγνωρίζουμε κάτι αρκετά σημαντικό όσον αφορά τα κριτικά μας συμφέροντα (critical interests). Αναγνωρίζουμε σύμφωνα με τον Dworkin ότι δεν αρκεί να είναι κάποιος αφοσιωμένος σε μία πορεία, σε μία αντίληψη για την αρετή. Απαιτείται να υπερβεί και μία ακόμα θεμελιώδη πεποίθηση (conviction) που έχουμε, το ότι δηλαδή «το γεγονός και μόνο ότι κάποιος θεωρεί μία επιλογή του σωστή δεν την κάνει αυτόματα και σωστή». ¹²⁷ Ο Dworkin μας παροτρύνει να μην δεχθούμε ούτε την αντίληψη ότι τα critical interests είναι αμιγώς προσωπικά και διαμορφώνονται μόνο από τη διάθεση του καθενός, ούτε την αντίληψη ότι ταυτίζονται και είναι κοινά σε όλους τους ανθρώπους. Θεωρεί και τις δύο αυτές θέσεις ακραίες. Υποστηρίζει ότι είναι εξίσου σημαντικό τόσο να έχουμε μία καλή ζωή όσο και να τη θεωρούμε καλή. Στη διαλεύκανση αυτού του ζητήματος πιστεύει ότι συμβάλλει η ακεραιότητα με δύο τρόπους: «αποτελεί το χαρακτηριστικό της πεποίθησης, της δέσμευσης, όχι μόνο επιλογών του παρελθόντος· αντανακλά επίσης την επένδυση, την ιδέα δηλαδή ότι η αξία της ζωής έγκειται σε ένα βαθμό στην ακεραιότητα της, ούτως ώστε με το να έχει υπάρξει (established) ως μία μορφή ζωής αποτελεί επιχείρημα, αν και όχι καταλυτικό, υπέρ του να συνεχίσει να υπάρχει η ίδια». ¹²⁸

Έτσι αποφεύγουμε παρόμοιες λογικές όπως αυτή του Francis Hutcheson ¹²⁹ ο οποίος υποστηρίζει ότι το τι είναι καλό ή κακό δεν προέρχεται από κάποιου τύπου ηθική αίσθηση, αλλά από την προσωπική μας κρίση. Δηλαδή ότι μπορούμε να κρίνουμε μόνο από μία συγκεκριμένη οπτική γωνιά. Δεν μπορούμε όμως να κρίνουμε αν κάτι για παράδειγμα είναι καλό ή κακό από κάποια ουδέτερη οπτική γωνιά, δεν μπορούμε δηλαδή να θέσουμε το ερώτημα της κανονιστικότητας εκτός της εμβέλειας

¹²⁵ Canguilhem, *The Normal and the Pathological*, 127.

¹²⁶ Dworkin, *Life's Dominion*, 205

¹²⁷ ό.π., 206.

¹²⁸ ό.π., 206.

¹²⁹ Hutcheson, Francis, *Illustrations on the Moral Sense*, 133-134.

της δικής μας κανονιστικής οπτικής γωνιάς. Δηλαδή ότι οφείλουμε να λαμβάνουμε υπόψη ως πρωταρχικό κριτήριο σε κάθε κρίση μας την ιδιαίτερη αντίληψη του κάθε ατόμου. Αν δεν έχουμε πράγματι πρόσβαση στον κόσμο ή καλύτερα στην κατανόηση του παρά μόνο από μέσα μας, τότε ίσως ο εαυτό μας να είναι πράγματι ο καλύτερος κριτής.

Η Korsgaard υποστηρίζει ότι «ο μύθος του εγωισμού θα πεθάνει μαζί με τον μύθο της ιδιωτικότητας της συνείδησης»¹³⁰ Θεωρεί ότι αν αποδεχόμαστε την αναστοχαστική λειτουργία της συνείδησης, οφείλουμε να αναγνωρίσουμε ότι όπως έχουμε πρόβλημα να κατανοήσουμε την σκέψη και τα συναισθήματα των άλλων αντιμετωπίζουμε εξίσου το ίδιο πρόβλημα και όσον αφορά το δικό μας μυαλό. Εξάλλου «τα ανθρώπινα όντα είναι κοινωνικά ζώα με ένα βαθύ τρόπο. Δεν οφείλεται μόνο στο ότι επιδιόμαστε σε φιλία ή ότι προτιμούμε να ζούμε σε σμήνη ή κοπάδια. Οφείλεται κυρίως στο ότι το γλωσσικό μέρος της συνείδησης- το μέρος όπου το νόημα και ο λόγος υπάρχουν- αποτελεί έναν χώρο που καταλαμβάνουμε όλοι μαζί.»¹³¹

Όμως, ακόμα και έτσι, ποια είναι αυτή η αξία που μας δεσμεύει και που αποτελεί πηγή της οικουμενικής ισχύος της κανονιστικότητας μεταμορφώνοντας την από ατομική σε συλλογική; Ποια είναι αυτή η αξία που πιθανώς μας δεσμεύει να αναγνωρίσουμε την υποβοηθούμενη αυτοκτονία ως ηθικά αποδεκτή σε ορισμένες τουλάχιστον ακραίες περιπτώσεις; Μία τέτοιου είδους δέσμευση στην περίπτωση της ιατρικής συνδρομής στην αυτοκτονία μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την προσήλωση σε μία αξία αδιάψευστη και καθολικού τύπου, που να θεμελιώνει την κανονιστικότητα ως ακέραη ατομική λειτουργία. Η αξία αυτή, η οποία μας υποχρεώνει να απορρίπτουμε ορισμένου τύπου κανονιστική ή μη συμπεριφορά και μας παροτρύνει να λειτουργούμε με ακεραιότητα, δεν θα μπορούσε να ήταν άλλη παρά η ίδια η αξία της ζωής. «Ο λόγος δράσης μας πηγάζει από την πιθανή και ιδιαίτερη (local) ταυτότητά μας. Αλλά μέρος της κανονιστικής ισχύος των λόγων αυτών πηγάζει από την αξία που αποδίδουμε στον εαυτό μας ως ανθρώπινα όντα, τα οποία έχουν ανάγκη τέτοιες ταυτότητες. Με αυτό τον τρόπο κάθε αξία εξαρτάται από την αξία της ανθρώπινης υπόστασης».¹³²

¹³⁰ Korsgaard, *The Sources of Normativity*, 144.

¹³¹ ό.π., 145, “Human beings are social animals in a deep way. It is not just that we go in for friendship or prefer to live in swarms or packs. The space of linguistic consciousness- the space in which meaning and reasons exist- is a space that we occupy together.”

¹³² ό.π., 122.

Η Korsgaard εκφράζει αυτή την κανονιστικότητα ως προσήλωση σε μία «πρακτική ταυτότητα» (*practical identity*), δηλαδή σε μία ταυτότητα που αναγνωρίζει ότι είμαστε μέλη μίας συγκεκριμένης θρησκείας, ενός συγκεκριμένου έθνους, ενός συγκεκριμένου επαγγέλματος, κάποιου ο φίλος ή ο συγγενής κ.ο.κ. Υποστηρίζει ότι πρέπει να καθοδηγούμαστε από κάποια αντίληψη της πρακτικής μας ταυτότητας, «διότι αν δεν είσαι δεσμευμένος σε κάποια αντίληψη της πρακτικής σου ταυτότητας, θα χάσεις το στήριγμα στον εαυτό σου ως κάποιος που έχει λόγο να κάνεις κάτι αντί για κάτι άλλο... κάποιος που έχει λόγο να πράττει καν». ¹³³ «Αν όλες η επιλογές μου ήταν ιδιαίτερες και έκρυθμες, δεν θα υπήρχε καμία φανερή διαφορά μεταξύ του να πράττω και του να έχω μια σειρά πρώτης τάξεως παρορμήσεων που να επιδρούν αιτιακά πάνω μου. Και τότε δεν θα υπήρχε κανένας εαυτός-κανένας νους-κανένας εγώ-που είναι αυτός ο οποίος πράττει». ¹³⁴

Η Ιερότητα της Ζωής

Ένα άλλο θεμελιώδες θεωρητικό ζήτημα που προκύπτει από τα παραπάνω είναι το ζήτημα της αξιολογικής σχετικότητας. Με τον προσδιορισμό σχετικότητας εννοούμε την αντίληψη που επικρατεί για το ότι δεν υπάρχουν κοινώς αποδεκτά αξιολογικά κριτήρια. Για παράδειγμα συχνά λέγεται ότι, όταν προασπίζεται η ιερότητα της ζωής ως απόλυτη αξία, είθισται να υποστηρίζεται ότι η θεώρηση αυτή στηρίζεται σε κάποιου τύπου δογματική θρησκευτική πεποίθηση· μία πεποίθηση η οποία δεν μπορεί να στηρίξει με μη δογματικό τρόπο μία καθολικά αποδεκτή και συνάμα δεσμευτική θεώρηση, με την οποία οφείλει να συμμορφώνεται η ατομικότητα θέτοντας σε δεύτερη μοίρα τους οποιουσδήποτε σχετικούς ως προς τον δρώντα λόγους ή ότι η αξία αποτελεί απλώς και μόνο ένα αμιγώς προσωπικό ζήτημα. Δηλαδή, ότι κάτι αξίζει μόνο και μόνο επειδή του αποδίδει αξία κάποιος άνθρωπος, ότι η έννοια της αξίας είναι μία υποκειμενική έννοια και δεν μπορεί εκ των πραγμάτων να έχει καθολική ισχύ, δεν μπορεί δηλαδή να λειτουργήσει ως κριτήριο ηθικής αποτίμησης (όπως προειπώθηκε στο ζήτημα της κανονιστικότητας σύμφωνα με την αντίληψη του Francis Hutcheson).

Όμως όπως ήδη ανέφερα από την αρχή του κεφαλαίου αυτού, ούτε μία αμιγώς αντικειμενική θεώρηση της αξίας ούτε μία αμιγώς υποκειμενική θεώρηση θα

¹³³ Korsgaard, *The Sources of Normativity*, 120.

¹³⁴ *ό.π.*, 228.

μπορούσε να συμβάλει στη επίλυση του ζητήματος της ιατρικής συνδρομής στην αυτοκτονία. Καθότι μία αντικειμενική θεώρηση της αξίας του ανθρώπου δεν θα μπορούσε να αποδεχτεί τις διάφορες εκφάνσεις της αξιοπρέπειας που έχουν ως πηγή την αυτονομία. Από την άλλη μία υποκειμενική θεώρηση της αξίας του ανθρώπου δεν θα μπορούσε να δεσμεύσει την κοινωνία να λάβει την αυτοκτονία υπόψη όχι απλώς και μόνο ως μία πράξη αυτονομίας που δεν υπόκειται σε νομικό έλεγχο, αλλά και ως έκφραση, υπό ακραίες συνθήκες, ενός υποκειμένου δικαίου.

Στην προκειμένη περίπτωση απαιτείται μία κάπως διαφορετική προσέγγιση. Ας ξεκινήσουμε με την παραδοχή ότι από μία υποκειμενική οπτική κάτι έχει αξία διότι έχει αξία για κάποιον· και ότι οφείλουμε να αναγνωρίσουμε την αξία αυτή. Έτσι από μία ηθική σκοπιά είμαστε υποχρεωμένοι να σεβαστούμε την επιλογή του, όχι διότι αυτό που θεωρεί ότι αξίζει έχει αξία και για εμάς, αλλά επειδή, όπως ισχυρίζεται και ο Hill «Η απόδοση αξίας στα όντα που αποδίδουν αξία, προς χάρη των ίδιων, ενυπάρχει στην αναγνώριση της σημασίας των στόχων τους ανεξάρτητα από τις δικές μας προτιμήσεις και το περιεχόμενο αυτών των στόχων».¹³⁵ Οφείλουμε να εκτιμήσουμε το γεγονός ότι κάποιος προσδίδει αξία σε κάτι. Όμως βασισμένοι μόνο στο στοιχείο αυτό απλώς αναγνωρίζουμε ότι οι προσωπικές μας αξίες ενέχουν την ίδια ισχύ με τις προσωπικές αξίες κάποιου άλλου.

Πώς μπορούμε ορμώμενοι από την παραδοχή αυτή να λειτουργήσουμε ως εξωτερικοί παρατηρητές; Πώς μπορούμε να μεταβούμε από την υποκειμενικότητα στην αντικειμενικότητα προσδίδοντας συνάμα για παράδειγμα εγγενή αξία στην ζωή; Πώς μπορούμε να μεταβούμε από μια εργαλειακή και εξωγενή αξία στην έσχατη και εγγενή αξία; Μόνο τα τελευταία δύο ενέχουν κανονιστική ισχύ και όπως υποστηρίζει η Korsgaard «η αξία με βάση την οποία αιτιολογούμε πράξεις πρέπει να είναι ανεξάρτητη από ιδιαίτερες επιθυμίες και συμφέροντα των ατόμων».¹³⁶

Ο καλύτερος τρόπος δεν είναι να απορρίψουμε την μία οπτική υπέρ της άλλης, καθότι και οι δύο έχουν κάποια ισχύ, αλλά ο αρμονικός συνδυασμός των δύο αυτών οπτικών. Οφείλουμε καταρχήν να αναγνωρίσουμε ότι μία μορφή αντικειμενικότητας είναι απαραίτητη, αλλά και ότι πρόσβαση στη μορφή αυτή αντικειμενικότητας έχουμε μόνο εκ των έσω.

¹³⁵ Hill, *Autonomy and Self-Respect*, 103, “Valuing the valuers for their own sakes is implicit in giving weight to their ends independent of our own likes and the content of those ends.”

¹³⁶ Korsgaard, *The Sources of Normativity*, 111.

Αυτό ακριβώς μας παρουσιάζει με επιτυχία η Korsgaard στο βιβλίο της *The Sources of Normativity*. Μας δίδει δηλαδή τον λόγο για τον οποίο πρέπει να μας διακατέχει μία καθ'εαυτή αξιακή θεώρηση της ζωής, που να πηγάζει εκ των έσω. Η Korsgaard ισχυρίζεται, όπως προαναφέραμε, ότι ο άνθρωπος «πρέπει να κυβερνάται από κάποια αντίληψη της πρακτικής του ταυτότητας».¹³⁷ Αν κάποιος δεν είναι αφοσιωμένος σε μία αντίληψη της πρακτικής του ταυτότητας, τότε δεν μπορεί να ενδιαφέρεται για οτιδήποτε. Δεν μπορεί να έχει λόγο να επιλέξει να κάνει κάτι αντί για κάτι άλλο, δεν έχει λόγο να πράττει καν.

Αλλά ο λόγος για να συμμορφωθεί κάποιος με την πρακτική του ταυτότητα πηγάζει, σύμφωνα με την Korsgaard, όχι από την ίδια την πρακτική του ταυτότητα, αλλά από την ανθρώπινη του ιδιότητα ως «αναστοχαστικού όντος, που χρειάζεται λόγους για να πράττει και να ζει.»¹³⁸ Όμως τον λόγο αυτό τον αποκτάς μόνο «αν αντιμετωπίζεις την ανθρώπινη σου ιδιότητα, ως μία πρακτική, κανονιστικής μορφής ταυτότητα, δηλαδή, αν εκτιμάς τον εαυτό σου ως ανθρώπινο ον».¹³⁹ Έτσι το να εκτιμάς την ανθρώπινη σου ιδιότητα σου προσδίδει μία ηθική ταυτότητα, καθότι προσδίδοντας αξία στην δική σου ταυτότητα απαιτείς να προσδώσεις ίση αξία και στην ανθρώπινη ιδιότητα των άλλων ατόμων.

Η αναγνώριση της αξίας αυτής, τόσο στον εαυτό σου όσο και στους υπόλοιπους ανθρώπους, σου επιβάλλει επιπλέον και ορισμένα καθήκοντα. Το βασικότερο από τα καθήκοντα αυτά είναι να υπολογίζεις την αξία της ζωής. Εξάλλου είναι η ίδια η αξιακή εκτίμηση της ζωής που αποτελεί κίνητρο κάθε πράξης. Έτσι με το να αντιμετωπίζεις την ανθρώπινη σου ιδιότητα ως κανονιστική, ως πηγή λόγων και υποχρεώσεων, αποκτάς αυτό που ονομάζει η Korsgaard «ηθική ταυτότητα». «Η καθ'εαυτή αξία της ανθρωπότητας ενυπάρχει μέσα σε κάθε ανθρώπινη επιλογή... αν υφίσταται κάτι όπως λόγος για δράση, τότε η ανθρωπότητα ως πηγή όλων των λόγων και αξιών, πρέπει να εκτιμάται για χάρη του εαυτού της».¹⁴⁰

Η Korsgaard μας υπενθυμίζει ότι «ανάμεσα στα διάφορα πράγματα που μας χαρακτηρίζουν, μας χαρακτηρίζει και το γεγονός ότι είμαστε μέλη της παρέας (party) της ανθρωπότητας ή πολίτες του Βασιλείου των Σκοπών. Και αυτή η ταυτότητα, όπως και οποιαδήποτε άλλη, ενέχει ορισμένες υποχρεώσεις».¹⁴¹ Αν τώρα δεν

¹³⁷ Korsgaard, *The Sources of Normativity*, 120.

¹³⁸ ό.π., 128.

¹³⁹ ό.π., 129.

¹⁴⁰ ό.π., 122.

¹⁴¹ ό.π., 129.

αντιμετωπίζουμε την ανθρώπινη μας ιδιότητα ως μία κανονιστικού τύπου ιδιότητα, προδίδοντας της αξία, τότε δεν μπορούμε να θεμελιώσουμε την αναγκαιότητα να προβούμε σε οποιαδήποτε πράξη. Η ηθική ταυτότητα μας για τον λόγο αυτό είναι αναπόφευκτη. Υπερισχύει των άλλων ιδιοτήτων και επιβάλλει ορισμένους περιορισμούς, όπως είναι ότι πρέπει να απορρίπτεται κάθε είδους ταυτότητα που αντίκειται στην αξία της ανθρώπινης ζωής.

Η κρίση μας αποκτά μία απόσταση από τα ιδιαίτερα μας χαρακτηριστικά και η επιλογή που κάνουμε δεν αποτελεί πια μόνο πεποίθηση, αλλά μεταβάλλεται στο τι οφείλει ένα συγκεκριμένο άτομο να κάνει. Δηλαδή το ερώτημα τι πρέπει κάποιος να κάνει επαφίεται στην κρίση του κάθε ατόμου. Η λειτουργία, αυτή που μας βοηθάει να αποκτήσουμε μία κανονιστική αξιακή θεώρηση της ζωής είναι ο αναστοχαστικός χαρακτήρας της ανθρώπινης συνείδησης, το γεγονός δηλαδή ότι σε αντίθεση με τα ζώα μπορούμε να στρέψουμε την προσοχή μας στον εαυτό μας και να συνειδητοποιήσουμε τις προθέσεις, τις επιθυμίες, τις πεποιθήσεις, τις συμπεριφορές και το πώς διαμορφώνονται. Ο αναστοχαστικός αυτός χαρακτήρα μαζί με την ελευθερία ως αυτονομία μας οδηγεί στην αναγνώριση της οικουμενικής αξίας της ζωής. «Ο αναστοχαστικός εαυτός είναι από την φύση του πιο οικουμενικός από τον αρχικό μη αναστοχαστικό εαυτό, καθότι επιτυγχάνει την αυτό-συνειδησιακή του επίγνωση με το να αποχωρίζεται την ατομική του προοπτική».¹⁴²

Η αναγνώριση της αξίας της ζωής καθ'εαυτής δεν υποδηλώνει, όπως ορθώς συχνά υποστηρίζεται, ότι κάποιος έχει υποχρέωση να ζει, αλλά όμως προϋποθέτει την αντιμετώπιση της ζωής με τον απαιτούμενο σεβασμό. Ο αναστοχαστικός εαυτός κρίνοντας ως ελεύθερη αυτόνομη προσωπικότητα την αναγκαιότητα μίας αξιακής θεώρησης της ζωής, αντιλαμβάνεται ότι οφείλει να αναγνωρίσει την κανονιστικότητα της αξίας ως προϋπόθεση για κάθε άλλη κρίση ή επιλογή. Η αποδοχή αυτή επιτάσσει και την ανάλογη αντιμετώπιση. Είναι αυτή η αυτόνομη αναστοχαστική επιλογή μας που μας δεσμεύει και μας αναγκάζει να διατηρούμε μία αξιακή θεώρηση της ζωής ακόμα και σε περιπτώσεις που η αξία αυτή δεν είναι φανερή.

¹⁴² Nagel, "Universality and the reflective self", 203.

Αξιοπρέπεια

Οι υπέρμαχοι της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας αναφέρονται συνήθως στην υπαρξη ενός δικαιώματος στον θάνατο. Δηλαδή ενός δικαιώματος «να ζήσει και να πεθάνει κάποιος υπό το πρίσμα... των δικών του πεποιθήσεων για ποιον λόγο η ζωή έχει αξία και που έγκειται η αξία αυτή».¹⁴³ Σύμφωνα με τον Velleman η αρχή αυτή θα μπορούσε ν' αναλυθεί σε δύο ευρύτερες υπό-αρχές. Η πρώτη αρχή είναι «ότι ένα άτομο έχει το δικαίωμα να συντομεύσει την ζωή του με σκοπό να την κάνει καλύτερη»¹⁴⁴ με την προϋπόθεση βέβαια ότι με το να την συντομεύσει θα γίνει η ζωή του καλύτερη, θεωρούμενη ως σύνολο. Η δεύτερη αρχή είναι «ότι υπάρχει μία παραδοχή υπέρ της αποδοχής της άποψης κάποιου σε ζητήματα που σχετίζονται με το δικό του καλό».¹⁴⁵ Και υπό τις δύο μορφές η αρχή, η οποία σχετίζεται με το γεγονός ότι το κάθε άτομο μπορεί να παίρνει σημαντικές προσωπικές αποφάσεις, φαίνεται να αναφέρεται, σύμφωνα και με τον Velleman,¹⁴⁶ στα ενδό-προσωπικά (intra-personal) συμφέροντα του κάθε ατόμου. Είναι όμως η ζωή και ο θάνατος ένα ζήτημα προσωπικού συμφέροντος; Μπορεί να σταθμιστεί η ζωή, και σύμφωνα με το αν ωφελούμαστε ή ζημιωνόμαστε να κρίνουμε αν αξίζει;

Όπως αναφέραμε και προηγουμένως, σύμφωνα και με τον Κάντ, υπάρχει κάτι βαθύτερο που κάνει τη ζωή του ανθρώπου να αξίζει, κάτι που δεν σχετίζεται με προσωπικά συμφέροντα, κάτι που θεμελιώνει τα συμφέροντα αυτά. Για τον Κάντ η αξία αυτή, όπως μας υπενθυμίζει και ο Velleman είναι η «αξιοπρέπεια». Η αξιοπρέπεια αποτελεί μία θεμελιώδη ηθική αξία, μία αξία που χαρακτηρίζει κάθε έλλογο ανθρώπινο ον. Μία οικουμενική αξία, που σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να συσχετιστεί με προσωπικά συμφέροντα. Η ηθική απαιτεί από εμάς να σεβόμαστε την αξιοπρέπεια των ατόμων. Δεν μπορούμε δηλαδή να δεχθούμε την αντιμετώπιση της ζωής ως μέσο ανταλλαγής ή εκπλήρωσης των επιθυμιών μας αλλά μόνο ως αυτοσκοπό. Για τον λόγο αυτό δεν μπορούμε να χρησιμοποιούμε τη ζωή όπως θέλουμε. Η ζωή είναι δική μας για να την ζούμε, αλλά όχι δική μας για να την τερματίσουμε. Είναι μία αξία που είτε την παραβιάζεις είτε τη σέβεσαι. «Είναι μία αξία που κατέχει κάποιος λόγω του ότι είναι ένας από εμάς, και η αξία του να είναι ένας από εμάς δεν είναι μόνο δική του για να την αποτιμά ή να την υπερασπίζεται. Η

¹⁴³ Velleman "A Right of Self-Termination?", 607.

¹⁴⁴ ό.π., 607.

¹⁴⁵ ό.π., 607.

¹⁴⁶ ό.π., 608.

αξία του να είσαι πρόσωπο είναι γι' αυτό τον λόγο κάτι μεγαλύτερο από οποιονδήποτε συγκεκριμένο πρόσωπο που την ενσαρκώνει». ¹⁴⁷

Όμως αυτό δεν σημαίνει ότι η αυτοκτονία δεν μπορεί να δικαιολογηθεί από ηθική σκοπιά σε όλες τις πιθανές περιπτώσεις. Αντιθέτως όλοι παραδεχόμαστε ότι υπάρχουν συνθήκες σύμφωνα με τις οποίες θα ήταν καλύτερο να τερματιστεί η ζωή κάποιου με την επίσπευση του θανάτου του. Το ότι σεβόμαστε την ανθρώπινη ζωή δεν σημαίνει ότι είμαστε υποχρεωμένοι είτε να μεγιστοποιήσουμε τον αριθμό των ατόμων που υπάρχουν είτε να την διατηρήσουμε με κάθε μέσον· απλώς σημαίνει ότι πρέπει να αντιμετωπίσουμε το κάθε άτομο με το σεβασμό που απαιτείται· να το αντιμετωπίζουμε ως πρόσωπο και όχι ως αντικείμενο ¹⁴⁸.

Στην προκειμένη περίπτωση, σύμφωνα και με τον Velleman, ίσως θα έπρεπε να θεμελιώσουμε τη δυνατότητα για υποβοηθούμενη αυτοκτονία όχι σε ένα δικαίωμα, που σχετίζεται με προσωπικά συμφέροντα, αλλά πάνω σε μία αρχή, όπως η αρχή της αξιοπρέπειας του Κάντ. Ο μόνος λόγος που πιθανώς θα δικαιολογούσε τον εκούσιο τερματισμό της ζωής είναι η αδυναμία διατήρησης της αξιοπρέπειας. Μόνο τότε μπορεί η αυτοκτονία να συνιστά έκφραση σεβασμού ενός προσώπου. Όταν δηλαδή για παράδειγμα «η ζωή σχετίζεται με τέτοιο αφόρητο πόνο, ούτως ώστε όλη η ζωή κάποιου να επικεντρώνεται στον πόνο». ¹⁴⁹

Αν και ο πόνος αποτελεί ένα ισχυρό θεωρητικό κριτήριο ηθικής αποδοχής, πιθανώς όμως η αφόρητη κατάσταση που προκαλεί ένας συνεχής, μη αντιμετωπίσιμος πόνος να δυσχεραίνει τη διατήρηση μίας συγκεκριμένης ταυτότητας και συνακόλουθα να θίγει την αξιοπρέπεια μας. Έτσι, στην ουσία, δεν θα ήταν για παράδειγμα ο πόνος που θα μας έκανε να δεχθούμε την υποβοήθηση στην αυτοκτονία, ούτε ένα επιχείρημα για την σημασία των προσωπικών πεποιθήσεων. Θα ήταν η μη υποφερτή κατάσταση που θα είχε προκαλέσει ο πόνος που θα μας έκανε να στραφούμε προς την αντιμετώπιση του πόνου με τον θάνατο. Την πτυχή αυτή μας παρουσιάζει και η Korsgaard: «Αν και ένας τέτοιος πόνος απειλεί την σωματική σου ακεραιότητα, ο πόνος καθ'αυτός απειλεί άλλα μέρη της ταυτότητας σου επίσης. Είναι δύσκολο να είσαι ο εαυτός σου, να σκέφτεσαι και να αντιδράς φυσιολογικά, όταν

¹⁴⁷ Velleman "A Right of Self-Termination?", 612.

¹⁴⁸ Αναφέρομαι στον διαχωρισμό στη νομική επιστήμη μεταξύ προσώπου (=άνθρωπος) και πράγματος (=αντικείμενα, ζώα κ.λ.π.)

¹⁴⁹ Velleman, "A Right of Self-Termination?", 618.

βρίσκεσαι σε πόνο. Και αυτός που πεθαίνει (ας πούμε) θέλει να παραμείνει να είναι ο εαυτός του όσο μπορεί».¹⁵⁰

Πιστεύω ότι μπορεί να υπάρξει πράγματι ένας πολύ καλός λόγος για να τερματίσει κάποιος την ζωή του, αλλά ο λόγος αυτός μπορεί να σχετίζεται μόνο με την ζωή και όχι τόσο με προσωπικά οφέλη. Δηλαδή μπορεί να σχετίζεται μόνο με λόγους αξιοπρέπειας έναντι της ανθρώπινης ζωής. Έτσι πιθανώς ορισμένοι άνθρωποι για λόγους αξιοπρέπειας θα προτιμούσαν να πεθάνουν παρά να αλλοιωθεί τελείως η προσωπικότητά τους μέσα από τη φθορά στο χρόνο που προκαλούν οι σοβαρές ασθένειες, η αναπηρία και ο πόνος. Είτε όμως κάποιος επιθυμεί να αντιμετωπίσει μία αφόρητη κατάσταση παραμένοντας στη ζωή, είτε επιλέξει να τερματίσει τη ζωή, οφείλουμε να αναγνωρίσουμε ότι κάθε μία από τις δύο αυτές επιλογές ενέχει αξιοπρέπεια από τη στιγμή που αποτελεί συνειδητή επιλογή ενός έλλογου όντος. Καθότι όπως μας υπενθυμίζει ο Hill «δε μπορούμε να αρνηθούμε την αξιοπρέπεια σε οποιοδήποτε ανθρώπινο ον που αποτελεί έλλογο δρώντα παρόμοιο με αυτόν που θεωρούμε ότι είμαστε».¹⁵¹

Όμως, παρά ταύτα, οφείλουμε να ξεκαθαρίσουμε ότι δεν θα μπορούσε να είναι κάθε μορφή αυτοκτονίας επιθυμητή. Για παράδειγμα η Korsgaard ορθώς απορρίπτει την αυτοκτονία «την οποία οι άνθρωποι διαπράττουν επειδή αισθάνονται ότι οι ίδιοι δεν έχουν αξία, και ως αποτέλεσμα, ότι η ζωή δεν έχει κανένα νόημα και δεν υπάρχει τίποτα που να αξίζει... Γιατί αυτού του είδους η αυτοκτονία δεν συνιστά άρνηση αυτής ή της άλλης αξίας, αλλά άρνηση της αξίας καθ'εαυτήν».¹⁵² Βέβαια είναι δύσκολο να πεις για κάποιον που αυτοκτόνησε ότι έπραξε λάθος, καθότι ο ίδιος έχει απορρίψει κάθε αξία και ως αποτέλεσμα δεν παραβιάζει καμία αξία. Όμως και πάλι οι υπόλοιποι από εμάς δεν μπορούμε να ακούσουμε για κάτι τέτοιο χωρίς όπως αναφέρει η Korsgaard να νιώσουμε προδομένοι: «Είναι, όπως λέει ο Williams, μία ήττα όλων μας».¹⁵³

Αυτό που υποστηρίζω εδώ είναι ότι δεν υπάρχει ένα θεμελιώδες δικαίωμα να επιλέξεις μεταξύ ζωής και θανάτου. Μπορεί να δικαιολογείται ηθικά ο θάνατος σε ορισμένες περιπτώσεις, αλλά η δικαιολόγηση αυτή δεν βασίζεται πάνω σε ένα δικαίωμα αυθαίρετου αυτό-καθορισμού. Για παρόμοιο λόγο και η φράση «αξιοπρεπής

¹⁵⁰ Korsgaard, *The Sources of Normativity*, 153.

¹⁵¹ Hill, *Autonomy and Self-Respect*, 172.

¹⁵² Korsgaard, *The Sources of Normativity*, 162, “which people commit because they feel that they themselves are worthless and, as a result, that life has no meaning and nothing is of value...For this kind of suicide is not the denial of this or that value, but the denial of value itself.”

¹⁵³ ό.π., 163, “It is as Williams says, a defeat for us all”.

θάνατος» που συχνά αναφέρεται είναι κάπως παραπλανητική, καθότι επίκεντρο δεν είναι ο θάνατος, αλλά η ζωή. Ίσως θα ήταν πιο δόκιμη η φράση «αναξιοπρεπής ζωή», διότι αυτό που προασπίζεται είναι η αναγνώριση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας υπό ορισμένες συνθήκες ως μία πράξη αναγνώρισης της αξίας της ζωής. Βέβαια δεν πρέπει να λησμονούμε ότι η αξιοπρέπεια έναντι της ζωής εκφράζεται με διαφορετικό τρόπο σε κάθε άτομο και ως εκ τούτου οφείλουμε να σεβόμαστε τις ιδιαίτερες πεποιθήσεις του κάθε ατόμου. Αλλά επίσης δεν πρέπει να λησμονούμε ότι προϋπόθεση για να σεβαστούμε κάποια προσωπική στάση ζωής δεν είναι το περιεχόμενο της, αλλά η αναγνώριση από τον ίδιο τον δρώντα της αξίας της. «Η Καντιανή αντίθεση στην αυτοκτονία σχετίζεται όχι με το ότι καταστρέφει κάτι που έχει αξία. Η αντίρρηση δεν είναι καν για την αυτοκτονία αυτή καθ'εαυτή, αλλά για την αυτοκτονία που γίνεται για κάποιο συγκεκριμένο λόγο...όπως η απόκτηση κάποιας ωφέλειας ή η αποφυγή ζημιάς».¹⁵⁴

Καταληκτικά, το μόνο πιθανώς σχετικό με το υπό μελέτη ζήτημα δικαίωμα που θα μπορούσε να υπάρξει είναι «*Το δικαίωμα στην Αναγνώριση της Αξιοπρέπειας*». Ένα τέτοιο δικαίωμα ίσως να συνέβαλλε στο ζήτημα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, καθότι μας δεσμεύει καταρχήν να αναγνωρίζουμε κάθε έκφανση της αξιοπρέπειας είτε συνάδει με τις δικές μας προσωπικές πεποιθήσεις είτε όχι. Διότι, οφείλουμε να αναγνωρίσουμε όπως αναφέρει ο Hill ότι «Η αξία της ζωής δεν καθορίζεται πλήρως από το περιεχόμενο της ζωής που κάποιος κάνει· μάλλον, αυτή η ζωή αποκτά αξία εν μέρει επειδή αποτελεί έκφραση των επιλογών που κάποιος κάνει ως δημιουργός της».¹⁵⁵

Επιπλέον, θα δινόταν η δυνατότητα στο κράτος με το πρόσχημα της αντιμετώπισης της ζωής με αξιοπρέπεια να ελέγχει κατά κάποιο τρόπο την εφαρμογή του δικαιώματος αυτού προστατεύοντας τα ίδια τα άτομα από μία παράλογη απόφαση. Για παράδειγμα αποτρέποντας έναν νεαρό από το να αυτοκτονήσει επειδή πάσχει από έναν ανεκπλήρωτο έρωτα.

Τέλος θα αποτελούσε ένα θετικό δικαίωμα με την έννοια της θεμελίωσης όχι μόνο της μη παρέμβασης, αλλά και της αποδοχής της συμμετοχής του ιατρού.

¹⁵⁴ Velleman, “A Right of Self-Termination?”, 615.

¹⁵⁵ Hill, *Autonomy and Self-Respect*, 99.

Αφού αναλύσαμε κάπως διεξοδικά το βασικό κριτήριο που παίζει καθοριστικό ρόλο στην αποδοχή της αυτοκτονίας (δηλαδή ότι είναι οι λόγοι αξιοπρέπειας που επιβάλλουν την αναγνώριση μίας καθ'εαυτήν αξιακής θεώρησης της ζωής), πρέπει να διευκρινίσουμε πώς θα μπορούσαμε να διακρίνουμε τις περιπτώσεις που ίσως να δικαιολογούν ιατρική υποβοήθηση.

Καταρχάς οποιαδήποτε θεμελιακή αντίληψη της αξίας της ζωής και να ενστερνιζόμαστε δεν πρέπει να μας καθοδηγεί στο απαράδεκτο συμπέρασμα ότι πρέπει να προασπίζεται η διατήρηση και παράταση της ζωής με κάθε κόστος. Επιπλέον, δεν πρέπει να υποστηρίζουμε μία ερμηνεία της αξίας της ζωής που να βασίζεται αμιγώς σε βιολογικά κριτήρια. Αντιθέτως όταν αναφερόμαστε σε ανθρώπινη ζωή προϋποθέτουμε ορισμένες ιδιότητες, όπως είναι η δυνατότητα αντίληψης, αίσθησης, αναστοχασμού, αυτόνομης λειτουργίας κ.ο.κ. Αυτές οι ιδιότητες συνδέονται με μία αξιακή θεώρηση της ζωής και όχι απλώς η βιολογική υπόσταση του ατόμου. Πρόκειται γι' αυτό που η Σούζυ Δρακοπούλου ονομάζει «βιογραφική σημασία» και παίζει καθοριστικό ρόλο στην αξιακή μας κρίση: «διότι 'οι χαρακτηριστικές του ανθρώπου' ιδιότητες είναι σημαντικές από ηθική σκοπιά, κατά τρόπο που δεν είναι τα βιολογικά χαρακτηριστικά στα οποία στηρίζεται η διάκριση του είδους μας από τα άλλα είδη».¹⁵⁶

Το ότι αναγνωρίζουμε όμως ότι μία αξιακή θεώρηση της ζωής παίζει πρωτεύοντα ρόλο στην ποιοτική εκτίμηση της, δεν σημαίνει απαραίτητως ότι οι λόγοι που σχετίζονται με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε περίπτωσης δεν παίζουν κανένα ρόλο. «Οποιαδήποτε πιθανή θεωρία της αυτονομίας που βασίζεται στην ακεραιότητα πρέπει να κάνει διαχωρισμό μεταξύ της γενικότερης οπτικής της αξίας της αυτονομίας και τις συνέπειες της σε μία συγκεκριμένη περίπτωση».¹⁵⁷

Για παράδειγμα, μπορεί η αξιοπρέπεια να αποτελεί το κύριο θεωρητικό κριτήριο για να αποφανθούμε αν ή όχι μία αυτοκτονία πιθανώς είναι αποδεκτή. Παρά ταύτα, στην πρακτική μας δράση οφείλουμε να λάβουμε υπόψη και ορισμένα επιπλέον στοιχεία που, λ.χ. στην προκειμένη περίπτωση θα επιτάσσουν την

¹⁵⁶ Δρακοπούλου, Σούζυ, «Το δόγμα της 'ιερότητας' της ανθρώπινης ζωής: Βρεφοκτονία και ευθανασία», 122.

¹⁵⁷ R. Dworkin, *Life's Dominion*, 228, "Any plausible integrity-based theory of autonomy must distinguish between the general point of value of autonomy and its consequences for a particular occasion."

αναγκαιότητα συμμετοχής του ιατρού, ως ενός σχετικού κοινωνικού λειτουργού. Έτσι, αν και από την αναγνώριση της αξιοπρέπειας δεν επάγεται λογικά η αναγκαιότητα ιατρικής υποβοήθησης, η περίπτωση ενός ασθενούς τερματικού σταδίου που συνάμα πληροί και άλλες προϋποθέσεις μπορεί λογικά να οδηγήσει στην αξίωση για τη συμμετοχή του ιατρού. Το κριτήριο της αξιοπρέπειας σε συνδυασμό με άλλα στοιχεία, όπως είναι ο μειωμένος χρόνος ζωής και ο αφόρητος πόνος, μπορούν να λειτουργήσουν ως καθοριστικοί παράγοντες κοινωνικής αποδοχής της συμμετοχής του ιατρού. (Αν θέσουμε ως μοναδικό κριτήριο την αξιοπρέπεια τότε γιατί να συμμετέχει ο ιατρός και όχι κάποιος συγγενής;)

Εξάλλου, οφείλουμε να αναγνωρίσουμε το γεγονός ότι ακόμα και αν θεωρούμε ότι η λειτουργία του ανθρώπου παίζει πρωτεύοντα ρόλο, αυτό σε καμία περίπτωση δεν σημαίνει ότι και η κατασκευή δεν ενέχει επίσης κάποια αξία. Το κριτήριο μας για το τι θεωρείται ανθρώπινη οντότητα πρέπει να αγκαλιάζει και την κατασκευή αλλά και την λειτουργία. Το να καθορίζεται η ανθρώπινη αξία μόνο στο επίπεδο της κατασκευής ή μόνο της λειτουργίας είναι κάτι που οδηγεί σε προβλήματα. Το να αρνηθούμε για παράδειγμα τη γενετική κατασκευή ως πτυχή της ανθρώπινης φύσης είναι σαν να περιορίζουμε την ανθρώπινη φύση στην κοινωνική της λειτουργία. Όπως αναφέρει ο Nietzsche, κάποιος παραμένει άνθρωπος, ακόμα και όταν οι λειτουργίες του σταματήσουν. Από την άλλη, το να αρνηθούμε την κοινωνική λειτουργία ως πτυχή της ανθρώπινης αξίας θα ήταν σαν να κάνουμε μία αφαίρεση και να μελετάμε για παράδειγμα τα μωρά που βρίσκονται σε δοκιμαστική σωλήνα σαν να ήταν έλλογα κοινωνικά όντα.

Στην ποιοτική μας αποτίμηση οφείλουμε να λάβουμε υπόψη όλα τα στοιχεία, θέτοντας όμως ως απαραίτητη προϋπόθεση την αξιακή εκτίμηση της ζωής. Η προϋπόθεση αυτή μας προστατεύει από το να υιοθετήσουμε λανθασμένες υποθέσεις σχετικά με την ποιοτική αποτίμηση κάποιας ζωής. Για παράδειγμα, όπως αναφέρει η Dr. Chistine Cassel συχνά οι άνθρωποι υποθέτουν λανθασμένα ότι «όταν είσαι 80 χρονών και πάσχεις από χρόνια μορφής ασθένειες, η ποιότητα ζωής σου έχει μειωθεί αρκετά».¹⁵⁸

¹⁵⁸ Gilbert, Susan, “Elderly Seek Longer Life, Regardless” (*New York Times*) αποτελεί δημοσιογραφική κάλυψη μίας έρευνας, που έγινε από τον Dr. Joel Tsevat, κατά την οποία αρκετοί χιλιάδες άνθρωποι μεταξύ 80-90 που νοσηλεύονταν σε νοσοκομεία με καρκίνο ή ασθένειες που σχετίζονται με την καρδιά, ερωτήθηκαν αν θα προτιμούσαν να ζήσουν ένα χρόνο υπό την τωρινή τους κατάσταση ή για μικρότερο χρονικό διάστημα όντας απολύτως υγιείς., “*once you’re 80 years old and have a number of chronic illnesses, your quality of life is impaired.*”

Ακόμα όμως και αν δεν δεχόμαστε την παραπάνω θεώρηση, ακόμα και αν υποστηρίζουμε ότι η θέση αυτή βασίζεται πάνω σε μία μεταφυσική δογματική θεμελίωση και πάλι οφείλουμε να αναγνωρίσουμε κοινωνικούς λόγους αναγκαιότητας που επιτάσσουν την αναγνώριση μίας καθολικά αποδεκτής αξιακής κρίσης της ζωής. Αυτή την αντίληψη προασπίζει και ο Weithman υποστηρίζοντας ότι «Οι κυβερνήσεις πρέπει να μην αποθαρρύνουν τους ιατρούς από το να βοηθούν τους ασθενείς τους να τερματίσουν τη ζωή τους για τον απλό λόγο ότι είναι από ηθική σκοπιά λάθος ή ότι θα τους μετατρέψει σε χειρότερους ανθρώπους. Μπορούν όμως να τους αποθαρρύνουν αν επιτρέποντας την υποβοηθούμενη αυτοκτονία θα ζημιωνόταν το δημόσιο συμφέρον ευλόγως αντιλαμβανόμενο».¹⁵⁹

Γι' αυτές τις κοινωνικές επιπτώσεις της εγκατάλειψης της ιερότητας της ζωής κάνει λόγο και ο Jonathan Glover υποστηρίζοντας ότι ορισμένες φορές το δόγμα της ιερότητας της ζωής υποστηρίζεται με πλάγιο τρόπο μέσα από τις κοινωνικές επιπτώσεις που μπορεί να επιφέρει. «Οι κοινωνικές επιπτώσεις μία ευρείας εγκατάλειψης της άποψης ότι η αφαίρεση της ανθρώπινης ζωής είναι εγγενώς λάθος λέγεται ότι είναι τόσο αποκρουστικές, ούτως ώστε όποια και αν είναι τα μειονεκτήματα, το δόγμα να μην πρέπει να τίθεται σε κριτική.»¹⁶⁰

Μία από τις βασικότερες αυτές κοινωνικές επιπτώσεις που μπορεί να επιφέρει η μη κανονιστική θεώρηση της αξίας της ζωής είναι η διαφορετική αντιμετώπιση κάθε κοινωνικής ομάδας, αναλόγως με την αξία που της προσδίδεται με βάση μία αυθαίρετη αξιακή κρίση, με εύλογα αρνητικά συμπεράσματα για ορισμένες τουλάχιστον κοινωνικές ομάδες (π.χ. ηλικιωμένους, άτομα με ειδικές ανάγκες).

Οφείλουμε να δεχθούμε ότι, ακόμα και αν αποδεχόμαστε την υποβοηθούμενη αυτοκτονία ως μία πιθανή εναλλακτική λύση, πρέπει να λάβουμε σοβαρά υπόψη τις κοινωνικές επιπτώσεις της αναγνώρισης της αυτοκτονίας. Οι κοινωνικές αυτές επιπτώσεις μας επιτάσσουν πρωτίστως να μην ακολουθούμε βιαστικά βήματα ή έστω πιο βιαστικά από αυτά που μπορεί να αφομοιώσει η κοινωνία. Επίσης μας αναγκάζουν να λάβουμε σοβαρά υπόψη ακόμα και μία πιθανώς θεωρούμενη ως δογματική θεώρηση (την ιερότητα της ζωής), καθότι όπως μας υπενθυμίζει ο Velleman, *“ιστορικά μιλώντας ο ηθικός λόγος ενέχει θρησκευτικές πηγές. Το ερώτημα*

¹⁵⁹ Weithman, “Of Assisted Suicide and “The Philosophers’ Brief””, 574.

¹⁶⁰ Glover, Jonathan, “The Sanctity of Life”, 201.

της εκκοσμικευμένης ηθικής είναι αν μπορούμε λογικά να δεχθούμε τις αξίες που κληροδοτούνται σ' εμάς από την θρησκεία ενώ ταυτόχρονα είμαστε σκεπτικιστές όσον αφορά τη θεολογική τους βάση¹⁶¹. Έτσι, στο ζήτημα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας πρέπει, ακολουθώντας προσεκτικά βήματα, να κατανοούμε υπό ποιο πρίσμα η αυτοκτονία αποτελεί όχι τόσο παραβίαση ενός σαφώς προσδιορισμένου καθήκοντος, αλλά κυρίως ενός ιδανικού.

¹⁶¹ Velleman, "A Right of Self-Termination?", 615.

Συμπερασματικά

Πρωτεύον μέλημα της παραπάνω μελέτης ήταν, όπως γίνεται εμφανές ήδη από τις πρώτες σελίδες της, να τεθεί το ζήτημα της ιατρικής συνδρομής στην αυτοκτονία υπό την πραγματική του διάσταση· καθότι, διαπιστώνεται ότι η πλειονότητα των παρερμηνειών οφείλεται στην υιοθέτηση λανθασμένων προκείμενων, που ακολούθως οδηγούν σε εξίσου λανθασμένα συμπεράσματα. Έτσι, πριν προβούμε σε οποιαδήποτε κρίση ή ηθική αποτίμηση, οφείλουμε να απαντήσουμε σε τρία καίρια διευκρινιστικά ερωτήματα.

Το πρώτο ερώτημα σχετίζεται με το «*τι ακριβώς εννοούμε με τον όρο ιατρική συνδρομή στην αυτοκτονία;*». Πρέπει, δηλαδή, σε κάθε περίπτωση να θυμόμαστε ότι αναφερόμαστε σε άτομα που πάσχουν από ανίατη ασθένεια τερματικού σταδίου, υποφέρουν από δυσβάστακτους πόνους, έχουν περιέλθει σε μεγάλη εξάρτηση από τρίτους ακόμα και στις βασικότερες λειτουργίες τους και είναι αυτοί οι ίδιοι που ζητούν βοήθεια για να τερματίσουν την ζωή τους. Όπως, και ότι με τη συνδρομή του ιατρού εννοούμε απλώς και μόνο συμβουλευτική παρέμβαση ή χορήγηση συνταγής και όχι ενεργό συμμετοχή με την χορήγηση θανατηφόρας δόσης.

Η ιατρική συνδρομή στην αυτοκτονία σαφώς διαφέρει αρκετά από τις υπόλοιπες περιπτώσεις τερματισμού της ζωής, όπως είναι η ευθανασία ή η διακοπή της μηχανικής υποστήριξης. Ο λόγος που γίνεται η διάκριση αυτή είναι διότι και οι αντιρρήσεις και γενικότερα η επιχειρηματολογία διαφέρουν από την μία περίπτωση στην άλλη. Η βασικότερη διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι στην περίπτωση της αυτοκτονίας με ιατρική συνδρομή ο ασθενής έχει συνείδηση όπως και δυνατότητα να τερματίσει ο ίδιος τη ζωή του.

Το δεύτερο καίριο ερώτημα το οποίο οφείλουμε να θέσουμε είναι «*ποιο είναι το στοιχείο αυτό που πιθανώς θα μας δέσμευε να αποδεχθούμε την επιλογή ενός ατόμου να αυτοκτονήσει με τη συνδρομή του ιατρού;*» Έχει πράγματι κάποιος συνταγματικά αναγνωρισμένο δικαίωμα να επιλέξει μεταξύ ζωής και θανάτου, και αν ναι, δεσμεύει το δικαίωμα αυτό ένα τρίτο πρόσωπο (π.χ. τον ιατρό ως κοινωνικό λειτουργό) να μετέχει; Ή μήπως υπάρχει κάποιο άλλο κριτήριο που θεμελιώνει την ιατρική συνδρομή στην αυτοκτονία ως μία αποδεκτή επιλογή;

Αν και πολλοί ανά περίπτωση παράγοντες παίζουν ρόλο στην εκτίμηση μας, παρά ταύτα οφείλουμε να έχουμε ένα και μόνο βασικό θεωρητικό κριτήριο. Το

κριτήριο με βάση το οποίο πρέπει να επιλέξουμε αν η αυτοκτονία είναι αποδεκτή ή όχι είναι η «αξιοπρέπεια». Μόνο για λόγους αξιοπρέπειας θα μπορούσαμε πιθανώς να δεχθούμε την επιθυμία κάποιου για συμμετοχή, υπό προϋποθέσεις, στην αυτοκτονία του. Μόνο η αναγνώριση της αξιοπρέπειας μας υποχρεώνει όχι μόνο να αποδεχθούμε την επιλογή του ως μία αμιγώς προσωπική επιλογή, που σαφώς είναι, αλλά και να την αναγνωρίσουμε ως μία επιλογή που δεσμεύει και εμάς τους ίδιους και μέσα από αυτή την δέσμευση που δημιουργείται να μετατραπεί μία προσωπική σε απρόσωπη κρίση επιβάλλοντας μας ταυτόχρονα το καθήκον να κρίνουμε πότε η επιθυμία για αυτοκτονία αποτελεί πράγματι ζήτημα αξιοπρέπειας. Μπορούμε να κρίνουμε κάποιον σε τέτοια ζητήματα καθότι, για να το επαναλάβουμε: «Αν και το καλό κάποιου αποτελεί αρχικώς μία αξία που προκύπτει μόνο σ' αυτόν τον ίδιο, η αξία του ως ατόμου ενυπάρχει σ' αυτόν ανάμεσα σε άλλους ανθρώπους. Την αξία αυτή την κατέχει λόγω του ότι είναι ένας από εμάς, και η αξία του να είναι ένας από εμάς δεν είναι μόνο δική του για να την αποτιμά και να την υπερασπίζεται. Η αξία του ως ατόμου αποτελεί κάτι ανώτερο από ένα οποιοδήποτε άτομο που την ενσαρκώνει».¹⁶²

Έτσι, αν η επιθυμία να τερματίσει κάποιος τη ζωή του αποτελεί απλώς και μόνο έκφραση μίας για παράδειγμα εργαλειακής χρήσης της ζωής (όπως ν' αποφύγει μία ανεπιθύμητη κατάσταση) τότε θα οφείλαμε, μη επικροτώντας την απαξία της ίδιας της ζωής, τουλάχιστον να μη μετάσχουμε σε μία τέτοια διαδικασία, που θα αντιμετώπιζε την ζωή όχι ως αυτοσκοπό, αλλά παρά μόνο ως μέσο. Καθότι, όπως υποστηρίζει ο Velleman «δεν μπορεί κάποιος να ισχυριστεί ότι από σεβασμό για την αυτονομία του πρέπει να δεχόμαστε την κρίση του ότι δεν κατέχει τίποτα που να αξίζει τον σεβασμό μας».¹⁶³

Τέλος πρέπει ν' αντιληφθούμε ότι η ιατρική συνδρομή στην αυτοκτονία αποτελεί ένα τόσο λεπτεπίλεπτο ζήτημα, διότι στην ουσία δεν σχετίζεται, όπως ορθώς αναφέρει ο Hill, με ανθρώπινα δικαιώματα ή υποχρεώσεις, αλλά κυρίως με «συμπεριφορές που δεν ανταποκρίνονται σε ένα ιδανικό»,¹⁶⁴ δεν αφορά δηλαδή πρόκληση ζημιάς σε κάποιο τρίτο πρόσωπο.

Έτσι το τρίτο στην σειρά κείμενο ερώτημα που πρέπει να θέσουμε στον εαυτό μας είναι *“ποια στάση απέναντι στη ζωή και στο θάνατο, από μία ηθική σκοπιά, θέλουμε να ενθαρρύνουμε και να βλέπουμε ότι υπάρχει σ' αυτούς που αρχίζουν να*

¹⁶² Velleman, “A Right of Self-Termination?”, 612.

¹⁶³ ό.π., 612 “He cannot claim that out of respect for his autonomy we should defer to his judgment that he possesses nothing worthy of our respect”.

¹⁶⁴ Hill, *Autonomy and Self-Respect*, 91 “attitudes failing short of an ideal”.

σκέφτονται την αυτοκτονία;”¹⁶⁵ Το ερώτημα αυτό μετατρέπει στην ουσία ένα ζήτημα προσωπικό σε συλλογικό τόσο από την πλευρά του ασθενούς, που επιθυμεί να αναγνωρίσουμε την επιθυμία του να πεθάνει ως αποδεκτή επιλογή όσο και από την πλευρά της ανθρωπότητας, που οφείλει να αναθεωρήσει πιθανώς τα ιδανικά της. Εξάλλου όπως αναφέρει και ο Καμύ: “Το μόνο σοβαρό πρόβλημα που υπάρχει είναι εκείνο της αυτοκτονίας. Δίνεις την απάντηση στο θεμελιώδες ερώτημα της φιλοσοφίας όταν παίρνεις την απόφαση ότι η ζωή έχει ή δεν έχει αξία να την ζήσεις.”¹⁶⁶

Συνήθως υποστηρίζεται ότι με τη νομιμοποίηση της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αυτοκτονίας η οπτική μας για τον θάνατο θα αλλάξει δραστικά. Ότι οι πεποιθήσεις μας για το «τι θεωρείται πρόπον, ηθικό, η ακόμα συνετό, θα αλλάξει αν η υποβοηθούμενη αυτοκτονία νομιμοποιηθεί».¹⁶⁷ Δεν είναι όμως απαραίτητο να συμβεί μία τέτοιου είδους δραστική αλλαγή. Με το να επιτραπεί σε ορισμένες ακραίες περιπτώσεις η ιατρική υποβοήθηση στην αυτοκτονία υπό το πρίσμα της αξιοπρέπειας δεν βλέπω γιατί θα έπρεπε να συμβεί κάτι τέτοιο. Η συγκεκριμένη περίπτωση δεν είναι απαραίτητο να υπάγεται στην γενικότερη ερμηνεία της αυτοκτονίας, που μας δίνει ο Καμύ. *Εξάλλου ένας ηθικά ιδανικός άνθρωπος θα εκτιμούσε τη ζωή καθαυτή, ως λογικός, αυτόνομος δρών, αποδεχόμενος ότι υπό ορισμένες συνθήκες πιθανώς ο τερματισμός της να μη αποτελεί μία ηθικά μη αποδεκτή επιλογή.*

Πράγματι η αυτοκτονία που απορρίπτει κάθε αξία επιφέρει τέτοιους κινδύνους. Θα μπορούσαμε όμως να υποστηρίξουμε ότι η αυτοκτονία για τη διατήρηση μίας συγκεκριμένης ταυτότητας, για την προάσπιση της αξιοπρέπειας υπάγεται στην ίδια κατηγορία; Μάλλον όχι. Σίγουρα με το να νομιμοποιήσουμε την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, θα προκύψουν αναπόφευκτα μία σειρά από νέες σχέσεις, σχέσεις που απαιτούν και την ανάλογη ρύθμιση. Όμως η «απορία» του θανάτου θα παραμείνει, και ακόμα και σε αυτή την ακραία περίπτωση δεν οφείλουμε απαραίτητως να απαρνηθούμε την ανθρώπινη ζωή ως αξία αλλά παρά μόνο ως υλική υπόσταση.

Για τον λόγο αυτό δεν πρέπει να λησμονούμε (κάτι για το οποίο συνήθως δεν γίνεται λόγος στη σχετική βιβλιογραφία) ότι κάποιος που επιθυμεί να τερματίσει την

¹⁶⁵ Hill, *Autonomy and Self-Respect*, 85.

¹⁶⁶ Καμύ, Αλμπέρ, «Ο μύθος του Σίσυφου», 9.

¹⁶⁷ Mwaria, Cheryl, “Physician Assisted Suicide: An Anthropological Perspective,” *Fordham Urban Law Journal* (υπό έκδοση).

ζωή του φανερά με την συνδρομή του ιατρού επιθυμεί ουσιαστικά την *αναγνώριση* της πράξης του αυτής ως πράξης που εκφράζει αξιοπρέπεια.

Βιβλιογραφία

- Ackerman, Felicia, “Assisted Suicide, Terminal Illness, Severe Disability, and the Double Standard”, στο Margaret P. Battin, Rosamond Rhodes, και Anita Silvers (επιμ.), *Physician Assisted Suicide: Expanding the Debate*. New York και London: Routledge, 1998, 149-162.
- Arras D. John, “Physician-Assisted Suicide: A Tragic View”, στο T. Beauchamp, I. Walters, Woolsworth (επιμ.), *End of life Decision Making, Contemporary Issues in Bioethics*. California Publishing Company, 1989. 225-235.
- Battin, P. Margaret, “Physician Assisted Suicide”, στο Margaret P. Battin, Rosamond Rhodes, and Anita Silvers (επιμ.), *Physician Assisted Suicide: Expanding the Debate*. New York and London: Routledge, 1998, 63-72.
- Baron, Charles κ.α., “A Model State Act to Authorize and Regulate Physician-Assisted suicide”, *Harvard Journal on Legislation*, 33/1 (1996), 1-34.
- Baumrin, Bernard, “Physician, Stay Thy Hand!”, στο Margaret P. Battin, Rosamond Rhodes, και Anita Silvers (επιμ.), *Physician Assisted Suicide: Expanding the Debate*. New York and London: Routledge, 1998, 177-181.
- Bernard Gert, Charles M. Culver, και K. Danner Clouser, “An Alternative to Physician-Assisted Suicide”, *End of life Decision Making: Contemporary Issues in Bioethics*, T. Beauchamp, I. Walters, California: Woolsworth publishing Company, 1989, 244-75.
- Brock, W. Dan, “A Critique of Three Objections to Physician-Assisted Suicide”, *Ethics* 109/3 (Απρίλιος 1999), 519-547.
- Βιρβιδάκης, Στέλιος, «Εισαγωγή στην ηθική φιλοσοφία», *Σημειώσεις Πανεπιστημιακών Παραδόσεων*, Αθήνα, 2000.
- Canguilhem, George, *The Normal and the Pathological*, New York: Zone Books, 1989 [1966].
- Γαλανάκης, Ε., «Εισαγωγή στην βιο-ιατρική ηθική», *Σημειώσεις για το μάθημα Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Βιοηθική»*, Πανεπιστήμιο Κρήτης, 2003-2004.
- Dworkin, Gerald, R. G. Frey, και Sissela Bok, *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
- Dworkin, Gerard, *The Theory and Practice of Autonomy*, Cambridge: Cambridge University Press, 1988.

- ----- “Sex, Suicide, and Doctors”, *Ethics*, 109/3 (Απρίλιος 1999), 579-585.
- Dworkin, Ronald, *Life’s Dominion*, First Vintage Books Edition, 1994.
- Dworkin, Ronald κ.α., “Assisted Suicide: the Philosophers Brief”, *The New York Review of Books*, 44/5, (Μάρτιος 2, 1997).
- ----- «Παρέμβαση στο Supreme Court ως Amici Curiae», *The New York Review of Books*, 44/5, (Μάρτιος 2, 1997). Μετάφραση στα Ελληνικά: Νίκος Ε. Παπασπύρου.
- Δρακοπούλου, Σούζυ, «Το δόγμα της ‘ιερότητας’ της ανθρώπινης ζωής: Βρεφοκτονία και ευθανασία», *Σύγχρονα Θέματα*, 117-122.
- Ezekiel, J. Emanuel και Linda L. Emanuel, “The Economics of Dying: The Illusion of Cost Saving at the End of Life”, *New England Journal of Medicine* 330/8 (February 24, 1994), 540-544.
- Ezekiel, J. Emanuel, “Cost Saving at the End of Life: What do the Data Show?” *Journal of the American Association*. 275/24 (Ιούνιος 26, 1996), 35-52.
- ----- “What is the Benefit of Legalizing Euthanasia or Physician-Assisted suicide?”, *Ethics*, 109/3 (Απρίλιος 1999), 629-642.
- Gilbert, Susan, “Elderly Seek Longer Life, Regardless”, *New York Times*, 10Φεβρουαρίου, 1998, 37.
- Glover, Jonathan, “The Sanctity of Life”, *Bioethics An Anthology*, Edited by Helga Kushe και Peter Singer, (επιμ.) Oxford: Blackwell, 1999,193-203.
- Hill, E. Thomas Jr, *Autonomy and Self-Respect*, Cambridge: Cambridge University Press, 1991.
- Hutcheson, Francis, *Illustrations on the Moral Sense*, 133-134 ???
- Kagan, Shelly, *The Limits of Morality*, Oxford: Clarendon Press, 1989.
- Kass, Leon, “Is There a Right to Die?”, *End of life Decision Making: Contemporary Issues in Bioethics*, T. Beaychamp, I.Walters, Woolsworth publishing Company, California, 1989, 191-200.
- ----- “Neither for Love nor for Money: Why Doctors Must Not Kill” *The Public Interest*, 94 (Winter 1989), 135-178.
- ----- “Why Doctors Must Not Kill,” *Commonweal* 118 (1991): 472-76.

- Kamm, F. M., “A right to Choose Death”, *End of life Decision Making, Contemporary Issues in Bioethics*, T. Beaychamp, I. Walters, Woolsworth publishing Company, California, 1989, 186-191.
- ----- “Physician-Assisted Suicide, Euthanasia, and Intending Death”, στο Margaret P.Battin, Rosamond Rhodes, και Anita Silvers (επιμ.), *Physician Assisted Suicide: Expanding the Debate*. New York και London: Routledge, 1998, 28-62.
- ----- “Physician-Assisted Suicide, the Doctrine of Double Effect, and the Ground of Value”, *Ethics*, 109/3 (Απρίλιος 1999), 586-605.
- Korsgaard, M. Christine, *The Sources of Normativity*, Cambridge:Cambridge University Press, 1996.
- Καμύ, Αλμπέρ, “Ο μύθος του Σίσυφου” (1942) μετάφραση: Ελένη Καλκάνη, εκδοτικός οίκος Ν. Δαμιάνου. Αθήνα, κ.κ.
- Mann, S. Patricia “Meanings of Death”, στο Margaret P.Battin, Rosamond Rhodes, and Anita Silvers (επιμ.), *Physician Assisted Suicide: Expanding the Debate*. New York and London: Routledge, 1998, 11-27.
- Marquis, Don “The Weakness of the Case for Legalizing Physician-Assisted Suicide”, στο Margaret P.Battin, Rosamond Rhodes, and Anita Silvers (επιμ.), *Physician Assisted Suicide: Expanding the Debate*. New York and London: Routledge, 1998, 267-278.
- Matthews, Merrill, JR, “Would Physician-Assisted Suicide Save the Healthcare System Money? (Or is Jack Kevorkian Doing All of Us a Favor)”, στο Margaret P.Battin, Rosamond Rhodes, and Anita Silvers (επιμ.), *Physician Assisted Suicide: Expanding the Debate*. New York and London: Routledge, 1998, 312-322.
- McCarthy, David, “Harming and Allowing Harm”, *Ethics*, 110/2 (Ιουλ., 2000). 749-779.
- McIntyre, Alison, “Doing Away with Double Effect”, *Ethics*, 111/2 (Ιαν., 2001), 219-255.
- McMahan, Jeff, “Killing, Letting Die, and Withdrawing Aid”, *Ethics*, 103/2 (Ιαν., 1993). 250-279.
- Mwaria, Cheryl, “Physician Assisted Suicide: An Anthropological Perspective,” *Fordham Urban Law Journal* (υπό έκδοση)
- Nagel, Thomas, “Universality and the reflective self”, στο Chrisitine M. Korsgaard (επιμ.), *The Sources of Normativity*, Cambridge: Cambridge University Press, 1996. 200-209.

- ----- *Η Θέα από το Πουθενά*, Εκδόσεις Κριτική, μτφ. Χρήστος Σταματέλος, (επιμ.) Στέλιος Βιρβιδάκης, Δεκέμβριος 2000. (*The View from nowhere*, Oxford University Press, 1986).
- O'Neill, Onora, *Construction of Reasons*, Cambridge: Cambridge University Press, 1989.
- ----- *Bounds of Justice*, Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
- ----- *Autonomy and Trust in Bioethics*, Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
- Quill, E. Timothy "A comparison of Voluntary Stopping Eating and Drinking, Terminal Sedation, Physician-Assisted Suicide, and Voluntary Active Euthanasia" *End of life Decision Making, Contemporary Issues in Bioethics*, T.Beauchamp, I.Walters, Woolsworth publishing Company, California, 1989. 252-259.
- Quinn, Warren, "Actions, Intentions and Consequences: The Doctrine of Double Effect," στο *Morality and Action*, Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
- Rhodes, Rosamond, "Physicians, Assisted Suicide, and the Right to Live or Die", στο Margaret P.Battin, Rosamond Rhodes, και Anita Silvers (επιμ.), *Physician Assisted Suicide: Expanding the Debate*. New York and London: Routledge, 1998, 165-176.
- Stell, K. Lances, "Physician-Assisted Suicide, *To Decriminalize or to Legalize, That Is the Question*", στο Margaret P.Battin, Rosamond Rhodes, and Anita Silvers (επιμ.), *Physician Assisted Suicide: Expanding the Debate*. New York and London: Routledge, 1998, 225-251.
- Thomson, Judith Jarvis, "Physician-Assisted Suicide: Two Moral Arguments", *Ethics*, 109/3 (Απρίλιος 1999), 497-518.
- Τσαϊτουρίδης, Χρήστος, «Η ευθανασία ως συνταγματικό δικαίωμα του ασθενούς.» *Το Σύνταγμα, Διμηνιαία Επιθεώρηση Συνταγματικής Θεωρίας και Πράξης*, τεύχος 3, 2002. 34-46.
- Velleman, J. David, "A Right of Self-Termination", *Ethics*, 109/3 (Απρίλιος 1999), 606-628.
- Weithman, Paul J., "Of Assisted Suicide and 'The Philosophers' Brief", *Ethics*, 109/3 (Απρίλιος 1999), 548-578.

