

Παθητική Ευθανασία και Βιοηθική: η ηθική σκοποθεσία στις περιπτώσεις απόσυρσης θεραπείας

Δημήτρης Μ. Δακρότσας

Είναι αλήθεια ότι η νέα πραγματικότητα που ορίζεται από το μέσον του 20ού αιώνα, δημιούργησε ένα πλαίσιο προτύπων το οποίο βασίζεται περισσότερο στην εμπιστοσύνη απέναντι στα επιστημονικά επιτεύγματα, παρά στον φόβο του θανάτου. Το αίτημα της ευζωίας, βρίσκεται αντιμέτωπο με την παραδοσιακή διάθεση για μακροζωία, ενώ η αξιοπρέπεια, καταλαμβάνει πρωταρχική θέση ανάμεσα στις ανθρώπινες αξίες. Έτσι σήμερα, όπου η επιστήμη αντικειμενοποιεί τον εξωτερικό κόσμο και εξετάζει την φύση σαν οντότητα που υπόκειται στους μηχανικούς νόμους, σοβαρές ασθένειες και άλλες αναπόφευκτες συνέπειες του υπερπληθυσμού και της χρήσης της τεχνολογίας, αντιμετωπίζονται όχι μόνο ως μεγέθη φροντίδας ζωής, αλλά και ως αίτια διαχείρισης θανάτου¹. Ωστόσο, τίθενται τα ερωτήματα: τι είναι η ευθανασία και πότε πρέπει να χρησιμοποιούμε αυτόν τον όρο; Θα μπορούσε η ευθανασία, να αποτελέσει μία ενιαία και αδιαίρετη πρακτική για όλα τα μέλη μιας κοινωνίας; Και τέλος, σε ποιες μορφές διακρίνεται;

Για το πρώτο ερώτημα, θα μπορούσε κανείς να ορίσει ως ευθανασία τον σκόπιμο τερματισμό της ζωής ενός –τις περισσότερες φορές– πνευματικά ισορροπημένου [...] και επωδύνως θνήσκοντος ανθρώπου, έπειτα από δική του παρότρυνση, με πρόθεση να επισπευσθεί ο βέβαιος και μαρτυρικός του θάνατος [...]². Ο δεύτερος προβληματισμός, αναζητά τους τρόπους με τους οποίους οι άνθρωποι, ανάλογα με τα βιώματά τους, επιλέγουν, κατηγοριοποιούν και ερμηνεύουν τις εμπειρίες, σύμφωνα με τις προσδοκίες τους. Πράγματι, ο χαρακτήρας ενός ανθρώπου, σε συνδυασμό με τις συνθήκες που μπορεί να βρε-

θεί εντελώς απρόσμενα, δημιουργούν διαφοροποιήσεις γύρω από την συζήτηση για την πράξη της ευθανασίας. Στο σημείο αυτό, προκύπτει η ανάγκη για διάκριση των μορφών της ευθανασίας: εάν επιδιωχθεί ο θάνατος με την χορήγηση ουσιών, τότε κάνουμε λόγο για *ενεργητική ευθανασία*: εάν, όμως, ο τερματισμός της ζωής επισπευσθεί, όπως για παράδειγμα, με τον αποχωρισμό του ασθενή από τις συσκευές υποστήριξης, τότε αναφερόμαστε στην *παθητική ευθανασία*. Ένα ερώτημα που θα μπορούσε να προκύψει σε σχέση με την παραπάνω διάκριση είναι εάν, στην παθητική ευθανασία, ο θάνατος προκαλείται ή απλώς δεν αποτρέπεται. Με άλλα λόγια, εάν στην περίπτωση αυτή, η απώλεια ζωής νοείται ως αποτέλεσμα ενέργειας ή παράλειψης κάποιας πράξης.

Με τον όρο παθητική ευθανασία, στην σύγχρονη ιατρική, νομική και φιλοσοφική ορολογία, περιγράφεται κάθε σκόπιμη πράξη που αποσκοπεί στην αναστολή των θεραπευτικών ή υποστηρικτικών μέσων που θα παρέτειναν την ζωή ενός ασθενή. Στην παθητική ευθανασία, ο θάνατος δεν επιβραδύνεται με την χρήση ιατρικών μέσων, ούτε όμως και επισπεύδεται, όπως συμβαίνει με την ενεργητική· επομένως, κριτήριο για την διάκριση μεταξύ των δύο μορφών, είναι το *εξωτερικό* ή *αναγκαστικό αίτιο* πρόκλησης του θανάτου, κάθε φορά³. Στη σύγχρονη ιατρική, η παθητική ευθανασία έχει επιβληθεί ως ηθικά εφαρμόσιμη σε περιπτώσεις όπου η συνέχιση της θεραπείας ή της υποστήριξης ενός ασθενούς σε τελικά στάδια χαρακτηρίζεται ως μη αποτελεσματική. Εντούτοις, παρόλο που η ενεργητική και παθητική ευθανασία διαφέρουν σε βαθμό ουσίας αλλά και πρακτικής, πολλοί πιστεύουν ότι στην πραγματικότητα πρόκειται για τις δύο όψεις του ίδιου νομίσματος. Τα επιχειρήματα που προβάλλονται από τους οπαδούς της κατάργησης της διάκρισης των μορφών ευθανασίας στηρίζονται τόσο στην *πρόθεση του διενεργούντος*, η οποία και στις δύο περιπτώσεις είναι ο θάνατος του ασθενή, όσο και στον *ασαφή χαρακτήρα της διάκρισης της πράξης από παράλειψη*. Για το πρώτο, υποστηρίζεται πως δεν είναι δυνατό εκείνος που ακολουθεί τη διαδικασία της παθητικής ευθανασίας να έχει αγαθές προθέσεις, ενώ αντίθετα, εκεί-

νος που προτείνει μία πιο άμεση λύση απαλλαγής του πόνου του ασθενή, να πρέπει να αντιμετωπιστεί με άρνηση και επιφυλακτικότητα. Επομένως, για τους εκφραστές της κατάργησης της διάκρισης, εκείνο που έχει σημασία δεν είναι το είδος της ευθανασίας, αλλά οι συνέπειες και τα κίνητρα των εμπλεκόμενων. Όσο για το δεύτερο, εκείνο που προβάλλεται είναι ότι τόσο στην ενεργητική όσο και στην παθητική ευθανασία δεν υπάρχει καμία διαφορά στο αποτέλεσμα. Στο σημείο αυτό, γεννάται το ηθικό ερώτημα γύρω από το αν ή όχι τελικά, η αναστολή των θεραπευτικών μεθόδων σ' έναν ανίατο πάσχοντα είναι σημαντικά διαφορετική από την χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών.

Πράγματι η παράλειψη που οδηγεί στο θάνατο, μπορεί από ηθική άποψη να θεωρηθεί πράξη θανάτωσης, παρόλο που, η μη χορήγηση θεραπείας σε εξαιρετικές περιπτώσεις ασθενών είναι κάτι το επιτρεπτό. Επομένως, αν και η παθητική ευθανασία αποτελεί καθαυτή ηθικά επιλήψιμη πράξη, εντούτοις στις περιπτώσεις εκείνες όπου το σκοπούμενο δεν είναι ο θάνατος αλλά η αναστολή μίας αναποτελεσματικής και ταυτόχρονα επίπονης θεραπείας, καθίσταται επιτρεπτή⁴. Η παραπάνω εξήγηση φαίνεται ότι δεν συνάδει με μεγάλο μέρος της κλινικής εμπειρίας· σε πολλές περιπτώσεις αναστολής θεραπείας, εκείνο που θεωρείται επαχθές βάρος είναι η συνέχιση της ζωής του ασθενή στην υφιστάμενη κατάσταση και όχι η ίδια η θεραπεία⁵. Αναμφίβολα, στο σύνολο των καταγεγραμμένων περιπτώσεων αναστολής θεραπειών, πολλές από αυτές φαίνεται πως στόχευαν στον τερματισμό της ζωής των ασθενών. Τέτοιου είδους αποφάσεις εκλαμβάνονται όχι ως αποφάνσεις θανάτωσης, αλλά σαν κρίσεις απέναντι στο ενδεχόμενο να αφεθούν οι ασθενείς να πεθάνουν. Ωστόσο, για έναν ανίατο ασθενή, που η επικείμενη νόσος είναι η αιτία θανάτου του, η αναστολή της αγωγής τον κάνει να πεθάνει νωρίτερα από ότι θα πέθαινε διαφορετικά· το γεγονός αυτό, που υποδεικνύει από μόνο του πρόθεση για την αφαίρεση ζωής, σε καμία περίπτωση δεν προβάλλει μία «παθητική» συμπεριφορά, όπως αυτή του «αφήνω κάποιον να πεθάνει». Με βάση όμως την εξήγηση της πρόθεσης θανάτου, όπως αυτή ερμην-

νεύεται από τους οπαδούς τη κατάργησης της διάκρισης των μορφών ευθανασίας, η παθητική ευθανασία θα μπορούσε να αποτελέσει μία κοινώς αποδεκτή ηθική πράξη, μόνο αν νομιμοποιούταν η ενεργητική! Πώς μπορεί λοιπόν να προσδιοριστεί σε επίπεδο ηθικής, το κριτήριο της πρόθεσης στην απόσυρση θεραπείας ορισμένων ανίατων ασθενών;

Σύμφωνα με ορισμένες εισηγήσεις, υπάρχουν μέθοδοι θεραπείας τόσο δαπανηρές που οι κοινωνίες σύγχρονης Δύσης δεν υποχρεούνται να τις παρέχουν σε ασθενείς⁶. Η παραπάνω πραγματικότητα, αν και είναι εμποτισμένη από βιοπολιτικές προσεγγίσεις που θέτουν την ανθρώπινη φύση κάτω από ποσοτικά κριτήρια, εντούτοις αποκαλύπτει πως το κοινωνικοποιημένο άτομο παρουσιάζεται σαν απλός δέκτης ποικίλων εξωτερικών επιδράσεων, χωρίς ενεργητικά να μπορεί να πράξει κάτι άλλο· αυτό σημαίνει ότι το άτομο ενσωματώνει ορισμένα πρότυπα συμπεριφοράς που δημιουργούνται σε συνδυασμό με το σύστημα αξιών της κοινωνικής ομάδας⁷. Έτσι, παρατηρούμε συχνά το περιβάλλον ανίατων ασθενών να αποδέχεται την αναστολή των θεραπευτικών ή υποστηρικτικών μέσων παράτασης ζωής, παρασυρόμενο από τις ωφελιμιστικές θέσεις που προβάλλει η κοινωνία. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις κατά τις οποίες η οικογένεια ενός ανίατου πάσχοντα, έχοντας πεισθεί από τις παροτρύνσεις του ευρύτερου περιβάλλοντός της για το ότι οι θυσίες είναι περισσότερες από τα δυνητικά οφέλη που πρόκειται να αποκομίσει η ίδια ή ο πάσχων από την παράταση της ζωής του, αποφασίζει να εισηγηθεί την διακοπή των υποστηρικτικών μεθόδων. Ωστόσο, μία κρίση που υποκινείται αποκλειστικά από ωφελιμιστικά κίνητρα δηλώνει περισσότερο πρόθεση για την θανάτωση του ασθενή, παρά για απαλλογή από το μαρτύριο του. Από την άλλη μεριά, στο πολιτισμικό σύστημα της σύγχρονης Δύσης, ανιχνεύονται και ανθρωπιστικά κριτήρια. Δεν είναι λίγα τα παραδείγματα ανίατων ασθενών που αποζητούν –οι ίδιοι ή τα οικεία τους πρόσωπα– την απόσυρση της υποστήριξης ή της θεραπείας με μόνο αίτημα την απαλλογή από έναν διαρκή πόνο. Σ' αυτές τις περιπτώσεις οι αποφάνσεις δεν δηλώνουν πρόθεση για θανάτωση, αλλά

πρόθεση για απαλλοτρίωση από μία μάταιη και επίπονη παράταση ενός μαρτυρίου. Ωστόσο, τις περισσότερες φορές, συνυπάρχουν τόσο το ωφελιμιστικό όσο και το ανθρωπιστικό κριτήριο· όπως παρατηρείται σε ακραίες περιπτώσεις ασθενειών, οι αποφάσεις γύρω από την συνέχιση ή απόσυρση της υποστήριξης λαμβάνονται ως δεδομένα που αφορούν τόσο αντικειμενικά –κοινωνικά κριτήρια, όσο και υποκειμενικές– προσωπικές εκτιμήσεις. Το συναίσθημα, τα βιώματα, οι αξίες, τα πρότυπα, οι αναστολές ή αμφιβολίες που δικαιολογημένα γεννώνται μέσα σ' ένα περιβάλλον απόγνωσης για μία επικείμενη απώλεια, διαπλέκονται με τις επισημάνσεις των κοινωνικών επιταγών.

Από την άλλη μεριά, στην κοινωνία Δύσης υπάρχουν διαφορετικά στερεότυπα σημεία στα οποία τα μέλη τους ανταποκρίνονται κατά ένα ορισμένο τρόπο· με άλλα λόγια, υπάρχουν διαφορετικές πολιτισμικές μορφές⁸. Μία τέτοια πολιτισμική μορφή που, αναμφίβολα δημιουργεί μία κοινότητα αισθημάτων, ιδεών, εικόνων και στάσεων, είναι η θρησκεία. Πράγματι, ο Χριστιανισμός –άλλοτε περισσότερο και άλλοτε λιγότερο– έχει επηρεάσει την διαμόρφωση των περισσότερων πολιτισμικών συστημάτων στη Δύση, ανάλογα με το δόγμα, αλλά και τη θρησκευτική ομοιογένεια με την οποία εμφανίζεται. Για παράδειγμα, στο πολιτισμικό σύστημα της σύγχρονης Ελλάδας, η πολιτισμική μορφή της θρησκείας, φαίνεται να δημιουργεί ένα μοιραζόμενο πεδίο ψυχολογικού περιεχομένου που ορίζει και καθοδηγεί την εμπειρία σε πράξη. Έτσι, η Ορθόδοξη Χριστιανική Εκκλησία, παρόλο που στρέφεται ενάντια στην ενεργητική ευθανασία, παρατηρεί ότι θα πρέπει να αποτρέπεται [...] *το ενδεχόμενο να προκληθεί με θεραπευτικές υπερβολές τεχνητή παράταση των φυσικών ορίων της ζωής και η διατήρηση μιας καταστάσεως επ' αόριστον [...]*⁹, θέτοντας με αυτόν τον τρόπο τα όρια μεταξύ ευθανασίας «με παράλειψη» και ευθανασίας «με πράξη». Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν, ότι για την Εκκλησία, οι ιατρικές μέθοδοι θα πρέπει να εκτείνονται μέχρι του σημείου όπου οι επιπλοκές και τα επιπρόσθετα προβλήματα που δημιουργούν *δεν βασανίζουν περισσότερο από ότι ανακουφίζουν*¹⁰. Ακόμη, για τις περιπτώσεις όπου ο ανίατος ασθενής δεν έχει επαφή με το περιβάλλον,

η Ορθοδοξία προβλέπει πως το κενό της συνείδησής του πρέπει να καλύπτεται από την συνείδηση των γιατρών και των στενών συγγενών του και να επιβάλλεται παθητική ευθανασία. Η Εκκλησία μάλιστα επιδεικνύει «αυστηρότητα» απέναντι στη βούληση ασθενών που βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια και δεν εισηγούνται την άρση των θεραπευτικών ή υποστηρικτικών μέσων που τους κρατούν στη ζωή.

Κατανοώντας την ιδιαιτερότητα των κριτηρίων που διαμορφώνουν τα πολιτισμικά συστήματα, άρα και την ηθική, η ίδια η ιατρική επιμένει πως θα πρέπει να αναλάβει πρωτοβουλία και να επαναπροσδιορίσει την μέχρι σήμερα, ισχύουσα πρακτική που εφαρμόζει απέναντι σε ασθενείς που βρίσκονται κοντά στο τέλος της ζωής τους. Στη βάση της νέας αξιολόγησης, ζητήματα όπως «η αποτελεσματικότερη επαφή μεταξύ γιατρού-ασθενή» αλλά και η «όσο το δυνατό, καλύτερη χρήση των σύγχρονων μέσων αντιμετώπισης του πόνου», προωθούνται ως αιτήματα που, στα οποία θα πρέπει να δοθούν λύσεις. Πώς όμως, ο κλινικός γιατρός θα πρέπει να λειτουργεί ώστε να μπορεί να προσδιορίσει με αποτελεσματικότητα, στα τελικά στάδια κάποιας ανίατης ασθένειας, τα όρια ανάμεσα στις «ωφέλειες» και στις «επιβαρύνσεις» που αντιμετωπίζει ο πάσχων; Η σύγχρονη ιατρική υποστηρίζει ότι, πέρα από την τήρηση κάποιων γενικών κανόνων δεοντολογίας, η εξισορρόπηση των στενών ορίων μεταξύ της αποδοτικότητας μίας θεραπείας και των πιέσεων που υφίσταται ο ανίατος πάσχων εξαιτίας των συνεπειών της νόσου του, επέρχεται μέσα από την διαρκή συνεννόηση του γιατρού με τον ασθενή ή το στενό του περιβάλλον του¹¹. Πράγματι προκαλούν εντύπωση οι συγκλήσεις των απόψεων που παρατηρήθηκαν από γιατρούς, αντίθετων ηθικών τοποθετήσεων, όταν μεταξύ άλλων, τους ζητήθηκε να πάρουν θέση απέναντι σε ακραία υποθετικά σενάρια περιπτώσεων ανίατων ασθενών. Συγκεκριμένα και οι δύο «ομάδες», υπέρμαχοι και πολέμιοι της ευθανασίας, υποστήριξαν ότι σε ορισμένες περιπτώσεις, η ιατρική τους εκτίμηση θα τους ωθούσε να πράξουν ευθανασία, διακόπτοντας κάποια μάταιη και επίπονη για τον ασθενή, θεραπευτική αγωγή¹². Επομένως, ο ρόλος του γιατρού, είναι τελικά υποταγμένος, όχι σε κάποιες υποκειμενικές επι-

σημάνσεις γύρω από το αγαθό και το κακό, αλλά σε μία προσωπική ηθική σχέση που «χτίζεται» μέσα από την επικοινωνία με τον κάθε ασθενή και το οικείο περιβάλλον του.

Στο σημείο αυτό θα ήταν δόκιμο να αναφερθεί ότι ο ρόλος της βιονθικής αποτελεί μία προσπάθεια συσχετισμού των οικουμενικοτήτων και ομοιοτήτων που προωθεί ο χώρος της σύγχρονης επιστημονικής έρευνας με τις ανομοιοότητες και ποικιλίες των πολιτισμικών συστημάτων. Όπως αναφέρει ο Jean Bernard, η βιονθική είναι πραγματιστική επιστήμη απαλλοτριωμένη από κάθε μεταφυσική ή άλλου είδους παρέμβαση. Αυτό σημαίνει ότι τα βιονθικά ζητήματα εξετάζονται κριτικά, όχι σε σχέση με το ηθικό *φρόνημα* (morale)¹³ αλλά σε σχέση με τους *κώδικες συμπεριφοράς* (ethics)¹⁴ των *πολιτισμικών συστημάτων*¹⁵, δηλαδή τα πρότυπα, τις αξίες, τις προσδοκίες και γενικότερα τους μηχανισμούς παραγωγής σημείων και συμβόλων που συνδέονται με την δημιουργία και την κριτική κατανόηση ενός ηθικού νοήματος. Στους νεώτερους χρόνους, η σημασία των ηθικών προβλημάτων που απορρέουν από την εξέλιξη της ιατρικής και της βιολογίας, συντέλεσε ώστε οι όροι *ηθική* και *βιονθική*, να θεωρούνται σχεδόν ταυτόσημοι¹⁶. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε ότι στην έννοια της προόδου συνυπάρχει το ηθικό στοιχείο εφόσον παρεμβάλλεται ο άνθρωπος¹⁷. Ωστόσο, τα πολιτισμικά συστήματα της Δύσης, εκτός από τις παραπάνω ιδανικές μορφές εκφράζονται και μέσα από διεργασίες συγκινησιακού περιεχομένου όπως είναι οιπίστεις, τα δόγματα ή οι μεταφυσικές ερμηνείες της πραγματικότητας· πολλές φορές μάλιστα, στην αλληλεξάρτηση των διαφόρων μερών των κοινωνικών συστημάτων παρεμβαίνουν και άλλου είδους ιδιαιτερότητες όπως η άγνοια –είτε από έλλειψη πληροφόρησης είτε από συνειδητή αντίδραση προς κάθε νέα *πολιτισμική μορφή*¹⁸– και τα οικονομικά συμφέροντα. Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν πως οι ηθικές «γλώσσες» των κοινωνικών συστημάτων ή υποσυστημάτων διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο στους τρόπους αντιμετώπισης των βιονθικών ζητημάτων, καθορίζοντας τις περισσότερες φορές τις προθέσεις και τα κίνητρα των εμπλεκόμενων σε αυτά. Πέρα, λοιπόν, από το αίτημα του «διπλού δόγμα-

τος» της θετικής επιστήμης και της ηθικής για επέκταση και μετάδοση της γνώσης, στις ημέρες μας προβάλλεται και μία ακόμη αναγκαιότητα, η οποία συνδέεται με την κατανόηση της προόδου μέσα από την εμπειρία των περιβαλλόντων των πολιτισμικών συστημάτων. Στην βάση αυτής της αναγκαιότητας, ο άνθρωπος οφείλει να προωθεί την ανάπτυξη μίας επιστήμης ικανής να «χαρτογραφεί» την πρόοδο μέσα σε ένα λογικό και ταυτόχρονα ηθικό κόσμο και να εκτιμά την ορθή χρήση των επιτευγμάτων της ώστε να προλαμβάνει τις παρενέργειές τους¹⁹.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

1. Πρωτοπασιδάκης Ευάγγελος, *Η Ευθανασία Ανέναντι στη Σύγχρονη Βιοηθική*, Εκδόσεις Ν. Σάκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 2003, σσ. 33-35.
2. Ό.π., σελ. 44.
3. Ό.π., σελ. 52.
4. Baruch Brody, *Απόσυρση της Θεραπείας Έναντι Θανάτωσης των Ασθενών*, «Ευθανασία, Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις», Εκδόσεις Αρχιπέλαγος, Αθήνα 2007, σελ. 146.
5. Ό.π., σελ. 151.
6. Ό.π., σελ. 141.
7. Γκιζέλης Γρηγόρης, *Το Πολιτισμικό Σύστημα, ο Σημειωτικός και Επικοινωνιακός Χαρακτήρας του*, Εκδόσεις Γρηγορόπουλος, Αθήνα, 1980, σελ. 74.
8. Ό.π., σελ. 59.
9. Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, Επιτροπή Βιοηθικής, *Επίσημα Κείμενα Βιοηθικής, Μεταμοσχεύσεις, Ευθανασία, Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή*, σελ. 46.
10. Ό.π., σελ. 46.
11. John M. Freeman – Edmund D. Pellegrino, *Αντιμέτωπιση των Ατόμων που Βρίσκονται στο Τέλος της Ζωής τους: Διάλογος Σχετικά με το Σκοπούμενο Θάνατο*, «Ευθανασία, Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις», Εκδόσεις Αρχιπέλαγος, Αθήνα 2007, σελ. 262.
12. Ό.π., σσ. 263, 264
13. Bernard Jean, *Η Βιοηθική*, Εκδόσεις Π. Τραυλός, Ε. Κωσταράκη, Αθήνα, 1996, σελ. 8.
14. Ό.π., σελ. 8.
15. Γκιζέλης Γρηγόρης, σελ. 2.
16. Bernard Jean, σελ. 8.
17. Γκιζέλης Γρηγόρης, σελ. 8.
18. Bernard Jean, σελ. 59.
19. Γκιζέλης Γρηγόρης, σελ. 9.