



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
& ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΦΙΛΟΛΟΓΙΑΣ



ΕΘΝΙΚΟ & ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΜΗΜΑ ΦΙΛΟΣΟΦΙΑΣ-ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗΣ-
ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΑΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΚΑΙ ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΗΘΙΚΗ ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ»

Θεραπείες Placebo:

Το Ψέμα που Θεραπεύει και το Πρόβλημα της Αυτονομίας

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Του

Γεωργίου Κ. Δημητριάδη

Διπλωματούχου του Τμήματος Νομικής της Σχολής Νομικών Οικονομικών & Πολιτικών
Επιστημών

του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, 2010

Επιβλέπων Καθηγητής: Πρωτοπαπαδάκης Ευάγγελος, Επίκουρος Καθηγητής, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Συνεπιβλέποντες: Πανταζάκος Παναγιώτης, Αναπληρωτής Καθηγητής, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Μαρκαντωνάτος Ανδρέας, Αναπληρωτής Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Περιεχόμενα

Πρόλογος	4
1. Εισαγωγή.....	5
2. Θετικές και Αρνητικές Όψεις των Θεραπειών Placebo.....	6
3. Η Θεωρία της Προσδοκίας ως Ερμηνεία του Αποτελέσματος Placebo.....	9
4. Το Ηθικό Δίλημμα ενόπιον της Υιοθέτησης των Θεραπειών Placebo.....	14
5. Η Σχέση Γιατρού-Ασθενούς και η Νέα Ιατρική Ηθική	15
7. Η Θεωρία των Θεμελιωδών Εκφάνσεων της Θεραπείας και η Κριτική της.....	20
8. Τα Επιχειρήματα του Kolber και η Αντίκρουσή τους από την Barnhill.....	27
8.1 Η Διάκριση της Αυτονομίας από την Προτίμηση.....	28
8.2 Η Έννοια της Αυτόνομης Προτίμησης.....	30
9. Η Επιδίωξη της Στοιχειώδους Αυτονομίας	33
9.1 Γενικότητες	33
9.2 Η Προϋπόθεση της Ορθής Αντίληψης της Πράξης (<i>Condition of Perception</i>).....	35
9.3 Η Προϋπόθεση της Απουσίας Κυριαρχικών Επιδράσεων Τρίτων Προσώπων (<i>Controlling Influences</i>).....	38
9.4 Ο Χαρακτήρας της Παραπλάνησης του Ασθενούς.....	40
9.4.1 Οι Ισοδύναμες Θεραπείες Placebo (<i>Comparable Placebo Treatments</i>).....	40
9.4.2 Η Υπεύθυνη Χορήγηση Ουσιών Placebo κατά τον Bennett Foddy.....	46
9.4.3 Η Θεωρία της Οικουμενικής Αυτονομίας (<i>Global Autonomy</i>) και η Προσωρινή Αναστολή της Τοπικής Αυτονομίας (<i>Local Autonomy</i>).....	48
9.4.4 Η Θεωρία της Αρνητικής Ενημερωμένης Συγκατάθεσης.....	55
Αντί Επιλόγου.....	57
Βιβλιογραφία.....	58

Αρθρογραφία..... 59

Περίληψη 63

Πρόλογος

Ο κυβισμός είναι ένα καλλιτεχνικό ρεύμα στη ζωγραφική και στη γλυπτική που εμφανίστηκε στην Ευρώπη στις αρχές του 20ού αι. Ένας από τους διασημότερους εκπροσώπους του, που συνδέεται με την περίοδο της άνθησης και κορύφωσής του, ήταν ο Pablo Picasso. Το 1923, συζητώντας με τον αμερικανό κριτικό τέχνης, Marius de Zayas, για τον κυβισμό, ο ισπανός ζωγράφος έλεγε, «Ανάμεσα στις αμαρτίες που μου αποδόθηκαν, καμία δεν είναι πιο λαθεμένη από το ότι κύριο σκοπό του έργου μου είχα την ιδέα της έρευνας. Κατά τη γνώμη μου, το να ερευνάς δεν σημαίνει τίποτε στην τέχνη. Να βρίσκεις, αυτό μετράει. (...) [Γιατί] Εκείνος που βρίσκει κάτι, χωρίς να έχει σημασία τι θα μπορούσε να είναι αυτό, ακόμη κι αν σκοπός του δεν ήταν να ερευνήσει, τουλάχιστον γεννά την περιέργειά μας, αν όχι το θαυμασμό μας. Όταν ζωγραφίζω, σκοπός μου είναι να παρουσιάσω τι βρήκα, όχι τι ψάχνω. (...) Όλοι ξέρουμε ότι η τέχνη δεν είναι η αλήθεια. Η τέχνη είναι το ψέμα που μας βοηθά να συνειδητοποιήσουμε την αλήθεια (...)».¹

Και οι θεραπείες placebo περιέχουν ένα ψέμα· ένα ψέμα, που, όπως έγραψε ο Howard Brody, *θεραπεύει*.² Για τη θεραπευτική λειτουργία των ουσιών placebo δεν υπάρχει, μέχρι σήμερα, ούτε κοινά αποδεκτή, επιστημονική απάντηση, ούτε μια ελάχιστη συμφωνία για την ηθική αποδοχή τους. Παρ' όλ' αυτά, η προσφυγή σε θεραπείες που στηρίζονται σε αδρανείς ουσίες είναι σχεδόν τόσο παλαιά όσο και η ίδια η άσκηση της ιατρικής. Αν, όμως, παλαιότερα η ηθική συζήτηση για τη χορήγηση ουσιών placebo περιορίστηκε, στο χώρο της ηθικής, κυρίως λόγω του πατερναλισμού που διήπε την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, αντίθετα, το σύγχρονο ηθικό ρεύμα ανέδειξε την ικανότητα του ασθενούς να λαμβάνει και να αξιολογεί τις πληροφορίες που αναφέρονται στην υγεία του, και να κατέχει πρωταγωνιστική θέση στη λήψη των ιατρικών αποφάσεων. Η επέκταση της αυτονομίας στη νέα ιατρική ηθική που διαμορφώθηκε έθεσε αμφιβολίες για την ηθικότητα του ψέματος που περιέχει η χορήγηση μιας ουσίας placebo. Πού, λοιπόν, πρέπει να είναι η θέση μας, από την πλευρά του *θεραπευτικού ψέματος*, ή από την πλευρά της *αυτονομίας*; Ή μήπως, αντίθετα, οι δυο αυτές επιλογές δεν βρίσκονται τελικά τόσο μακριά η μια από την άλλη, και, αντίθετα, μπορούν να γεφυρωθούν οι διαφορές τους, με κύριο γνώμονα ο ασθενής τελικά να θεραπευθεί;

¹ Barr, Alfred H. 1946. *Picasso: Fifty Years of his Art*. New York: Bobbs-Merrill. 270-1.

² Brody, Howard. 1984. The Lie that Heals: The Ethics of Giving Placebos. *Annals of Internal Medicine* 97: 112-8.

1. Εισαγωγή

Το Krebiozen, ή φάρμακο *X*, είναι μια ουσία που εμφανίσθηκε στην αμερικανική φαρμακευτική αγορά στη δεκαετία του 1950, και υποστηρίχθηκε ότι διαθέτει αντικαρκινικές ιδιότητες. Ανακαλύφθηκε από τον Stevan Durovic, και στηριζόταν σε κρεατινικά αμινοξέα, διαλυμένα σε ορυκτό έλαιο (mineral oil), αλλά, σε κάποιες εκδοχές του, αποτελούνταν μόνο από ορυκτό έλαιο. Η ουσία αυτή, γρήγορα, αποδοκιμάσθηκε από την αμερικανική αντικαρκινική εταιρία, ως αναποτελεσματική για τη θεραπεία του καρκίνου, ενώ χαρακτηρίσθηκε και επικίνδυνη, λόγω των παρενεργειών που πιθανολογούνταν από την πρόσληψη της κρεατίνης. Το 1958, ο γνωστός, σήμερα, κ. Wright, διαγνώσθηκε ότι πάσχει από καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο, και του ανακοινώθηκε, ότι του απέμεναν λίγες, μόλις, ημέρες ζωής. Τότε, ενώ νοσηλευόταν σε νοσοκομείο της California, άκουσε για την παρασκευή μιας πειραματικής φαρμακευτικής ουσίας, του Krebiozen, που συνέβαλλε στην αντιμετώπιση του καρκίνου και ζήτησε, επίμονα, από τους θεράποντες γιατρούς του να του την χορηγήσουν. Παρά τις αρχικές επιφυλάξεις του, ο γιατρός του, Δρ. Philip West, τελικά συμφώνησε, αβέβαιος για την ωφέλεια μιας τέτοιας παρέμβασης, ώσπου, μετά από λίγες ημέρες, συνειδητοποίησε, έκπληκτος, ότι ο ασθενής του είχε ανακάμψει θεαματικά: εγκατέλειψε το κρεβάτι του, κυκλοφορούσε, ευδιάθετος, στους διαδρόμους του νοσοκομείου, και αστειευόταν με τις νοσοκόμες· οι ευμεγέθεις, καρκινικοί όγκοι του είχαν υποχωρήσει σημαντικά.

Δύο μήνες μετά, ο κ. Wright διάβασε τα πορίσματα ερευνών που αμφισβητούσαν τις θεραπευτικές ιδιότητες του Krebiozen, και αμέσως, οι καρκινικοί όγκοι άρχισαν, πάλι, να εξαπλώνονται. Ο Δρ. West τον καθησύχασε, και του αποκάλυψε, ότι πρόσφατα είχε παρασκευασθεί μια νέα, πιο δραστική μορφή του φαρμάκου, που επρόκειτο να του χορηγήσει άμεσα. Στην πραγματικότητα, η ένεση που του χορήγησε, δεν ήταν παρά αποστειρωμένο νερό, αλλά, παρ' όλ' αυτά, οι όγκοι του υποχώρησαν για μια τελευταία φορά. Αναπόφευκτα, μετά από λίγο καιρό, διάβασε την επίσημη αναφορά του αμερικανικού ιατρικού συλλόγου για το Krebiozen, που το χαρακτήριζε μια απόλυτα αδρανής ουσία, χωρίς καμιά συνεισφορά στη θεραπεία του καρκίνου· δύο ημέρες μετά, ο κ. Wright πέθανε.³

³ Blakeslee, Sandra. 1998. Placebos Prove So Powerful Even Experts Are Surprised; New Studies Explore the Brain's Triumph Over Reality. *The New York Times*, October 13.

Αντίθετα, δεν είχαν την ίδια κατάληξη οι 10 ασθενείς του J. Bruce Moseley. Το καλοκαίρι του 1994, ο αμερικανός ορθοπαιδικός χειρουργός προγραμματίσε 10 ασθενείς—στην πλειονότητά τους, μεσήλικες βετεράνους—για την πραγματοποίηση χειρουργικής επέμβασης στα γόνατα, με σκοπό την ανακούφισή τους από τα συμπτώματα της αρθρίτιδας. Ο Moseley πληροφόρησε τους ασθενείς του, ότι θα οδηγούνταν στην αίθουσα του χειρουργείου, θα εξετάζονταν και θα υποβάλλονταν σε αναισθησία, και την επόμενη ημέρα, θα επέστρεφαν στο σπίτι τους, με δεκανίκια, και εφοδιασμένοι, μόνο, με παυσίπονα. Στην πραγματικότητα, όμως, μόνο δύο από τους ασθενείς θα υποβάλλονταν στην τυπική, κανονική αρθροσκοπική επέμβαση, με τη διάνοιξη μικρών τομών, τον καθαρισμό και το κλείσιμο του τραύματος, και στους υπόλοιπους θα πραγματοποιούσε μια μικρή, οδυνηρή τομή, δημιουργώντας αισθητά σημάδια μιας χειρουργικής πράξης, και προκαλώντας τον υποτιθέμενο, μετεγχειρητικό πόνο, αλλά, παρ' όλ' αυτά, θα περιοριζόταν σε μια εικονική επέμβαση (sham surgery).

Έξι μήνες μετά, ο Moseley διαπίστωσε, ικανοποιημένος, ότι και οι 10 ασθενείς του, που, ακόμη, δεν είχαν ανακαλύψει αν είχαν υποβληθεί σε κανονική ή εικονική, αρθροσκοπική επέμβαση, ανέφεραν ότι είχαν υποχωρήσει τα συμπτώματα της αρθρίτιδας, και κανένας δεν απογοητεύθηκε από τη συμμετοχή του σε αυτή την περίεργη δοκιμή. Έκπληκτος, ακόμη, από το θεραπευτικό αποτέλεσμα που μπορεί να έχει στους ασθενείς, και μόνη η ιδέα ότι έχουν υποβληθεί σε χειρουργική διαδικασία, εισέπραξε από τη Nelda Gray, επικεφαλής του πειραματικού προγράμματος, την απάντηση, «Όσο πιο μεγάλη, και πιο δραματική συλλαμβάνει ο ασθενής την επέμβαση, τόσο πιο μεγάλο είναι και το αποτέλεσμα placebo. Τα μεγάλα χάπια έχουν μεγαλύτερο [αποτέλεσμα placebo] από τα μικρά, οι ενέσεις από τα χάπια, και η χειρουργική επέμβαση το μεγαλύτερο απ' όλα.»⁴

2. Θετικές και Αρνητικές Όψεις των Θεραπειών Placebo

Οι ανέκδοτες ιστορίες για την εμφάνιση του αποτελέσματος placebo μας παραπέμπουν τόσο σε θετικές όσο και σε αρνητικές συνέπειες. Για παράδειγμα, το μαγνήσιο συνδέεται με πάνω από 300 μεταβολικές διεργασίες του οργανισμού μας, και μερικά από τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα από την ελλιπή πρόσληψή του περιλαμβάνουν τις αϋπνίες και την κακή ποιότητα ύπνου, την έντονη σωματική κόπωση, καθώς και το άγχος. Ο

⁴ Talbot, Margaret. 2000. The Placebo Prescription. *The New York Times*, January 9.

γάλλος ψυχίατρος Patrick Lemoine, παρατηρεί ότι το μαγνήσιο χορηγείται συχνά σε ασθενείς με συμπτώματα ήπιας κατάθλιψης και άγχους, με σκοπό την ανακούφισή τους, με το αποτέλεσμα placebo.⁵ Κατά τη γνώμη του, το μαγνήσιο, παρά τη συμβολή του στην αποκατάσταση της ισορροπίας από οργανικές δυσλειτουργίες, δεν διαθέτει *ιδιαίτερη* φαρμακολογική επίδραση στο άγχος.⁶ Παρ' όλ' αυτά, χορηγεί συχνά στους ασθενείς του συμπληρώματα διατροφής που περιέχουν μαγνήσιο, και εξίσου συχνά, εισπράττει την ανακούφισή τους για την άμεση μεταβολή στην ψυχολογική τους διάθεση. Καθώς, λοιπόν, η θετική επίδραση του μαγνησίου στην κατάθλιψη ήπιας μορφής, και στα συμπτώματα καθημερινού άγχους, δεν έχει αποδειχθεί ότι οφείλεται στην *ιδιαίτερη* φαρμακευτική του δράση, δηλαδή στη θεραπευτική ιδιότητα της χημικής σύνθεσής του να επιφέρει φυσιολογικές μεταβολές στις διεργασίες του οργανισμού, πρέπει να κάνουμε δεκτό, ότι λειτουργεί χάρη στην εμφάνιση του αποτελέσματος placebo.⁷

Από την άλλη πλευρά, δεν λείπουν και οι αναφορές στις δυσάρεστες—ακόμη και ποινικά ενδιαφέρουσες—συνέπειες από την αποτυχημένη προσφυγή στις ουσίες placebo. Η Sissela Bok αναφέρεται στην περίπτωση μιας παραπλανητικής χορήγησης placebo που θα μπορούσε να αποβεί μοιραία, λόγω της παρέκκλισης του γιατρού από τους καθιερωμένους κανόνες ιατρικής περίθαλψης. Ο ασθενής, που ήταν κρατούμενος σε σωφρονιστικό κατάστημα, παραπονούνταν για επίμονη ενόχληση στο νεφρό του, και ο γιατρός, παραβλέποντας την τυπική διαδικασία διάγνωσης και αντιμετώπισης μιας πάθησης, του χορήγησε μια ένεση, που περιείχε, στην πραγματικότητα, μόνο νερό. Η εμμονή των συμπτωμάτων οδήγησε τους υπεύθυνους του καταστήματος κράτησης να παραπέμψουν τον ασθενή στο νοσοκομείο, όπου διαγνώθηκε ότι πάσχει από οξεία πέτρα στο νεφρό, που απαιτούσε άμεση εξαγωγή και φροντίδα.⁸ Παρά την τελική αποφυγή μιας δυσμενούς εξέλιξης, οι χειρισμοί του γιατρού αποδεικνύουν τους κινδύνους που εγκυμονεί η βεβιασμένη προσφυγή στα placebo, και, ιδίως, σε βάρος της καθιερωμένης, φαρμακευτικής αγωγής που διατίθεται για μια πάθηση ή βλάβη της υγείας. Σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται, ο κίνδυνος να μην πραγματοποιηθεί σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση της ασθένειας, αλλά, κυρίως, να διασπασθεί η σχέση εμπιστοσύνης που συνδέει τον ασθενή με το γιατρό του, και γενικά με την ιατρική κοινότητα, και τελικά, να παραβιασθεί η αυτονομία του ανθρώπου ως ηθικού προσώπου. Είναι χαρακτηριστικό, ότι ο κρατούμενος της ιστορίας,

⁵ Spinney, Laura. 2006. Purveyors of Mystery. *New Scientist* 16: 42.

⁶ Spinney, Laura. 2006. *op. cit.*

⁷ Kolber, James, 2007. A Limited Defense of Clinical Placebo Deception. *The Yale Law & Policy Review* 26 (1): 85.

⁸ Bok, Sissela. 2002. Ethical Issues In Use Of Placebos In Medical Practice And Clinical Trials στο Guess, Harry A., Kleinman, Arthur, Kusek, John W., Engel, Linda W. (ed.). *The Science of the Placebo, Toward an Interdisciplinary Research Agenda*. London: BMJ Books. 57.

αργότερα, έγραψε, «Αλλά, το να συνειδητοποιείς, ότι ο γιατρός χορηγούσε [sic] νερό με αυτό το σκοπό, θα αφήνει πάντοτε μια [κακή] ανάμνηση, (...) και δεν νομίζω ότι θα μπορέσω ποτέ να εμπιστευθώ γιατρό, ξανά.»⁹

Είναι, λοιπόν, σκόπιμο να συνεχίζεται ένας διάλογος με αμφίρροπη έκβαση, για τις ηθικές διαστάσεις του αποτελέσματος placebo στην κλινική ιατρική; Η απάντηση στην ερώτηση αυτή, δεν μπορεί παρά να ξεκινήσει από την αναζήτηση της αποτελεσματικότητας, καθ' εαυτής, των ουσιών placebo, για την αντιμετώπιση ασθενειών, ή τουλάχιστον για την ανακούφιση συμπτωμάτων. Αλλά, ακόμη και γι' αυτό το θέμα, οι ερευνητές ερίζουν. Μια από τις πιο εμβληματικές μελέτες στο χώρο αυτό, είναι το άρθρο του Henry Beecher, *The Powerful Placebo*, όπου ο πρωτοπόρος αμερικανός γιατρός αναφέρει, ότι μέχρι και το 35% των ασθενών του ανακουφίστηκαν σημαντικά από την πρόσληψη ουσιών placebo.¹⁰ Μετά την αντιπαραβολή των πορισμάτων πάνω από 15 ερευνών, ισχυρίζεται, ότι οι θεραπείες placebo είναι ικανές να ανακουφίσουν από παθήσεις, όπως τους μετεγχειρητικούς πόνους, τη στηθάγχη, τον πονοκέφαλο, τη διάθεση, τη ναυτία, ακόμη και το κοινό κρυολόγημα.¹¹

Ωστόσο, τα συμπεράσματα του Beecher γρήγορα επικρίθηκαν ότι διογκώνουν ανεπίτρεπτα αυτό που η σύγχρονη επιστήμη δέχεται ως περιεχόμενο της έννοιας placebo.¹² Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι ακόμη και αν δεν χορηγούνταν καθόλου φαρμακευτική αγωγή, θα ήταν πιθανό οι ασθενείς να παρουσίαζαν βελτίωση της υγείας τους, οπότε θα έπρεπε να αμφισβητηθεί η *ιδιαίτερη* αποτελεσματικότητα των ουσιών placebo. Από την πιο πρόσφατη βιβλιογραφία, οι Hróbartsson και Gøtzsche δημοσίευσαν μια επισκόπηση 114 δοκιμών όπου συμμετείχαν και ασθενείς που δεν έλαβαν καμία θεραπευτική αγωγή, και διαπίστωσαν, ότι δεν μπορούσαν να ξεχωρίσουν με σαφήνεια την ευεργετική επίδραση των placebo, από τη σταδιακή, φυσική ανάρρωση των ασθενών.¹³ Ακόμη και η ανάλυση των δύο δανών ερευνητών, όμως, δεν ξέφυγε από την κριτική, καθώς υποστηρίχθηκε ότι άντλησαν δεδομένα από δοκιμές, όπου οι ασθενείς γνώριζαν την πιθανότητα να λαμβάνουν και αδρανείς ουσίες, παραλείποντας, με τον τρόπο αυτό, να προχωρήσουν, περαιτέρω, και στη μελέτη της *κρυφής* χορήγησης ουσιών placebo (blind placebo trials)· και ομολογείται, γενικά, ότι στη δεύτερη περίπτωση, όπου ο ασθενής έχει την εντύπωση

⁹ Bok, Sissela. 1983. MD's Delusion: Placebos Do No Harm. *American Medical News* 8: 96.

¹⁰ Beecher, Henry. 1955. The Powerful Placebo. *Journal of the American Medical Association* 159: 1604-5.

¹¹ Beecher, Henry. 1955. *op. cit.* 1605.

¹² Kienle, Gunver S., Kiene, Helmut. 1997. The Powerful Placebo: Fact or Fiction? *Journal of Clinical Epidemiology* 50: 1316.

¹³ Hróbartsson, Ashbjørn, Gøtzsche, Peter C. 2001. Is the Placebo Powerless?: An Analysis of Clinical Trials Comparing Placebo with No Treatment. *New England Journal of Medicine* 344: 1594-95.

ότι λαμβάνει μια κανονική φαρμακευτική αγωγή, η αποτελεσματικότητα του φαινομένου αυξάνεται θεαματικά.¹⁴ Η αναλγητική δράση των ουσιών placebo φαίνεται να πηγάζει από την υψηλή προσδοκία ίασης που προκαλούν.¹⁵ Καθώς ο πόνος εκδηλώνεται για να προειδοποιήσει τον οργανισμό μας ότι χρειάζεται φροντίδα και περίθαλψη, η προσδοκία ότι λαμβάνουμε μια αποτελεσματική αγωγή είναι ικανή να ανακουφίσει από τον πόνο. Η ίδια η προσέγγιση του ασθενούς με τα καθιερωμένα σύμβολα της θεραπευτικής διαδικασίας, όπως το περιβάλλον του ιατρικού γραφείου, τα χάπια, η ένεση, κ.ο.κ., γεννούν μια ανάλογη ανταπόκριση από τον οργανισμό, ότι έχει ήδη εισέλθει στο στάδιο της θεραπείας.¹⁶ Ταυτόχρονα, όμως, οι θεραπείες placebo παρουσιάζουν ένα μοναδικό γνώρισμα ως προς τα συνηθισμένα, φαρμακευτικά προϊόντα: θεωρούνται τόσο πιο αποτελεσματικές, όσο λιγότερα γνωρίζει για την πραγματική λειτουργία τους ο ασθενής.¹⁷

3. Η Θεωρία της Προσδοκίας ως Ερμηνεία του Αποτελέσματος Placebo

Η απόκρυψη, βέβαια, από τον ασθενή της πραγματικής φύσης και λειτουργίας των θεραπειών placebo, δημιουργεί καίρια ηθικά προβλήματα. Ποιος είναι, όμως, ο *ιδιαίτερος* τρόπος λειτουργίας των ουσιών placebo, και, παραπέρα, είναι δυνατό, η απάντηση σε αυτό το ερώτημα να δικαιολογήσει σε ηθικό επίπεδο την παραπλάνηση που συντελείται σε βάρος του ασθενούς; Ο Daniel Moerman, στο βιβλίο του *Meaning, Medicine and the Placebo Response*, περιγράφει τρεις μορφές ανταπόκρισης του οργανισμού στη θεραπευτική διαδικασία, που, από κοινού, οδηγούν στην αποκατάσταση της υγείας του. Η *αυτόνομη ανταπόκριση* (autonomous response) αναφέρεται στις φυσιολογικές και ανοσολογικές διεργασίες που ενεργοποιεί ο ίδιος ο οργανισμός προκειμένου να επανακάμψει και να αποκαταστήσει την ισορροπία του· η *συγκεκριμένη (ή στοχευμένη) ανταπόκριση* (specific response) αντιστοιχεί στις φυσιολογικές αντιδράσεις του οργανισμού από τη φαρμακευτική δράση της θεραπευτικής αγωγής που ακολουθείται, όπως, για παράδειγμα, από την αναλγητική δράση της ασπιρίνης. Αντίθετα, η *νοηματική ανταπόκριση* (the meaning response)—ή *θεωρία του νοήματος*—απορρέει από την, ψυχολογικής προέλευσης, αλλη-

¹⁴ Kolber, James. 2007. *op. cit.* 89.

¹⁵ Harrington, Anne, Hoffman, Ginger A., Fields, Howard A. Pain and the Placebo: What We Have Learned. *Perspectives in Biology and Medicine* 48 (2): 257.

¹⁶ Harrington, Anne, Hoffman, Ginger A., Fields, Howard A. *op. cit.* 257.

¹⁷ Kolber, Adam J. 2007. *op. cit.* 91-98.

λεπίδραση του ασθενούς με το περιβάλλον όπου πραγματοποιείται η θεραπευτική διαδικασία, και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του.¹⁸

Ο Moerman, αντλώντας από τα πορίσματα ιατρικών ερευνών, συμπεραίνει ότι η ίδια η μορφή της θεραπευτικής αγωγής είναι ικανή να επιφέρει το αποτέλεσμα placebo. Όπως είχε παρατηρήσει εύστοχα η Nelda Wray,¹⁹ τα μεγάλα χάπια λειτουργούν αποτελεσματικότερα από τα μικρά, και τα μπλε χάπια εμφανίζουν πιο γρήγορη δράση απ' ό,τι τα χάπια άλλου χρώματος· επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι όταν χορηγούνται περισσότερα από ένα χάπια, οι ασθενείς παρουσιάζουν μεγαλύτερη βελτίωση, ενώ, τέλος, η χειρουργική επέμβαση, γενικά, αυξάνει θεαματικά το αποτέλεσμα placebo.²⁰ Καταλήγει, λοιπόν, ο Moerman, ότι η μορφή του φαρμάκου διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στη δημιουργία του φαινομένου placebo, καθώς καλλιεργεί στον ασθενή ένα ψυχολογικό μηχανισμό που επιταχύνει τη διαδικασία της (αυτο)ίασης.

Μπορούμε, λοιπόν, δικαιολογημένα, να υιοθετήσουμε τη θέση, ότι η ύπαρξη ενός ψυχολογικού μηχανισμού είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την απόδοση του χαρακτηρισμού της θεραπείας placebo. Ωστόσο, η προσέγγιση του Moerman περιορίζεται στο εμπειρικό επίπεδο, καθώς εξάγει συμπεράσματα από τα πορίσματα ερευνών για τη λειτουργία και την αποτελεσματικότητα των ουσιών placebo—που, ανεξάρτητα από τη μεθοδολογική και επιστημονική σπουδαιότητά τους, δεν μπορούν να παραβλέψουν τα αρνητικά αποτελέσματα άλλων, παρόμοιων ερευνών—και περιορίζεται στην περιγραφή εκφάνσεων του φαινομένου placebo, απέχοντας από μια απόπειρα εννοιολογικής ερμηνείας του. Για να δια φωτίσουμε την αδυναμία αυτή, ας σκεφθούμε τη θεραπευτική επίδραση που εμφανίζει μια υγιής σχέση γιατρού-ασθενούς, καθώς και την ποιοτική νοσοκομειακή φροντίδα (good bedside manner), που θεωρούνται από εκπροσώπους της ιατρικής κοινότητας και από κάποιους φιλοσόφους, ως καθημερινά στιγμιότυπα του αποτελέσματος placebo.²¹ Η θεμελίωση μιας θεραπείας σε ψυχολογικούς, αποκλειστικά, μηχανισμούς, δεν μπορεί, καθ' εαυτήν, να την κατατάξει στα placebo. Είναι προφανές, ότι για να αναχθεί μια θεραπεία σε placebo, απαιτείται να στηρίζεται σε ένα μοναδικό γι' αυτή, ψυχολογικό μηχανισμό· ως τέτοιοι, έχει υποστηριχθεί ότι λειτουργούν, «το στοιχείο της προσδοκίας, η υπόσχεση της βοήθειας που μπορεί να δοθεί, μόνο, από έναν άλλον άνθρωπο [ενν. το γιατρό]»²², ενώ, παράλληλα, η αναλγητική δράση των ουσιών placebo, θεωρείται

¹⁸ Moerman, Daniel E. 2002. *Meaning, Medicine and the Placebo Response*. Cambridge: Cambridge University Press. 16.

¹⁹ Talbot, Margaret. 2000. *op. cit.*

²⁰ Moerman, Daniel E. 2002. *op. cit.* 66.

²¹ Talbot, Margaret. 2000. The Placebo Prescription. *The New York Times*, January 9.

²² Talbot, Margaret. 2000. *op. cit.*

ότι κυριαρχείται από δύο παράγοντες: (i) την *επιθυμία ή ανάγκη* για ανακούφιση από τον πόνο, και (ii) την *προσδοκία*, ότι μια συγκεκριμένη διαδικασία, ή ένας συγκεκριμένος επαγγελματίας της υγείας, θα μας απαλλάξει από τον πόνο.²³ Κοινός τόπος, βέβαια, των υποθέσεων αυτών, είναι η θεμελιώδης σημασία της έννοιας της προσδοκίας, για την ουσιαστική ερμηνεία του αποτελέσματος placebo: μόνο, επειδή ο ασθενής *προσδοκά* ότι θα βελτιωθεί η κατάσταση της υγείας του, χάρη στη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει, η αγωγή αυτή—που, στην πραγματικότητα, δεν στηρίζεται σε μια *ιδιαίτερη* φαρμακολογική δράση—εμφανίζεται αποτελεσματική.

Εκείνο, που, σε *εμπειρικό* επίπεδο, παρουσιάζεται ως μοναδική ιδιότητα των placebo να επιφέρουν εντονότερα αποτελέσματα, όταν ο ασθενής αγνοεί τη χορήγησή τους και τον ιδιαίτερο τρόπο δράσης τους, προσπαθεί, σε *εννοιολογικό* επίπεδο, να αποδείξει ο Daniel Groll, στο άρθρο του, *What You Don't Know Can Help You*. Ας σκεφθούμε, για παράδειγμα, γράφει ο Groll, την περίπτωση της ινσουλίνης και του τρόπου με τον οποίο επενεργεί στον οργανισμό, με σκοπό τη ρύθμιση του σακχαρώδους διαβήτη. Με τη διάσπαση της τροφής μας, στο στομάχι και στο έντερο, απελευθερώνεται το σάκχαρο (γλυκόζη), που απορροφάται και κυκλοφορεί στο αίμα. Λόγω της αυξημένης συγκέντρωσης σακχάρου στο αίμα, ο οργανισμός παράγει μια ορμόνη, την ινσουλίνη, που είναι επιφορτισμένη να ανοίγει διόδους από το αίμα στα κύτταρα, για να διέλθουν οι ποσότητες του σακχάρου. Η αδυναμία του οργανισμού μας να παράγει ινσουλίνη, ή να παράγει την κατάλληλη ποσότητα ινσουλίνης, και να αξιοποιήσει το σάκχαρο που προσλαμβάνουμε από την τροφή μας, αποκαλείται σακχαρώδης διαβήτης. Στην περίπτωση που για τη ρύθμισή του, απαιτείται η πρόσληψη ινσουλίνης σε ενέσιμη μορφή, η θεραπευτική αγωγή λειτουργεί με μόνη την παροχή στον οργανισμό της κατάλληλης ποσότητας ινσουλίνης. Με άλλα λόγια, η ένεση ινσουλίνης λειτουργεί μ' έναν αιτιώδη, *μη γνωσιακό* μηχανισμό (a causal, non-cognitive mechanism), με τον οποίο παρέχεται, καθ' εαυτήν, η ουσία που θα επαναφέρει τον οργανισμό στη φυσιολογική του κατάσταση· δεν απαιτεί από τον οργανισμό μας τίποτα, πέρα από την (παθητική) πρόσληψη της φαρμακευτικής ουσίας που περιέχει. Αντίθετα, οι θεραπείες placebo, εξαρτώνται, σχεδόν αποκλειστικά, από την ενδιάθετη κατάσταση του ασθενούς, από την ίδια τη συνείδησή του (intentional attitude), καθώς και από τις επιθυμίες και τις προτιμήσεις, τις ελπίδες και τους φόβους του· έτσι, θε-

²³ Price, Donald D., Fields, Howard L. 1997. The Contribution of Desire and Expectation to Placebo Analgesia: Implications for New Research Strategies στο Harrington, Anne (ed.). *op. cit.* 119.

μελιώνονται σ' έναν αιτιώδη, γνωσιακό μηχανισμό (a causal, cognitive mechanism) που ενεργοποιεί τις (αυτο)θεραπευτικές ικανότητες του ίδιου του ανθρώπου.²⁴

Στη συνέχεια, ο Groll αντιδιαστέλλει τις θεραπείες placebo—έχοντας υποθέσει, ότι στηρίζονται στη θεραπευτική προσδοκία του ασθενούς, ότι η χορήγηση μιας φαρμακευτικής αγωγής θα ανακουφίσει, γρήγορα, από τα συμπτώματα της πάθησης—από τις ψυχοθεραπευτικές μεθόδους.²⁵ Οι μέθοδοι αυτές, αξιοποιώντας εξίσου γνωσιακές διαδικασίες, αποσκοπούν στη θεραπεία του ασθενούς, χωρίς, ωστόσο, να στηρίζονται στην καλλιέργεια (θεραπευτικής) προσδοκίας από τον τελευταίο. Πραγματικά, δεν είναι δύσκολο να συλλάβουμε την περίπτωση, όπου ο ασθενής, που για πρώτη φορά καταφεύγει στην ψυχοθεραπεία, τελειώνοντας την πρώτη συνεδρία του, εκφράζει στο θεραπευτή του την ικανοποίηση, ότι ενώ δεν το *περίμενε* καθόλου, η συζήτησή τους τον ανακούφισε πολύ. Με άλλα λόγια, όλες οι θεραπευτικές μέθοδοι που θεμελιώνονται σε γνωσιακές κατηγορίες, δεν εντάσσονται, *ipso facto*, στις θεραπείες placebo. Η θεμελιώδης συνθήκη των θεραπειών placebo είναι, λοιπόν, ότι προϋποθέτουν την προσδοκία του ίδιου του ασθενούς, ότι θα θεραπευθεί, χάρη στην *ιδιαιτέρη* θεραπευτική αγωγή που ακολουθεί, κατά τη σύσταση του γιατρού του.²⁶

Κατά τον Groll, δεν είναι καθόλου εξωτικό να θεωρήσουμε την *προσδοκία*, ως τη γενεσιουργό αιτία των αποτελεσμάτων που επέρχονται στον υλικό κόσμο, όσο, μάλλον, θα ήταν η υιοθέτηση της ευχής, «όταν θέλεις πάρα πολύ κάτι, όλο το σύμπαν *συνωμοτεί* για να τα καταφέρεις».²⁷ Ας σκεφθούμε, για παράδειγμα, την πρόταση «απόψε θα έχουμε σούπα για δείπνο». Η πιο εύλογη εικασία που κάνουμε, είναι ότι *εγώ*—που εκφέρω αυτή την πρόταση—έχω αναλάβει την προετοιμασία του δείπνου, και καθώς απόψε επιθυμώ σούπα για δείπνο, ανακοινώνω την *πρόθεσή* μου, να ετοιμάσω σούπα. Με άλλα λόγια, η προσδοκία μου, που εκφράζεται με την πρόταση «απόψε θα έχουμε σούπα για δείπνο», οφείλεται στην *πρόθεσή* μου να ετοιμάσω το δείπνο αυτό· αντίθετα, αν έλεγα, «οι γείτονές μας θα έχουν σούπα για δείπνο», δεν υποδηλώνω την προσδοκία μου, ότι θα έχουν σούπα για δείπνο, ως προϊόν της *πρόθεσής* μου, αλλά, καθώς είναι Παρασκευή, και κάθε Παρασκευή οι γείτονές μας έχουν σούπα για δείπνο, προβλέπω, ότι και απόψε θα έχουν, μάλλον, σούπα για δείπνο. Παρόμοια, θα μπορούσα να ισχυρισθώ, ότι γνωρίζω την *πρόθεση* των γειτόνων μου να ετοιμάσουν σούπα, οπότε θα έπρεπε να δεχθούμε ότι είναι η

²⁴ Groll, Daniel. 2011. What You Don't Know Can Help You: The Ethics of Placebo Treatment. *Journal of Applied Philosophy* 28 (2): 191-2.

²⁵ Groll, Daniel. 2011. *op. cit.* 193-4.

²⁶ Groll, Daniel. 2011. *op. cit.* 194

²⁷ Coelho, Paulo. 1988. *Ο Αλχημιστής*. Μετάφραση: Μαρία Φερέϊρα-Χιδίρογλου. Αθήνα: Εκδόσεις Λιβάνη.

γνώση της πρόθεσής τους, η αιτία για την εκφορά μιας τέτοιας πρότασης. Δεν πρέπει, λοιπόν, να μας απωθεί η ιδέα ότι η προσδοκία, καθ' εαυτήν, είναι έμμεσα υπεύθυνη για την επέλευση του αποτελέσματος X : καθώς αποσκοπώ, με τις πράξεις μου, στην επέλευση του X , προσδοκώ, φυσιολογικά, ότι το X θα επέλθει.²⁸

Ωστόσο, τα συμπεράσματα αυτά δεν πρέπει να μας παρασύρουν να υποθέσουμε, ότι η προσδοκία είναι η αιτία επέλευσης του X . Πραγματικά, είναι η πρόθεση ενέργειας του X , υπεύθυνη για την επέλευσή του, παρά η προσδοκία μας ότι το X θα επέλθει· η προσδοκία, αντίθετα, είναι *επιφαινόμενη* (epiphenomenal) στο μηχανισμό που κατασκευάζεται, για να επέλθει το επιθυμητό αποτέλεσμα.²⁹ Ας υποθέσουμε, για παράδειγμα, την περίπτωση του ανθρώπου που κατορθώνει, χάρη σε τεχνικές χαλάρωσης, να μειώσει την πίεση του αίματός του. Στην περίπτωση αυτή, η πρόθεση του ανθρώπου, με τις κατάλληλες ενέργειες, να επιφέρει το αποτέλεσμα της πτώσης της πίεσης του αίματος, είναι υπεύθυνη για την επέλευση του αποτελέσματος αυτού, ενώ η προσδοκία του, ότι αυτό θα επέλθει, είναι, μόνο, παρακολουθηματική, και εξαρτάται, αποκλειστικά, από την πρόθεσή του.

Στο σημείο αυτό, όμως, της περιγραφής του Groll διαγράφεται μια απότομη μεταβολή. Ενώ, λοιπόν, η προσδοκία είναι, γενικά, παρακολουθηματική ιδιότητα του μηχανισμού επέλευσης ενός (οποιουδήποτε) αποτελέσματος, φαίνεται να είναι, αντίθετα, η ίδια, καθ' εαυτήν, ο μηχανισμός της θεραπείας placebo: η θεραπεία του ασθενούς, με την εμφάνιση του αποτελέσματος placebo, μοιάζει να είναι δυνατή, μόνο, με την καλλιέργεια της προσδοκίας ότι θα θεραπευθεί.³⁰ Η παραδοχή αυτή, εντούτοις, περιέχει μια εσωτερική αντίφαση. Πραγματικά, είναι αντιφατικό, ή και ακατανόητο, να δεχθούμε, ως αιτία επέλευσης του X , την προσδοκία ότι το X θα επέλθει· απεναντίας, είναι νοητό να δεχθούμε, ότι υπεύθυνοι για την επέλευση του X είναι ανεξάρτητοι λόγοι, ξένοι στην ιδέα της προσδοκίας επέλευσης του X , που δικαιολογούν την επέλευση του αποτελέσματος αυτού. Στις περιπτώσεις placebo, είναι αδιανόητο, ο ασθενής να κατανοεί την ίδια την προσδοκία του, ως την αιτιακή συνθήκη της θεραπείας του, χωρίς ταυτόχρονα να παραιτείται από την προσδοκία αυτή, καθώς, το να προσδοκώ την επέλευση του X προϋποθέτει απαραίτητα, να πιστεύω ότι κάτι διαφορετικό από την προσδοκία μου και μόνο—συγκεκριμένα, η αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής που ακολουθώ—είναι υπεύθυνη για την επέλευση του X , δηλαδή την έγκαιρη ανακούφισή μου από τα συμπτώματα που αντιμετωπίζω. Συνεπώς, για την εμφάνιση του αποτελέσματος placebo, απαιτείται να κυριαρχεί στον

²⁸ Groll, Daniel. 2011. *op. cit.* 194.

²⁹ Groll, Daniel. 2011. *op. cit.* 195.

³⁰ Groll, Daniel. 2011. *op. cit.* 195.

ασθενή η πεποίθηση, ότι η κατάλληλη, θεραπευτική αγωγή είναι *υπεύθυνη* για την ίασή του, και να *αγνοεί* ότι, στην πραγματικότητα, μόνη η προσδοκία του είναι ικανή να επιφέρει το αποτέλεσμα αυτό.³¹

4. Το Ηθικό Δίλημμα ενώπιον της Υιοθέτησης των Θεραπειών Placebo

Η επενέργεια, λοιπόν, των ουσιών placebo δεν στηρίζεται στην ιδιαίτερη φαρμακευτική δράση τους, αλλά στην καλλιέργεια στον ασθενή της πεποίθησης, ότι, καθώς η πάθησή του αντιμετωπίζεται φαρμακευτικά, η κατάσταση της υγείας του, τελικά, θα βελτιωθεί. Ωστόσο, η εξάρτηση των θεραπειών placebo από την απόκρυψη της πραγματικής φύσης και λειτουργίας τους, αποκαλύπτει και το ηθικό δίλημμα που αναπόφευκτα τις συνοδεύει: διακινδυνεύεται η *αυτονομία* του ασθενούς, δηλαδή η ικανότητά του να αποφασίζει ελεύθερα για τις ιατρικές πράξεις όπου θα υποβληθεί, μετά την απαραίτητη ενημέρωσή του για την προτεινόμενη πράξη, τις πιθανές συνέπειες και τους κινδύνους από την εκτέλεση καθεμιάς από τις εναλλακτικές θεραπείες, καθώς και για τον εκτιμώμενο χρόνο αποκατάστασής του.³² Η κυριότερη, λοιπόν, αντίρρηση στην παραπλανητική χορήγηση ουσιών placebo, είναι ότι αφαιρεί από τον ασθενή το δικαίωμα να παράσχει την ενημερωμένη συγκατάθεσή του (*informed consent*), και γι' αυτό το λόγο, παραβιάζει την αυτονομία του. Προσδιορίζοντας την έννοια της παραπλανητικής χρήσης ουσιών placebo (*deceptive placebo use*), η Anne Barnhill γράφει, ότι «παραπλανητική χρήση ουσιών placebo υφίσταται, όταν με λόγια ή πράξεις, ο γιατρός προκαλεί ενσυνείδητα στον ασθενή του την πεποίθηση ότι λαμβάνει ένα φάρμακο ή μια θεραπεία που διαθέτει συγκεκριμένη φαρμακολογική ή φυσιολογική επίδραση για την κατάστασή του, ενώ στην πραγματικότητα, λαμβάνει μια ουσία placebo.»³³ Συστατικά στοιχεία του ορισμού είναι, (i) η δημιουργία στον ασθενή της πεποίθησης ότι λαμβάνει μια *κανονική* φαρμακευτική αγωγή, δηλαδή μια φαρμακευτική αγωγή, που χάρη στη χημική σύνθεσή της, ενεργοποιεί τις κατάλληλες οργανικές διεργασίες ή παρέχει στον οργανισμό την ουσία καθ' εαυτήν που είναι απαραί-

³¹ Groll, Daniel. 2011. *op. cit.* 195-6.

³² Πρωτοπαπαδάκης, Ευάγγελος. 2014. Οι Θεραπείες Placebo και το Ιατρικό Καθήκον στο Κανελλοπούλου-Μπότη, Μαρία, Παναγοπούλου-Κουτνατζή, Φερενίκη. *Βιοηθικοί Προβληματισμοί*. Αθήνα: Παπαζήσης. 249.

³³ Barnhill, Anne. 2011. What It Takes to Defend Deceptive Placebo Use. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 21 (3): 222.

τητη για την αντιμετώπιση της πάθησής του, (ii) η πεποίθηση δημιουργείται *ενσυνείδητα* με τα λόγια ή τις πράξεις του γιατρού, και (iii) η θεραπευτική αγωγή που ακολουθείται στηρίζεται, στην πραγματικότητα, στην εμφάνιση του αποτελέσματος placebo.

5. Η Σχέση Γιατρού-Ασθενούς και η Νέα Ιατρική Ηθική

Προκειμένου, όμως, να εξετάσουμε την ισχυρότερη αυτή αντίρρηση στην παραπλανητική χρήση ουσιών placebo, δεν μπορούμε παρά να ανατρέξουμε στην ιστορική εξέλιξη της σχέσης γιατρού-ασθενούς και στο φιλοσοφικό θεμέλιό της, καθώς και στον τρόπο με τον οποίο η σταδιακή διαμόρφωσή της επηρέασε καθοριστικά το περιεχόμενο της ίδιας της ιατρικής πράξης. Το χρονικό ορόσημο ανάμεσα στην παλαιά και στη σύγχρονη ιατρική ηθική τοποθετείται, για τις δυτικές χώρες, στις δεκαετίες 1960 και 1970. Ο Robert Veatch στο άρθρο του, *Professional Medical Ethics: The Grounding of its Principles*, περιγράφει ως πυρήνα της παραδοσιακής σχέσης γιατρού-ασθενούς, την επαγγελματική *αυθεντία* του γιατρού: κάθε επαγγελματίας της υγείας διαμόρφωνε τη δική του, προσωπική ηθική, αποκλείοντας, έτσι, από τη διαμόρφωση των κανόνων της οποιοδήποτε τρίτο πρόσωπο.³⁴ Ο θεμελιώδης κανόνας της ιατρικής πράξης ήταν *primum non nocere*, που έλκει την καταγωγή του από την ιπποκρατική αρχή, *ὠφελέειν, ἢ μὴ βλάπτειν*.³⁵ ο γιατρός δικαιολογούνταν να ακολουθεί παραπλανητικές, ακόμη και εξαναγκαστικές μεθόδους, υπό την απαραίτητη προϋπόθεση να αποσκοπούσε με αυτές στη βελτίωση της υγείας του ασθενούς του, ή, τουλάχιστον, στη μη χειροτέρευσή της: οι κώδικες ιατρικής δεοντολογίας δεν αποτελούνταν παρά από μια ενδεικτική απαρίθμηση δικαιωμάτων και υποχρεώσεων, καταλείποντας, σε κάθε περίπτωση, μεγάλη διακριτική ευχέρεια στον εκάστοτε θεραπευτή.³⁶

Αντίθετα, η νέα ηθική που εμφανίσθηκε κατά τις δεκαετίες 1960 και, κυρίως, 1970, επέτρεψε τη συμμετοχή στη συζήτηση γι' αυτό που είναι ηθικά σωστό ή επιλήψιμο, και σε άλλα πρόσωπα πέρα από τους γιατρούς, όπως στους φιλοσόφους και στους θεολόγους. Η ιατρική δεοντολογία έπαψε να είναι ένας κατάλογος παρωχημένων δικαιωμάτων και υποχρεώσεων, και ξεκίνησε ο διάλογος για τις ηθικές αρχές που πρέπει να διέπουν

³⁴ Veatch, Robert. 1979. Professional Medical Ethics: The Grounding of Its Principles. *Journal of Medical Philosophy* 4: 119.

³⁵ Ἴπποκράτους, *Επιδημιών Α', κεφ. Γ, 5*. Αθήνα: Κάκτος.

³⁶ Brody Howard. 1997. The Physician-Patient Relationship στο Veatch, Robert (ed.). *Medical Ethics*. Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers. 76.

την αντιμετώπιση των καθημερινών, ιατρικών περιστατικών. Κυρίως, όμως, αποκαθλώθηκε η αρχή *primum non nocere*, από το θρόνο του κυρίαρχου γνώμονα της ιατρικής πράξης, και μοιράστηκε τη θέση της και με άλλες αρχές, ανάμεσα στις οποίες ξεχωρίζει η αρχή της *αυτονομίας*, η αναγνώριση στον ασθενή του δικαιώματος να συμμετέχει, τουλάχιστον, στη λήψη των αποφάσεων που αναφέρονται στην αυτοδιάθεση του σώματός του.³⁷ Η νέα ιατρική ηθική, που γεννήθηκε μέσα από αυτές τις συνθήκες, προσέγγιζε πιο φιλόδοξα τη σχέση γιατρού-ασθενούς: η αναζήτηση και η επιλογή μιας ηθικής θεωρίας που θα ανταποκρινόταν στις πρακτικές ανάγκες της ιατρικής πράξης, και ταυτόχρονα, θα παρέμενε εναρμονισμένη με τις θεμελιώδεις αρχές της γενικής, ηθικής θεωρίας από την οποία ανέκυψε.

Για να κατανοήσουμε, όμως, σε ολόκληρο το μέγεθός της, τη μετάβαση από την παραδοσιακή στη σύγχρονη ιατρική ηθική, είναι απαραίτητο να διερευνήσουμε τα φιλοσοφικά συμφραζόμενα αυτής της μεταστροφής. Η παλαιότερη ιατρική ηθική πήγαζε από τον *πατερναλισμό*, σύμφωνα με τον οποίο είναι επιτρεπτό (και επιβεβλημένο), ακόμη και να παραμερισθούν οι ιδιαίτερες προτιμήσεις και επιθυμίες του ανθρώπου, προκειμένου να προκριθεί μια ενέργεια που αποσκοπεί στο συμφέρον αυτού του ίδιου:³⁸ ενεργώντας πατερναλιστικά, θέτουμε στο περιθώριο του προσανατολισμού της πράξης μας, την *αυτονομία*, ακόμη και αν αυτή θα μπορούσε να ενισχύσει την ωφελιμότητα της πράξης για το υποκείμενό της. Από φιλοσόφους προτάθηκε η υιοθέτηση μιας ενδιάμεσης ηθικής θεωρίας που θα κατέλειπε χώρο τόσο για τον πατερναλισμό—πώς αλλιώς θα μπορούσαν να αντιμετωπισθούν οι περιπτώσεις ανθρώπων που δεν μπορούν να αποφανθούν αυτόνομα για την υγεία τους, όπως οι ασθενείς που βρίσκονται σε κώμα;—όσο και για την αυτονομία. Το νέο θεωρητικό μοντέλο στη σχέση γιατρού-ασθενούς καθιερώθηκε να αποκαλείται *θεωρία του συμβολαίου* (contractual model).

Η σύλληψη της θεωρίας του συμβολαίου δεν αποδίδεται, σε καμία περίπτωση, στους ηθικούς φιλοσόφους του 20ού αι. που ασχολήθηκαν με την εφαρμογή νέων κανόνων στην ιατρική πράξη. Η έννοια του συμβολαίου, ιδίως με τη μορφή του *κοινωνικού* συμβολαίου, γεννήθηκε στην ευρωπαϊκή αναγέννηση, και αποσκοπούσε να θεμελιώσει ένα προοδευτικό συσχετισμό στην οργάνωση της πολιτικής διακυβέρνησης, και να καθιερώσει την πολιτειακή εξουσία, ως το προϊόν της *συναίνεσης* των πολιτών. Η νομιμότητα της ανάδειξης και της άσκησης της πολιτικής διακυβέρνησης εξαρτιόταν από τη συναίνεση των πολιτών, και αυτή με τη σειρά της από το σεβασμό των θεμελιωδών δικαιωμάτων

³⁷ Brody Howard. 1997. *op. cit.* 76-77.

³⁸ Childress, James. 1982. *Who Shall Decide? Paternalism in Health Care*. New York: Oxford University Press. 58.

τους και την εκπλήρωση των σημαντικότερων υποχρεώσεων εκ μέρους του κράτους. Οι πολίτες παρείχαν *σιωπηρά* τη συναίνεσή τους στη διακυβέρνηση της χώρας τους, αλλά στην περίπτωση που η ποιότητα της πολιτειακής εξουσίας και της προστασίας των δικαιωμάτων τους δεν τους ικανοποιούσε, διατηρούσαν το δικαίωμα να παραμείνουν έξω από το πολιτικό σώμα της χώρας τους. Συνεπώς, η θεωρία του κοινωνικού συμβολαίου θεμελιωνόταν στη δυνατότητα των πολιτών να συναινέσουν υποθετικά στη συγκεκριμένη μορφή διακυβέρνησης, αλλά, ταυτόχρονα, τους παρείχε το δικαίωμα να επιλέξουν να διαβιώνουν έξω από μια δεδομένη, πολιτική και κοινωνική οντότητα.

Παρόμοια, στην παλαιότερη ιατρική ηθική δεν υπήρχε χώρος για τη συναίνεση του ασθενούς στην επιλογή της ιατρικής πράξης, ή τουλάχιστον περιοριζόταν σε υποδεέστερες εκφάνσεις της. Αντίθετα, το πρώτο, κείμενο ερώτημα που έθεσε η μεταρρύθμιση της ιατρικής ηθικής ήταν: τι είδους σχέση επιθυμεί ο ασθενής να διατηρεί με το θεραπευτή του, υποθέτοντας ότι απαντά από την ίδια σχέση ισχύος με αυτόν; Πρώτος, μετέφερε και εισηγήθηκε μια θεωρία συμβολαίου ο Robert Veatch στο άρθρο του, *Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age*. Εκεί, διαπιστώνει ότι η σχέση γιατρού-ασθενούς μπορεί να θεμελιώνεται είτε στον παραδοσιακό τρόπο (priestly model), να απονέμει αποκλειστική αρμοδιότητα για λήψη αποφάσεων στον ασθενή (engineering model), ή από κοινού στον ασθενή και στο γιατρό (collegial model), ή, τέλος, να κατανέμει εξουσίες με ένα μοναδικό, *sui generis*, τρόπο και στο γιατρό και στον ασθενή, ανάλογα με την ιδιαίτερη θέση τους σε αυτή την ισότιμη σχέση, και με σεβασμό στην ιδιότητά τους να λειτουργούν ως ηθικά πρόσωπα στην επίμαχη ιατρική απόφαση.³⁹ Για να διαφωτίσουμε το περιεχόμενο της θεωρίας του συμβολαίου, ας παραθέσουμε ένα παράδειγμα, που χρησιμοποιεί ο Brody: κατά τη λήψη της ιατρικής απόφασης για αφαίρεση όγκου από το στήθος, ανακύπτει το ερώτημα, αν θα ακολουθηθεί η διαδικασία της μαστεκτομής—δηλαδή, της ολικής αφαίρεσης του μαστού—ή της στοχευμένης αφαίρεσης του καρκινικού όγκου, και της υποβολής σε χημειοθεραπεία. Με τη νέα ιατρική ηθική, ο γιατρός περιορίζεται στην υποχρέωσή του να ενημερώσει την ασθενή, ότι η πρώτη επιλογή ενδείκνυται, καθώς μειώνει κατά 15% την πιθανότητα μεταστάσεων, σε αντίθεση με τη δεύτερη· αντίθετα, παραμένει στην ασθενή η απόφαση για την επιλογή της μιας ή της άλλης διαδικασίας, με βάση τις προσωπικές της προτιμήσεις και επιθυμίες, όπως π.χ. αν η διατήρηση της παρούσας αισθητικής της κατάστασης (διατήρηση του μαστού) υπερέχει για την ίδια, από το ενδεχόμενο να επωφεληθεί των 15% μειωμένων μελλοντικών φόβων.⁴⁰

³⁹ Veatch, Robert M. 1972. Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age. *Hastings Center Report* 2 (3): 57.

⁴⁰ Brody, Howard. 1997. *op. cit.* 80..

Έτσι, η θεωρία του συμβολαίου καθιερώνει μια ανταλλαγή πληροφοριών ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή, και μια διαπραγμάτευση με αφορμή τη λήψη απόφασης για την ακολουθούμενη ιατρική πράξη· ταυτόχρονα, επιτρέπει στον ασθενή να αποφασίσει οποτεδήποτε να απόσχει, γενικά, από την (για πολλούς, επώδυνη) υποχρέωση να αποφασίσει γι' αυτή, και να την αναθέσει στο γιατρό. Αν προσπαθήσουμε τώρα να αναλύσουμε τη θεωρία αυτή στις ηθικές αρχές που τη συνέχουν, θα συμφωνήσουμε, (i) στη *διαφάνεια* (lucidity), δηλαδή στη μετάδοση των πληροφοριών και των λεπτομερειών που αναφέρονται στην πραγματική κατάσταση της υγείας του ασθενούς, στο περιεχόμενο και στις συνέπειες της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, και στους ενδεχόμενους κινδύνους από την εκτέλεσή της, (ii) στην *αυτονομία*, δηλαδή στην αναγνώριση και του ασθενούς ως ηθικού προσώπου, που (με προϋποθέσεις) είναι ικανό να αποφασίζει ελεύθερα για τις προσωπικές υποθέσεις του, (iii) στην *εντιμότητα* (fidelity), δηλαδή στον προσανατολισμό της ιατρικής πράξης στο συμφέρον του ασθενούς, και στην αποφυγή αντικρουόμενων συμφερόντων, και (iv) στον *ανθρωπισμό* (humanity), που αποσκοπεί να αντιμετωπίζεται ο ασθενής με συμπάθεια και σεβασμό της μοναδικότητάς του.⁴¹

Ακόμη και η θεωρία του συμβολαίου, όμως, δεν ξέφυγε από την κριτική των μεταγενέστερων ηθικών φιλοσόφων. Ανάμεσα στις σημαντικότερες εστίες αντιπαραθέσεων ξεχωρίζουν η θεμελίωσή της στην εσφαλμένη παραδοχή ότι η σχέση γιατρού-ασθενούς διαδραματίζεται στη βάση μιας *διαπραγμάτευσης* μεταξύ τους, με ενδιάμεσο σκοπό τη *σιωπηρή* αποδοχή ενός είδους συμβολαίου, η υποτιθέμενη εμμονή της στην οικονομική έκφραση της σχέσης,⁴² παρά στην ηθική της διάσταση, η προσκόλλησή της στα δικαιώματα και η παράλειψη περιγραφής καθηκόντων και σκοπών.⁴³ Η κριτική αυτή δεν θα μπορούσε να αφήσει ανεπηρέαστους τους μεταρρυθμιστές της ιατρικής ηθικής. Η θεωρία του συμβολαίου, υποστήριξαν, δεν θεμελιώνεται σε ένα *πραγματικό*, μετά από διαπραγμάτευση, συμβόλαιο, αλλά συνίσταται σε μια υποθετική, πνευματική διεργασία, που αποσκοπεί να απαντήσει στο ερώτημα τι περιεχόμενο θα ήθελαν να προσδώσουν στη μεταξύ τους σχέση γιατροί και ασθενείς, αν υποθετικά τους δινόταν η δυνατότητα να διαμορφώσουν τους όρους και τις προδιαγραφές της.⁴⁴ Η προσέγγιση αυτή χαρακτηρίστηκε συμβολαιακή (contractarian approach), για να διακριθεί από τη θεωρία του συμβολαίου, και, κυρίως, να αποδεσμευθεί από τις αδυναμίες της.

⁴¹ Brody, Howard. 1997. *op. cit.* 79.

⁴² Masters, Roger D. 1975. Is Contract an Adequate Basis for Medical Ethics? *Hastings Center Report* 5 (6): 26.

⁴³ Siegler, Mark. 1980. A Physician's Perspective on the Right to Health Care. *Journal of the American Medical Association* 244: 1592.

⁴⁴ Brody, Howard. 1997. *op. cit.* 82.

Ιδιαίτερη συνεισφορά στο περιεχόμενο της συμβολαιακής προσέγγισης της ιατρικής ηθικής μάς παρέχουν και οι Ezekiel και Linda Emanuel, στο άρθρο τους, *Four Models of the Physician-Patient Relationship*. Ξεκινώντας από τον παραδοσιακό, πατερναλιστικό τρόπο προσέγγισης του ασθενούς από το γιατρό του, καταλήγουν στην περιγραφή τριών μορφών ανάπτυξης αυτής της σχέσης: (i) η *πληροφοριακή* μορφή (informative model), που συγγενεύει, κατά το μεγαλύτερο βαθμό, με το πρωταρχικό πρότυπο της θεωρίας του συμβολαίου, επικεντρώνεται στο σεβασμό των προσωπικών προτιμήσεων και επιθυμιών του ασθενούς, που έτσι διατηρεί απόλυτη κυριαρχία στις αποφάσεις που αναφέρονται στην αντιμετώπιση της πάθησής του, (ii) η *ερμηνευτική* μορφή (interpretive model), όπου ο γιατρός προχωρεί πέρα από το σεβασμό της αυτονομίας του ασθενούς, αφομοιώνει παραγωγικά το προσωπικό του σύστημα αξιών, και τον συντρέχει στη λήψη της καλύτερης δυνατής απόφασης, και (iii) η *συμβουλευτική* μορφή (deliberative model), όπου ο γιατρός, κάνοντας ένα ακόμη βήμα μπροστά, βοηθά τον ασθενή του να επανεκτιμήσει τις αξίες και τις επιθυμίες του, σε συνδυασμό με τις διατιθέμενες καλύτερες προτάσεις θεραπείας, με σκοπό, ενδεχομένως να τις αναθεωρήσει και αντικαταστήσει.⁴⁵ Από τους ρόλους αυτούς που μπορεί να προσλάβει ο γιατρός, αυτόν του ειδικού (i), του συμπαραστάτη/συμβούλου (ii), και του φίλου/δασκάλου (iii), ο τελευταίος προσεγγίζει πιο φιλόδοξα τις αξίες και αρχές που πρεσβεύει η νέα ιατρική ηθική που αναδείχθηκε, ως αίτημα ενεργητικής συμμετοχής του ασθενούς στην ιατρική διαδικασία. Ιδίως, όμως, το συμβουλευτικό μοντέλο επιτρέπει στο γιατρό να προσφύγει, περιορισμένα και υπό προϋποθέσεις, στην ηθική πειθώ (moral persuasion), αποφεύγοντας να ξεπεράσει το μη ηθικό όριο της χειραγώγησης και του εξαναγκασμού, όπως θα περιγράψουμε παρακάτω.⁴⁶ το θέμα, όμως, της χρησιμοποίησης της ηθικής πειθούς θα μας απασχολήσει περαιτέρω στη συνέχεια.

Από τα χαρακτηριστικά της ιατρικής πράξης, όπως τα περιγράφει η θεωρία του συμβολαίου, η απαίτηση διαφάνειας δημιουργεί το σημαντικότερο εμπόδιο στην παραπλανητική χρήση ουσιών placebo. Συγκεκριμένα, ο γιατρός υποχρεούται να ενημερώνει τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τις συνέπειες της προτεινόμενης πράξης και τους πιθανούς κινδύνους από την εκτέλεσή της· με τον τρόπο αυτό, ο ασθενής είναι ικανός να προχωρεί αυτόνομα στη λήψη απόφασης για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Με το ζήτημα, εξάλλου, της ολοκληρωμένης ενημέρωσης του ασθενούς, συνδέεται και η απαίτηση της ενημερωμένης συγκατάθεσης, που, όπως θα δούμε παρακάτω, καταλήγει να αποτελεί την κυρίαρχη και, μάλλον, μοναδική

⁴⁵ Emanuel, Ezekiel J., Emanuel, Linda L. 1992. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *Journal of the American Medical Association* 267 (16): 2222-6.

⁴⁶ Emanuel, Ezekiel J., Emanuel, Linda L. *op. cit.* 2228.

έκφραση της αρχής της αυτονομίας στην ιατρική ηθική. Παράλληλα, η πλήρης ενημέρωση του ασθενούς πρέπει να διακρίνεται από την αυτονομία λήψης αποφάσεων, καθώς είναι πιθανό, ο ασθενής να επιμένει να ενημερωθεί για την κατάσταση της υγείας του, αλλά να μην επιθυμεί να αποφασίσει ο ίδιος για το θέμα της εφαρμοστέας ιατρικής πράξης.⁴⁷ Συνεπώς, η ελλιπής ενημέρωση του ασθενούς δεν μπορεί να δικαιολογείται από την απροθυμία του να αποφασίσει ο ίδιος, αναθέτοντας αυτό το καθήκον στο θεράποντα γιατρό του.

Ωστόσο, η αναγνώριση της καθολικής υποχρέωσης ενημέρωσης του ασθενούς δεν μπορεί παρά να επικριθεί, τόσο υποκειμενικά όσο και αντικειμενικά. Πραγματικά, δεν μπορούμε να παραγνωρίσουμε, ότι σε κάποιες περιπτώσεις ο ασθενής δεν είναι ικανός να παρακολουθήσει ή ακόμη και να αντιληφθεί τις πληροφορίες που λαμβάνει από το γιατρό του. Ασθενείς που βρίσκονται σε κώμα, παιδιά, πρόσωπα με διανοητικές διαταραχές, δεν μπορούν (και κάποτε δεν θέλουν) να ακούσουν όλα τα δεδομένα που είναι σε θέση ο γιατρός τους να τους παρέχει για την πάθηση που αντιμετωπίζουν. Στις περιπτώσεις αυτές, όταν η δυσμενής ή ανώριμη κατάσταση του ασθενούς δεν το επιτρέπει, γίνεται γενικά δεκτό ότι πρέπει να ακολουθείται το παραδοσιακό, πατερναλιστικό μοντέλο, και να προκρίνεται η λήψη απόφασης από το γιατρό ή την ιατρική ομάδα, με γνώμονα, φυσικά, το συμφέρον του ίδιου του ασθενούς. Εξάλλου, η ίδια λύση πρέπει να προτιμάται και στις περιπτώσεις όπου εκτιμάται ότι η αποκάλυψη τόσων ή τέτοιων πληροφοριών μπορεί να δυσχεράνει τη συναισθηματική υγεία του ασθενούς.

7. Η Θεωρία των Θεμελιωδών Εκφάνσεων της Θεραπείας και η Κριτική της

Ένα από τα παλαιότερα και πιο φιλόδοξα επιχειρήματα για την υπεράσπιση της παραπλανητικής χρήσης ουσιών placebo, μας παρέχει η Onora O' Neill στο άρθρο της, *Paternalism and Partial Autonomy*. Η βρετανίδα φιλόσοφος ξεκινά με την περιγραφή των διαφορετικών προϋποθέσεων υιοθέτησης του πατερναλισμού ανάμεσα σε μια θεωρία που προσανατολίζεται στα αποτελέσματα της πράξης (result-oriented ethics) και σε μια που επικεντρώνεται στην πράξη καθ' εαυτήν (action-oriented ethics). Οι συνεπειοκρατικές

⁴⁷ Lidz, Charles W., Meisel, Alan, Osterweis, Max, Holden, Matthew Jr., Marx, Johan H., Munetz, Mark R. 1983. Barriers to Informed Consent *Annals of Internal Medicine* 99: 540.

θεωρίες, με σπουδαιότερη τον ωφελιμισμό, προκρίνουν ως γνώμονα της μιας ή της άλλης πράξης, ή της παράλειψής τους, την ωφέλεια που παράγεται σε κάθε περίπτωση, υπό την έννοια της ευτυχίας ή της ικανοποίησης (welfare, well-being) των προσώπων που αφορούν. Η μεγιστοποίηση της ανθρώπινης ευτυχίας ανάγεται, έτσι, σε κριτήριο της ηθικότητας. Για το λόγο αυτό, ο ωφελιμισμός δεν παίρνει απόλυτη θέση απέναντι στον πατερναλισμό: ο τελευταίος κρίνεται ως ηθικά σωστός, όταν έχει σαν συνέπεια την επαύξηση της ευτυχίας του ανθρώπου, και ηθικά επιλήψιμος όταν οδηγεί στο αντίθετο αποτέλεσμα. Η αυτονομία, λοιπόν, ως ικανότητα του ανθρώπου να αποφασίζει ελεύθερα για τις προσωπικές υποθέσεις του, δεν απολαμβάνει την αξία καθ' εαυτήν που της απονέμουν οι δεοντοκρατικές θεωρίες, και τίθεται στο περιθώριο.⁴⁸

Αντίθετα, οι δεοντοκρατικές θεωρίες επιφυλάσσουν για την αυτονομία πρωταγωνιστική θέση στο ηθικό σύστημά τους. Προσανατολίζοντας το αντικείμενο του φιλοσοφικού στοχασμού στις ηθικές προϋποθέσεις της ίδιας της πράξης, απασχολούνται περισσότερο με την αυτονομία, ως προϋπόθεση και γνώμονα της πράξης, τόσο ως δικαίωμα του πράττοντος, όσο και ως υποχρέωση κάθε τρίτου προσώπου, παρά για τις συνέπειες που θα προκύψουν από την επιλογή της μιας ή της άλλης πράξης.⁴⁹ Η αναπόφευκτη δυσκολία με την οποία έρχονται αντιμέτωπες οι δεοντοκρατικές θεωρίες αφορά στην ύπαρξη προσώπων, που η ανάπτυξη των γνωστικών και βουλητικών δυνάμεών τους, είναι, είτε μόνιμα είτε προσωρινά, περιορισμένη· στην κατηγορία αυτή ανήκουν παιδιά, πρόσωπα διανοητικά ή ψυχικά ασθενή κ.ο.κ., που παρουσιάζουν χαμηλή ανάπτυξη των πνευματικών ικανοτήτων τους, με συνέπεια να μην μπορούν να λάβουν αυτόνομα τις προσωπικές αποφάσεις τους. Για τις περιπτώσεις αυτές, μπορεί να επιφυλαχθεί μια εξαίρεση πατερναλισμού, με ταυτόχρονη προσπάθεια να διαφυλαχθεί η μοναδικότητα του προσώπου όπου απευθύνεται. Ωστόσο, η αντίρρηση που προβάλλεται κατά των δεοντοκρατικών, όσο και κατά των συνεπειοκρατικών θεωριών, ανακύπτει, κατά την Ο' Neill, από την ολίσθησή τους στο πρότυπο του *ιδανικού πράττοντος* και την τελική προτίμηση της πράξης που θα επιλεγόταν από αυτόν.

Η συναίνεση, ως κεντρική έκφανση της αυτονομίας στην ιατρική ηθική, νοείται ως συναίνεση σε μια συγκεκριμένη (ιατρική) πράξη, με προσδιορισμένο περιεχόμενο και μορφή. Παρ' όλ' αυτά, ένας ασθενής, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας του, είναι αδιανόητο να αποφασίζει σε κάθε περίπτωση με την πνευματική διαύγεια που αποφασίζει ένας απόλυτα υγιής και ήρεμος άνθρωπος σε οποιαδήποτε περι-

⁴⁸ O' Neill, Onora. 1984. Paternalism and Partial Autonomy. *Journal of Medical Ethics* 10: 173.

⁴⁹ O' Neill, Onora. 1984. *op. cit.* 174.

σταση της ζωής του.⁵⁰ Πραγματικά, παραδέχεται η O' Neill, πέρα από την πληρότητα της ενημέρωσης που λαμβάνει ένας ασθενής για τις λεπτομέρειες της εγχείρισης, π.χ., όπου θα υποβληθεί, δεν είναι αβάσιμο να υποστηρίξουμε ότι αγνοεί τις ειδικότερες πτυχές των πράξεων στις οποίες συναίνεσε, και αναφέρονται, ενδεικτικά, στο μέγεθος του μετεγχειρητικού πόνου, τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης και τις μακροπρόθεσμες συνέπειες για τις συνθήκες της ζωής του.

Η έμφαση που αποδίδεται στην ιδιοσυγκρασία του ιδανικού ηθικού προσώπου δεν μπορεί παρά να απορριφθεί. Το περιεχόμενο της ηθικής συζήτησης θα μπορούσε να περιορισθεί, βέβαια, στο είδος των αποφάσεων που θα έπαιρνε ένας ιδεατός, αυτόνομα σκεπτόμενος άνθρωπος ενόψει των ιατρικών πράξεων που τον αφορούν. Εντούτοις, η προοπτική αυτή δεν παύει να προέρχεται από πατερναλιστικές πηγές, καθώς αποσκοπεί να *εθυγραμμίσει* τις καθημερινές μας πράξεις με τις πράξεις ενός ιδανικού προσώπου, και με κριτήρια ενίοτε ξένα από αυτά του κοινού ανθρώπου.⁵¹ Η προτίμηση, λοιπόν, της θεωρίας του ιδεατού, αυτόνομα σκεπτόμενου ανθρώπου, πρέπει να αντικατασταθεί με τις απαιτήσεις που προβάλλει η *εν τοις πράγμασι αυτονομία* που διαδραματίζεται στις καθημερινές μας σχέσεις. Το όριο, μάλιστα, της πραγματικής αυτονομίας δεν πρέπει να χαράσσεται, ως προς το ηθικό προϊόν της, την ενημερωμένη συγκατάθεση, μεταξύ της γνήσιας και αυθεντικής, και της ελλειμματικής συγκατάθεσης. Περιεχόμενο του ηθικού προβληματισμού πρέπει να είναι, ο σεβασμός της αυτονομίας των προσώπων με τέτοιο τρόπο, ώστε να καθίσταται εφικτή γι' αυτούς η *γνησιότερη* δυνατή συναίνεση στην επικείμενη πράξη. Η ιατρική πράξη είναι επιτυχημένη, όταν επιτρέπει στον ασθενή, όπως πραγματικά είναι—παρά, όπως θα μπορούσε, ή, σύμφωνα με κάποιους, όπως θα *έπρεπε* να είναι—να συναινεί ή να την απορρίπτει, στηριζόμενος στο αυτόνομα καθιερωμένο, προσωπικό σύστημα αξιών του. Από την πλευρά του γιατρού, η υποχρέωσή του συνίσταται στην προσπάθεια να καθοδηγήσει κατάλληλα τον ασθενή του, ώστε να κατανοήσει αποτελεσματικά το περίγραμμα της θεραπείας του, και να είναι σε θέση να συναινέσει, ή να απορρίψει αυτόνομα την προτεινόμενη πράξη.

Με τη θεώρηση της O' Neill, είναι προφανές ότι η ενημερωμένη συγκατάθεση με την παραδοσιακή μορφή της ούτε απαιτείται σε κάθε περίπτωση, ούτε είναι πάντα εφικτή. Ο σεβασμός της αυτονομίας επιβάλλει, αντίθετα, ο ασθενής να είναι σε θέση, με την κατάλληλη ενημέρωση, να συναινέσει στις *θεμελιώδεις εκφάνσεις* της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, παρά σε όλες, κάποτε και ακατάλληπτες, πλευρές της.⁵² Η εξαπάτηση, λοιπόν,

⁵⁰ O' Neill, Onora. 1984. *op. cit.* 175.

⁵¹ O' Neill, Onora. 1984. *op. cit.* 175.

⁵² Πρωτοπαπαδάκης, Ευάγγελος. 2014. *op. cit.* 249.

και ο εξαναγκασμός στην ιατρική πράξη είναι ηθικά επιλήψιμος, υποστηρίζει η Ο' Neill, όταν αναφέρεται στις θεμελιώδεις πτυχές της θεραπευτικής διαδικασίας, καθώς, στην περίπτωση αυτή, ούτε ένας ιδανικά σκεπτόμενος άνθρωπος δεν θα μπορούσε να παράσχει μια αυθεντική συναίνεση. Αντίθετα, η φύση και το περιεχόμενο των μη θεμελιωδών πλευρών της θεραπείας επιτρέπουν, σε περιορισμένο, βέβαια, βαθμό, μια ήπια προσφυγή στην απάτη.⁵³ Για παράδειγμα, η χρήση ουσιών placebo ή καθησυχαστικών εκφράσεων πριν από μια επώδυνη ιατρική επέμβαση δεν είναι δυνατό να θεωρηθούν αντίθετες με τις απαιτήσεις που επιβάλλει η αυτονομία, ως προς μη θεμελιώδεις πλευρές της θεραπείας. Διαφορετική είναι η κρίση μας, ωστόσο, στην περίπτωση της παραπλανητικής χρήσης ασθενών για την πειραματική δοκιμή φαρμάκων, χωρίς τη ρητή συναίνεσή τους. Και αν η διαδικασία δεν αποφέρει παρά ευεργετικά αποτελέσματα για τους ασθενείς, θα μπορούσε να περιορισθεί στην κατηγορία του, τελικά, ωφέλιμου πατερναλισμού, διαφορετικά θα θεωρούνταν *εγκληματική* παραβίαση της αυτονομίας.

Η θέση που διατυπώνει η Ο' Neill για τη διάκριση των θεμελιωδών και μη θεμελιωδών εκφάνσεων των ιατρικών παρεμβάσεων, καθώς και η ενδεικτική παραδοχή της ηθικότητας της παραπλανητικής χρήσης ουσιών placebo, δεν είναι άμοιρη αντιρρήσεων. Μπορεί να προσφέρει μια υποσχόμενη σύλληψη ενός τρόπου με τον οποίο θα μπορούσε, υπό προϋποθέσεις, να ανατραπεί η θεώρηση της απάτης και της παραπλάνησης ως ανεξίτητης παραβίασης της αυτονομίας. Η Anne Barnhill επικρίνει τα αποτελέσματα της θεωρίας των θεμελιωδών πλευρών της θεραπείας, με την εύλογη ερώτηση, γιατί πρέπει η φύση μιας θεραπείας ως θεραπείας placebo να θεωρηθεί μη θεμελιώδης πλευρά της θεραπείας αυτής.⁵⁴ Ας υποθέσουμε, όμως, ότι καλούμαστε να υπερασπισθούμε τη θέση της Ο' Neill, ότι η φύση των θεραπειών placebo δεν ανήκει στις θεμελιώδεις ιδιότητές τους. Πραγματικά, ομολογείται ότι ο ασθενής πρέπει να ενημερωθεί για το σκοπό της προτεινόμενης θεραπείας—για παράδειγμα, τη ρύθμιση του θυρεοειδούς αδένου, με την αύξηση της μεταβολικής διεργασίας, και τη μείωση της ανεπάρκειας της θυρεοειδικής λειτουργίας—τις πιθανές παρενέργειες, καθώς και τις συνέπειες από την εφαρμογή ή μη της συγκεκριμένης ή άλλης θεραπείας. Στο σημείο αυτό, συνήθως, εξαντλείται η υποχρέωση του γιατρού να ενημερώσει τον ασθενή του. Βέβαια, θα μπορούσε ο γιατρός να πληροφορήσει τον ασθενή του, ότι η πρόσληψη των φαρμακευτικών σκευασμάτων που παρέχουν τις ορμόνες T3 και T4, συμβάλλουν στην πρόσληψη από τον οργανισμό της απαραίτητης ποσότητας ιωδίου, που δεν μπορεί να απορροφήσει αυτόνομα από τις τροφές, εντούτοις, είναι μάλλον απίθανο να ακολουθήσει μια συζήτηση για τη χημική σύνθεση του εμπορι-

⁵³ O' Neill, Onora. 1984. *op. cit.* 176.

⁵⁴ Barnhill, Anne. 2011. *op. cit.* 237.

κού φαρμάκου, που συνίσταται στη δραστική ουσία, *Levothyroxine Sodium Anhydrous*, που επιφέρει αύξηση της ιστικής κατανάλωσης του οξυγόνου στον οργανισμό, του βασικού μεταβολισμού και του καρδιακού ρυθμού. Με άλλα λόγια, είναι απίθανη, αλλά και πρακτικά αδύνατη, η μετάδοση στον ασθενή τεχνικών πληροφοριών για τη χημική σύνθεση και τη φυσιολογική επίδραση του φαρμακευτικού προϊόντος στον οργανισμό του. Καταλήγουμε, λοιπόν, στο συμπέρασμα, ότι οι εξειδικευμένες πληροφορίες που ανάγονται στην ιδιοσυστασία και στη φυσιολογική δράση της φαρμακευτικής ουσίας στον ανθρώπινο οργανισμό, με σκοπό την ανακούφιση από τα συμπτώματα της πάθησης, δεν περιέχονται μεταξύ των θεμελιωδών εκφάνσεων της θεραπείας αυτής.⁵⁵ Θα προσθέταμε, ότι δεν περιέχονται μεταξύ των *κοινοποιήσιμων* θεμελιωδών εκφάνσεων της θεραπείας.

Ωστόσο, η κατάσταση που περιγράψαμε παραπάνω παρουσιάζει θεμελιώδεις διαφορές με τη θεραπευτική αγωγή που χαρακτηρίζεται placebo. Βέβαια, υποστηρίζεται από γιατρούς ότι και οι ουσίες placebo λειτουργούν μέσω ενός φυσιολογικού μηχανισμού παρόμοιου με εκείνο των κανονικών φαρμακευτικών ουσιών, και, για παράδειγμα, η αναλγητική δράση ορισμένων placebo στηρίζεται σε ένα μηχανισμό συγγενή με τη λειτουργία των οπιοειδών.⁵⁶ Παρ' όλ' αυτά, η παραδοχή αυτή δεν έχει καταστεί ακόμη η επικρατέστερη ανάμεσα στις μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί για τη λειτουργία των ουσιών placebo. Η λειτουργία των τελευταίων παραμένει ακόμη ένα μυστήριο, για τη λύση του οποίου απαιτείται η προσφυγή, πέρα από τη βιολογική λειτουργία της ουσίας, και τη φυσιολογική επίδρασή της στον ανθρώπινο οργανισμό, και στη διερεύνηση της *ψυχολογικής* κατάστασης του ασθενούς. Ακόμη, όμως, και αν αποδεχθούμε τη θεωρία της προσδοκίας, ως την πιο ικανοποιητική ερμηνεία του φαινομένου placebo, που υπερβαίνει το εμπειρικό επίπεδο και ανάγεται, με τη συνδρομή και της ψυχολογίας, στη φιλοσοφική διάσταση του φαινομένου, η απάντηση πρέπει να είναι ότι δύσκολα θα δεχόμασταν την ιδιαίτερη λειτουργία των placebo ως μη θεμελιώδη ιδιότητά τους. Και τούτο, διότι το γεγονός που καθιστά θεμελιώδη ιδιότητα της λειτουργίας τους την ιδιαίτερη, θεραπευτική ικανότητά τους, κατά την Barnhill, είναι το ίδιο το γεγονός ότι ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει μόνο ότι λειτουργούν κατά το συνηθισμένο τρόπο λειτουργίας των γνωστών φαρμακευτικών προϊόντων.⁵⁷ Αυτό που για τα κοινά φάρμακα είναι μη θεμελιώδες, κατά τη θέση αυτή, είναι θεμελιώδες για τις ουσίες placebo.

⁵⁵ Barnhill, Anne. 2011. *op. cit.* 238.

⁵⁶ Finnis, Damien G., Kaptchuk, Ted J., Miller, Franklin G., Benedetti, Fabrizio. 2010. Biological, Clinical and Ethical Advances of Placebo Effects. *Lancet* 379 (9715): 688.

⁵⁷ Barnhill, Anne. 2011. *op. cit.* 238.

Εξάλλου, η ίδια η έννοια της θεμελιώδους ιδιότητας μιας θεραπευτικής αγωγής, συνεχίζει η Barnhill, παρουσιάζει εγγενείς δυσκολίες στη σύλληψη και υιοθέτησή της. Ειδικότερα, ποιο μοντέλο ερμηνείας πρέπει να δεχθούμε για τον προσδιορισμό του περιεχομένου της έννοιας της θεμελιώδους και της μη θεμελιώδους ιδιότητας μιας θεραπείας; Για το θέμα αυτό, οι φιλόσοφοι ερίζουν. Από τη μια πλευρά, γίνεται δεκτό, ότι ο γιατρός πρέπει να πληροφορεί τον ασθενή του για την κατάσταση της υγείας του, τη φύση της προτεινόμενης θεραπείας και τους κινδύνους από την εφαρμογή της.⁵⁸ Πάλι, όμως, η επικρατούσα θεωρία για το περιεχόμενο της ενημέρωσης του ασθενούς και την πληρότητα της συναφούς συγκατάθεσής του στην επικείμενη θεραπεία, επιτρέπει την παράλειψη κάποιων πληροφοριών. Η συζήτηση, λοιπόν, για το περιεχόμενο αυτών των τελευταίων πληροφοριών, και αν σε αυτές μπορεί να συμπεριλαμβάνεται η επιδίωξη ενός φαινομένου placebo, φαίνεται να εξαρτάται από το *πρότυπο ενημέρωσης* που υιοθετούμε. Εξάλλου, η συζήτηση αυτή είναι και απαραίτητη, καθώς, από τη μια πλευρά, για τις γνήσιες ουσίες placebo, η προσφυγή στην παραπλάνηση δεν μπορεί να αποφευχθεί καθόλου, ενώ στις μη γνήσιες ουσίες placebo, η εξαπάτηση του ασθενούς μπορεί να περιορισθεί σημαντικά (για παράδειγμα, με τη διαβεβαίωση από το γιατρό, ότι ο ασθενής λαμβάνει ένα συνηθισμένο αντιβιοτικό φάρμακο).

Το παραδοσιακό εργαλείο που χρησιμοποιείται για την απάντηση στην ερώτηση αν η φύση μιας θεραπείας ως placebo ανήκει στις θεμελιώδεις ιδιότητές της, που πρέπει να αποκαλύπτονται στον ασθενή, είναι το πρότυπο του *μέσου γιατρού* (reasonable physician standard). Με τον τρόπο αυτό, η αμερικανική, ιδίως, έννομη τάξη που εφαρμόζει σε μεγαλύτερο βαθμό αυτό το πρότυπο, καταλήγει να εξαρτά την απάντηση στο ερώτημα αυτό από την κρίση των ειδικών, για την πάθηση ή το νόσημα, γιατρών, και στη γνώμη τους αν οι πληροφορίες που παραλείφθηκαν emπίπτουν ή όχι στο σκληρό πυρήνα των απαραίτητων πληροφοριών.⁵⁹ Η μέθοδος που ακολουθείται για να διαπιστωθεί η επικρατούσα γνώμη στην ιατρική κοινότητα για το *minimum* των πληροφοριών που πρέπει να λαμβάνει ο ασθενής περιλαμβάνει τη μελέτη και εξαγωγή συμπερασμάτων από τις έρευνες που πραγματοποιούνται και τα ερωτηματολόγια που παρέχονται στους γιατρούς.

Από την αντίθετη πλευρά, βρίσκεται το μοντέλο του *μέσου ασθενούς* (reasonable patient standard), σύμφωνα με το οποίο καθοριστική είναι η παροχή των πληροφοριών που ένας μέσος, λογικά σκεπτόμενος ασθενής θα θεωρούσε απαραίτητες για τη λήψη εκ μέρους του μιας ιατρικής απόφασης.⁶⁰ Η σύλληψη του *μέσου ασθενούς* που τοποθετείται

⁵⁸ Kolber, James. 2007. *op. cit.* 100.

⁵⁹ Kolber James. 2007. *op. cit.* 101.

⁶⁰ Barnhill, Anne. 2011. *op. cit.* 239. Kolber, James. 2007. *op. cit.* 106.

στη δεκαετία 1970 στην αμερικανική δικαιοσύνη, με τη διάσημη απόφαση, *Canterbury v. Spencer*, επιβάλλει στην ιατρική κοινότητα να αφουγκράζεται τις ανάγκες και τις ιδιαίτερες επιθυμίες της κυρίαρχης ιατρικής ηθικής, όπως εκφράζονται στην καθημερινή επαφή γιατρού-ασθενούς, και σε αυτή τη βάση, να διαμορφώνει δυναμικά το περιεχόμενο των παρεχόμενων λεπτομερειών στον ασθενή. Ωστόσο, η υιοθέτηση του προτύπου αυτού, παραμένει ένα ανοιχτό θέμα. Πραγματικά, η αποδοχή της γνώμης του μέσου ασθενούς, όπως αυτή καταγράφεται στην επαφή του με το γιατρό του, ως της καθολικά επιβαλλόμενης υποχρέωσης του γιατρού, φαίνεται να επανακάμπτει στον πατερναλισμό, καθώς θέτει ως καθολικό κανόνα αυτό που γίνεται δεκτό από την πλειονότητα των ασθενών. Εξάλλου, η σφυγμομέτρηση της γνώμης των κοινών ασθενών είναι ξεκάθαρα εμπειρική υπόθεση, και γι' αυτό το λόγο, ακατάλληλη να μας παρέχει την πρώτη ύλη για τη διαμόρφωση καλά θεμελιωμένων, ηθικών κανόνων της ιατρικής πράξης. Είναι αδιαμφισβήτητο, ότι το να εξάγουμε κανονιστικές προτάσεις από πραγματιστικές παρατηρήσεις, μας παρασύρει στη φυσιοκρατική πλάνη, και πρέπει να αποφεύγεται στο χώρο της ηθικής φιλοσοφίας. Επιπλέον, ένα μοντέλο όπως αυτό του μέσου ασθενούς, καθώς και του μέσου γιατρού, ανεξάρτητα από την ορθότητα του καθενός, και τη νομιμότητα υιοθέτησης του ενός ή του άλλου, μπορεί, χάρη στην ασφάλεια δικαίου που παρέχει, να εξυπηρετεί ικανοποιητικότερα το δικαιοδοτικό σύστημα μιας χώρας, αλλά, μάλλον, αποπροσανατολίζει από το φιλοσοφικό έργο της παραγωγής ηθικών κανόνων.

Πιο κοντά στο περιεχόμενο της υποκείμενης σχέσης γιατρού-ασθενούς, και φιλοσοφικά έγκυρο, πρέπει να θεωρηθεί το υποκειμενικό κριτήριο διαπίστωσης των πληροφοριών που απαιτείται να παρέχονται πριν την εφαρμογή της θεραπείας. Σύμφωνα με το υποκειμενικό εργαλείο για την αναγνώριση της μοναδικής ιδιοσυγκρασίας του κάθε ασθενούς, ο γιατρός δεν επαναπαύεται στην παροχή των πληροφοριών, που γίνεται δεκτό, από τους περισσότερους γιατρούς ή ασθενείς, ότι πρέπει να παρέχονται· αντίθετα, διαμορφώνοντας μια προσωπική σχέση με τον ασθενή του, πρέπει να ξεκινήσει μια διαδικασία προσέγγισης του, να κατανοήσει τις προσωπικές ανησυχίες και ανάγκες του, και με αυτή την αφετηρία, να αποφανθεί για τις λεπτομέρειες της θεραπείας που ο συγκεκριμένος ασθενής, χρειάζεται, μπορεί ή/και επιθυμεί να λάβει.⁶¹ Οι Ruth Faden και Tom Beauchamp στο έργο τους, *A History and Theory of Informed Consent*, αναφέρουν το υποκειμενικό κριτήριο ως το τρίτο χρονολογικά κριτήριο που εμφανίστηκε, κυρίως, στη νομική βιβλιογραφία, και αποσκοπούσε να καθιερώσει την υποχρέωση του γιατρού να αποκαλύπτει εκείνες τις πληροφορίες, που θεωρεί ουσιώδης ο συγκεκριμένος ασθενής· μνημονεύουν, μάλιστα, την αμερικανική απόφαση, *Cobbs v. Grant*, όπου το δικαστήριο εφάρμοσε,

⁶¹ Barnhill, Anne. 2011. *op. cit.* 239.

για πρώτη φορά, το υποκειμενικό κριτήριο, χωρίς, ωστόσο, η υιοθέτησή του να γενικευθεί. Η αίτια γι' αυτό, είναι, κυρίως, πρακτική: κατηγορήθηκε, ότι αναθέτει ένα δυσανάλογο βάρος στο θεράποντα γιατρό.

Συνεπώς, απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή του υποκειμενικού κριτηρίου είναι η αναζήτηση της βούλησης του ασθενούς, με σκοπό την κρυφή χορήγηση ουσιών placebo. Μια μακρόχρονη σχέση γιατρού-ασθενούς επιτρέπει στο γιατρό να υποθέτει σωστά τη βούληση του ασθενούς. Εξάλλου, και αν ακόμη αυτό δεν συμβαίνει, είναι δυνατό να συμφωνηθεί ένα ενδεικτικό ερωτηματολόγιο που μπορεί να δια φωτίσει σχετικά με την πρόθεση λήψης ουσιών placebo. Βέβαια, αυτή η πρακτική ενέχει τον κίνδυνο να υποψιασθεί ο ασθενής, ότι πρόκειται να του χορηγηθεί μια μη κανονική ουσία, και με τον τρόπο αυτό, να χάσει η θεραπεία μεγάλο μέρος από τη *sui generis* θεραπευτική ικανότητά της.

Με τη συλλογιστική αυτή, καταλήγει η Barnhill, είναι δυνατό, εμπνεόμενοι από τη θεωρία των θεμελιωδών ιδιοτήτων της θεραπείας, να δεχτούμε, υπό προϋποθέσεις, την ορθότητα της χορήγησης ουσιών placebo. Ως προς την προτίμηση, όμως, του υποκειμενικού κριτηρίου, μπορούμε να ισχυρισθούμε ότι ενισχύει την αυτονομία του ασθενούς, καθώς η μέθοδος προσέγγισής του αποκόπτεται από τον οντολογικό ή αξιολογικό μέσο όρο της εικαζόμενης βούλησης των ασθενών, και κατευθύνεται στην εξεταζόμενη βούληση του συγκεκριμένου ασθενούς, που κάθεται στο γραφείο του γιατρού και αναζητεί φροντίδα. Η σφυγμομέτρηση της κοινής γνώμης μέσω ερευνών, μπορεί να παρέχει μια δυνατότητα γενίκευσης, η αξία της, όμως, ή, τουλάχιστον, η αφετηρία της, είναι καθαρά εμπειρική, και δεν ανοίγει το δρόμο για τη διαμόρφωση κανονιστικών προτάσεων για την ηθικότητα της θεραπείας placebo.

8. Τα Επιχειρήματα του Kolber και η Αντίκρουσή τους από την Barnhill

Ισχυρά επιχειρήματα για την υποστήριξη της παραπλανητικής χρήσης ουσιών placebo παρέχει και ο Adam Kolber στο άρθρο του, *A Limited Defense of Clinical Placebo Deception*. Αναγνωρίζει ως σημαντικότερο εμπόδιο για την υιοθέτηση της παραπλανητικής χρήσης και της απόκρυψης από τον ασθενή της πραγματικής φύσης της θεραπείας που ακολουθεί, την αυτονομία. Η αυτονομία, γράφει ο Childress, αναφέρεται στην αυτο-

διακυβέρνηση του ίδιου του ανθρώπου, στον προσωπικό κανόνα που θέτει, με επαρκή αντίληψη, και τον αυτοδεσμεύει, παραμένοντας, ταυτόχρονα, ελεύθερος από τον κυριαρχικό έλεγχο άλλων προσώπων και από προσωπικούς περιορισμούς που τον εμποδίζουν να προχωρήσει σε μια ελεύθερη επιλογή.⁶² Μολαταύτα, προσθέτει ο Kolber, ενώ η αυτονομία είναι επιθυμητή και πρέπει να αποτελεί σκοπό της ιατρικής πρακτικής, οι ασθενείς, συνήθως, δεν επισκέπτονται το γιατρό τους με (αποκλειστικό) σκοπό την ενίσχυση του αισθήματος εμπιστοσύνης, σεβασμού της προσωπικότητας και διασφάλισης της δυνατότητας αυτόνομης επιλογής. Αντίθετα, αναζητούν παροχή ιατρικής φροντίδας, και, παρακολουθηματικά, μόνο, επιδιώκουν να αντιμετωπισθούν με εμπιστοσύνη, σεβασμό και εξασφάλιση της αυτονομίας τους.⁶³ Προχωρεί, λοιπόν, και υποστηρίζει ότι δεν είναι σε κάθε περίπτωση αυτόνομο ότι οι ασθενείς αποδοκιμάζουν την παραπλανητική χρήση ουσιών placebo, υπό την προϋπόθεση, φυσικά, ότι είναι ισοδύναμη με τις κοινές θεραπείες στην ανακούφιση από τα συμπτώματα που αντιμετωπίζουν. Με άλλα λόγια, η κατηγορική απαγόρευση των θεραπειών placebo από τον αμερικανικό ιατρικό σύλλογο, έχει την έννοια ότι οι ασθενείς, σε καμία περίπτωση, δεν θα δέχονταν τη χορήγηση ουσιών placebo. Ο Kolber, μάλιστα, επικαλείται τα πορίσματα ερευνών που διεξήχθησαν στη Σουηδία: στην ερώτηση, «πρέπει οι γιατροί να χορηγούν πιο συχνά, με δική τους πρωτοβουλία, ουσίες placebo στους ασθενείς;», περίπου 25% των ασθενών απάντησαν πολύ θετικά, 7% συμφώνησαν εν μέρει, και κανένας δεν διαφώνησε απόλυτα.⁶⁴ Παρά την εμπειρική αξία της έρευνας αυτής, καθώς και άλλων παρόμοιων, και παρά το γεγονός ότι τα συμπεράσματα που αντλήθηκαν για τους ασθενείς σε μια χώρα δεν είναι βέβαιο ότι μπορούν να μεταφερθούν και σε άλλη, πρέπει να κάνουμε δεκτό ότι, σε κάποιες περιπτώσεις, οι ασθενείς εκφράζουν την επιθυμία τους να απέχουν από τη λήψη απόφασης για την ακολουθούμενη θεραπεία, ανταποκρίνονται θετικά στο θεραπευτικό προνόμιο (therapeutic privilege) του γιατρού, και είναι πρόθυμοι να λάβουν λιγότερες πληροφορίες για τη θεραπεία, αν αυτό είναι απαραίτητο για την επιτυχία της. Η κατηγορική, λοιπόν, απαγόρευση της χρήσης placebo παραβλέπει το γεγονός αυτό, και συνεπώς, πραγματικά περιορίζει τις επιλογές των ασθενών, που προσανατολίζονται στην ιατρική φροντίδα παρά στον εμπλουτισμό της αυτονομίας τους.

8.1 Η Διάκριση της Αυτονομίας από την Προτίμηση

⁶² Childress, James L.. 1997. Informed Consent. Veatch, Robert M. (ed.). *op. cit.* 195.

⁶³ Kolber, James. 2007. *op. cit.* 115.

⁶⁴ Kolber, James. 2007. *op. cit.* 116.

Από την άλλη πλευρά, η Anne Barnhill επιχειρεί να αποδομήσει το πρώτο επιχειρήμα του Kolber. Ουσιαστικά, το επιχείρημα του Kolber στηρίζεται στον παρακάτω συλλογισμό: (i) η αυτονομία του ασθενούς παραβιάζεται, αν ο ασθενής δεν επιθυμεί να λάβει παραπλανητικά ουσίες placebo, (ii) μερικοί ασθενείς επιθυμούν να λάβουν παραπλανητικά ουσίες placebo, συνεπώς, (iii) δεν παραβιάζεται η αυτονομία *κάθε* ασθενούς με την παραπλανητική χρήση ουσιών placebo. Η Barnhill αμφισβητεί την ορθότητα της πρότασης (i), σύμφωνα με την οποία δεν μπορούμε να αποφανθούμε αυτόματα, χωρίς άλλη προϋπόθεση, ότι παραβιάζεται η αυτονομία του ασθενούς με μόνη την παραπλανητική χρήση ουσιών placebo, παρά μόνο αν εξετάσουμε τη βούλησή του. Κατά την αμερικανίδα φιλόσοφο, πρέπει να διακριθεί ο σεβασμός και η διασφάλιση της αυτονομίας από την ικανοποίηση των επιθυμιών και των *προτιμήσεων* του ασθενούς.⁶⁵ Ας σκεφθούμε, για παράδειγμα, ένα γιατρό που, με πατερναλιστικό τρόπο, λαμβάνει αποφάσεις για τον ασθενή του, και ταυτόχρονα κατορθώνει να είναι σύμφωνες με τις προτιμήσεις του. Στην περίπτωση αυτή, πρέπει να παραδεχτούμε, ότι οι προτιμήσεις του ασθενούς ικανοποιήθηκαν, από τη μια πλευρά, αλλά η αντιμετώπισή του δεν έγινε με σεβασμό στην αυτονομία του. Με άλλα λόγια, η αυτονομία και οι προτιμήσεις είναι δυο *ανεξάρτητες* έννοιες, που δεν εξασφαλίζουν ότι ο σεβασμός της μιας απορρέει αυτόματα από την ικανοποίηση των άλλων.⁶⁶

Στο επιχείρημα της Barnhill θα μπορούσε, όμως, να αντιταχθεί ότι και η ίδια η αυτο-υπαγωγή του ασθενούς στο θεραπευτικό προνόμιο του γιατρού αποτελεί μια έκφραση άσκησης της αυτονομίας του. Ίδου η δομή του επιχειρήματός της: (i) η έννοια της αυτονομίας επιτρέπει στον ασθενή να αποφασίζει ο ίδιος για τη θεραπεία που θα ακολουθήσει, (ii) η έννοια της προτίμησης *παραπέμπει* στην ικανοποίηση των ιδιαίτερων επιθυμιών και αναγκών του υποκειμένου της από ένα άλλο πρόσωπο, και συνεπώς, (iii) λόγω της ετερότητας των εννοιών αυτών, η σύμπτωσή τους στο ζήτημα της παραπλανητικής χρήσης ουσιών placebo, δεν μπορεί παρά να είναι τυχαία. Από τις προτάσεις αυτές, το συμπέρασμα θα μπορούσε ευχερώς να προσβληθεί. Πραγματικά, μπορούμε να σκεφθούμε την αυτονομία ως την έννοια που επιβάλλει στο γιατρό να σεβασθεί το μοναδικό για κάθε άνθρωπο τρόπο λήψης αποφάσεων που έχει υιοθετήσει· δηλαδή, αν ο ασθενής, έχοντας πλήρη αυτοκυριαρχία της προσωπικότητάς του και έλεγχο των πνευματικών του δυνάμεων, επιλέγει αυτόνομα να υπαχθεί στο θεραπευτικό προνόμιο του γιατρού του, και να ακολουθήσει τη θεραπεία που αυτός προκρίνει ως την ενδεδειγμένη για την πάθησή του, δεν μπορούμε

⁶⁵ Barnhill, Anne. 2011. *op. cit.* 228.

⁶⁶ Barnhill, Anne. 2011. *op. cit.* 228.

να πούμε ότι η προτίμηση του ασθενούς ικανοποιήθηκε με μη αυτόνομο τρόπο. Ο γιατρός αποφάσισε και έπραξε με τον τρόπο που ο ασθενής του, αυτόνομα, επέλεξε, και, έτσι, ανατρέπεται ο προβληματισμός που δημιουργήθηκε για τη συμβατότητα της αυτονομίας και της προτίμησης. Ας υποθέσουμε μια ακραία περίπτωση όπου η ιδιαίτερη προτίμηση του ασθενούς είναι να προσεγγισθεί από το γιατρό του με γνήσιο πατερναλισμό. Δεν είναι πραγματικά το ίδιο το περιεχόμενο της έννοιας της αυτονομίας να αποφασίζει ο ίδιος ο ασθενής για τον τρόπο προσέγγισής του από το γιατρό του, ακόμη και αν προτιμά τον πατερναλιστικό τρόπο; Διαφορετικά, θα έπρεπε να συστείλουμε το περιεχόμενο της αυτονομίας, αν δεχόμασταν ότι ο ασθενής μπορεί να αποφασίζει πώς θα αντιμετωπισθεί από το γιατρό του, αρκεί να μην αποφασίζει να αντιμετωπισθεί πατερναλιστικά. Έτσι, θα μπορούσαμε να τροποποιήσουμε το συμπέρασμα του Kolber και να αναδιατυπώσουμε την πρόταση (iii) με τον ακόλουθο τρόπο: (iii) δεν παραβιάζεται η αυτονομία του ασθενούς με την παραπλανητική χρήση ουσιών placebo, αν ο ασθενής προτιμά να αποφασίσει ο γιατρός του για το είδος της θεραπείας, κατέληξε δε σε αυτή την επιλογή αυτόνομα.

8.2 Η Έννοια της Αυτόνομης Προτίμησης

Το δεύτερο επιχείρημα του Kolber αναπτύσσεται στο κεφάλαιο με τίτλο, *Inconsistent with Some Patients' Autonomy*. Στο κεφάλαιο αυτό, ο Kolber εισάγει την έννοια της *αυτόνομης προτίμησης* (autonomous preference), με σκοπό να αποδείξει, ότι η προτίμηση κάποιων ασθενών, που διαμορφώθηκε αυτόνομα, δηλαδή χωρίς επέμβαση από τρίτα πρόσωπα, είναι να παραχωρήσουν την αρμοδιότητα λήψης αποφάσεων στο γιατρό τους. Συγκεκριμένα, στο περιεχόμενο της έννοιας της αυτονομίας, περιέχεται ως θεμελιώδης έκφανση η εξουσία λήψης αποφάσεων από τον ίδιο τον άνθρωπο για τις ιατρικές πράξεις όπου θα υποβληθεί, απαλλαγμένος από τον έλεγχο και την παρέμβαση άλλων προσώπων.⁶⁷ Ταυτόχρονα, όμως, και από την αντίστροφη πλευρά, είναι πιθανό, ο ασθενής να καταλήξει αυτόνομα στην απόφαση να αναθέσει, ρητά ή σιωπηρά, την εξουσία λήψης ιατρικών αποφάσεων αποκλειστικά στο γιατρό του. Ο Kolber, μάλιστα, μνημονεύει την περίπτωση μιας ασθενούς που κατέστησε σαφές στο γιατρό της, ότι δεν επιθυμεί να λάβει περισσότερες πληροφορίες για την επέμβαση αφαίρεσης όγκου στο στήθος, παρ' όλ' αυτά, ο γιατρός της, εκτιμώντας ότι αυτή είναι η στάση των περισσότερων γυναικών που μετεγχειρητικά εξελίσσεται σε αιτία εμφάνισης ήπιας ή μέτριας μορφής κατάθλιψης,

⁶⁷ Πρωτοπαπαδάκης, Ευάγγελος, 2014. *op. cit.* 253-4.

αγνόησε την αυτόνομη επιλογή της, και της ανέφερε τις λεπτομέρειες της κατάστασης που θα διαμορφωθεί μετά την εγχείριση.⁶⁸ Η στάση του γιατρού απέναντι στην ασθενή του είναι πατερναλιστική, καθώς παραβλέπει την αυτόνομη επιλογή της να παραμείνει στο σκοτάδι αναφορικά με τις συνέπειες της επέμβασης όπου θα υποβληθεί, και αντιστρέφει την αρμοδιότητα λήψης αποφάσεων· καθώς εκτιμά, ότι η απόφαση της ασθενούς του δεν είναι προϊόν μιας αυτόνομης ιδιοσυγκρασίας, αλλά κυριαρχείται από την προεγχειρητική, συναισθηματική φόρτισή της, αγνοεί την απόφασή της, και αποφασίζει ο ίδιος, πιστεύοντας ότι η πράξη του θα περιορίσει τις πιθανότητες εμφάνισης κάποιας μορφής κατάθλιψης στο μέλλον.

Αντίστροφα, στην περίπτωση των θεραπειών placebo, είναι πιθανό, κατά τον Kolber, ο ασθενής να καταλήξει με γνήσια αυτόνομο τρόπο στην επιλογή να υπαχθεί στην αποφασιστική εξουσία του γιατρού, και να περιορισθεί στη θεραπεία που θα του υποδείξει εκείνος, παραιτούμενος από οποιαδήποτε συμμετοχή στη διαδικασία επιλογής της. Η επιλογή αυτή παρουσιάζει, κατά τη γνώμη του, το χαρακτήρα της *αυτόνομης προτίμησης*, που πρέπει, καθώς είναι προϊόν της αυτονομίας του ασθενούς, να διαφυλαχθεί και να γίνει σεβαστή. Σε περίπτωση που δεν συμβεί αυτό, ο γιατρός αποτυγχάνει να διαφυλάξει την αυτονομία του ασθενούς του, καθώς δεν σέβεται τον τρόπο απόφασης που εκείνος πρόκρινε, και του επιβάλλει τον, κατά τη γνώμη του, ορθότερο τρόπο λήψης απόφασης.⁶⁹ Με άλλα λόγια, η επιλογή του ενός ή του άλλου τρόπου λήψης απόφασης, στην περίπτωση των ιατρικών πράξεων, αποτελεί μια έκφανση της αυτονομίας που πρέπει να τηρηθεί από το γιατρό, ακόμη και αν αυτό έχει ως συνέπεια να ακολουθηθεί μια διαδικασία που παραπέμπει μάλλον στον πατερναλισμό παρά στην αυτονομία. Βέβαια, καταλήγει, το θέμα ποιος ασθενής προτιμά να αποφασίσει ο ίδιος ή ο γιατρός του, ή να αποφασίσει από κοινού με αυτόν, είναι εμπειρικό ζήτημα και ανάγεται στο χτίσιμο μιας στενής και ουσιαστικής σχέσης γιατρού-ασθενούς, όπως είδαμε παραπάνω.

Η Barnhill ασκεί δριμεία κριτική και στο δεύτερο επιχειρήμα του Kolber, και επιχειρεί να το αποδομήσει, προσδιορίζοντας διαφορετικά το περιεχόμενο της αυτονομίας και διαφοροποιώντας την αυτονομία από την προτίμηση. Συγκεκριμένα, υποστηρίζει, η προτίμηση κάποιων ασθενών σε ένα παθητικό σύστημα λήψης αποφάσεων, και η συναφής αποτυχία προσφυγής στις θεραπείες placebo, δεν οδηγεί αναπόδραστα στην παραβίαση της αυτονομίας τους. Γράφει, ότι «Είναι ένα νομικό μειονέκτημα από την απαγόρευση παραπλανητικής χρήσης ουσιών placebo, το γεγονός ότι δεν ικανοποιεί την άρρητη

⁶⁸ Kolber, James. 2007. *op. cit.* 117.

⁶⁹ Kolber, James. 2007. *op. cit.* 118.

προτίμηση κάποιων ασθενών για περιορισμένη ενημέρωση.»⁷⁰ Μολαταύτα, η αδυναμία ικανοποίησης της προτίμησης αυτής δεν εκτείνεται στο σημείο να επιφέρει και παραβίαση της αυτονομίας, καθώς η αυτονομία, με την ειδικότερη και επίμαχη έκφασή της, την ενημερωμένη συγκατάθεση, έχει διαφορετικό περιεχόμενο. Η Barnhill προχωρεί ακόμη ένα βήμα, καθώς διερωτάται με ποιο τρόπο, κατά τον Kolber, παραβιάζεται η αυτονομία του ασθενούς, όταν ο γιατρός του του επιβάλλει ένα συγκεκριμένο τρόπο λήψης απόφασης, και προϋποθέτει για τη συνέχιση της ιατρικής πράξης, την ενημερωμένη συγκατάθεσή του. Η αντίρρησή της συνίσταται στην παραδοχή ότι ακόμη και όταν δεν ικανοποιείται η προτίμηση των ασθενών να λάβουν λιγότερες ή και καθόλου πληροφορίες για την επικείμενη ιατρική πράξη, υποδεικνύουν ότι επιθυμούν να απέχουν από τη λήψη απόφασης για την ενδεδειγμένη θεραπεία, και την αναθέτουν αποκλειστικά στο γιατρό τους, η αυτονομία παραμένει ακέραιη· η ικανοποίηση των προτιμήσεων των ασθενών δεν αποτελεί συστατικό στοιχείο του σεβασμού της αυτονομίας τους, είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους διαδικασίες.⁷¹

Επιπλέον, διαφωνεί και με την αναλογία που χαράζει ο Kolber ανάμεσα στην παραπλανητική χρήση ουσιών placebo (που δεν πραγματώνεται λόγω της αναγκαστικής αντιστροφής της αρμοδιότητας απόφασης) και στην περίπτωση της ασθενούς που πάσχει από καρκίνο του στήθους. Κατά τη γνώμη της, ο γιατρός που δεν σέβεται την επιθυμία της ασθενούς του να μη λάβει πληροφόρηση για τη μετεγχειρητική κατάστασή της και τον τρόπο αντιμετώπισής της, παραβιάζει την αυτονομία της, καθώς δεν της επιτρέπει να επιλέξει τον τρόπο με τον οποίο αποφασίζει, αποφασίζει ο ίδιος γι' αυτήν, και της παρέχει τις πληροφορίες που εκτιμά ότι πρέπει να λάβει, απορρίπτοντας το δικαίωμά της να αποφασίσει αυτόνομα η ίδια να μην πληροφορηθεί.⁷² Ωστόσο, η θέση της Barnhill δεν αναπτύσσεται πειστικά και δεν μπορεί να γίνει δεκτή. Ας προσπαθήσουμε να διακρίνουμε τις προτάσεις όπου στηρίζεται ο συλλογισμός της: (i) ο γιατρός πρέπει να σέβεται την αυτονομία του ασθενούς του, (ii) η αυτονομία επιβάλλει την υποχρέωση στο γιατρό να εφαρμόζει τον τρόπο λήψης απόφασης που επιλέγει ο ίδιος ο ασθενής αναφορικά με τη θεραπευτική διαδικασία, ακόμη και αν ο ίδιος θεωρεί ένα διαφορετικό τρόπο ως καλύτερο για τον ασθενή του, συνεπώς, (iii) η εφαρμογή από το γιατρό του, κατά τη γνώμη του, καλύτερου τρόπου λήψης απόφασης για τη θεραπευτική διαδικασία, ενώ ο ασθενής έχει ήδη εκφράσει την προτίμησή του για ένα διαφορετικό τρόπο λήψης αποφάσεων, προσβάλλει την αυτονομία του ασθενούς. Στο συλλογισμό αυτό, θα μπορούσε να αντιταχθεί αντίρρηση για την πρόταση (ii). Ενώ, η Barnhill δέχεται ότι παραβιάζεται η αυτονομία, όταν ο

⁷⁰ Barnhill, Anne. 2011. *op. cit.* 230.

⁷¹ Barnhill, Anne. 2011. *op. cit.* 231.

⁷² Barnhill, Anne. 2011. *op. cit.* 232.

γιατρός επιβάλλει στον ασθενή του το δικό του τρόπο λήψης αποφάσεων, διαφωνεί με τη θέση ότι παραβιάζεται η αυτονομία, και όταν δεν ικανοποιείται μια *προτίμηση*, όταν ο ασθενής καθιστά σαφές ότι δεν επιθυμεί να λάβει μέρος στη διαδικασία απόφασης, και διαμόρφωσης της θεραπείας, και παραδίδεται έτσι στο θεραπευτικό προνόμιο του γιατρού του. Η διαφοροποίηση αυτή θα ήταν δικαιολογημένη, αν τα συστατικά στοιχεία που συνθέτουν την καθεμιά περίπτωση ήταν *ουσιωδώς* διαφορετικά. Στη μια περίπτωση, αντιμετωπίζουμε την προτίμηση ενός ασθενούς για ένα παθητικό τρόπο απόφασης, που επιτρέπει στο γιατρό να προσφύγει στη χορήγηση ουσιών placebo, και στην άλλη, αντιμετωπίζουμε την επιθυμία επιλογής από την ασθενή ενός ενεργητικού τρόπου απόφασης, που επιβάλλει στο γιατρό να μην της γνωστοποιήσει περισσότερες πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας της. Η Barnhill υποστηρίζει, ότι στην πρώτη περίπτωση είμαστε ενώπιον μιας (απλής) μη ικανοποίησης μιας προτίμησης, που δεν ανάγεται σε παραβίαση της αυτονομίας, καθώς η προτίμηση του ασθενούς τοποθετείται σε διαφορετικό, οντολογικό επίπεδο από την αυτονομία του, ενώ η δεύτερη περίπτωση παραπέμπει σε ευθεία παραβίαση της αυτονομίας, καθώς εμποδίζει την ασθενή να επιλέξει το μέγεθος της ενημέρωσής της, που *προτιμά* να περιορισθεί στο ελάχιστο.

9. Η Επιδίωξη της Στοιχειώδους Αυτονομίας

9.1 Γενικότητες

Από την παραπάνω ανάλυση γίνεται φανερό, ότι δεν θα μπορούσε να υποστηριχθεί η παραπλανητική χρήση placebo, χωρίς προσφυγή στην έννοια της αυτονομίας, με την ειδικότερη έκφασή της, την ενημερωμένη συγκατάθεση, και χωρίς να αποδειχθεί ότι η παραπλάνηση αυτή *δεν παραβιάζει* την αυτονομία. Θεμελιώδες έργο για τον προσδιορισμό και την περιγραφή της έννοιας της ενημερωμένης συγκατάθεσης αποτελεί το βιβλίο των Faden και Beauchamp, *A History and Theory of Informed Consent*. Στο έβδομο κεφάλαιο, οι συγγραφείς αναφέρονται στις προϋποθέσεις που απαιτούνται προκειμένου να θεωρηθεί μια πράξη ως προϊόν της αυτόνομης βούλησης του υποκειμένου της. Πέρα από τα δύο πρότυπα ερμηνείας της αυτονομίας, εκείνα της αυτονομίας ως ελευθερίας και ως αυθεντικότητας, οι συγγραφείς προχωρούν περαιτέρω και αναγνωρίζουν σε μια πράξη το χαρακτήρα της αυτονομίας, όταν το υποκείμενο ενεργεί, (i) με πρόθεση, (ii) με αντίληψη,

και (iii) με απουσία κυριαρχικών επιδράσεων.⁷³ Και ενώ η πρώτη προϋπόθεση δεν είναι επιδεικτική βαθμού, δηλαδή δεν νοείται να ικανοποιείται περισσότερο ή λιγότερο, καθώς ο άνθρωπος ενεργεί είτε με πρόθεση είτε χωρίς πρόθεση, αντίθετα, η αντίληψη και η απουσία επεμβάσεων τρίτων προσώπων είναι πιθανό να συγκεντρώνονται στο υποκείμενο της πράξης, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό. Η διάκριση αυτή είναι θεμελιώδης, και η σημασία της δεν είναι καθόλου θεωρητική: ο βαθμός αντίληψης με τον οποίο περιβάλλει την πράξη του ένα πρόσωπο, και η απουσία ξένων επιδράσεων στη διαδρομή υλοποίησης της, καθορίζουν το βαθμό αυτονομίας που χαρακτηρίζει την πράξη καθ' εαυτή. Παραθέτουμε το σχήμα, που αναπαριστά χαρακτηριστικά το μέτρο της αυτονομίας μιας πράξης:⁷⁴

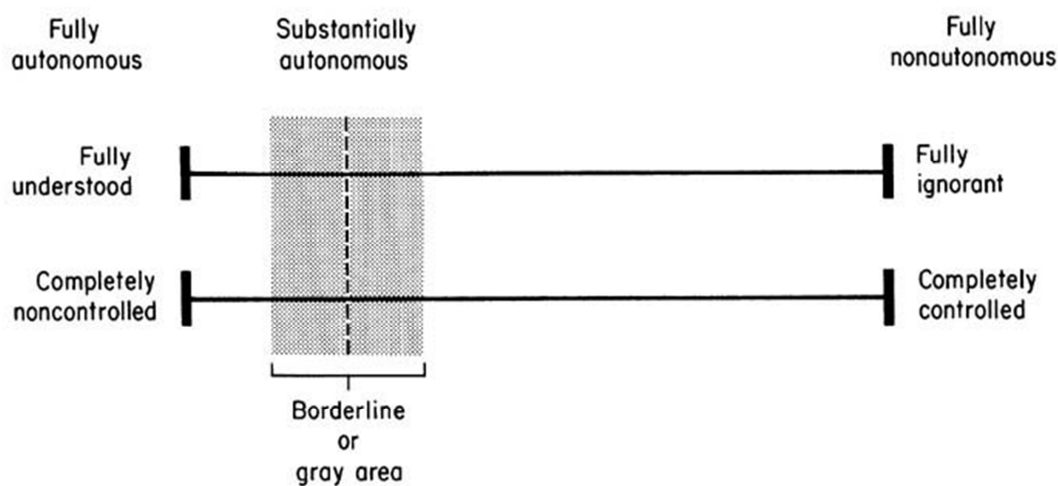


Fig. 1. Degrees of autonomy of intentional actions

Η υποθετική περίπτωση μιας πράξης, όπου το υποκείμενο ενεργεί με πρόθεση, πλήρη κατανόηση του περιγράμματος των συνθηκών που επικρατούν, και απουσία οποιουδήποτε ελέγχου τρίτου προσώπου στο περιεχόμενο της πράξης του, συνιστά μια *απόλυτα αυτόνομη* πράξη, και τοποθετείται στο αριστερό άκρο του σχήματος. Με τον περιορισμό των προϋποθέσεων (ii) και (iii), εξασθενίζει και η ποιότητα της αυτονομίας μιας πράξης, μέχρι που καταλήγει να είναι μια *μη αυτόνομη* πράξη, όταν οι προϋποθέσεις εκλείπουν ολοκληρωτικά. Η πρακτική σημασία της σχηματικής απεικόνισης των προϋποθέσεων της αυτόνομης πράξης εξυπηρετεί να συλλάβουμε, ότι ποτέ καμία πράξη δεν είναι απόλυτα αυτόνομη. Η υιοθέτηση της παραδοχής ότι υπάρχουν πλήρως αυτόνομες πράξεις, όπως του Benn,⁷⁵ παραπέμπει μάλλον σε μια ιδεαλιστική θεώρηση για την ανθρώπινη πράξη και την ελευθερία, και πρέπει να κριθεί ακατάλληλη, τουλάχιστον, για το

⁷³ Faden, Ruth R., Beauchamp, Tom L. 1986. *A History and Theory of Informed Consent*. New York: Oxford University Press. 238.

⁷⁴ Faden, Ruth R., Beauchamp, Tom L. 1986. *op. cit.* 239.

⁷⁵ Benn, Stanley I. 1976. Freedom, Autonomy, and the Concept of a Person. *Proceedings of the Aristotelian Society* LXXVI: 124.

χώρο της ιατρικής ηθικής. Αντίθετα, μια πραγματοκρατική θεώρηση της αυτονομίας επιβάλλει να δεχθούμε, όπως συμβαίνει και στις καθημερινές ανθρώπινες περιστάσεις, όπου αρμόζει εξίσου η θεωρία της αυτονομίας, ότι δεν (πρέπει να) επιδιώκεται η ιδεαλιστικά θεωρούμενη, απόλυτα αυτόνομη πράξη· σκοπός της ηθικής φιλοσοφίας είναι να καθοδηγήσει τον άνθρωπο να πράττει με *στοιχειώδη αυτονομία*, και (όσο γίνεται πιο) κοντά στο αριστερό άκρο του σχήματος.⁷⁶ Παράλληλα, όμως, το περιεχόμενο της ιδιαίτερης έννοιας της στοιχειώδους αυτονομίας δεν μπορεί να είναι *a priori* καθορισμένο, αλλά, αντίθετα, πρέπει να εξετάζονται οι συγκεκριμένες συνθήκες της πράξης, και να εκτιμάται κατά περίπτωση αν εμπίπτει στα όρια της στοιχειώδους αυτονομίας. Άλλωστε, η ίδια η σύλληψη της στοιχειώδους αυτονομίας αποτελεί ένα πρακτικό σκοπό που πρέπει να επιδιώκει το ηθικό πρόσωπο, μέσα στις πραγματικές συνθήκες όπου ζει και δρα, και μια ηθική υποχρέωση τρίτων προσώπων να τον συνδράμουν στον αγώνα αυτό.

9.2 Η Προϋπόθεση της Ορθής Αντίληψης της Πράξης (Condition of Perception)

Οι προϋποθέσεις (ii) και (iii), δηλαδή, η ορθή αντίληψη της πράξης και η απουσία κυριαρχικών επεμβάσεων τρίτων προσώπων σε αυτή, σε αντίθεση με την προϋπόθεση (i), περικλείουν πολλές και μεγάλες δυσκολίες, και, συνεπώς, θα πρέπει να μας απασχολήσουν περισσότερο. Η προϋπόθεση (ii), συγκεκριμένα, είναι συνυφασμένη με ένα παλαιό ερώτημα στη φιλοσοφία, στο οποίο δεν έχει δοθεί, ακόμη, μια κοινά αποδεκτή απάντηση: τι σημαίνει, πραγματικά, ότι ένα πρόσωπο αντιλαμβάνεται; Εμβληματικά έργα από το χώρο της επιστημολογίας, όπως εκείνα του Locke, *An Essay Concerning Human Understanding*, και του Hume, *An Enquiry Concerning Human Understanding*, πραγματεύονται, κυρίως, την έννοια της αντίληψης, ως μιας σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ του φυσικού αντικειμένου, όπως αυτό υφίσταται στον εξωτερικό κόσμο, και του προσώπου που το προσλαμβάνει με τις αισθήσεις του, του παρατηρητή· με άλλους λόγους, το κεντρικό ερώτημα που απασχολεί τους συγγραφείς είναι, αν ταυτίζονται το φυσικό αντικείμενο και το *αντιληψιακό* αντικείμενο, δηλαδή το προϊόν της ανθρώπινης αντίληψης, ή αν θα πρέπει να δεχθούμε μια ετερότητα, ένα αγεφύρωτο χάσμα μεταξύ τους.

⁷⁶ Faden, Ruth R., Beauchamp, Tom L. 1986. *op. cit.* 241.

Σε αντιδιαστολή, λοιπόν, με το θέμα του ταυτισμού ή της διαφοροποίησης του φυσικού και του αντιληψιακού αντικειμένου, κύριο ενδιαφέρον μας είναι μια άλλη, πιο ανεξερεύνητη περιοχή της αντίληψης: η αναζήτηση των προϋποθέσεων, και η περιγραφή της διαδικασίας, με την οποία ο άνθρωπος *κατανοεί* το περιεχόμενο μιας πράξης ή παράλειψής του, ή ενός τρίτου προσώπου. Τόσο η φιλοσοφία όσο και η ψυχολογία ερίζουν ως προς τη λύση του προβλήματος αυτού. Κι ενώ η ψυχολογία επικεντρώνεται, κυρίως, στη μελέτη των γνωσιακών και νευροψυχολογικών διαδικασιών που διαφωτίζουν πώς οι άνθρωποι προσεγγίζουν την επικοινωνία με άλλους ανθρώπους, και, έτσι, κατορθώνουν να την αντιληφθούν ορθά, από την άλλη πλευρά, η φιλοσοφία αποπειράται να προσδιορίσει το περιεχόμενο των προϋποθέσεων, που συνθέτουν την ίδια την έννοια της αντίληψης. Παρ' όλ' αυτά, εξακολουθούμε, ακόμη και σήμερα, να βρισκόμαστε αντιμέτωποι με αβέβαιες παραδοχές και συλλήψεις της αντίληψης· «ας σκεφθούμε», για να παραθέσουμε τη χαρακτηριστική παρατήρηση του Danto, «πόσα [κατορθώσαμε, μέχρι σήμερα, να] αντιλαμβανόμαστε, και πόσο σκοτεινή παραμένει, ακόμη, η έννοια της αντίληψης.»⁷⁷

Ας πάρουμε, για παράδειγμα, την πρόταση, «Αντιλαμβάνομαι πώς να προσεύχομαι». Στην πρόταση αυτή, η έννοια της αντίληψης συνδέεται με μια πρακτική γνώση, και την κατοχή της αντίστοιχης ικανότητας ενός ανθρώπου να προσεύχεται (*understanding how*). Εξάλλου, στην πρόταση, «Αντιλαμβάνομαι ότι ο ήλιος βρίσκεται στο κέντρο του σύμπαντος», η ανάλυση της έννοιας της αντίληψης μπορεί να περιορισθεί στην παραδοχή μιας μορφής γνώσης ως δικαιολογημένης πεποίθησης ενός ανθρώπου (*understanding that*). Με την έννοια αυτή, δεχόμαστε, ως προϋπόθεση για μια ιατρική επέμβαση, την αντίληψη του ασθενούς, *ότι* απαιτείται η συναίνεσή του σε αυτή· αν δεν υπάρχει η συναίνεση του ασθενούς, ή αν ο ασθενής ρητά την απορρίπτει, η ιατρική πράξη δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί. Τέλος, εντοπίζουμε τη σημαντικότερη για το θέμα μας έννοια της αντίληψης στην πρόταση, «Αντιλαμβάνομαι τι υποστηρίζεις». Εδώ, η αντίληψη δεν νοείται ως πεποίθηση—δεν απαιτείται να πιστεύω *ότι* υποστηρίζεις—αλλά ως κατανόηση (*understanding what*). Η ορθή αντίληψη, συνεπώς, αναφέρεται στην κατανόηση του ασθενούς, *ότι* πρόκειται (και πρέπει) να συναινέσει ή να απορρίψει μια ιατρική πράξη, αφού αντιληφθεί ορθά σε *τι* συνίσταται η συγκεκριμένη ιατρική πράξη που θα εγκρίνει ή θα απορρίψει.⁷⁸

Αν, λοιπόν, προσεγγίζαμε την ορθή αντίληψη, ως δικαίωμα του ασθενούς να κατανοήσει *απόλυτα* την ιατρική πράξη όπου θα υποβληθεί, θα δεχόμασταν ότι συντρέχει,

⁷⁷ Danto, Arthur C. 1968. *Analytical Philosophy of Knowledge*. Cambridge: Cambridge University Press. 152.

⁷⁸ Faden, Ruth R., Beauchamp, Tom L. 1986. *op. cit.* 250.

αν ο ασθενής κατανοεί το σύνολο των προτάσεων που αναφέρονται, (i) στη φύση της πράξης, και (ii) στις *προβλέψιμες* συνέπειες που μπορεί να προέλθουν από την εκτέλεση, ή την παράλειψή της.⁷⁹ Αν, όμως, υποθεθεί ότι οι ασθενείς (μπορούν και) πρέπει να κατανοούν *όλες* τις πληροφορίες για την πράξη καθ' εαυτήν και τις προβλέψιμες συνέπειές της, θα ολισθαίναμε, μάλλον, σε μια ακόμη μορφή ιδεατής αυτονομίας, που, όπως δεχθήκαμε, δεν προσαρμόζεται στις καθημερινές ανάγκες του ανθρώπου. Αν προηγουμένως απορρίψαμε την ιδέα μιας απόλυτα αυτόνομης πράξης, για τον ίδιο λόγο, πρέπει να απορρίψουμε και την ιδέα της παντογνωσίας (*omniscience*) του ασθενούς. Οι Faden και Beauchamp δέχονται, λοιπόν, ότι ο ασθενής αρκεί να γνωρίζει, μόνο, τις *ουσιώδεις* (*evidentiary*) πληροφορίες της πράξης που θα εγκρίνει ή θα απορρίψει. Ωστόσο, ο ορισμός που παραθέσαμε περικλείει και μια δεύτερη αδυναμία, στενά συνυφασμένη με την πρώτη: ουσιώδεις πρέπει να θεωρηθούν οι συναφείς (*relevant*) με το *συγκεκριμένο* ασθενή εκφάνσεις της επικείμενης πράξης.⁸⁰ Ας εξετάσουμε το παράδειγμα της Gretchen και της Margaret που μας παρουσιάζουν οι συγγραφείς: Η Gretchen είναι μια έγκυος, που αντιμετωπίζει τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου του παιδιού της, αν επιλέξει να γεννήσει με φυσιολογικό τοκετό· της απομένει, λοιπόν, να συναινέσει στην πραγματοποίηση καισαρικής τομής, προκειμένου να γεννηθεί ομαλά το κυοφορούμενο. Από την άλλη πλευρά, η Margaret, πρώην ολυμπιονίκης στο άθλημα του μαραθωνίου δρόμου, καλείται κι εκείνη να συναινέσει σε καισαρική τομή. Η Margaret, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της, όσο της το επέτρεπε, εξακολούθησε να προπονείται καθημερινά, και σχεδιάζει, σε σύντομο χρόνο μετά τη γέννηση του παιδιού της, να συμμετάσχει, χωρίς, βέβαια, υψηλές αξιώσεις, σε ένα εθνικό διαγωνισμό μαραθωνίου δρόμου. Ωστόσο, η ίδια πληροφορία, που για την Gretchen δεν βαρύνει, ως προς την επιλογή ή απόρριψη της καισαρικής μεθόδου, είναι θεμελιώδης για τη Margaret: η επιλογή της καισαρικής τομής θα έχει σαν συνέπεια, λόγω του μεγαλύτερου χρόνου ανάρρωσης του οργανισμού της, να μην μπορεί να συμμετάσχει στον εθνικό διαγωνισμό, τουλάχιστον χωρίς κίνδυνο της υγείας της.⁸¹ Το παράδειγμα αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι, πέρα από το γεγονός ότι δεν είναι *όλες* οι πληροφορίες απαραίτητες, προκειμένου να διαμορφώνεται ορθή αντίληψη στον ασθενή, δεν είναι και οι *ίδιες* πληροφορίες θεμελιώδεις από ασθενή σε ασθενή. Οι Faden και Beauchamp καταλήγουν, λοιπόν, ότι πρέπει να παρέχονται, μόνο, οι *ουσιώδεις* πληροφορίες για το *συγκεκριμένο* ασθενή, εκείνες δηλαδή που κατέχουν πρωταγωνιστική θέση στην υιοθέτηση μιας ιατρικής απόφασης από αυτόν, ή, για να το διατυπώσουμε διαφορετικά, εκείνες

⁷⁹ Faden, Ruth R., Beauchamp, Tom L. 1986. *op. cit.* 251.

⁸⁰ Faden, Ruth R., Beauchamp, Tom L. 1986. *op. cit.* 302-4.

⁸¹ Faden, Ruth R., Beauchamp, Tom L. 1986. *op. cit.* 303-4.

οι πληροφορίες που, αν τις γνώριζε, εικάζεται ότι θα αποφάσιζε με διαφορετικό τρόπο απ' ό,τι αποφάσισε χωρίς αυτές.

Καταλήγουμε, λοιπόν, κατά τους Faden και Beauchamp, στο συμπέρασμα, ότι η στοιχειώδης αντίληψη της συναίνεσης (ή απόρριψης της) ιατρικής πράξης δεν προϋποθέτει την αποκάλυψη από το γιατρό, ενός όγκου σχετικών αλλά μη ουσιωδών προτάσεων γι' αυτή. Παρά την άγνοια από τον ασθενή, κατά τη γνώμη αυτή, πληροφοριών που συνάπτονται με την ιατρική πράξη (όπως, στην προκειμένη περίπτωση, των επιπτώσεων στην αθλητικότητα του σώματος), εντούτοις, μπορεί να γίνει δεκτό ότι ο ασθενής παρέχει μια *πλήρη* συναίνεση, υπό την προϋπόθεση ότι έχει λάβει όλες τις ουσιώδεις γι' αυτόν πληροφορίες.⁸² Έτσι, αντιλαμβανόμαστε ότι δεν μπορεί να υιοθετηθεί ένας απόλυτος κανόνας για το *minimum* των πληροφοριών που *πρέπει* να παρέχονται στους ασθενείς, και, χωρίς αυτές, θα συνάγεται, *αυτόματα*, η παραβίαση της αυτονομίας τους. Η επιλογή της διερεύνησης της ιδιαίτερης ιδιοσυγκρασίας κάθε ασθενούς επιτυγχάνεται με την αποτελεσματική διαμόρφωση μιας δυνατής σχέσης του με το γιατρό του, που θα επιτρέπει στον τελευταίο να διαμορφώνει ένα σύνολο ουσιωδών για το συγκεκριμένο ασθενή πληροφοριών, απαραίτητων για μια αυτόνομη παροχή συναίνεσης. Εξίσου αινιγματική, όμως, είναι και η διάγνωση της προϋπόθεσης (iii) για το μέγεθος της αυτονομίας του ασθενούς.

9.3 Η Προϋπόθεση της Απουσίας Κυριαρχικών Επιδράσεων Τρίτων Προσώπων (Controlling Influences)

Από την άλλη πλευρά, για το χαρακτηρισμό μιας πράξης ως στοιχειωδώς αυτόνομης, απαιτείται και η απουσία κυριαρχικών επιδράσεων (controlling influences) στο υποκείμενό της. Για ν' αντιληφθούμε το περιεχόμενο της έννοιας του ελέγχου, και των κυριαρχικών επιδράσεων, ας εξετάσουμε τι δεχόμαστε ως *απόλυτα μη ελεγχόμενη* πράξη: τέτοια πρέπει να θεωρηθεί η πράξη, που είτε (i) δεν υπέστη καμία απόπειρα ελέγχου, είτε (ii) υπέστη ενέργειες που αποσκοπούσαν να ελέγξουν και να διαμορφώσουν κυριαρχικά το περιεχόμενό της, εντούτοις, δεν απέβησαν επιτυχείς, ή το υποκείμενο της πράξης κατόρθωσε να πράξει σύμφωνα με τις προσωπικές επιθυμίες και πεποιθήσεις του, απαλλαγμένο από την ελεγκτική πρόθεση του τρίτου προσώπου. Αντίστροφα, *απόλυτα ελεγχόμενη* πράξη είναι εκείνη, όπου το υποκείμενο ενεργεί ως μέσο για την υλοποίηση, αποκλειστι-

⁸² Faden, Ruth R., Beauchamp, Tom L. 1986. *op. cit.* 302.

κά, των σκοπών τρίτου προσώπου, και δεν υπηρετεί, μέσω της πράξης του, κανένα προσωπικό σκοπό· με άλλα λόγια, μια πράξη χ θεωρείται ότι ελέγχεται κυριαρχικά από ένα πρόσωπο Β, όταν αυτό κατορθώνει, με λόγια ή/και έργα, να οδηγήσει ένα πρόσωπο Α να ενεργήσει το χ , μέσω ανυπέρβλητης επίδρασης, υπό την έννοια, ότι ο Α, αν αφηνόταν να ενεργήσει αυτοπροαίρετα, και απαλλαγμένος από κάθε επέμβαση, δεν θα ενεργούσε το χ .⁸³

Η παράθεση του παραπάνω ορισμού, ωστόσο, δεν φιλοδοξεί να χαράξει μια σταθερή γραμμή μεταξύ των απόλυτα ανεπηρέαστων και των απόλυτα ελεγχόμενων πράξεων. Ένα τέτοιο εγχείρημα θα ήταν μάταιο, τόσο διότι οι περιπτώσεις που μπορούμε να μνημονεύσουμε για τα χαρακτηριστικά της μιας και της άλλης περίπτωσης δεν παρέχουν ένα γενικό και καθολικά εφαρμόσιμο κριτήριο για την κατάταξη όλων των πιθανών πράξεων· όσο και διότι στο τμήμα της φιλοσοφίας που εξετάζει τις ελάχιστες προϋποθέσεις μιας αυτόνομης πράξης, δεν ενδείκνυται η υιοθέτηση ενός αντικειμενικού κριτηρίου ερμηνείας των επιμέρους πράξεων επηρεασμού. Ας μελετήσουμε, όμως, πρώτα τη σχηματική παράσταση που μας παρουσιάζουν οι Beauchamp και Faden, για την κλιμάκωση των κυριαρχικών επιδράσεων που υφίσταται το υποκείμενο μιας πράξης, και των τριών ονομαστικών της διαβαθμίσεων, του εξαναγκασμού, της χειραγώγησης, και της πειθούς:⁸⁴

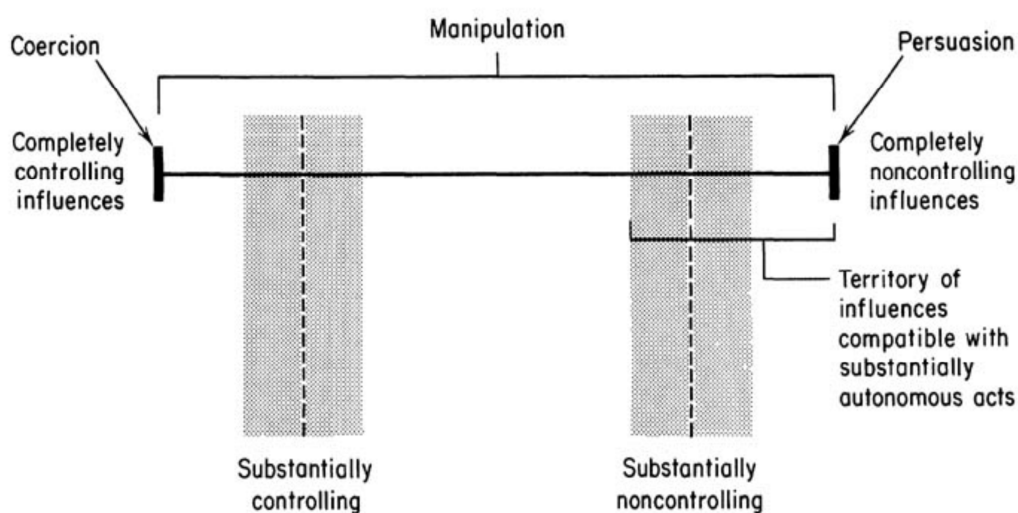


Fig. 2. The continuum of influences from controlling to noncontrolling

Όπως αντιλαμβανόμαστε από το παραπάνω σχήμα, όλες οι πράξεις επηρεασμού δεν ανάγονται σε κυριαρχικές επιδράσεις πάνω στις πράξεις άλλων προσώπων. Άλλες από αυτές καταλείπουν δυνατότητες για ελεύθερη επιλογή και απόφαση (δεξιό άκρο της παράστασης), και παραμένουν ήπιες προς τα πρόσωπα που τις εισπράττουν. Άλλες, αντί-

⁸³ Faden, Ruth R., Beauchamp, Tom L. 1986. *op. cit.* 258.

⁸⁴ Faden, Ruth R., Beauchamp, Tom L. 1986. *op. cit.* 259.

θετα, εξέρχονται από το ανεκτό όριο ελέγχου, και συνιστούν ανεπίτρεπτη χειραγώγηση (manipulation) ή ακόμη και εξαναγκασμό (coercion). Ανακύπτει, λοιπόν, το ερώτημα αν η παραπλάνηση που συντελείται απέναντι στον ασθενή ως προς τον πραγματικό χαρακτήρα μιας θεραπείας placebo αποτελεί μια αποδεκτή μορφή χειραγώγησης, ή εισέρχεται στο χώρο της μη ηθικής χειραγώγησης ή του εξαναγκασμού.

9.4 Ο Χαρακτήρας της Παραπλάνησης του Ασθενούς

9.4.1 Οι Ισοδύναμες Θεραπείες Placebo (Comparable Placebo Treatments)

Σ' ένα πρόσφατο άρθρο τους, με τίτλο, “*Comparable Placebo Treatment*” and the *Ethics of Deception*”, οι Shlomo Cohen και Haim Shapiro υπερασπίζονται τη χρήση ουσιών placebo, υποστηρίζοντας ότι ο γιατρός που τις χορηγεί, χωρίς ν' αποκαλύπτει την πραγματική φύση και τον τρόπο λειτουργίας τους, δεν διαπράττει μια ηθικά μη αποδεκτή μορφή παραπλάνησης. Εκτιμούν, μάλιστα, ότι η απόκρυψη της φύσης της χορηγούμενης ουσίας δεν πρέπει να θεωρηθεί ούτε ως γνήσιο ψέμα, αλλά μια ήπια μορφή απάτης, που αποσκοπεί στην καλλιέργεια της ιδέας μιας *αυτοεκπληρούμενης προσδοκίας* (self-fulfilling prophecy), που, καθώς την προσλαμβάνει θετικά ο ασθενής, γίνεται πραγματικότητα. Στις θέσεις των Cohen και Shapiro άσκησαν έντονη κριτική οι Anne Barnhill και Franklin Miller, στο άρθρο τους, *Placebo Deception: A Commentary*. Ας παρακολουθήσουμε, λοιπόν, πώς ξεδιπλώνουν το συλλογισμό τους.

Με τον όρο, *ισοδύναμες θεραπείες placebo* (comparable placebo treatments), οι Cohen και Shapiro αναφέρονται σε ουσίες, που, χωρίς να περιέχουν ιδιαίτερη φαρμακευτική επίδραση, έχει παρατηρηθεί από την επιστημονική έρευνα ότι θεμελιώνονται στον ίδιο θεραπευτικό μηχανισμό με τις κοινές φαρμακευτικές ουσίες που επιδιώκουν να αντικαταστήσουν.⁸⁵ Η αναλγητική δράση των ουσιών placebo αποτελεί το πιο γνωστό παράδειγμα όπου η ανακούφιση από τον πόνο αποδόθηκε στην ίδια διαδικασία με την οποία λειτουργούν τα οπιοειδή φαρμακευτικά προϊόντα: με τη χορήγηση placebo ενεργοποιούνται συγκεκριμένοι νευρώνες για να παραγάγουν μικρές ποσότητες ενδογενών οπιοειδών

⁸⁵ Cohen, Shlomo, Shapiro, Haim. 2013. “Comparable Placebo Treatments” and the Ethics of Deception. *Journal of Medicine and Philosophy* 38: 698.

(ενδορφινών) που συνάπτονται με τους νευροϋποδοχείς, όπως και η κοινή φαρμακευτική μορφή, με σκοπό τη μείωση του αισθήματος πόνου. Οι νευρώνες, λοιπόν, και με μόνη τη χορήγηση ουσιών placebo παράγουν την απαραίτητη ποσότητα ενδορφινών, επιφέροντας αναλγητικό αποτέλεσμα.⁸⁶ Παρόμοια συμπεράσματα έχουν αναφερθεί για τη συμβολή των ουσιών placebo στη νόσο Parkinson⁸⁷ και στην ήπια κατάθλιψη⁸⁸. Η επιστημονική έρευνα, κατά τη γνώμη των Cohen και Shapiro, επιτρέπει την εισαγωγή του όρου, *ισοδύναμες θεραπείες placebo*, για μια ειδική κατηγορία placebo, που παρουσιάζουν, αντικειμενικά, όμοια βιολογική λειτουργία με εκείνη των *κανονικών* φαρμακευτικών ουσιών, και, ακόμη περισσότερο, σε τέτοιο βαθμό που δεν μπορεί να διακριθεί ευχερώς, ως προς τα ευεργετικά αποτελέσματά τους, η μια από την άλλη.

Η απόκρυψη της πραγματικής φύσης των ουσιών placebo θα μπορούσε, βέβαια, να δικαιολογηθεί με πατερναλιστικούς όρους. Πραγματικά, η απάτη που συντελείται συγκεντρώνει τις προϋποθέσεις τόσο της καλής *πρόθεσης* όσο και της εξασφάλισης του επιθυμητού *αποτελέσματος*. Ωστόσο, κατά τους Cohen και Shapiro, η υπεράσπιση των placebo δεν εξαντλείται στον πατερναλιστικό τρόπο σκέψης· ισχυρίζονται, μάλλον χωρίς ισχυρή πειθώ, ότι η τελική επέλευση του θεραπευτικού αποτελέσματος θα *μετέπειθε* και τους πιο δύσπιστους ασθενείς για την ηθικότητα προσφυγής σε αυτή την παραπλανητική πρακτική, όταν ο γιατρός τους θα τους αποκάλυπτε την πραγματικότητα.⁸⁹ Και ανεξάρτητα, όμως, από αυτό, η απόκρυψη σημαντικών πληροφοριών θα στηριζόταν σε μια *αναγκαστική* προσφυγή στην απάτη, όπως ακριβώς, γράφουν, θα ήταν αναπόφευκτο να πω ψέματα στη σύζυγό μου για τον εορτασμό των γενεθλίων της που προετοιμάζω!⁹⁰ Οι κρίσεις μας, όμως, για τη μεταγενέστερη αποδοχή από τους ασθενείς της κρυφής χορήγησης ουσιών placebo περιορίζεται σε εμπειρικό επίπεδο, καθώς μπορεί να αντιμετωπισθεί, μόνο, με αναφορά στη διερεύνηση της κοινής γνώμης και την εξαγωγή των οικείων συμπερασμάτων.

Οι Cohen και Shapiro, όμως, προχωρούν και στο οντολογικό επίπεδο. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η αυτονομία, κατά τη διενέργεια ιατρικών πράξεων, συνδέθηκε από τους φιλοσόφους με τη γνώση εκ μέρους των ασθενών ενός όγκου πληροφοριών, με δια-

⁸⁶ Price, Donald D., Finniss, Damien D., Benedetti, Fabrizio. 2008. A Comprehensive Review of the Placebo Effect: Recent Advances and Current Thought. *Annual Review of Psychology* 59: 565,

⁸⁷ de la Fuente-Fernandez, Raúl, Ruth, Thomas J., Sossi, Vesna, Shulzer, Michael, Calne, Donald B., Stoessl, Jon A. 2001. Expectation and Dopamine Release: Mechanism of the Placebo Effect in Parkinson's Disease. *Science* 293: 1164.

⁸⁸ Mayberg, Helen S., Silva, Arturo J., Brannan, Steven K., Tekell, Janet L., Mahurin, Roderick K., McGinnis, Scott, Jerabek, Paul A. 2002. The Functional Neuroanatomy of the Placebo Effect. *American Journal of Psychiatry* 159: 728.

⁸⁹ Cohen, Shlomo, Shapiro, Haim. 2013. *op. cit.* 701.

⁹⁰ Cohen, Shlomo, Shapiro, Haim. 2013. *op. cit.* 701.

φορετικό, ανάλογα με την περίπτωση, περιεχόμενο. Και είναι αδιαμφισβήτητο, ότι η άγνοια είναι ο φυσικός εχθρός της αυτονομίας. Θα μπορούσαμε, ωστόσο, διερωτώνται, να δεχτούμε την καθολική ισχύ του κανόνα αυτού, χωρίς καμία εξαίρεση; Η απάντησή τους είναι αρνητική: αν η αυτονομία και η ουσιαστική φύση της ιατρικής πράξης θεωρηθούν σε όλο το φάσμα τους, αντιλαμβανόμαστε ότι μπορούμε να δεχτούμε μια *προσωρινή αναστολή* της υποχρέωσης πληροφόρησης των ασθενών, προκειμένου να επιτευχθεί ο *τελικός στόχος*, δηλαδή η θεραπεία τους. Κατά τους Cohen και Shapiro, η πρόταση αυτή συνοψίζει μια *ειρωνία* κατά την εφαρμογή της θεμελιώδους αρχής της αυτονομίας στην ιατρική ηθική, που μας οδηγεί στην εισαγωγή μιας ιδιαίτερης κατηγορίας της, της *ειρωνικής αυτονομίας*, σύμφωνα με την οποία, όπως η σύζυγός μου θα προτιμούσε να την *εξαπατήσω* για την εορταστική τελετή που σχεδιάζω, παρόμοια και οι ασθενείς θα προτιμούσαν να *στερηθούν* προσωρινά μιας έκφανσης της αυτονομίας τους, καθώς αυτό επιτάσσει, *τόσο ειρωνικά*, η μελλοντική αποκατάσταση της γενικής αυτονομίας τους, δηλαδή της υγείας τους.⁹¹

Επιπλέον, οι Cohen και Shapiro βάζουν και κατά του ίδιου του χαρακτηρισμού ως *απάτης* της απόκρυψης της φύσης και λειτουργίας της θεραπείας. Συγκεκριμένα, ισχυρίζονται ότι όταν για παράδειγμα ο γιατρός χορηγεί στον ασθενή του μια ουσία placebo με την πρόταση, «Σου χορηγώ μια ουσία που κανονικά θα σε ανακουφίσει από τον πόνο», δεν ψεύδεται, αλλά προφέρει μια *αμφίσημη* (equivocal) πρόταση, που, αν ο ασθενής πιστέψει ειλικρινά, θα αποβεί να γίνει πραγματικότητα: πρόκειται για την ιδέα της *αυτοεκπληρούμενης προσδοκίας* (self-fulfilling prophecy). Ένα ιδιαίτερα οικείο παράδειγμα που μετέρχονται οι συγγραφείς, είναι εκείνο του καθηγητή που, προκειμένου να τονώσει την αυτοπεποίθηση και επιμονή ενός ικανού, αλλά απογοητευμένου μαθητή του, τον ενθαρρύνει να συνεχίσει και να εντείνει τις προσπάθειες και τη μελέτη του, και τον διαβεβαιώνει ότι ο κόπος του θα ανταμειφθεί μ' ένα καλό αποτέλεσμα στις εξετάσεις. Στην περίπτωση αυτή, ακόμη και αν ο καθηγητής δεν είναι βέβαιος ότι ο μαθητής του μπορεί πραγματικά να πετύχει υψηλούς στόχους, εντούτοις, πιστεύει ότι ένα *αθώο* αλλά ενθαρρυντικό ψέμα θα αυξήσει τις πιθανότητες για ένα καλό αποτέλεσμα.⁹²

Οι Barnhill και Miller, από την άλλη πλευρά, συμφωνούν, κατ' αρχήν, ότι με την πρόταση, «Θα σου χορηγήσω μια ουσία που κανονικά θα σε ανακουφίσει από τον πόνο», ο γιατρός δεν προφέρει ένα *γνήσιο* ψέμα. Πραγματικά, δεν μπορούμε να δεχτούμε ότι ο γιατρός χορηγεί την ουσία, ενώ είναι βέβαιος ότι *δεν* θα τον βοηθήσει· σε αυτή την περίπτωση, θα προσπαθούσε, μάλλον, να αποφύγει έναν ενοχλητικό ασθενή, και τελικά με-

⁹¹ Cohen, Shlomo, Shapiro, Haim. 2013. *op. cit.* 701.

⁹² Cohen, Shlomo, Shapiro, Haim. 2013. *op. cit.* 701-2.

τέρχεται μια τακτική, που πρέπει να αποδοκιμασθεί ηθικά. Αντίθετα, η πρόταση συνίσταται σε ένα ιδιαίτερο είδος *πρόβλεψης*, με σκοπό την πρόκληση μιας αυτοεκπληρούμενης προσδοκίας: ο γιατρός διατυπώνει αυτή την πρόταση με την ελπίδα, ο ασθενής του να την πιστέψει ως αληθινή, και η πίστη του να επιφέρει το ευεργετικό αποτέλεσμα. Ενώ, όμως, οι Cohen και Shapiro δεν προσάπτουν στην πρόταση αυτή την κατηγορία της απάτης—ή, τουλάχιστον, της μη ηθικής απάτης—οι Barnhill και Miller υποστηρίζουν αδιαπραγμάτευτα, ότι ο γιατρός προβαίνει σε μια καθαρή πράξη παραπλάνησης, καθώς *παραλείπει* να αποκαλύψει ότι η χορηγούμενη ουσία *δεν περιέχει* καμία δραστική, φαρμακευτική ουσία.⁹³

Ίδού ο συλλογισμός των Barnhill και Miller: αν δεχτούμε, ότι ψέμα είναι μια πρόταση που δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, και εκφέρεται με σκοπό, ο ακροατής μας να πιστέψει ότι ευσταθεί, οφείλουμε να δεχτούμε ότι η καλλιέργεια της αυτοεκπληρούμενης προσδοκίας ανήκει σε μια κατηγορία αναληθών προτάσεων, που επιδιώκουν ένα διαφορετικό σκοπό: εδώ, εκφέρεται μια αναληθής πρόταση, με *αρχικό* σκοπό να την πιστέψει ο ακροατής, αλλά με *τελικό* σκοπό, η πίστη του ακροατή να ενεργοποιήσει μια διαδικασία αλληλεπίδρασης του ψέματος με την πραγματικότητα, και το ψέμα να γίνει πραγματικότητα.⁹⁴ Από τις προτάσεις που εκφέρονται με αυτό το σκοπό, άλλες πρέπει να γίνει δεκτό ότι εξομοιώνονται με τα κοινά ψέματα, και άλλες δεν συνιστούν καθόλου ψέματα. Σ' αυτή τη δεύτερη κατηγορία υποστηρίζουν ότι ανήκει και το καλοπροαίρετο ψέμα του καθηγητή, που ενθαρρύνει το μαθητή να εντείνει τις προσπάθειές του ενόψει των εξετάσεων. Εντοπίζουν, όμως, μια σημαντική διαφορά της περίπτωσης αυτής από την κρυφή χορήγηση ουσιών placebo: ενώ στη μια περίπτωση, ο καθηγητής επιχειρεί μια ειλικρινή ενθάρρυνση του μαθητή του, και τον καλεί να συνειδητοποιήσει, όπως καθένας μας θα συμφωνούσε, ότι η προσωπική προσπάθεια και η επίμονη μελέτη είναι το κλειδί για την επιτυχία στο ακαδημαϊκό επίπεδο, στην άλλη περίπτωση, ο γιατρός *παραπλανά* τον ασθενή του για την πραγματική φύση της χορηγούμενης ουσίας, και συγκεκριμένα για την απουσία οποιασδήποτε ενεργητικής ουσίας.⁹⁵ Οι Barnhill και Miller εμμένουν στη θέση τους, ότι δεν αίρεται με κανένα τρόπο η εκδηλούμενη παραπλάνηση, χωρίς ωστόσο, να προσδιορίζουν ποιο είναι το ιδιαίτερο εκείνο συστατικό, που μας οδηγεί ν' αποχακτηρίσουμε ως ψέμα την πρώτη πράξη (του καθηγητή) και να την αντιμετωπίσουμε με διαφορετικό, από ηθική πλευρά, τρόπο απ' ό,τι τη δεύτερη (του γιατρού). Θα υιοθετούσαμε την ίδια απάντηση, αν στο πρώτο παράδειγμα προσθέταμε, ότι η ενθάρρυνση του

⁹³ Barnhill, Anne, Miller, Franklin G. 2014. Placebo and Deception: A Commentary. *Journal of Medicine and Philosophy* 40 (1): 72-3.

⁹⁴ Barnhill, Anne, Miller, Franklin G. 2014. *op. cit.* 73.

⁹⁵ Barnhill, Anne, Miller, Franklin G. 2014. *op. cit.* 74.

καθηγητή οφείλονταν στη *φυσική αδυναμία* του μαθητή του, και στις περιορισμένες δυνατότητές του, κι ότι η πράξη του αποσκοπούσε να κινητοποιήσει, κυρίως, την έμφυτη επιμονή του μαθητή του, που είχε απογοητευθεί από τις ατελέσφορες προσπάθειές του; Με άλλα λόγια, ποια διαφορά υφίσταται ανάμεσα σε ένα μαθητή που ενθαρρύνεται να επιμένει για να πετύχει, όσο γίνεται, καλύτερες επιδόσεις, από τις οποίες τον χωρίζουν οι περιορισμένες πνευματικές του δεξιότητες, για παράδειγμα, στο μάθημα των μαθηματικών, από έναν ασθενή, που αφήνεται να πιστέψει ότι μια ενεργή, φαρμακευτική ουσία, αντί για τη φυσική ικανότητα του ίδιου του οργανισμού του, θα του επιφέρει την επιθυμητή ανακούφιση από τα συμπτώματα της πάθησής του; Με αυτή την έκφραση των θεραπειών placebo και των αυτοεκπληρούμενων προσδοκιών, που υπονοούν οι Cohen και Shapiro, δεν έρχονται αντιμέτωπες οι Barnhill και Miller.

Στη συνέχεια, οι Barnhill και Miller διαφωνούν και με την ίδια την υιοθέτηση της κατηγορίας των *ισοδύναμων θεραπειών placebo*, καθώς και με τη θέση ότι η απόκρυψη του χαρακτήρα τους δεν εμπίπτει στο υποχρεωτικό περιεχόμενο της ενημέρωσης του ασθενούς από το γιατρό του. Διαφοροποιούν αρχικά τις ισοδύναμες θεραπείες placebo, για παράδειγμα, με αναλγητική δράση, από τις αντίστοιχες εμπορικές φαρμακευτικές ουσίες, ως προς το γεγονός ότι η κατά μείζονα λόγο θεμελίωση των πρώτων στην ψυχολογία του ασθενούς δεν φαίνεται να μπορεί να συνδράμει ασθενείς με μειωμένες νοητικές ικανότητες, όπως τα παιδιά και διανοητικά διαταραγμένα πρόσωπα. Βέβαια, η θέση αυτή, αν τελικά τη δεχόμασταν, δεν θα μπορούσε να αποδυναμώσει τη θεραπευτική επίδραση των ουσιών για τους ασθενείς με πνευματική ωριμότητα· εξάλλου, όπως έχει υποστηριχθεί,⁹⁶ κάθε πρόσωπο που επισκέπτεται το γιατρό του συνοδεύεται από μια αναπόφευκτη πνευματική (ψυχολογική) αδυναμία, ως συνέπεια της κατάστασης της υγείας του, να αντιληφθεί την επικοινωνία του με αυτόν, με την ίδια διαύγεια που θα την αντιλαμβανόταν σε άλλες συνθήκες. Τελικά, η ψυχολογική επίδραση στον ασθενή από τη χορήγηση ενός φαρμάκου, είτε πρόκειται για κανονικό φάρμακο είτε για ουσία placebo, πρέπει να θεωρηθεί δεδομένη σε κάθε περίπτωση· εκείνο που διαφέρει είναι η μεγαλύτερη ή μικρότερη συνδρομή της ψυχολογικής επίδρασης στην πορεία της θεραπείας, ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία και τον ψυχισμό του ίδιου του ασθενούς.

Άλλωστε, οι ισοδύναμες θεραπείες placebo στηρίζονται, όπως γίνεται κοινά δεκτό, σε ένα ψυχολογικό-φυσιολογικό (psychological-cum-physiological) μηχανισμό, υπό την έννοια ότι προηγείται η ψυχολογική έναρξη της θεραπευτικής προσδοκίας, και ακολουθεί η φυσιολογική ανταπόκριση του ανθρώπινου οργανισμού για την αντιμετώπιση

⁹⁶ O' Neill, Onora. 2011. *Αυτονομία και Εμπιστοσύνη στη Βιοηθική*. Αθήνα: Αρσενίδης. 34-5.

των συμπτωμάτων του. Για παράδειγμα, στην περίπτωση της αναλγητικής δράσης των ουσιών placebo, θα πρέπει να συμφωνήσουμε, ότι η πεποίθηση του ασθενούς ότι λαμβάνει μια κανονική, αναλγητική αγωγή ενεργοποιεί μια, ψυχολογικής προέλευσης, προσδοκία που, όπως έχει παρατηρηθεί, επιστρατεύει τους αρμόδιους νευρώνες του κεντρικού νευρικού συστήματος στη μάχη κατά του πόνου. Αντίθετα, και σε αυτό συνίσταται η *υπεροχή* του κανονικού φαρμάκου, σύμφωνα πάντοτε με τις Barnhill και Miller, προηγείται, ή, μάλλον, υπερέχει η φυσιολογική θωράκιση του οργανισμού μας, χάρη στη δραστική ουσία που περιέχει η θεραπευτική αγωγή, ενώ, παράλληλα, δρα και η ψυχολογική ενίσχυση του, με την πεποίθηση ότι ακολουθείται μια αποτελεσματική αγωγή (physiological-cum-psychological). Ωστόσο, και αυτό το επιχείρημα μπορεί ευχερώς να αποθεμελιωθεί, καθώς η ψυχολογική επίδραση από τη χορήγηση είτε μιας κανονικής είτε μιας ισοδύναμης θεραπείας placebo, ξεκινά ήδη με την πρόταση του γιατρού, με την οποία του ανακοινώνει το περιεχόμενο της αγωγής αυτής. Με άλλα λόγια, και στη μια και στην άλλη περίπτωση δεν μπορούμε να είμαστε απόλυτα βέβαιοι, για το χρονικό σημείο έναρξης της ψυχολογικής επίδρασης—που βάσιμα μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι μπορεί να μην εμφανισθεί και ποτέ— που έχει στον ασθενή η αντιμετώπιση της πάθησής του με φαρμακευτικό τρόπο. Τελικά, μπορούμε να υιοθετήσουμε την παραδοχή, ότι υφίσταται ηθικά μεμπτή παραπλάνηση λόγω της διαφοράς *αυτής* ανάμεσα στις διατιθέμενες θεραπείες, δηλαδή λόγω της εντονότερης στήριξης των θεραπειών placebo στην ενδιάθετη κατάσταση του ασθενούς, παρά στη χορηγούμενη δραστική ουσία;

Παρ' όλ' αυτά, η διαφορά που εντοπίζεται ανάμεσα στις κανονικές και στις ισοδύναμες θεραπείες placebo είναι ικανή να μας φέρει αντιμέτωπους με ιδιαίτερα προβλήματα ως προς το περιεχόμενο της επικοινωνίας γιατρού-ασθενούς. Αιτία για την κριτική που ακολουθεί αποτελεί ένα σύντομο τμήμα από το άρθρο των Cohen και Shapiro: «Η δυναμική των ισοδύναμων θεραπειών placebo δεν απαιτείται να αποκρύψει πληροφορίες σχετικά με το *επίμαχο* ζήτημα του τρόπου επίδρασης της θεραπείας στον ασθενή».⁹⁷ Δηλαδή, το ζήτημα της ψυχολογικής-φυσιολογικής επίδρασης των ουσιών placebo δεν χρειάζεται να παραμείνει κρυφό από τον ασθενή, καθώς, στην πραγματικότητα, *δεν απαιτείται* να αποκαλυφθεί σε αυτόν για τον ίδιο λόγο που δεν του αναλύεται ο τρόπος λειτουργίας της δραστικής ουσίας μιας κανονικής θεραπευτικής αγωγής. Περιεχόμενο της επικοινωνίας γιατρού-ασθενούς, κατ' αυτούς, δεν είναι ο *τρόπος λειτουργίας* της θεραπείας, αλλά το τελικό *θεραπευτικό αποτέλεσμα*. Αντίθετα, οι Barnhill και Miller υιοθετούν την παραδοχή, ότι είναι πιθανό οι ασθενείς να ενδιαφέρονται για την ψυχολογική-φυσιολογική δράση των ουσιών placebo ή, αντίστοιχα, για τη φυσιολογική-ψυχολογική

⁹⁷ Cohen, Shlomo, Shapiro, Haim. 2013. *op. cit.* 703.

δράση των κανονικών φαρμάκων, ή ακόμη και για την ίδια τη χημική σύνθεση των ουσιών που θα προσλάβουν.⁹⁸ Το ενδεχόμενο αυτό, όσο σπάνιο κι αν ακούγεται, δεν μπορεί να αποκλεισθεί, και είναι βέβαιο ότι θα φέρει το γιατρό ενώπιον δύσκολων ηθικών διλημμάτων· πρέπει, ωστόσο, να επαναλάβουμε, ότι η λύση στο ζήτημα αυτό δεν μπορεί να τοποθετηθεί στο εμπειρικό επίπεδο, ενώ η διερεύνησή μας δεν επικεντρώνεται στο τι εκτιμάται ότι προτιμούν οι ασθενείς, αλλά στο τι πρέπει να συγκροτεί το περιεχόμενο της ενημέρωσης του ασθενούς, ή ακόμη περισσότερο, στο τι προτιμά κάθε συγκεκριμένος ασθενής από το γιατρό του.

9.4.2 Η Υπεύθνη Χορήγηση Ουσιών Placebo κατά τον Bennett Foddy

Και ο Bennett Foddy ανήκει στους συγγραφείς που υπερασπίστηκαν την κρυφή χορήγηση ουσιών placebo. Στο άρθρο του, *A Duty to Deceive: Placebos in Clinical Practice*, επιχειρεί να αντικρούσει τους δύο βασικότερους ισχυρισμούς κατά της παραπλάνησης που συντελείται σε βάρος του ασθενούς. Το καθήκον αλήθειας, γράφει, δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι ισχύει απόλυτα, τουλάχιστον στον ιδιαίτερο χώρο της ιατρικής ηθικής. Και ναι μεν, οι κώδικες ιατρικής δεοντολογίας επιβάλλουν απόλυτα την υποχρέωση του γιατρού να πληροφορεί τον ασθενή του για την *πραγματική* κατάσταση της υγείας του, ωστόσο, δύσκολα θα κατηγορούσαμε, από ηθική πλευρά, ένα γιατρό που εκφέρει προς τον ασθενή του παρηγορητικούς λόγους, χωρίς να αποκαλύπτει, στο πραγματικό μέγεθός της, μια επώδυνη αλήθεια.⁹⁹ Η πιθανότητα, λοιπόν, να μην είναι απόλυτα ειλικρινής ο γιατρός απέναντι στον ασθενή του, και, μάλιστα, χωρίς ηθική απαξία της συμπεριφοράς του, είναι υπαρκτή.

Στη συνέχεια, ο Foddy έρχεται αντιμέτωπος με το ερώτημα, αν η παραπλάνηση του ασθενούς ως προς τη φύση της θεραπείας και τον τρόπο λειτουργίας της είναι απαραίτητη για την επίτευξη του σκοπού της, δηλαδή την τελική ανάρρωσή του. Είτε δεχτούμε, ότι το αποτέλεσμα placebo εμφανίζεται ως το προϊόν της ενίσχυσης των προσδοκιών του ασθενούς, είτε ως προϊόν της *θετικής σκέψης* του (*wishful thinking*) για την έκβαση της θεραπείας, θα πρέπει να συμφωνήσουμε, ότι πρωταγωνιστική θέση κατέχει στη βελτίωση της υγείας του, η πεποίθηση (προσδοκία, προσμονή) ότι έχει ήδη ξεκινήσει

⁹⁸ Barnhill, Anne, Miller, Franklin G. 2014. *op. cit.* 77-8.

⁹⁹ Foddy, Bennett. 2009. A Duty to Deceive: Placebos in Clinical Practice. *The American Journal of Bioethics* 9 (12): 6-7.

η θεραπευτική πορεία του, και η ανάρρωσή του είναι πλέον θέμα χρόνου. Αν, λοιπόν, υιοθετήσουμε αυτή την παραδοχή, θα πρέπει να διαφοροποιηθούμε από την κατηγορική απαγόρευση του αμερικανικού ιατρικού συλλόγου ως προς την κρυφή χορήγηση placebo. Αν, τελικά, χρησιμοποιηθούν ουσίες placebo στην κλινική πρακτική, είναι βέβαιο, ότι θα πρέπει να χορηγούνται χωρίς να γνωρίζει γι' αυτές ο ασθενής.¹⁰⁰

Πρέπει να επισημανθεί ιδιαίτερα, σύμφωνα με τον Foddy, ότι η *υπεύθυνη* χορήγηση ουσιών placebo αποτρέπει και προφυλάσσει από τις ανεπιθύμητες μορφές χρησιμοποίησής τους, που εμφανίσθηκαν στο παρελθόν, και κατηγορείται ότι μπορεί να προκύψουν στο μέλλον. Επικαλείται, για παράδειγμα, το περιβόητο πείραμα *Tuskegee*, όπου ασθενείς που έπασχαν από σύφιλη, και συμμετείχαν στην πειραματική διαδικασία, αφέθηκαν να πεθάνουν, παρ' όλο που κατά τη διάρκεια του πειράματος τέθηκε σε κυκλοφορία η αποτελεσματική θεραπεία για τη σύφιλη. Στην περίπτωση αυτή, η απάτη που συντελέσθηκε από τη μη ενημέρωση των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα, δεν αμφισβητείται ότι παραβιάζει με απόλυτο τρόπο την αυτονομία τους. Αντίθετα, στο πλαίσιο της *υπεύθυνης* χορήγησης placebo, γίνεται δεκτή η προσφυγή σε αυτή, όταν δεν υφίσταται άλλη, εξίσου αποτελεσματική θεραπεία για τη συγκεκριμένη ασθένεια.¹⁰¹ Βέβαια, πρέπει να παρατηρήσουμε στο σημείο αυτό, ότι οι σημαντικότερες μορφές αποτελεσματικής χορήγησης ουσιών placebo έχουν εντοπισθεί στην αντιμετώπιση συμπτωμάτων που θεραπεύονται ήδη με ευρέως διαδεδομένες φαρμακευτικές αγωγές, όπως, για παράδειγμα, συμβαίνει με τον πόνο και το άγχος. Η παραδοχή της προϋπόθεσης αυτής, συνεπώς, θα επέφερε αντίστροφο αποτέλεσμα από αυτό που επιδίωκε, καθώς θα αφαιρούσε το σημαντικότερο πεδίο εφαρμογής των placebo.

Ακόμη, όμως, κι αν υιοθετήσουμε την πρώτη αυτή προϋπόθεση, ερχόμαστε αντιμετώπιζοντας μ' ένα δεύτερο πρόβλημα: είναι πλέον κοινά αποδεκτό, ότι ο ασθενής μπορεί να απορρίψει τη θεραπεία που του προτείνει ο γιατρός του· πώς, όμως, μπορεί να συμβεί αυτό, αν αγνοεί σε τι συνίσταται η θεραπεία αυτή, και, παραπέρα, με ποια δικαιολογητική βάση θα την απορρίψει, αν δεν γνωρίζει γι' αυτή παρά μόνο, ότι θα τον ανακουφίσει από τα συμπτώματα που αντιμετωπίζει; Με άλλα λόγια, οι ποιοτικά και ποσοτικά λιγότερες πληροφορίες που λαμβάνει για τη θεραπεία του, μειώνουν τις επιλογές του, και περιορίζουν δραστικά την αυτονομία του. Στο πρόβλημα αυτό, ο Foddy δεν παρέχει ικανοποιητική απάντηση, καθώς περιορίζεται να δεχτεί, ότι όταν η χορήγηση ουσιών placebo οριοθετείται με τους απαραίτητους ηθικούς κανόνες, δεν διακινδυνεύεται η αυτονομία του ασθενούς λόγω των ελλιπών πληροφοριών που έχει στη διάθεσή του. Είναι προφανές, ότι

¹⁰⁰ Foddy, Bennett. 2009. *op. cit.* 7.

¹⁰¹ Foddy, Bennett. 2009. *op. cit.* 9.

ακόμη και η σοφή επιλογή ηθικών κανόνων για τα όρια και τις προϋποθέσεις χορήγησης placebo δεν ανατρέπει το γεγονός, ότι τουλάχιστον κάποιοι από τους ασθενείς δεν θα διαθέτουν πληροφορίες, που, αν γνώριζαν, είναι πιθανό να αποφάσιζαν με διαφορετικό τρόπο. Ακόμη και το τυχόν θεραπευτικό αποτέλεσμα από την επιλογή της συγκεκριμένης ουσίας, δεν θα κατόρθωνε να *θεραπεύσει* την άγνοιά τους.

Από την προηγούμενη αντίρρηση κατά των ουσιών placebo απορρέει και η κατηγορία, ότι η παραπλανητική πρακτική του γιατρού είναι δυνατό να εισέρχεται στο χώρο του *εξαναγκασμού* του ασθενούς να ακολουθήσει τη συγκεκριμένη θεραπεία. Ανεξάρτητα αν υιοθετήσουμε τη γνώμη ότι η πρακτική αυτή φέρει τα εξωτερικά χαρακτηριστικά του εξαναγκασμού (coercion), ή, τουλάχιστον, της μη ηθικής χειραγώγησης (manipulation), ο Foddy διαμορφώνει την αντίκρουσή του, ισχυριζόμενος ότι οι θεραπείες placebo δεν είναι ούτε κατά κυριολεξία θεραπείες.¹⁰² Με τη γνώμη αυτή, όμως, δύσκολα θα μπορούσαμε να συμπορευθούμε. Περαιτέρω, υποστηρίζει ότι η ηθική αποδοχή των *ψυχολογικών placebo* (psychological placebos), δηλαδή εκείνων των μορφών ενθάρρυνσης των ασθενών που περιέχουν παρηγορητικούς λόγους και καθησυχαστικές χειρονομίες, επιβάλλει αναπόφευκτα την αποδοχή και των *φαρμακολογικών placebo* (pharmacological placebos). Εφόσον, με άλλα λόγια, στη μια περίπτωση δεν προσάπτουμε αντίθεση με την αρχή της αυτονομίας, για ποιο λόγο θα πρέπει να ισχυρισθούμε ότι παραβιάζεται η αυτονομία στη δεύτερη περίπτωση; Είναι γεγονός, ότι, αν δεχτούμε ότι υφίσταται παραπλάνηση στη δεύτερη περίπτωση, αυτή των φαρμακολογικών placebo, είναι αντιφατικό να μην υιοθετήσουμε την ίδια θέση και στην πρώτη. Παρ' όλ' αυτά, είναι κοινή η ομολογία, ότι η μη αποκάλυψη μιας *επώδυνης* αλήθειας και η εκφορά καθησυχαστικών λόγων, σε μια δύσκολη στιγμή της ιατρικής καθημερινότητας, εμφανίζει μειωμένη απαξία, σε σχέση με τη χορήγηση μιας θεραπευτικής αγωγής, και την εισαγωγή στον οργανισμό του ασθενούς μιας, κατά τη γνώμη πολλών, αδρανούς ουσίας.

9.4.3 Η Θεωρία της Οικουμενικής Αυτονομίας (Global Autonomy) και η Προσωρινή Αναστολή της Τοπικής Αυτονομίας (Local Autonomy)

Η θέση του Foddy ότι μπορεί να συγχωρηθεί μια ήπια και προσωρινή αναστολή της αυτονομίας με σκοπό την τελική επανάκαμψή της, με την τελική θεραπεία του ασθενούς, αναπτύχθηκε περαιτέρω από τον Jonathan Pugh στο άρθρο του, *Ravines and Sugar*

¹⁰² Foddy, Bennett. 2009. *op. cit.* 9.

Pills: Defending Deceptive Placebo Use. Οι δύο ισχυρότερες αιτιάσεις που αποδίδονται στην παραπλάνηση του ασθενούς είναι, ότι η βούλησή του *υποτάσσεται* στη βούληση και στην κρίση ενός τρίτου προσώπου, και ο ασθενής δεν καθίσταται ικανός να επιδιώξει *αποτελεσματικά* τους σκοπούς που ο ίδιος έχει υιοθετήσει. Ο Pugh υποστηρίζει, ότι η απάτη που χρησιμοποιείται για την κρυφή χορήγηση ουσιών placebo δεν πρέπει να ταυτισθεί, *άνευ ετέρου*, με μια αδικαιολόγητη, μη ηθική μορφή απάτης, υπό την προϋπόθεση, οι *μη αληθινές εντυπώσεις* που διαμορφώνει το υποκείμενο, ως συνέπεια της παραπλάνησης, να είναι *απαραίτητες* για την επιδίωξη από αυτό των αυτόνομα επιλεγμένων σκοπών του.

Ας υιοθετήσουμε μια στοιχειώδη έννοια της αυτονομίας—τόσο, μόνο, είναι απαραίτητο: αυτοδιακυβέρνηση του ανθρώπου, και απουσία κυριαρχικών επιδράσεων τρίτων προσώπων, που θα μπορούσαν να καταλήγουν σε αδυναμία του να καθορίζει ο ίδιος, κατά τη βούλησή του, το περιεχόμενο των πράξεών του. Ας εισάγουμε, τώρα, δύο θεωρήσεις που προσδιορίζουν το περιεχόμενο και τις συνέπειες της απάτης, ανάγοντάς την σε μια μη ηθική μορφή χειραγώγησης του ελεύθερου ανθρώπου. Κατά τον Taylor, με την απάτη, η βούληση του ανθρώπου *υποτάσσεται* στη βούληση του τρίτου προσώπου που τον εξαπατά· αναιρείται η ικανότητά του να διαμορφώνει τις πράξεις του, ανάλογα με τις προσωπικές επιθυμίες και τις αξίες που έχει υιοθετήσει στη ζωή του. Ως αντιπροσωπευτικό παράδειγμα αυτής της μορφής απάτης, και επικυριαρχίας ενός τρίτου στις πράξεις του αυτόνομου προσώπου, αναφέρει την επίδραση που ασκούσε ο Ιάγκο πάνω στον Οθέλλο στην ομώνυμη τραγωδία του Shakespeare. Ο κανόνας, λοιπόν, που θέτει ο Taylor, είναι ότι, αν οι πληροφορίες βάσει των οποίων ένα πρόσωπο *A* αποφασίζει, διαμορφώθηκαν παραπλανητικά από ένα τρίτο πρόσωπο, *B*, με σκοπό ο *A* να πράξει το *χ*, και ο *A* αγνοεί τον παραπλανητικό τρόπο χειραγώγησης του από το *B*, τότε δεχόμαστε ότι ο *A* δεν αποφάσισε αυτόνομα, αλλά κατά τον τρόπο που ο *B* αποσκοπούσε.¹⁰³

Εξάλλου, κατά την Killmister, το πρόσωπο δεν ενεργεί αυτόνομα, όταν οι ενέργειές του θεμελιώνονται σε συγκεκριμένες, *μη αληθινές εντυπώσεις*, ακόμη και αν δεν υπήρχε *πρόθεση* να ελεγχθεί το περιεχόμενο των ενεργειών αυτών, και οι εντυπώσεις διαμορφώθηκαν με την παρέμβαση τρίτου προσώπου.¹⁰⁴ Ωστόσο, η απαίτηση, οι αυτόνομες ενέργειες να επιδιώκουν ελεύθερα—χωρίς την παρέμβαση τρίτων προσώπων—τις προσωπικές επιθυμίες και αξίες του ανθρώπου, δεν αρκεί προκειμένου να χαρακτηριστεί μια πράξη αυτόνομη. Απαιτείται, επιπλέον, οι ενέργειες να εξοπλίζονται με *αποτελεσματικότητα*· η αποτελεσματικότητα, κατά την Killmister, αναιρείται όταν στο υποκείμενο της πράξης καλλιεργούνται *μη αληθινές εντυπώσεις* για την επικείμενη πράξη του. Η τελει-

¹⁰³ Taylor, James S. 2009. *Practical Autonomy and Bioethics*. London: Routledge. 7.

¹⁰⁴ Killmister, Suzy. 2013. Autonomy and false beliefs. *Philosophical Studies* 164: 521.

ταία παραδοχή θα αποτελέσει και την αφετηρία για την επιχειρηματολογία του Pugh, που αποσκοπεί να αποδείξει, ότι οι μη αληθινές εντυπώσεις που υιοθετούνται από τον άνθρωπο δεν οδηγούν αυτόματα στην κατάργηση της ικανότητάς του να ενεργεί αυτόνομα. Κάποιες μη αληθινές εντυπώσεις αποτελούν, αντίθετα, *προϋπόθεση* για να ενεργεί αυτόνομα.

Ο Pugh μετέρχεται, σε τρεις παραλλαγές, ένα παράδειγμα που θα μπορούσε να μας καθοδηγήσει να αξιοποιήσουμε κριτικά τα συμπεράσματα των Taylor και Killmister, και τελικά, με την εκδοχή του παραδείγματος που *αναλογεί* στην παραπλανητική χορήγηση ουσιών placebo, να αντιληφθούμε την απάτη από διαφορετική οπτική γωνία. Κατά την *αρχική* εκδοχή του παραδείγματος, ο Jim και η Becky καταδιώκονται από ένα άγριο θηρίο βαθιά μέσα στη ζούγκλα για να σώσουν τη ζωή τους. Ο Jim προηγείται και φτάνει σ' ένα φαράγγι. Τότε, συνειδητοποιεί ότι κάπως *πρέπει* να διασχίσουν το φαράγγι για να ξεφύγουν. Ο Jim πιστεύει ότι μπορεί να πηδήξει πάνω από 5 μέτρα, αλλά η Becky πιστεύει ότι δεν μπορεί να πηδήξει πάνω από μόλις 4 μέτρα. Παρ' όλ' αυτά, είναι πεπεισμένος ότι η Becky απλά υπερβάλλει νομίζοντας ότι δεν μπορεί να διασχίσει την ίδια απόσταση με αυτόν. Καταλήγει, λοιπόν, ότι ο μόνος τρόπος για να διασχίσει το φαράγγι είναι αν νομίζει η Becky ότι το φαράγγι έχει μήκος μόλις 4 μέτρα.¹⁰⁵ Κατά την *πρώτη* παραλλαγή, ο Jim υπολογίζει την απόσταση που πρέπει να διασχίσουν στα 3 μέτρα. Ο Jim, όμως, αντιπαθεί τη Becky, και γι' αυτό το λόγο, την καλεί στον ασύρματο και της μεταδίδει τη *μη αληθινή εντύπωση* ότι πρέπει να διασχίσουν ένα φαράγγι 6 μέτρων. Η Becky πιστεύει τις διαβεβαιώσεις του Jim και αρνείται να σκεφτεί το ενδεχόμενο να πηδήξει πάνω από το φαράγγι. Έτσι, ο Jim τη συμβουλεύει να αντιμετωπίσει το θηρίο, παρ' όλο που και οι δυο τους γνωρίζουν ότι αυτό μπορεί να αποβεί θανάσιμο.¹⁰⁶

Τόσο ο Taylor όσο και η Killmister θα συμφωνούσαν ότι με την παρέμβαση του Jim παραβιάζεται η αυτονομία της Becky. Πραγματικά, κατά τον πρώτο, η παρέμβαση του Jim έχει σαν συνέπεια, με την καλλιέργεια μιας *μη αληθινής εντύπωσης* σχετικά με το μήκος του φαραγγιού σε συνδυασμό με την πεποίθηση της Becky ότι μπορεί να πηδήξει το πολύ 4 μέτρα, να *υποτάσσει* τη βούλησή της στη δική του, και να αποφασίζει να πράξει σύμφωνα, όχι με τους δικούς της σκοπούς, αλλά με τους *δικούς του*. Παρόμοια, και η Killmister θα έλεγε, ότι παραβιάζεται η αυτονομία της Becky καθώς αποκόπτεται από ένα σύνολο πληροφοριών που θα της επέτρεπαν να *πραγματώσει αποτελεσματικά* την αυτονομία της. Δεν θα συναντούσαμε, κατά τον Pugh, καμία δυσκολία να μεταφέρουμε αυτά τα πραγματικά περιστατικά και σε κλινικό επίπεδο. Αρκεί να φαντασθούμε ένα γιατρό

¹⁰⁵ Pugh, Jonathan. 2014. Ravines and Sugar Pills: Defending Deceptive Placebo Use. *Journal of Medicine and Philosophy* 40 (1): 90.

¹⁰⁶ Pugh, Jonathan. 2014. *op. cit.* 90-1.

που διαβεβαιώνει τον ασθενή του για τους μειωμένους κινδύνους που συνοδεύουν μια δύσκολη χειρουργική επέμβαση με απώτερο σκοπό, όμως, ο ίδιος να διαφημισθεί και να κορυφώσει τη σταδιοδρομία του, ή ένα γιατρό που χορηγεί σ' έναν ασθενή του μια ουσία placebo, όχι επειδή πιστεύει ότι μπορεί να τον ανακουφίσει από τα συμπτώματα, π.χ., ενός κοινού κρυολογήματος, αλλά επειδή θέλει να αποφύγει τις διαρκείς και ενοχλητικές επισκέψεις του. Είναι αδιαμφισβήτητο, ότι σε αυτό το πλαίσιο παραβιάζεται η αυτονομία του ασθενούς. Ας δούμε, τώρα, τη *δεύτερη* παραλλαγή της ιστορίας μας.

Ο Jim και η Becky είναι καλοί φίλοι, και αυτή τη φορά, το φαράγγι πρέπει να είναι 3 μέτρα, σύμφωνα με τους υπολογισμούς του Jim. Πιστεύει, λοιπόν, ότι μπορούν να το διασχίσουν άνετα και οι δυο τους. Ωστόσο, οι υπολογισμοί του Jim δεν ήταν σωστοί, καθώς το φαράγγι ήταν στην πραγματικότητα 4,5 μέτρα. Η Becky, προετοιμασμένη να κάνει ένα άλμα 3 μέτρων, αποτυγχάνει να πηδήξει στην άλλη πλευρά του φαραγγιού.¹⁰⁷ Στην περίπτωση αυτή, ο Taylor θα πρέσβευε ότι η απόφαση της Becky να πηδήξει πάνω από ένα φαράγγι 4,5 μέτρων διαμορφώθηκε αυτόνομα, καθώς ο Jim δεν την παραπληροφόρησε εκούσια—*με πρόθεση*—για το μήκος της απόστασης. Αντίθετα, κατά την Killmister, η έλλειψη *δόλου* εκ μέρους του Jim δεν αναιρεί το γεγονός ότι η Becky δεν ήταν ικανή να ασκήσει κυριαρχικό έλεγχο στο περιεχόμενο της πράξης της, καθώς είχε εισπράξει *μη αληθινές εντυπώσεις* για το μήκος του φαραγγιού, και, συνεπώς, δεν μπορούσε να επιδιώξει *αποτελεσματικά* το σκοπό της, δηλαδή την επιβίωσή της. Εδώ, ο Pugh συγκλίνει με τη θεώρηση του Taylor, και αρνείται ότι η Becky ενεργεί *ετερόνομα*: θα ήταν αβάσιμο, να δεχτούμε ότι ο Jim παρέχει στη Becky μη αληθινές εντυπώσεις, προκειμένου να την κατευθύνει στην υλοποίηση των *δικών του* σκοπών, όπως στην *πρώτη* παραλλαγή, αντί των δικών της.

Τελικά, η *τρίτη* παραλλαγή του παραδείγματος που θα μας δια φωτίσει για να συλλάβουμε μια νέα θεώρηση των θεραπειών placebo έχει ως εξής: Ο Jim σωστά υπολογίζει το μήκος του φαραγγιού στα 5 μέτρα. Είναι πεπεισμένος ότι, μπροστά στον κίνδυνο ζωής που διατρέχουν και με την ένταση της αδρεναλίνης τους, είναι και οι δυο τους ικανοί να διασχίσουν αυτή την απόσταση. Γνωρίζει, όμως, ταυτόχρονα, ότι η Becky θεωρεί τον εαυτό της ικανό να πηδήξει μόνο 4 μέτρα, και αν της αποκαλύπτε το πραγματικό μήκος του φαραγγιού, ο φόβος της θα την ακινητοποιούσε. Καλεί, λοιπόν, τη Becky στον ασύρματο και της ανακοινώνει ότι το φαράγγι που πρέπει να διασχίσουν έχει μήκος 4 μέτρα. Ο Jim πιστεύει ότι, αγνοώντας το πραγματικό μήκος, η Becky θα καταβάλει τη μεγαλύτερη δυνατή προσπάθειά της και θα τα καταφέρει. Πραγματικά, συντονίζοντας όλες τις δυνά-

¹⁰⁷ Pugh, Jonathan. 2014. *op. cit.* 91.

μεις της, και για να σώσει τη ζωή της, κατορθώνει να περάσει στην άλλη πλευρά του φα-
ραγγιού.

Ο Jim παραβιάζει την αυτονομία της Becky; Σύμφωνα με την Killmister, παρ' όλο που η Becky αποκόπτεται από αληθινές εντυπώσεις, εντούτοις δεν εμποδίζεται να πραγματώσει το σκοπό που αυτόνομα επέλεξε, δηλαδή την επιβίωσή της. Αντίθετα, θα έπρεπε να δεχτούμε, ότι οι συγκεκριμένες μη αληθινές εντυπώσεις που της μεταδόθηκαν από το Jim, δηλαδή ότι το φαράγγι είχε μήκος 4 μέτρα, ενώ στην πραγματικότητα ήταν 5 μέτρα, ήταν *απαραίτητες* προκειμένου η Becky να πραγματώσει με επιτυχία το σκοπό της. *Κανονικά*, ο άνθρωπος πρέπει να έχει στη διάθεσή του αληθινές εντυπώσεις για την πραγματικότητα προκειμένου να είναι ικανός να κατευθύνει, αυτόνομα, τις πράξεις του στην επιδίωξη των επιθυμιών και των αξιών του. Ιδού, όμως, μια περίπτωση όπου, χωρίς τις *μη αληθινές εντυπώσεις*, η Becky δεν θα ήταν ικανή να επιβιώσει.¹⁰⁸ Βέβαια, θα μπορούσε να αντιταχθεί ότι, κατά ένα τρόπο, παραβιάζεται η αυτονομία της. Ας υποθέσουμε, ότι η Becky έχει θέσει ως σκοπό της ζωής της να διαμορφώνει, όσο γίνεται, περισσότερες αληθινές εντυπώσεις για τον κόσμο και την πραγματικότητα· στην περίπτωση αυτή, θα έπρεπε να δεχτούμε, ότι, *prima facie*, παραβιάζεται η αυτονομία της, καθώς η απάτη του Jim έχει σαν συνέπεια να την πείσει ότι το φαράγγι έχει μήκος 4, και όχι 5 μέτρα. Πριν, όμως, αποφανθούμε για την ηθικότητα ή μη της απάτης του Jim, ας θυμηθούμε ότι οι σκοποί της Becky, στο πλαίσιο των συγκεκριμένων πραγματικών περιστατικών, δηλαδή η απόκτηση όσο γίνεται περισσότερων αληθινών παραστάσεων για τον κόσμο, και η επιβίωση, *αλληλοαποκλείονται*. Ο Jim που αναλαμβάνει την ευθύνη να αποφασίσει πώς θα μεταχειριστεί την ενδιάθετη κατάσταση της Becky—οπότε, ήδη, βρισκόμαστε ενώπιον μιας *πρώτης* αναστολής της αυτονομίας της—καλείται να διερευνήσει ποιο σκοπό θα θυσιάζε προκειμένου να πραγματώσει τον άλλο. Η απάντηση, μάλλον, δεν είναι δύσκολη. Συνεπώς, η απάτη που διαπράττει ο Jim καλλιεργώντας στη Becky μη αληθινές εντυπώσεις που είναι *απαραίτητες* για να πραγματώσει ένα σκοπό της, θυσιάζοντας έναν άλλο, που κατά τον Jim θα υποχωρούσε στη δεύτερη θέση, δεν μπορεί να αποδοκιμασθεί ηθικά.¹⁰⁹ ‘

Πρέπει, λοιπόν, να διακρίνουμε ανάμεσα στις παραπλανητικές πράξεις που *υποτάσσουν* τη βούληση του υποκειμένου στη βούληση ενός τρίτου προσώπου και σε εκείνες που παρέχουν τους *αναγκαίους όρους* προκειμένου το υποκείμενο να πραγματώσει τους σκοπούς του. Στο σημείο αυτό της επιχειρηματολογίας του, ο Pugh εισάγει ένα νέο όρο στην ηθική διάσταση της ιστορίας, με εφαρμογή και στην παραπλανητική χορήγηση ουσιών placebo. Συγκεκριμένα, θα μπορούσε να αντιταχθεί ότι, παρ' όλο που η απάτη του

¹⁰⁸ Pugh, Jonathan. 2014. *op. cit.* 92.

¹⁰⁹ Pugh, Jonathan. 2014. *op. cit.* 93.

Jim υπηρετεί το σκοπό της Becky, ωστόσο προϋποθέτει τη χρησιμοποίηση ενός μέσου—της απάτης—που εκείνη θα αποδοκίμαζε· έτσι, παραβιάζεται η αυτονομία της. Την τελευταία διαπίστωση δεν αμφισβητεί ο Pugh, αλλά προσθέτει ότι δεν παραβιάζεται οποιαδήποτε αυτονομία της, αλλά η *τοπική* αυτονομία της (local autonomy). Με τον όρο αυτό, ο Pugh εννοεί μια έκφανση της αυτονομίας του ανθρώπου, περιορισμένη χρονικά και χωρικά, που συγκροτεί ένα μικρό, μόνο, τμήμα μιας ευρύτερης, *οικουμενικής* αυτονομίας (global autonomy). Δεχόμαστε, δηλαδή, ότι είναι ηθική η προσφυγή σε μια *αθώα*, περιορισμένη παραβίαση της αυτονομίας μας, αν είναι ο μόνος τρόπος για να εξασφαλίσουμε τη συνοχή της γενικότερης αυτονομίας. Πραγματικά, αν για τη διατήρηση της *οικουμενικής* αυτονομίας είναι *απαραίτητη* μια μικρή θυσία της *τοπικής* αυτονομίας μας, θα πρέπει να συμφωνήσουμε στην ηθική αποδοχή του μέσου της απάτης.¹¹⁰

Κατά τον Pugh, η *τρίτη* εκδοχή της ιστορίας του Jim και της Becky αποτελεί ένα αντιπροσωπευτικό παράδειγμα για την παραπλανητική χορήγηση ουσιών placebo. Η απάτη που συντελείται στην περίπτωση αυτή πρέπει να γίνει δεκτό ότι δεν παραβιάζει την αυτονομία του προσώπου στο οποίο απευθύνεται και πρέπει να επιδοκιμασθεί ηθικά, καθώς, (i) η απάτη δεν θεμελιώνεται στην *υπόταξη* της βούλησης της Becky σε εκείνη του Jim, αλλ' αντίθετα, αποσκοπεί στην πραγμάτωση ενός σκοπού της ίδιας της Becky, που εύλογα αποφάνθηκε ο Jim ότι θα είχε προτεραιότητα, κατά την ίδια, απέναντι σε κάποιο άλλο, αντικρουόμενο σκοπό της, και (ii) για να κατευθύνει η Becky τις ενέργειές της επιτυχημένα στην πραγμάτωση του σκοπού της, είναι *αναγκαίο* να διατηρεί τις μη αληθινές εντυπώσεις που της προκάλεσε ο Jim.¹¹¹ Παρόμοια, και στις περιπτώσεις όπου δεχόμαστε ότι η χορήγηση ουσιών placebo, και γενικότερα η επιλογή μιας θεραπείας που στηρίζεται στην εμφάνιση του αποτελέσματος αυτού, αποτελεί τη *μόνη*, αξιόλογη επιλογή, και εφόσον υιοθετήσουμε την, όχι πάντως αναντίρρητη, θέση ότι η άγνοια του ασθενούς για το χαρακτήρα της θεραπευτικής αγωγής του αυξάνει θεαματικά την ένταση του αποτελέσματος placebo, πρέπει να συμφωνήσουμε ότι, κατά το συλλογισμό του Pugh, δεν διαπράττεται μια ηθικά επιλήψιμη συμπεριφορά. Καθώς, (i) με την κρυφή χορήγηση των placebo δεν επιδιώκεται η υπόταξη της βούλησης του ασθενούς σ' εκείνη του γιατρού του, και, ταυτόχρονα, δεν επιδιώκεται η υλοποίηση των σκοπών του τελευταίου, αλλά του ασθενούς, δηλαδή η οριστική αποκατάσταση της υγείας του, και (ii) η προσφυγή στην απάτη αυτή δεν αποτελεί παρά την *έσχατη* επιλογή, δηλαδή είναι αναγκαία για την

¹¹⁰ Pugh, Jonathan. 2014. *op. cit.* 94.

¹¹¹ Pugh, Jonathan. 2014. *op. cit.* 95.

εμφάνιση του αποτελέσματος placebo, δεν μπορούμε παρά να δεχτούμε την ηθικότητα της χρήσης της.¹¹²

Βέβαια, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι ανάμεσα στην *τρίτη* εκδοχή της ιστορίας, και στην παραπλανητική χορήγηση ουσιών placebo παρατηρούνται τέτοιες διαφορές, που θα δικαιολογούσαν τη διαφορετική κρίση μας ως προς την ηθική αποδοχή ή απόρριψη των πράξεων απάτης που συντελούνται. Από τη μια πλευρά, κινδυνεύει η ζωή της Becky σ' ένα εχθρικό περιβάλλον από ένα σαρκοβόρο ζώο, ενώ από την άλλη πλευρά δύσκολα θα σκεφτόμασταν τα πραγματικά περιστατικά μιας κλινικής περίπτωσης όπου ο γιατρός θα χορηγούσε placebo για να σώσει τη ζωή ενός ασθενούς. Και πάλι, όμως, θα μπορούσαμε, όπως υποστηρίζει ο Pugh, να τροποποιήσουμε τους κινδύνους που διατρέχουν οι Jim και Becky, και να αγχούμε με επιτυχία στα ίδια συμπεράσματα και στη σωστή αναλογία με τις θεραπείες placebo. Από αυτή την παρατήρηση, ωστόσο, απορρέει μια συνέπεια που δύσκολα θα μπορούσε να ανατραπεί: αν, όπως δεχτήκαμε, στην πλειονότητα των περιπτώσεων όπου ακολουθούνται θεραπείες placebo—σε περιπτώσεις, με άλλα λόγια, όπου ο ένας από τους δύο ή περισσότερους συγκρουόμενους και αλληλοαποκλειόμενους σκοπούς δεν ήταν η ζωή, αλλά ένα ποιοτικά μικρότερο αγαθό, όπως η θεραπεία από ένα κρυολόγημα—θα μπορούσαμε να αποφανθούμε ποιο αγαθό θα αποκτούσε προτεραιότητα, σύμφωνα, πάντα, με την εικαζόμενη βούληση του προσώπου, με την ίδια *ευκολία* που αποφάνθηκε ο Jim;¹¹³ Για να παρέχουμε μια γενική απάντηση στο ερώτημα, αν προτιμά ο ασθενής να θεραπευθεί, ακόμη κι αν αγνοεί το χαρακτήρα της θεραπείας του, ή επιθυμεί σε κάθε περίπτωση να μαθαίνει την αλήθεια για τις διαδικασίες και την αγωγή όπου υποβάλλεται, θα μπορούσαμε, όπως υποστήριζε ο Foddy, να προστρέξουμε σε αντικειμενικά εργαλεία, όπως στην απόφαση που θα έπαιρνε ένας μέσος ασθενής σε μια παρόμοια με την επίμαχη κατάσταση. Η λύση αυτή, ωστόσο, δύσκολα θα μπορούσε να υιοθετηθεί στο χώρο της ηθικής, όπου η επιλογή και διαμόρφωση των ηθικών κανόνων δεν αποτελεί, απλώς, το μέσο όρο των αποφάσεων που λαμβάνουν οι ηθικοί δρώντες.

Σύμφωνα με τον Pugh, η ικανοποιητικότερη απάντηση στο πρόβλημα αυτό προέρχεται από την παραδοχή, ότι, στην περίπτωση όπου η θεραπεία placebo είναι η μοναδική επιλογή, ο γιατρός υποχρεώνεται από την ίδια τη φύση της θεραπείας να εικάσει ο ίδιος τις επιθυμίες και τις αξίες του ασθενούς του, και να καταλήξει σε μια απόφαση γι' αυτόν, ανεξάρτητα αν οι εικασίες του αντιστοιχούν στην πραγματικότητα ή όχι. Με την παραδοχή αυτή επανερχόμαστε, λοιπόν, στην κεφαλαιώδη σημασία που έχει για την επι-

¹¹² Pugh, Jonathan. 2014. *op. cit.* 95.

¹¹³ Hester, Micah D., Talisse, Robert B. 2009. Physician Deception and Patient Autonomy. *The American Journal of Bioethics* 9 (12): 23.

λογή μιας θεραπείας placebo, το χτίσιμο μιας στενής σχέσης γιατρού-ασθενούς: ο Pugh παρέχει, έτσι, δυο κύριους γνώμονες, με οδηγό τους οποίους μπορεί να κατευθύνεται, με σχετική ασφάλεια, ο γιατρός στην εικαζόμενη βούληση του ασθενούς του: (i) να προσπαθεί να ανιχνεύσει τις πεποιθήσεις του ασθενούς για την απάτη, γενικά, και ειδικά για την ηθικότητα μιας μικρής απάτης, στο χώρο της περίθαλψης, με σκοπό τη θεραπεία, και (ii) τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του, υπό την έννοια, ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο πόνος, τόσο περισσότερο επιζητεί ο ασθενής, με κάθε μέσο, την ανάρρωσή του (χωρίς αυτό να δικαιολογεί, αυτόματα, οποιοδήποτε μέσο). Για παράδειγμα, θα μπορούσαμε εύλογα να υποθέσουμε, ότι ένας ασθενής που πάσχει από σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, και παραπονείται έντονα όχι μόνο για τον πόνο που νιώθει αλλά και για το πώς η πάθησή του έχει δυσχεράνει την κοινωνική ζωή του, θα συμφωνούσε να λάβει μια ουσία placebo, αν ήταν η μόνη λύση για την ανακούφιση των συμπτωμάτων του. Η προσφυγή, συνεπώς, στις θεραπείες placebo δεν μπορεί παρά να αντιμετωπισθεί με μια *ad hoc* αξιολόγηση κάθε περίπτωσης, με σεβασμό των δύο προϋποθέσεων που μνημονεύθηκαν, δηλαδή, (i) να προωθούνται οι σκοποί του ασθενούς, και όχι του γιατρού, και να εικάζεται, εύλογα, ότι ο ασθενής θα προτιμούσε την ανακούφισή του από την πάθηση που αντιμετωπίζει, από τη μετάδοση αληθινών εντυπώσεων για το χαρακτήρα της θεραπευτικής αγωγής του, και (ii) ο γιατρός, δικαιολογημένα, να εκτιμά ότι η κρυφή χορήγηση ουσιών placebo αποτελεί τη μόνη αποτελεσματική θεραπεία για τη συγκεκριμένη περίπτωση.¹¹⁴

9.4.4 Η Θεωρία της Αρνητικής Ενημερωμένης Συγκατάθεσης

Τέλος, ο σουηδός καθηγητής, Ulrik Kihlbom αναλαμβάνει μια ακόμη απόπειρα να υποστηρίξει την ηθικότητα της χρήσης θεραπειών placebo στην κλινική πράξη. Συγκεκριμένα, δέχεται ότι η αυτονομία δεν επιβάλλει σε κάθε περίπτωση την εφαρμογή της ενημερωμένης συγκατάθεσης, αλλά, αντίθετα, επιτρέπει μια απόκλιση από την πρακτική της αναζήτησης της ενημερωμένης συγκατάθεσης του ασθενούς, υιοθετώντας, με τον τρόπο αυτό, μια ιδιαίτερη σύλληψη της έννοιας της αυτονομίας στην ιατρική ηθική. Στο άρθρο του, *Autonomy and Negatively Informed Consent*, ξεκινά τη συλλογιστική του, αποδεχόμενος τη σύλληψη της αρνητικής ενημερωμένης συγκατάθεσης. Σύμφωνα με το μοντέλο του Kihlbom, ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται για την προτεινόμενη θεραπεία, και για τη δυνατότητα να λάβει περισσότερες πληροφορίες, αν επιθυμεί, αλλά δεν

¹¹⁴ Pugh, Jonathan. 2014. *op. cit.* 97.

λαμβάνει ολοκληρωμένη ενημέρωση για τη διαδικασία που θα ακολουθήσει.¹¹⁵ Με τον τρόπο αυτό, ο ασθενής παρέχει τη συγκατάθεσή του για τη θεραπεία όπου θα υποβληθεί, και, *σιωπηρά*, δέχεται να μη λάβει περισσότερες πληροφορίες, ενώ εξακολουθεί να διατηρεί το δικαίωμα να υπαναχωρήσει από την απόφασή του, και να ζητήσει από το γιατρό του περισσότερες διευκρινίσεις. Ο David Shaw, μάλιστα, που υιοθέτησε και ανέπτυξε περαιτέρω τις θέσεις του Kihlbom, προτείνει να χρησιμοποιείται από τους γιατρούς και μια όμοια γλώσσα κατά την ενημέρωση των ασθενών, όπως, για παράδειγμα, «Το χάπι αυτό δεν έχει καθόλου παρενέργειες, ενώ μελέτες έχουν δείξει, ότι όσα περισσότερα σου πω γι' αυτή, τόσο λιγότερο αποτελεσματικά θα λειτουργήσει.»¹¹⁶

Πιο συγκεκριμένα, οι προϋποθέσεις που αναγνωρίζει ο Kihlbom για την εφαρμογή της έννοιας της αρνητικής ενημερωμένης συγκατάθεσης είναι ο ασθενής, (i) να είναι ικανός για καταλογισμό (competent), και (ii) για να αντιληφθεί τις πληροφορίες που πρόκειται να λάβει από το γιατρό του, και ειδικότερα, (iii) για το σκοπό της προτεινόμενης θεραπείας, τη δυνατότητα να λάβει περισσότερες λεπτομέρειες, αν επιθυμεί, καθώς και ότι η συγκατάθεσή του είναι ελεύθερα ανακλητή, (iv) είναι πεπεισμένος, ότι ο γιατρός του θα επιλέξει μια θεραπεία που εναρμονίζεται με τις δικές του αξίες και με τη δική του σύλληψη των θεμιτών κινδύνων από την εφαρμογή αυτής της θεραπείας· τελικά, ο ασθενής (v) παρέχει *σιωπηρά* και συνειδητά τη συγκατάθεσή του για τη διενέργεια των απαραίτητων ιατρικών πράξεων, και με όμοιο τρόπο συμφωνεί να μη λάβει περισσότερες πληροφορίες.¹¹⁷ Ομολογουμένως, η καινοφανής σύλληψη του Kihlbom, όχι μόνο θα μπορούσε να εγείρει ισχυρές αντιδράσεις και αντιρρήσεις σε θεωρητικό επίπεδο, από όσους υιοθετούν το καθιερωμένο πρότυπο της ενημερωμένης συγκατάθεσης, ως προϋπόθεσης για το σεβασμό της αυτονομίας στην ιατρική πράξη, αλλά και για την ίδια την πρακτική της εφαρμογή. Πραγματικά, οι προϋποθέσεις (iv) και (vi) επιβάλλουν να προϋπάρχει μια στενή σχέση γιατρού-ασθενούς, και μια διαισθητική αλληλεπίδραση με τις ιδιαίτερες ανάγκες και επιθυμίες του τελευταίου· δεν είναι, όμως, από την άλλη πλευρά, αυτός ο τελικός στόχος της σύγχρονης ηθικής θεωρίας για τη σχέση γιατρού-ασθενούς: η καλλιέργεια μιας σχέσης εμπιστοσύνης ανάμεσα στους πρωταγωνιστές της ιατρικής πράξης, και η ικανότητα, τόσο ο γιατρός να αντιλαμβάνεται, ακόμη και *σιωπηρά*, τη στάση του ασθενούς του απέναντι σε μια θεραπεία, όσο και ο ασθενής να ανακουφίζεται στη σκέψη ότι ο

¹¹⁵ Kihlbom, Ulrik. 2008. Autonomy and Negatively Informed Consent. *Journal of Medical Ethics* 34: 147-48.

¹¹⁶ Shaw, David M. 2009. Prescribing Placebos Ethically: The Appeal of Negatively Informed Consent. *Journal of Medical Ethics* 35 (2): 98.

¹¹⁷ Kihlbom, Ulrik. 2008. *op. cit.* 148.

γιατρός του θα αποφασίσει να εφαρμόσει την καλύτερη, κατά περίπτωση, θεραπεία για την αντιμετώπιση της κατάστασης της υγείας του;

Αντί Επιλόγου

Είναι φανερό, ότι έχουν υποστηριχθεί, με σημαντικά επιχειρήματα, και θετικές και αρνητικές θέσεις ως προς την υιοθέτηση των θεραπειών placebo στην κλινική πράξη. Ταυτόχρονα, όμως, διαφαίνεται ότι δεν μπορεί να γίνει αποδεκτή καμία θεωρία, χωρίς να έρθει αντιμετώπιη με τα ισχυρά διλήμματα που αναδεικνύει η άλλη. Ήδη, όμως, και η κατηγορική απαγόρευση της χορήγησης ουσιών placebo από τους κώδικες δεοντολογίας τόσο του αμερικανικού όσο, έμμεσα, και του βρετανικού ιατρικού συλλόγου, καθώς και η πρόβλεψη στα νομοθετικά κείμενα της ηπειρωτικής Ευρώπης του καθήκοντος αλήθειας του γιατρού, περιορίζουν δραστικά το πεδίο εφαρμογής αυτής της παλαιάς μορφής θεραπευτικής πρακτικής. Πραγματικά, λίγοι θα ήταν οι γιατροί που θα διακινδύνευαν τόσα πολλά, όπως η διατήρηση της άδειας άσκησης του επαγγέλματός τους, η φήμη και η επαγγελματική ακεραιότητα, και η ίδια η εμπιστοσύνη που έχουν καλλιεργήσει σταδιακά στους ασθενείς τους, προκειμένου να προσφύγουν σε αυτή την ιδιόρρυθμη μορφή θεραπείας.

Ίσως, όμως, δεν είναι και τόσο απαγορευτική η στάση των ιατρικών συλλόγων για τη μελλοντική μελέτη και εφαρμογή στην ιατρική πράξη των θεραπειών placebo. Ας αναρωτηθούμε τι θα συνέβαινε, αν οι ιατρικοί σύλλογοι επέτρεπαν ρητά τη χρησιμοποίηση ουσιών placebo υπό προϋποθέσεις! Είναι, μάλλον, βέβαιο ότι η πλειονότητα των ασθενών θα ανησυχούσαν τόσο, ώστε θα απαιτούσαν, ακόμη και γραπτές, διαβεβαιώσεις από το γιατρό τους ότι δεν θα τους χορηγήσει ουσία placebo. Και τούτο από φόβο, και άγνοια των επιστημονικών ευρημάτων για τον τρόπο, φυσιολογικό ή/και ψυχολογικό, με τον οποίο επενεργεί το φαινόμενο placebo. Ας αντιπαρέλθουμε, λοιπόν, χωρίς να τους επικρίνουμε, τους κώδικες δεοντολογίας, και ας δεχτούμε, ότι το σταθερό χτίσιμο μιας σχέσης εμπιστοσύνης και φροντίδας μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς είναι ικανό να οδηγήσει σε μια ασφαλή θεραπευτική εφαρμογή του αποτελέσματος placebo στην υγεία του ασθενούς: αυτός είναι και ο θεμελιώδης στόχος της ιατρικής πράξης και ηθικής.

Βιβλιογραφία

- Bok, Sissela. 1979. *Lying. Moral Choice in Public and Private Life*. New York: Vintage Books.
- . 2002. Ethical Issues In Use Of Placebos In Medical Practice And Clinical Trials στο Guess, Harry A., Kleinman, Arthur, Kusek, John W., Engel, Linda W. (ed.). *The Science of the Placebo, Toward an Interdisciplinary Research Agenda*. 53-74. London: BMJ Books.
- Brody Howard. 1997. The Physician-Patient Relationship στο Veatch, Robert M. (ed.). *Medical Ethics*. 75-101. Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers.
- , Brody, Daralyn. 2000. *The Placebo Response: How You Can Release the Body's Inner Pharmacy for Better Health*. London: Harper.
- Childress, James. 1982. Who Should Decide? Paternalism in Health Care. New York: Oxford University Press.
- Childress, James F. Informed Consent. Veatch, Robert M. (ed.). *Medical Ethics*. pp. 185-208. Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers.
- Coelho, Paulo. 1988. Ο Αλχημιστής. Μετάφραση: Μαρία Φερέϊρα-Χιδίρογλου. Αθήνα: Εκδόσεις Λιβάνη.
- Danto, Arthur C. 1968. *Analytical Philosophy of Knowledge*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dworkin, Gerald. *The Theory and Practice of Autonomy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Faden, Ruth R., Beauchamp, Tom L. 1986 *A History and Theory of Informed Consent*. New York: Oxford University Press.
- Fried, Charles. 1978. *Right and Wrong*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Hawkins, Jennifer S. 2008. Exploitation and Placebo Controls στο Hawkins, Jennifer S., Emanuel, Ezekiel J. (ed.). *Exploitation and Developing Countries. The Ethics of Clinical Research*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Κανελλοπούλου-Μπότη Μαρία, Παναγοπούλου-Κουτνατζή, Φερενίκη (επιμ.). 2014. *Ιατρική Ευθύνη και Βιοηθική. Σύγχρονες Προσεγγίσεις και Προοπτικές του Μέλλοντος*. Λευκωσία: Broken Hill.
- Κόντος, Παύλος. 2012. *Η Καντιανή Ηθική της Υπόσχεσης*. Αθήνα: Εστία.

- Korsgaard, Christine M. 1996. *Creating the Kingdom of Ends*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Langan, John P., Pellegrino, Edmund D., Veatch, Robert M. (ed.) *Ethics, Trust and the Professions. Philosophical and Cultural Aspects*. Washington, D.C.: Georgetown University Press.
- Moerman, Daniel E. 2002. *Meaning, Medicine and the Placebo Response*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ο' Neill, Onora. 2011. *Αυτονομία και Εμπιστοσύνη στη Βιοηθική*. Αθήνα: Αρσενίδης.
- . 2011. *Κατασκευές του Λόγου. Έρευνες στην Πρακτική Φιλοσοφία του Καντ*. Αθήνα: Αρσενίδης.
- Price, Donald D., Fields, Howard L. 1997. The Contribution of Desire and Expectation to Placebo Analgesia: Implications for New Research Strategies στο Harrington, Anne (ed.). 1997. *The placebo effect: An interdisciplinary exploration*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Πρωτοπαπαδάκης, Ευάγγελος. 2014. Οι Θεραπείες Placebo και το Ιατρικό Καθήκον στο Κανελλοπούλου-Μπότη, Μαρία, Παναγοπούλου-Κουτνατζή, Φερενίκη (επιμ.). *Βιοηθικοί Προβληματισμοί*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Schneewind, Jerome B. 1998. *The Invention of Autonomy. A History of Modern Moral Philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sherman, Nancy. 1997. *Making A Necessity of Virtue. Aristotle and Kant on Virtue*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, James S. 2009. *Practical Autonomy and Bioethics*. London: Routledge.
- Veatch, Robert M. 2009. *Patient, Heal Thyself. How the New Medicine Puts the Patient in Charge*. Oxford: Oxford University Press.
- Windelband, Wilhelm, Heimsoeth, Heinz. 2003. *Εγχειρίδιο Ιστορίας της Φιλοσοφίας, γ' τόμος, Η γερμανική Φιλοσοφία. Η φιλοσοφία του 19ου αιώνα. Η φιλοσοφία του 20ου αιώνα*. Αθήνα: Μορφωτικό Ίδρυμα Εθνικής Τραπέζης.
- Wood, Allen W. 1999. *Kant's Ethical Thought*. Cambridge: Cambridge University Press.

Αρθρογραφία

- Ackerman, Terrence F. 2010. Therapeutic Beneficence and Placebo Controls. *The American Journal of Bioethics* 2 (2): 21-2.

- Barnhill, Anne. 2011. What It Takes to Defend Deceptive Placebo Use. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 21 (3): 219-50.
- , Miller, Franklin G. 2014. Placebo and Deception. *Journal of Medicine and Philosophy* 40 (1): 69-82.
- Beecher, Henry. 1955. The Powerful Placebo. *Journal of the American Medical Association* 159: 1602-6.
- Benn, Stanley I. 1976. Freedom, Autonomy, and the Concept of a Person. *Proceedings of the Aristotelian Society* 12 (76): 109-30.
- Berger, Jeffrey. 2009. Paternalistic Assumptions and a Purported Duty to Deceive. *The American Journal of Bioethics* 9 (12): 20-1.
- Blakeslee, Sandra. 1998. Placebos Prove So Powerful Even Experts Are Surprised; New Studies Explore the Brain's Triumph Over Reality. *The New York Times*, October 13.
- Brim, Remy L., Miller, Franklin G. 2013. The Potential Benefit of the Placebo Effect in Sham-controlled Trials: Implications for Risk-benefit Assessments and Informed Consent. *Journal of Medical Ethics* 39: 703-7.
- Brody, Howard. 1982. The Lie that Heals: The Ethics of Giving Placebos. *Annals of Internal Medicine* 97: 112-8.
- , Miller, Franklin G. 2003. The Clinician-Investigator: Unavoidable but Manageable Tension. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 13 (4): 329-46.
- . 2009. Medicine's Continuing Quest for an Excuse to Avoid Relationships with Patients. *The American Journal of Bioethics* 9 (12): 13-5.
- Cohen, Shlomo, Shapiro, Haim. 2013. "Comparable Placebo Treatment" and the Ethics of Deception. *Journal of Medicine and Philosophy* 38: 696-709.
- de la Fuente-Fernandez, Raúl, Ruth, Thomas J., Sossi, Vesna, Shulzer, Michael, Calne, Donald B., Stoessl, Jon A. 2001. Expectation and Dopamine Release: Mechanism of the Placebo Effect in Par-kinson's Disease. *Science* 293: 1164-6.
- Duffy, James D. 2009. The Placebo Response: The Shared Construction of Reality and the Illusion of Autonomy. *The American Journal of Bioethics* 9 (12): 26-8.
- Emanuel, Ezekiel J., Emanuel, Linda L. 1992. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *Journal of the American Medical Association* 267 (16): 2221-6.
- Finniss, Damien G., Kaptchuk, Ted J., Miller, Franklin G., Benedetti, Fabrizio. 2010. Biological, Clinical and Ethical Advances of Placebo Effects. *Lancet* 379 (9715): 686-95.
- Foddy, Bennett. 2009. A Duty to Deceive: Placebos in Clinical Practice. *The American Journal of Bioethics* 9 (12): 4-12.
- . 2011. The Ethical Placebo. *Journal of Mind-Body Regulation* 1 (1): 53-62.

- Gold, Azgad, Lichtenberg, Pesach. 2014. The Moral Case for the Clinical Placebo. *Journal of Medical Ethics* 40: 219-24.
- Groll, Daniel. 2011. What You Don't Know Can Help You: The Ethics of Placebo Treatment. *Journal of Applied Philosophy* 28 (2): 188-202.
- Groudine, Scott, Lumb, Phillip D. 1997. First, do no Harm. *Journal of Medical Ethics* 23: 377-8.
- Harrington, Anne, Hoffman, Ginger A., Fields, Howard A. Pain and the Placebo: What We Have Learned. *Perspectives in Biology and Medicine* 48 (2): 248-65.
- Hester, Micah D., Talisse, Robert B. 2009. Physician Deception and Patient Autonomy. *The American Journal of Bioethics* 9 (12): 22-3.
- Hill, Thomas E. Jr. 1984. Autonomy and Benevolent Lies. *Journal of Value Inquiry* 18: 251-67.
- Hróbartsson, Ashbjørn, Gøtzsche, Peter C. 2001. Is the Placebo Powerless?: An Analysis of Clinical Trials Comparing Placebo with No Treatment. *New England Journal of Medicine* 344 (21): 1594-1603.
- Joffe, Steven, Miller, Franklin G. 2008. Bench to Bedside: Mapping the Moral Terrain of Clinical Research. *Hastings Center Report* 38 (2): 30-42.
- Kienle, Gunver S., Kiene, Helmut. 1997. The Powerful Placebo: Fact or Fiction? *Journal of Clinical Epidemiology* 50 (12): 1311-8.
- Kihlbom, Ulrik. 2008. Autonomy and Negatively Informed Consent. *Journal of Medical Ethics* 34 : 146-149.
- Killmister, Suzy. 2013. Autonomy and false beliefs. *Philosophical Studies* 164: 513-21.
- Kolber, James, 2007. A Limited Defense of Clinical Placebo Deception. *The Yale Law & Policy Review* 26 (1): 75-134.
- Korsgaard, Christine M. 1986. The Right to Lie: Kant on Dealing with Evil. *Philosophy and Public Affairs* 15 (4): 325-49.
- Lidz, Charles W., Meisel, Alan, Osterweis, Max, Holden, Matthew Jr., Marx, Johan H., Munetz, Mark R. 1983. Barriers to Informed Consent. *Annals of Internal Medicine* 99: 534-43.
- Masters, Roger D. 1975. Is Contract an Adequate Basis for Medical Ethics? *Hastings Center Report* 5 (6): 24-8.
- Mayberg, Helen S., Silva, Arturo J., Brannan, Steven K., Tekell, Janet L., Mahurin, Roderick K., McGinnis, Scott, Jerabek, Paul A. 2002. The Functional Neuroanatomy of the Placebo Effect. *American Journal of Psychiatry* 159: 728-37.

- Miller, Franklin G., Colloca, Luana. 2009. The Legitimacy of Placebo Treatments in Clinical Practice: Evidence and Ethics. *The American Journal of Bioethics* 9 (12): 39-47.
- , 2011. The Placebo Phenomenon and Medical Ethics: Rethinking the Relationship Between Informed Consent and Risk-Benefit Assessment. *Theoretical Medicine and Bioethics* 32: 229-43.
- , Brody, Howard. 2002. What Makes Placebo-Controlled Trials Unethical? *The American Journal of Bioethics* 2 (2): 3-9.
- O' Neill, Onora. 1984. Paternalism and Partial Autonomy. *Journal of Medical Ethics* 10: 173-78.
- . 2008. I. Kant After Virtue. *Inquiry: An Interdisciplinary Journal of Philosophy* 26: 387-405.
- Powell, Tia, Bailey, Jason. 2009. Against Placebos. *The American Journal of Bioethics* 9 (12): 23-5.
- , Finnis, Damien G., Benedetti, Fabrizio. 2008. A Comprehensive Review of the Placebo Effect: Recent Advances and Current Thought. *Annual Review of Psychology* 59: 565-90.
- Pugh, Jonathan. 2014. Ravines and Sugar Pills: Defending Deceptive Placebo Use. *Journal of Medicine and Philosophy* 40 (1): 83-101.
- Rorty, Mary V., Frankel, Lorry R. 2009. The Paradoxical Placebo. *The American Journal of Bioethics* 9 (12): 17-20.
- Shaw, David M. Prescribing Placebos Ethically: The Appeal of Negatively Informed Consent. *Journal of Medical Ethics* 35 (2): 97-99.
- Siegler, Mark. 1980. A Physician's Perspective on the Right to Health Care. *Journal of the American Medical Association* 244: 1591-6.
- Spinney, Laura. 2006. Purveyors of Mystery. *New Scientist* 192 (2582): 42-3.
- Sokol, Daniel K. 2007. Can Deceiving Patients Be Morally Acceptable? *British Medical Journal* 334: 984-6.
- Talbot, Margaret. 2000. The Placebo Prescription. *The New York Times*, January 9.
- Veatch, Robert M. 1972. Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age. *Hastings Center Report* 2 (3): 5-7.
- . 1979. Professional Medical Ethics: The Grounding of Its Principles. *Journal of Medicine and Philosophy* 4 (1): 399-402.
- van Wyk, Robert N. 1990. When Is Lying Morally Permissible?: Casuistical Reflections on the Game Analogy, Self-Defense, Social Contract Ethics, and Ideals. *The Journal of Value Inquiry* 24: 155-68.

Zaborowski, Piotr, Górski, Adam. 2004. Informed Consent and the Use of Placebo in Poland: Ethical and Legal Aspects. *Science and Engineering Ethics* 10: 167-78.

Περίληψη

Σ' αυτή τη διπλωματική εργασία, ερευνάται ο ηθικός χαρακτήρας της παραπλάνησης που προϋποθέτει η κρυφή χορήγηση ουσιών placebo. Μετά από μια σύντομη παρουσίαση των θετικών και αρνητικών εκφάνσεων που έχουν αποδοθεί στη χρησιμοποίησή τους στην ιατρική πράξη, περιγράφεται η ικανοποιητικότερη απόπειρα εννοιολογικής προσέγγισης του φαινομένου placebo, η θεωρία της προσδοκίας, που συλλαμβάνει την ευεργετική επίδραση της προσδοκίας που καλλιεργείται στον ασθενή ως την ιδέα, ότι μια ενεργητική φαρμακευτική αγωγή, αντί για την προσδοκία του και μόνο, αναλαμβάνει την αποκατάσταση της υγείας του. Το ισχυρότερο εμπόδιο που δημιουργείται απέναντι στην υιοθέτηση των θεραπειών placebo πηγάζει από την αρχή της αυτονομίας, που απαιτεί οι ηθικοί δρώντες να είναι εφοδιασμένοι σε κάθε περίπτωση και, ιδίως, στην ιατρική πρακτική, με το σύνολο των πληροφοριών που απαιτούνται για να αποφασίσουν ελεύθερα και απρόσκοπτα για την προσωπικότητά τους. Για την υπεράσπιση της απάτης, διατυπώθηκε η θεωρία των θεμελιωδών εκφάνσεων της θεραπείας από την Onora O' Neill, που επιβάλλει να κοινοποιούνται στον ασθενή μόνο οι ουσιώδεις πτυχές της, επιτρέποντας στον ασθενή να καταλήξει σε μια στοιχειωδώς αυτόνομη επιλογή· η θεωρία του Adam Kolber, σύμφωνα με την οποία η ηθική αποδοχή της συντελούμενης απάτης πρέπει να θεμελιωθεί στη ρητή ή σιωπηρή, αυτόνομα διαμορφωμένη, προτίμηση του ασθενούς να υπαχθεί στο θεραπευτικό πρόνομο του γιατρού του, και η υπεροχή, ως προς το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης, του σκοπού θεραπείας απέναντι στο σκοπό του απόλυτου σεβασμού της αυτονομίας του ασθενούς. Ακολουθεί η έκθεση των Faden και Beauchamp για τις γενικές προϋποθέσεις που απαιτούνται για τη συγκρότηση μιας αυτόνομης, ενημερωμένης συγκατάθεσης, και παρουσιάζονται, με τον οικείο αντίλογο, οι απόπειρες φιλοσόφων να ανατρέψουν τον παραπλανητικό χαρακτήρα των placebo. Ορισμένες θεραπείες placebo παρουσιάζονται ότι λειτουργούν με τον ίδιο μηχανισμό που λειτουργούν οι κανονικές φαρμακευτικές αγωγές, συνεπώς η αποσιώπηση του ιδιαίτερου χαρακτήρα των πρώτων καθίσταται περιττή, προκρίνεται η υπεύθυνη χορήγηση placebo στην περίπτωση που δεν υπάρχει άλλη διαθέσιμη, εξίσου αποτελεσματική θεραπεία· τέλος, περιγράφεται η θεωρία του Jonathan Pugh για την προσωρινή αναστολή της τοπικής αυτονομίας, δηλαδή της πλήρους ενημέρωσης, υπέρ της οικουμενικής αυτονομίας, της οριστικής αποκατά-

στασης της υγείας του ασθενούς, ενώ μνημονεύεται και η θεωρία της αρνητικής ενημερωμένης συγκατάθεσης όπου αρκεί, υπό προϋποθέσεις, η σιωπηρή υπαγωγή του ασθενούς στην αποφασιστική εξουσία του γιατρού. Τελικά, η κρυφή χορήγηση placebo δεν μπορεί παρά να πλαισιώνει μια στενή, ουσιαστική σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς.

Abstract

In this thesis, I investigate the moral character of the deception involved in blind placebo use. After a brief reference to both positive and negative aspects attributed to clinical placebo use, I describe the most potent attempt to conceptually approach the placebo phenomenon—a theory of expectation that considers placebos' therapeutic effect communicated to the patient as the very idea that a usual drug instead of his expectation itself is eventually responsible for his treatment. The most powerful dilemma against the moral acceptance of clinical placebo use is presented by the principle of autonomy that requires moral agents be informed in any case to come to a free, uninterrupted decision in relation to their personality. Defending the case, Onora O' Neill formulates a theory regarding the fundamental aspects of each therapy, in a way that only substantial information is communicated to the patient as a prerequisite for a rudimentary autonomous choice; Adam Kolber's theory substantiates the deception required to the explicit or tacit, autonomously constructed, patient's informed consent to the physician's therapeutic privilege and the subsequent transcendence of the therapeutic end towards an indiscreet respect of patient's autonomy. Following Faden and Beauchamp's theory of general requirements of a morally acceptable informed consent, I present attempts, along with their rebuttal, to doubt over the moral opposition to deceptive placebo use. Some placebo remedies are attributed the same physiological mechanism as regular pharmacological ones, thus making full disclosure of the very nature of the former to seem redundant, while responsible placebo use in case no effective alternate therapy is available is being defended; Jonathan Pugh maintains that a short suspension of the local autonomy, i.e. full disclosure, should be permitted in view of the global autonomy that constitutes the patient's recovery; last, I am referring to a negatively informed consent theory that under certain requirements allows for a tacit surrender to the physician's therapeutic privilege. In any case, deceptive

placebo use should come along with a strong and substantial, trust-based, relationship between the physician and the patient.