



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΦΙΛΟΛΟΓΙΑΣ



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

ΔΙΑΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΚΑΙ ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΗΘΙΚΗ ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ»

Ευθανασία: Ηθικοί Προβληματισμοί

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

της

Ειρήνης Τσουκαλοχωρίτου

Διπλωματούχου Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών της Σχολής Ανθρωπιστικών
και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πατρών

Επιβλέπων: Ευάγγελος Πρωτοπαπαδάκης

Λέκτορας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Συνεπιβλέπουσες: Γεωργία Ξανθάκη-Καραμάνου

Καθηγήτρια-Πρόεδρος του Τμήματος Φιλολογίας του Πανεπιστημίου
Πελοποννήσου

Φερενίκη Παναγοπούλου-Κουτνατζή, Δρ. Νομικής

Καλαμάτα, Ιούνιος 2012

Στον Γιώργο και τη Δήμητρα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
Α΄ ΜΕΡΟΣ	
Η ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ	19
2.1. Αρχαία Ελλάδα.....	19
2.2. Παλαιά και Καινή Διαθήκη.....	25
2.3. Μεσαίωνα.....	25
2.4. Από τον 16 ^ο έως τον 19 ^ο αιώνα.....	26
2.5. 20 ^{ος} αιώνας μέχρι σήμερα	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΤΗΣ	33
3.1. Ορισμός της Ευθανασίας	33
3.2. Οι μορφές της Ευθανασίας	35
3.2.1. Ενεργητική Ευθανασία	35
3.2.2. Παθητική Ευθανασία	37
3.2.3. Εκούσια, μη εκούσια και ακούσια Ευθανασία.....	39
3.2.4. Ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
ΔΙΚΑΙΟ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	43
4.1. Διεθνές Δίκαιο	44
4.1.1. Συμβούλιο της Ευρώπης - Ευρωπαϊκή Σύμβαση του Οβιέδο (1997) για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική	44
4.1.2. Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων-Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου.....	45

4.2. Αλλοδαπό Δίκαιο.....	47
4.2.1. Ηνωμένο Βασίλειο και Ιρλανδία.....	47
4.2.2. Ολλανδία και Βέλγιο.....	48
4.2.3. Λουξεμβούργο.....	50
4.2.4. Ελβετία.....	51
4.2.5. Γερμανία.....	52
4.2.6. ΗΠΑ.....	53
4.2.7. Αυστραλία.....	54
4.3. Η Ελληνική Νομοθετική Προσέγγιση της Ευθανασίας.....	54
Β΄ ΜΕΡΟΣ	
Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΩΣ ΗΘΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ.....	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΥΠΕΡ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.....	60
1.1. Το ωφελμιστικό επιχείρημα.....	60
1.2. Η αξιοπρέπεια του ανθρώπου.....	64
1.3. Η αρχή της αυτοδιάθεσης του ατόμου-το δικαίωμα στον θάνατο.....	71
1.4. Δεοντοκρατία - η κατηγορική προσταγή του Kant.....	78
1.5. Το ανθρωπιστικό επιχείρημα.....	82
1.6. Το καθήκον του γιατρού να ανακουφίζει τον πόνο.....	85
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.....	88
2.1. Ολισθηρός κατήφορος (slippery slope argument).....	89
2.2. Διαστρέβλωση της θεραπευτικής σχέσης.....	99
2.2.1. Διαστρεβλώσεις της ευεργετικότητας.....	99
2.2.2. Διαστρέβλωση της αξιοπρέπειας.....	103
2.2.3. Διαστρέβλωση της αυτονομίας.....	106
2.2.4. Διαστρέβλωση της εμπιστοσύνης.....	108
2.3. Η ζωή ως ύψιστη αξία.....	110
2.4. Ωφελείν ή μη βλάπτειν - primum non nocere.....	114
2.5. Θρησκευολογική προσέγγιση της ευθανασίας.....	122
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	125
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	136

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Επειδή καθώς φτάνω όλο και πιο κοντά όλο και πιο κοντά στο τέλος, ταξιδεύω σ έναν κύκλο που πλησιάζει, όλο και πλησιάζει στην αρχή. Μοιάζει να είναι ένας τρόπος εξομάλυνσης και προετοιμασίας του δρόμου. Την καρδιά μου αγγίζουν τώρα πολλές θύμισες που είχαν από πολύ καιρό αποκοιμηθεί.

ΤΣΑΡΛΣ ΝΤΙΚΕΝΣ, *Ιστορία δυο πόλεων*

Ο πανάρχαιος φόβος του ανθρώπου για τον άφευκτο θάνατο καθώς και η δική μου ανάγκη να συμφιλιωθώ μαζί του, ήταν ένας από τους λόγους που με ώθησαν να παρακολουθήσω το Διαπανεπιστημιακό και Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ηθική Φιλοσοφία». Η φιλοσοφία αποτελεί πνευματική εκγύμναση. Αυτή την εκγύμναση επικαλείται και ο Πλάτων στον *Φαίδωνα* όταν ορίζει τη φιλοσοφία ως «μελέτη θανάτου». Εκείνος που μελετά τον θάνατο, φιλοσοφεί, προετοιμάζεται δηλαδή για την αποδοχή του δικού του θανάτου, ασκείται στην σε βάθος συνείδηση του εαυτού, διαχειριζόμενος με τον μικρότερο δυνατό φόβο την επίγνωση της βεβαιότητας του τέλους. Ο δικός μου φόβος θανάτου ανακάλυψε μέσω του μεταπτυχιακού, το μονοπάτι της ηθικής φιλοσοφίας για να διοχετεύσει την ανάγκη του για αναζήτηση.

Η Βιοηθική, η οποία κατ' εξοχήν μελετά τα ζητήματα ζωής και θανάτου, κέντρισε από την αρχή το ενδιαφέρον μου. Μέσα από τις ηθικές θεωρίες των σπουδαίων φιλοσόφων μας, προσέγγισα καίρια ηθικά ζητήματα που απασχολούν τον σημερινό άνθρωπο και προβληματίστηκα με ηθικά διλήμματα που αναφέρονται ολοένα πιο έντονα και πιεστικά στη σύγχρονη κοινωνία μας, όπου οι βιοτεχνολογικές εξελίξεις τρέχουν με ιλιγγιώδεις ρυθμούς. Θέλοντας να εμβαθύνω περισσότερο στο αρχέγονο και άλυτο αυτό πρόβλημα του ανθρώπου, στον αναπότρεπτο θάνατο, επέλεξα ως θέμα της διπλωματικής μου εργασίας «Ευθανασία: Ηθικοί προβληματισμοί».

Όλος ο σύγχρονος δυτικός πολιτισμός αρνείται να συμβιβαστεί με την ύπαρξη του θανάτου, επιδίδεται σε μια κουλτούρα ψευδο-αθανασίας καθώς πασχίζει να εδραιώσει την οικοδόμηση ενός άτρωτου προηγμένου και τεχνολογικά ισχυρού κόσμου, ο οποίος δίνει λύσεις σε κάθε πρόβλημα. Ένα είδος πολυμέτρωτου πολέμου,

όπου ο θάνατος αποτελεί ήττα και αποτυχία αντί για φυσικό σημείο στον κύκλο της ζωής. Ο πόλεμος παραμένει φυσικά ατελέσφορος, μάταιος, και ο άνθρωπος ανώριμος και αμήχανος μπροστά στα μεγάλα ζητήματα που έρχονται να κλονίσουν τον «τέλειο» κόσμο του, όπως η ηθική αποδοχή ή μη της εκούσιας επιλογής του θανάτου ως λύτρωση από επώδυνη και πολύχρονη ασθένεια. Το δίλημμα της ευθανασίας, ίσως αποτελεί έναν δυναμικό και σημασιοδοτημένο αντίλογο στην άρνηση του σύγχρονου προηγμένου κόσμου να αποδεχτεί την ανθρώπινη μοίρα: την αναπόδραστη και τελεσίδικη πραγματικότητα του τέλους της ζωής.

Ολοκληρώνοντας το εισαγωγικό αυτό σημείωμα, αισθάνομαι την ανάγκη και την υποχρέωση να ευχαριστήσω θερμά όλους εκείνους που με βοήθησαν και μου συμπαραστάθηκαν άμεσα ή έμμεσα στην παρούσα μελέτη. Πρωτίστως, τον καθηγητή μου και επιβλέποντα της εργασίας μου κύριο Ευάγγελο Πρωτοπαπαδάκη, Λέκτορα του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, για την πολύτιμη πνευματική και ηθική βοήθειά του.

Τις θερμές ευχαριστίες μου επίσης απευθύνω προς τα άλλα δύο μέλη της επιτροπής παρακολούθησης της διπλωματικής μου εργασίας, ιδιαιτέρως στην κυρία Γεωργία Ξανθάκη-Καραμάνου, καθηγήτρια και πρόεδρο του τμήματος Φιλολογίας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, για την ευγενή της στήριξη και τις χρήσιμες υποδείξεις καθώς και στην κυρία Φερενίκη Παναγοπούλου-Κουτνατζή, Δρ. Νομικής, για το αμέριστο ενδιαφέρον. Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω επίσης σε όλους του καθηγητές του τμήματος Φιλολογίας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Φιλοσοφίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, που συνέβαλαν ουσιαστικά στην εμπάθυνση του αντικειμένου της φιλοσοφίας. Θα ήταν παράλειψη εκ μέρους μου αν δεν ευχαριστούσα εκ βαθέων και την καθηγήτρια Φιλοσοφίας κυρία Μυρτώ Δραγώνα-Μονάχου για την αμέριστη συμπαράστασή της σε αυτή μου την προσπάθεια.

Ευχαριστώ επίσης ιδιαιτέρως την κυρία Γεωργία Κάτσου, υπεύθυνη της βιβλιοθήκης του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και την κυρία Σταυρούλα Κούρκουλου, υπεύθυνη του μεταπτυχιακού προγράμματος «Ηθική Φιλοσοφία», για την πρόθυμη βοήθειά τους καθ' όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

Τέλος, ευχαριστώ θερμά όλους τους αγαπημένους ανθρώπους της ζωής μου, που στάθηκαν δίπλα μου, ο καθένας με τον δικό του ιδιαίτερο τρόπο.

Ειρήνη Τσουκαλοχωρίτου

Καλαμάτα 2012

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εξεταστεί εις βάθος ένα από τα πλέον αμφιλεγόμενα και φλέγοντα, σε παγκόσμιο επίπεδο, ζητήματα, αυτό της ευθανασίας. Η αντιμετώπιση του θέματος είναι πρωτίστως ηθική και στοχεύει στην εστίαση και ανάδειξη των ηθικών διλημάτων που προκύπτουν από την εφαρμογή ή μη της εν λόγω πρακτικής, καθώς και στην προώθηση του επιστημονικού διαλόγου.

Στο πρώτο κεφάλαιο δίνεται ο ορισμός και το περιεχόμενο της Βιοηθικής, της οποίας αντικείμενο έρευνας και προβληματισμού αποτελεί και η ευθανασία. Στο δεύτερο κεφάλαιο του πρώτου μέρους, επιχειρείται μια σύντομη παρουσίαση της πορείας της έννοιας αλλά και της πρακτικής της ευθανασίας ανά τους αιώνες, ξεκινώντας από την αρχαιότητα και καταλήγοντας στη σύγχρονη εποχή μας.

Τον εννοιολογικό προσδιορισμό της ευθανασίας με την κατάδειξη των ιδιαίτερων παραμέτρων που πρέπει να συντρέχουν για να εμπίπτει μια συμπεριφορά στην προβληματική της, πραγματεύεται το τρίτο κεφάλαιο. Εξαιτίας της διαπίστωσης ότι η πρακτική αυτή δεν είναι ενιαία και αδιαφοροποίητη, κρίνεται στη συνέχεια απαραίτητη η αναλυτική αναφορά στις ειδικότερες μορφές της. Έτσι, με γνώμονα τον τρόπο διενέργειάς της, η ευθανασία διακρίνεται σε *ενεργητική*, *παθητική* και *υποβοηθούμενη αυτοκτονία* και με γνώμονα τη συναίνεση του πάσχοντος, σε *εκούσια*, *ακούσια* και *μη εκούσια* ή *ευθανασία με εικαζόμενη συναίνεση* (σύμφωνα δηλαδή με την εικαζόμενη ή, κάποιες φορές, βέβαιη επιθυμία του).

Το τελευταίο κεφάλαιο του πρώτου μέρους περιλαμβάνει μια σύντομη ανασκόπηση της νομικής και εν μέρει νομολογιακής αντιμετώπισης της ευθανασίας, τόσο σε διεθνές όσο και σε ελληνικό επίπεδο. Ως εκ τούτου, παρουσιάζονται κάποιες διεθνείς ευρωπαϊκές συμβάσεις οι οποίες αποτελούν σημαντικές συνεισφορές επί του θέματος, και παράλληλα προβάλλεται ο ρόλος και η δράση του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (ΕΔΔΑ) σε ότι αφορά στο ζήτημα της ευθανασίας. Το παρόν κεφάλαιο θα ολοκληρωθεί με την αναφορά στην ελληνική νομοθετική πραγματικότητα, αλλά και στο δίκαιο κάποιων χωρών στις οποίες σημειώθηκαν οι μεγαλύτερες αλλαγές στη νομοθεσία για τον καθορισμό του δικαιώματος στον θάνατο.

Η ευθανασία, όμως, πρωτίστως αποτελεί ένα ηθικό πρόβλημα. Συνεπώς η αξιολόγησή της είναι έργο της Ηθικής. Σε μια προσπάθεια, λοιπόν, να καταδειχθούν οι προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει η Ηθική κατά την εξέταση του

ακανθώδους ζητήματος της ευθανασίας, αλλά και οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν από την άγνοια και την έλλειψη ορθής ενημέρωσης των εμπλεκομένων σε αυτή μερών, στο δεύτερο μέρος της εργασίας, παρατίθενται αναλυτικά τα επιχειρήματα τόσο των υπέρμαχων όσο και των πολέμιων της εν λόγω πρακτικής.

Έτσι, στο πρώτο κεφάλαιο, οι μεν υποστηρικτές της μιλούν για την ωφέλεια που προκύπτει από την καθιέρωση της ευθανασίας για τον ίδιο τον ασθενή αλλά και για το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, καθώς και για την ανάγκη σεβασμού της αξιοπρέπειας του ατόμου στη δυσκολότερη και πλέον οριακή στιγμή της ζωής του. Επιχειρηματολογούν σθεναρά για την ύπαρξη δικαιώματος στον θάνατο που εδράζεται επί της αυτονομίας του ατόμου, για την ανάγκη να αντιμετωπίζουμε τον συνάνθρωπο ως σκοπό και όχι ως μέσον κινούμενοι με γνώμονα τον ανθρωπισμό μας, και τέλος για το καθήκον του γιατρού να ανακουφίζει τον πόνο. Στο επόμενο κεφάλαιο, ο αντίλογος περιλαμβάνει τη διατύπωση ισχυρών επιφυλάξεων ως προς την υπαρκτή πιθανότητα καταχρηστικής εφαρμογής της πρακτικής αυτής, που θα οδηγήσει την κοινωνία σε επικίνδυνους «ολισθηρούς κατήφορους». Κάνει λόγο για την υπέρτατη αξία της ανθρώπινης ζωής, για το καθήκον του γιατρού, που εκπορεύεται από τον Όρκο του, να αποφεύγει με κάθε τρόπο την πρόκληση βλάβης στον ασθενή, και για την αρνητική στάση της θρησκείας απέναντι στην με οποιονδήποτε τρόπο αφαίρεση της ανθρώπινης ζωής. Η διαστρέβλωση της θεραπευτικής σχέσης η οποία εμπεριέχει την ευεργετικότητα, τον σεβασμό στην αυτονομία του ατόμου και την εμπιστοσύνη του ασθενούς στον γιατρό, ενισχύουν δυναμικά το ηθικό επιχειρηματικό οπλοστάσιο των αντιτιθέμενων στην ευθανασία.

Η εργασία ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα και τον κριτικό προβληματισμό επί του θέματος με την παράθεση προσωπικών απόψεων.

Το παρόν πόνημα βασίστηκε σε βιβλιογραφία ελληνική και ξενόγλωσση, καθώς και σε μια πλούσια αρθρογραφία επί του θέματος, τόσο σε επιστημονικά περιοδικά όσο και στον Τύπο, ελληνικό και ξένο. Πολύτιμη για τη διεκπεραίωση της εργασίας αποδείχθηκε και η χρήση διαδικτυακών πηγών.

Λέξεις κλειδιά: *Ευθανασία, Βιοηθική, ενεργητική ευθανασία, παθητική ευθανασία, δικαίωμα στον θάνατο, αξιοπρέπεια, αυτονομία, ολισθηρή πλαγιά, η ιερότητα της ανθρώπινης ζωής, παρηγορητική φροντίδα.*

ABSTRACT

The purpose of this work is to examine in depth one of the most controversial issues, at a global level, that of euthanasia. This issue is primarily addressed from a moral point of view and aims at focusing and demonstrating the moral dilemmas resulting from the application and the non application of such practices, as well as to promote the scientific dialogue surrounding this issue.

In the first chapter, the definition and content of Bioethics is investigated from which the research encompasses euthanasia. In the second chapter of the first part, there is a brief presentation of the concept of euthanasia and the direction it has taken through the ages, from the more ancient times, right up to modern times.

The third chapter deals with the conceptual definition of euthanasia, outlining the special parameters necessary to account for the existence and application of euthanasia. Due to the finding that the practice of euthanasia is not uniform, it is therefore essential to examine analytical reports in specific formats. Hence, in terms of how to proceed, euthanasia is divided into *active*, *passive* and *assisted suicide*, and taking into account the additional factor of the sufferer's consent, whether *voluntary*, *involuntary* and *non-voluntary* or *euthanasia with presumed consent* (that is to say in accordance with presumed consent or, in some cases, one's definite wish).

The final chapter of the first part includes a brief overview of the legal boundaries involved in dealing with euthanasia, both on an international and Greek level. Included are some international covenants which are considered important contributions on this subject, as well as the role and actions of the European Court of Human Rights on the issue of euthanasia. The chapter concludes with a reference to the Greek legislative reality surrounding the issue, as well as the laws of some countries where major changes were implemented in legislation for the purpose of determining entitlement to death.

However, euthanasia is primarily considered a moral problem and as such touches on the evaluation of work ethics. In an effort to demonstrate the challenges facing ethics when examining the thorny issue of euthanasia, but also the risks involved from ignorance and the lack of proper information for all the parties involved, in the second part of the study, listed in detail the arguments both in favour of and against this practice.

Subsequently, in the first chapter supporters who advocate euthanasia talk about the benefits of the practice not only for the patient in question but also for the wider society as a whole, as well as the need for respect for human dignity in the most difficult and painful moments of human life. In addition, they present compelling arguments in regards to the existence of the right to death based on the autonomy of an individual, the need to treat man as purpose and not as a medium animated by humanitarianism and the doctor's duty to alleviate pain. In the second chapter, those that condone euthanasia on their misgivings and reservations associated with the real possibility of the misuse of this practice, which would lead the society into throbbing “slippery slopes”. Furthermore, reference is made to the supreme value of human life, the duty of a doctor, guided by the oath, to avoid causing any harm in any way to the patient and the negative attitude of religion to the taking of a human life. The distortion of the therapeutic relationship which involves the good of the patient, the autonomy of the person and the confidence of the patient in the doctor, these points substantially enhance the moral arguments of those against euthanasia.

The work concludes with the findings and critical input on the subject with the inclusion of some personal views.

It must also be mentioned that this study was based on Greek and foreign bibliography and a rich arthrografia on the subject, both in scientific journals and the press, Greek and foreign respectively. Equally valuable for the completion of this work, proved to be the available online sources.

Keywords: *Euthanasia, Bioethics, active euthanasia, passive euthanasia, the right to die, dignity, autonomy, slippery slope, the sanctity of human life, palliative care.*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εποχή μας αναμφισβήτητα χαρακτηρίζεται από τη ραγδαία επιστημονική και τεχνολογική εξέλιξη των τελευταίων δεκαετιών και κανείς δεν μπορεί να αρνηθεί τις πολλαπλές θετικές επιδράσεις αυτής της προόδου στη βελτίωση της ποιότητας της ανθρώπινης ζωής. Ιδιαίτερα στον τομέα της ιατρικής, οι εξελίξεις είναι εξόχως σημαντικές, καθώς όλο και περισσότερες ασθένειες μπορούν πλέον να διαγνωστούν έγκαιρα και να θεραπευθούν με μεγάλα ποσοστά επιτυχίας. Ταυτόχρονα, ασθένειες ή καταστάσεις που παραμένουν ανίατες μπορούν να αντιμετωπισθούν πληρέστερα, εξασφαλίζοντας μια αξιοπρεπή ποιότητα ζωής για τον ασθενή. Ωστόσο, η ιατρική παραμένει μια επιστήμη ατελής και υπάρχουν ζητήματα καίρια, τα οποία αδυνατεί να χειριστεί.

Η ευθανασία, ένα από τα πλέον απαιτητικά και φλέγοντα θέματα που προβληματίζουν έντονα την Ιατρική Ηθική, δεν είναι ένα μοντέρνο ζήτημα. Ο ωραίος, ειρηνικός και ανώδυνος θάνατος, απασχόλησε τον άνθρωπο ήδη από τη μυθολογική παράδοση. Συγκεκριμένες υποτυπώσεις της μπορούν να εντοπιστούν στην ιστορική πορεία του ανθρώπου και ευρεία εφαρμογή της συναντάμε από την εποχή ακόμη της αρχαίας Σπάρτης. Αργότερα ο χριστιανισμός καταδίκασε την πρακτική αυτή, θεωρώντας την κατάφωρη παραβίαση της αξίας της ζωής. Σήμερα όμως, το ζήτημα τίθεται σε τελείως διαφορετική βάση. Με δεδομένο ότι η ιατρική επιστήμη εξελίσσεται ταχύτατα αλλάζοντας τις βασικές παραμέτρους των ορίων της ανθρώπινης ζωής, δηλαδή της αρχής και του τέλους του ανθρώπου, οι νομοθετικές ρυθμίσεις χάνουν τα ερείσματά τους και οι θεμελιώδεις αρχές για τον σεβασμό της ζωής του ανθρώπου αλλάζουν περιεχόμενο. Οι νέες δυνατότητες ζωής σηματοδοτούν νέα βιοηθικά διλήμματα, σχετικά με τις επιλογές για την αντιμετώπιση από τον σύγχρονο άνθρωπο του τέλους της ζωής του, ή της ζωής του συνανθρώπου του.

Στη σύγχρονη κοινωνία η ευθανασία ως βασικό αντικείμενο προβληματισμού, βρίσκεται στο μεταίχμιο ανάμεσα σε δύο εξίσου κρίσιμα προτάγματα. Αφενός, δηλαδή, στο δικαίωμα ενός ανθρώπου να αποφασίζει με ποιον τρόπο επιθυμεί να ζει ή να πεθαίνει και αφετέρου στο συμφέρον ή και την υποχρέωση του κοινωνικού συνόλου να προστατεύει το ύψιστο αγαθό της ζωής απέναντι σε όποιον επιχειρεί να το επιβουλεύει ή να το καταργήσει. Η στάση του ανθρώπου απέναντι στον θάνατο, ταλαντεύεται ανάμεσα στην αποδοχή ή μη ενός αξιοπρεπούς τέλους και στην άσκηση

του δικαιώματος αυτού, κάτω από το βάρος ηθικών, θρησκευτικών, νομικών, ιατρικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων.

Οι αντιλήψεις γύρω από την ευθανασία παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές τόσο σε ατομικό επίπεδο, όσο και ανάμεσα σε διαφορετικά έθνη, θρησκείες και πολιτισμούς. Στη διαδρομή του χρόνου, το θέμα έχει αναλυθεί διεξοδικά από φιλοσόφους και κοινωνιολόγους, νομικούς και θεολόγους, αλλά και έχει φορτιστεί συγκινησιακά από δημοσιογράφους, λογοτέχνες και σκηνοθέτες. Οι γεωγραφικές διαφορές στη νομοθεσία και οι μεταβολές που έχουν κατά καιρούς επέλθει στη σχετική ορολογία, κάθε άλλο παρά έχουν συμβάλλει στη διάλυση της σύγχυσης.

Λέξη ταυτόσημη με τον ανώδυνο θάνατο, η ευθανασία χρησιμοποιείται τις τελευταίες δεκαετίες του εικοστού αιώνα σαν ένας τεχνικός όρος. Δηλώνει τον θάνατο ο οποίος προκαλείται ή επισπεύδεται, για ανθρωπιστικούς λόγους, με τη βοήθεια της ιατρικής, ώστε οι άνθρωποι με ανίατες ασθένειες να φεύγουν από τη ζωή όσο γίνεται πιο ανώδυνα.

Είναι πρακτικά αδύνατον το ζήτημα της ευθανασίας να μην έχει απασχολήσει έστω και επιφανειακά εκείνον ο οποίος -είτε ως θεράπων είτε ως ασθενής- έρχεται σε επαφή με επώδυνες και ανίατες νόσους. Και τούτο διότι μπροστά στην ένταση της οδύνης και στην απουσία της ελπίδας ο άνθρωπος συχνά αναγκάζεται να εξετάσει την τελευταία του δυνατότητα: τη φυγή από τη ζωή. Εδώ εγείρονται θεμελιώδη ηθικά ερωτήματα: Μπορούμε να αναγνωρίσουμε σε κάποιον το ηθικό δικαίωμα να επιλέξει έναν πρόωπο θάνατο; Και αν ναι, ποιος είναι ηθικά υπεύθυνος για μια τέτοια πράξη; Υπάρχει σχέση μεταξύ ευθανασίας και φόνου; Η ευθανασία μας φέρνει αντιμέτωπους με συγκρούσεις ηθικών αξιών και αντιθέσεις αρχών. Οι ηθικοί προβληματισμοί είναι τόσο παλιοί όσο και η ιατρική. Γραμμένοι ή άγραφοι με νομικό πλαίσιο ή χωρίς αυτό, εκφράζουν θεμελιακές αξίες που η τήρησή τους αποτελεί βασική προϋπόθεση μιας ανθρωπιστικής επιστήμης όπως η ιατρική¹.

Τα ηθικά περί την ευθανασία ερωτήματα στα οποία η σύγχρονη Βιοηθική επιχειρεί να δώσει απαντήσεις, είναι πολλά και αντιφατικά μεταξύ τους. Μερικά από αυτά είναι τα εξής: Κάτω από ποιες περιστάσεις είναι ο θάνατος ενός προσώπου μεγαλύτερο καλό για το άτομο αυτό παρά οποιαδήποτε άλλη εναλλακτική ενέργεια; Ποιος πρόκειται να αποφασίσει εάν ο τερματισμός της ζωής είναι το μεγαλύτερο καλό για το συγκεκριμένο πρόσωπο; Μήπως ορισμένες φορές, το ηθικό οφείλει να

¹ Πρωτοπαπαδάκης, 2005, 72, Κατάμης, 2000, 87.

επιλέγει τον θάνατο χάριν του ευρύτερου συνόλου; Από την άλλη, μπορεί ο θάνατος υπό συγκεκριμένες συνθήκες να καταστεί κατηγορική προσταγή; Οφείλουμε να προστατεύουμε τη ζωή με κάθε θυσία; Και τι συμβαίνει όταν ο φορέας της διόλου δεν επιθυμεί την προστασία της δικής του ζωής;

Η ευθανασία θα είναι επίκαιρη όσο καιρό βρίσκονται σε ισχύ οι παράγοντες εκείνοι που την οδήγησαν στο προσκήνιο, όσο η ζωή θα παλεύει υπό άνισους όρους με τον πόνο και τον θάνατο. Έως ότου όμως πάψει να είναι επίκαιρη, θα τραντάζει θρησκευτικά συστήματα, ιατρικές πρακτικές, τη φιλοσοφική σκέψη – με λίγα λόγια την ανθρώπινη ηθική και συνείδηση. Η ευθανασία, αν μη τι άλλο, είναι μια δύσκολη και βασανιστική εναλλακτική λύση. Ως επιλογή η έσχατη. Απαραίτητη προϋπόθεση της επιτυχούς επιλογής αλλά και κάθε ηθικής πράξης είναι η γνώση. Όποιος ενεργεί χωρίς γνώση δεν δρα ελεύθερα, παρά είναι δέσμιος της άγνοιάς του. Επιπλέον, η πράξη του δεν μπορεί να έχει ηθική αξία ή απαξία, αφού η ηθική αξία συνοδεύει συνειδητές και μόνο επιλογές. Με δεδομένη τη σημασία και τη βαρύτητα του ζητήματος της ευθανασίας, η πλήρης και ορθή ενημέρωση των εμπλεκομένων σε αυτή μερών προβάλλει ως επιτακτική αναγκαιότητα².

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να εξεταστεί το ζήτημα της ευθανασίας εις βάθος, εστιάζοντας κυρίως στις ηθικές διαστάσεις και στα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν από την εφαρμογή ή μη της εν λόγω πρακτικής, να μελετηθεί η ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία και να προωθηθεί ο επιστημονικός διάλογος. Ως εκ τούτου, η εργασία είναι διαρθρωμένη σε δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος που αφορά στην προβληματική του εξεταζόμενου ζητήματος, για λόγους όχι μόνο ιστορικής συνέπειας αλλά και άμεσου πρακτικού ενδιαφέροντος, θα παρουσιαστεί συνοπτικά η διαδρομή της ευθανασίας αλλά και οι εννοιολογικές της αποχρώσεις, από την αρχαιότητα έως τη σύγχρονη εποχή μας. Η ευθανασία ως ηθικό πρόβλημα emπίπτει στο πεδίο έρευνας της Βιοηθικής. Συνεπώς, η εννοιολογική προσέγγιση και ο προσδιορισμός των όρων «βιοηθική», «ευθανασία», αλλά και αυτών που αφορούν στις διακρίσεις της αμφιλεγόμενης αυτής πρακτικής, όπως ενεργητική, παθητική, ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, εκούσια, μη εκούσια και ακούσια ευθανασία, κρίνεται απαραίτητο να δοθούν στη συνέχεια για τη σαφέστερη κατανόηση του θέματος. Το πρώτο μέρος του παρόντος πονήματος θα ολοκληρωθεί με την ανίχνευση, τόσο σε

² Πρωτοπαπαδάκης, 2005, 72.

διεθνές όσο και σε ελληνικό επίπεδο, της νομοθετικής και εν μέρει νομολογιακής αντιμετώπισης της ευθανασίας.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας θα προβληθούν τα επιχειρήματα τόσο των υπέρμαχων όσο και των αντιτιθέμενων στην ευθανασία, αναδεικνύοντας το ηθικό πλαίσιο γύρω από τις σύγχρονες ευθανασιακές αντιλήψεις και πρακτικές και θα τεθούν οι καίριοι ηθικοί προβληματισμοί και τα διλήμματα που εγείρονται από την υιοθέτηση ή απόρριψη της εν λόγω πρακτικής. Η εργασία θα ολοκληρωθεί με τα συμπεράσματα και τον κριτικό προβληματισμό γύρω από το πολυδιάστατο και φλέγον αυτό ζήτημα.

Α΄ ΜΕΡΟΣ

Η ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

Ο πρώτος φιλόσοφος που εισηγήθηκε μια ηθική θεωρία, σύμφωνα με την οποία οφείλει να ζει και να συμπεριφέρεται ο άνθρωπος, είναι ο Σωκράτης³. Με τον Σωκράτη αρχίζει η ιστορία του κλάδου εκείνου της φιλοσοφίας που ονομάζεται «Ηθική»⁴. Το βασικό ερώτημα στην ηθική φιλοσοφία αναφέρεται στον καθορισμό του τι είναι καλό. Ότι με τις ηθικές θεωρίες, που διατυπώθηκαν κατά καιρούς, επιχείρησαν πρωτίστως οι εισηγητές τους να κάνουν, ήταν να ορίσουν ποιο είναι το ηθικά σωστό, το αγαθό, και, κατ' επέκταση, να υποδείξουν στους ανθρώπους πώς πρέπει να συμπεριφέρονται. Γιατί εκείνο που κρίνουμε ως ηθικά ορθό αισθανόμαστε και την υποχρέωση να το πράξουμε⁵.

Η ηθική φιλοσοφία όπως την εννοούμε σήμερα, άρχισε με τον Σωκράτη ως διερεύνηση του ερωτήματος «πώς βιωτέον» ή «όντινα τρόπον χρη ζην»⁶, ανέβηκε σε μεταφυσικά ύψη με τον Πλάτωνα, συστηματοποιήθηκε από τον Αριστοτέλη⁷, και αποτέλεσε τον πυρήνα του φιλοσοφικού στοχασμού στην ελληνική φιλοσοφία⁸. Η Ηθική ως καθιερωμένος κλάδος της φιλοσοφίας είναι «η φιλοσοφική σκέψη του ανθρώπου για τη θεωρητική θεμελίωση των πράξεων του τόσο προς τον εαυτό του όσο και προς τους άλλους»⁹, «θεωρητικός στοχασμός για το ποια είναι και σε τι κατατείνει η ανθρώπινη αρετή»¹⁰.

Η σπουδαιότερη ίσως αλλά και η πιο προβληματική περιοχή της ηθικής φιλοσοφίας είναι η εφαρμοσμένη ηθική: η πιο συστηματική, δηλαδή, ανανεωμένη και

³ Ο Σωκράτης, θεωρείται ο «προστάτης-άγιος της φιλοσοφικής ηθικής». Frankena, 1973, 2.

⁴ «Ηθική στην κοινή έννοια είναι οι καθιερωμένες σε μια κοινωνία γνώμες για ό,τι απαγορεύεται ή επιτρέπεται ή επιβάλλεται. Θέμα της ηθικής είναι η τέλεση της ζωής του ανθρώπου με τρόπο άξιο». Δεσποτόπουλος, 1978, 53.

⁵ Πελεgrίνης, 1997, 3. Πρβλ. Πρωτοπαπαδάκη, 2003, 19.

⁶ Αυτό για το οποίο διαλεγόμαστε (η ηθική), λέει ο Σωκράτης στον πλατωνικό διάλογο *Πολιτεία* «δεν είναι κάτι τυχαίο, αλλά το ερώτημα: πώς πρέπει να ζούμε» («ου γαρ περί του επιτυγχόντος ο λόγος, αλλά περί του όντινα τρόπον χρη ζην»). Βλ Πλάτ. *Πολιτ.*, Α΄ 352d.

⁷ Η «ηθική» κοινή και φιλοσοφική, ως επίθετο καθιερώνεται από τον Αριστοτέλη σε συνάρτηση με το «ήθος», τον χαρακτήρα και το «έθος». Αριστ. *Ηθ. Νικ. Β΄*, 1103a 17-18: «η δε ηθική [αρετή] εξ έθους περιγίγνεται, όθεν και τούνομα έσχηκε μικρόν παρεκκλίνον από του έθους».

⁸ Βλ. Δραγώνα-Μονάχου, 2009^a, 47.

⁹ Θεοδωρακόπουλος, 1975, 179.

¹⁰ Παπανούτσος, 1956, 9.

διευρυμένη μορφή της παραδοσιακής πρακτικής ηθικής¹¹. Η εφαρμοσμένη ηθική αποτέλεσε αντικείμενο ενασχόλησης των φιλοσόφων από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα. Για παράδειγμα, με το ζήτημα της αυτοκτονίας έχουν ασχοληθεί τόσο ο Πλάτων, ο Αριστοτέλης και οι Στωικοί, όσο ο Αυγουστίνος και ο Θωμάς Ακινάτης κατά τον Μεσαίωνα, καθώς και οι Michel de Montaigne, David Hume και Immanuel Kant πιο πρόσφατα. Οι ωφελμιστές φιλόσοφοι, και ιδιαίτερα ο Mill, ασχολήθηκαν με μια ευρεία ποικιλία πρακτικών θεμάτων, από τη χειραφέτηση των γυναικών μέχρι την υποστήριξη της θανατικής ποινής¹².

Η εφαρμοσμένη ηθική αποτελεί επιτακτικό αίτημα των καιρών και η ανάπτυξή της είναι εντυπωσιακή τα τελευταία τριάντα χρόνια. Οι λόγοι είναι πολλοί, κοινωνικοί, επιστημονικοί, ιστορικοί, πολιτισμικοί, οικονομικοί και φιλοσοφικοί¹³: Τα αιτήματα για πολιτικά και ανθρώπινα δικαιώματα, οι φοιτητικές εξεγέρσεις, τα φεμινιστικά κινήματα, η υποβάθμιση του φυσικού περιβάλλοντος, ζητήματα κοινωνικής δικαιοσύνης. Προβλήματα όπως η βία και η τρομοκρατία, η απειλή της δημόσιας υγείας, τα ποικίλα οικονομικά σκάνδαλα, ο πόλεμος του Βιετνάμ (με τις αντιδράσεις συνείδησης που προκάλεσε), θέματα που ο Nagel ονόμασε χαρακτηριστικά «θανάσιμα ζητήματα»¹⁴, και κυρίως η αλματώδης πρόοδος της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας έδειξαν την ανεπάρκεια της επιστημονικής και τεχνικής κατάρτισης. Οι επιστημονικοί και επαγγελματικοί κώδικες ηθικής και δεοντολογίας δεν ήταν πια επαρκείς για να αντιμετωπίσουν τα νέα μεγάλα διλήμματα και να θωρακίσουν την κοινωνία από την πρωτοφανή δυνατότητα κατάχρησης δύναμης και γνώσης.

Άρχισαν έτσι γρήγορα να αποκρυσταλλώνονται οι κυριότεροι κλάδοι της εφαρμοσμένης ηθικής, ιατρική, περιβαλλοντική και επιχειρησιακή ηθική, και να συζητούνται στα πλαίσια της είτε στο πλαίσιο της παρεμφερούς δημόσιας ή κοινωνικής ηθικής, προβλήματα πολέμου και ειρήνης, υπερπληθυσμού και ανάπτυξης, βίας και τρομοκρατίας, δικαιοσύνης και ισότητας, δικαιωμάτων ζώων και μελλοντικών γενεών, πλούτου και φτώχειας σε παγκόσμια κλίμακα, θανατικής ποινής¹⁵ κ.τ.λ.

¹¹ Δεν είναι τυχαίο που ο κορυφαίος θεωρητικός της πρακτικής ηθικής *Peter Singer* λέει στην εισαγωγή του βιβλίου του *Πρακτική Ηθική*: «Το βιβλίο αυτό είναι για την πρακτική ηθική, δηλαδή την εφαρμογή της θεωρητικής ηθικής (ethics) ή της ηθικότητας σε πρακτικά ζητήματα.....». Singer, 1993, 1.

¹² Βλ. Beauchamp, 1996, 1 και Singer, 1986, 1.

¹³ Βλ. Singer, 1986, 3 και Βιρβιδάκη, 2006, 27-28.

¹⁴ Βλ. Nagel, 1982⁴.

¹⁵ Βλ. Δραγώνα-Μονάχου 2009^{a7}, 356, και Rachels, 1979.

Η ιατρική ηθική αν και ως δεοντολογία γεννήθηκε στην ελληνική αρχαιότητα από γιατρούς και ιατροφιλόσοφους, όπως ο Ιπποκράτης¹⁶ και ο Γαληνός, ως όρος εμφανίζεται εδώ και δύο αιώνες με το έργο *Medical Ethics* του Thomas Percival (1803)¹⁷. Ως εφαρμοσμένη ηθική ξεκίνησε από θεολόγους, και ως βιοηθική πριν από σαράντα χρόνια από τον ογκολόγο Ranselaer Potter¹⁸.

Η ιλιγγιώδης πρόοδος της βιοτεχνολογίας προκάλεσε τόσα ηθικά διλήμματα και προβλήματα, ώστε η βιοηθική σχεδόν αυτονομήθηκε από την εφαρμοσμένη φιλοσοφία και την πρακτική ηθική, ως «ηθική των επιστημόνων της ζωής» και αποτέλεσε ανεξάρτητο διεπιστημονικό κλάδο. «Πρόκειται ουσιαστικά για ένα διεπιστημονικό λόγο και διάλογο, για μια δραστηριότητα και πρακτική που ερευνά και συζητά τα προβλήματα και τα διλήμματα που αναφύονται από την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης, της βιολογίας και της γενετικής μηχανικής και τις επιπτώσεις τους γενικότερα στον άνθρωπο και την επιβίωσή του από ηθική, θρησκευτική, κοινωνική, πολιτική και νομική σκοπιά»¹⁹. Ενδεικτικά, μερικά από αυτά τα ηθικά προβλήματα²⁰ και διλήμματα που δημιουργούν τα καινούργια τεχνο-επιστημονικά επιτεύγματα είναι: Τεχνητή γονιμοποίηση, επιλογή φύλου, υποκατάστατη μητρότητα, χρήση βλαστοκυττάρων, ευγονική, παθητική και ενεργητική ευθανασία, υποβοήθηση σε αυτοκτονία, μεταλλαγμένα τρόφιμα, κριτήρια διανεμητικής δικαιοσύνης κατά τη μεταμόσχευση οργάνων, διαχείριση γενετικών δεδομένων, θεραπευτική και προπαντός αναπαραγωγική κλωνοποίηση ανθρώπου, κ.τ.λ.

¹⁶ Το ενδιαφέρον για την ηθική, που έκανε τον Σωκράτη να κατεβάσει τη φιλοσοφία από τον ουρανό στη γη, οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στους «ηθικούς προβληματισμούς που εγείρονται από τις Ιπποκρατικές πραγματείες...που πηγάζουν απευθείας από την πρακτική της ιατρικής και επηρεάζουν τις πιο δομημένες μεταγενέστερες φιλοσοφίες του Πλάτωνα και του Αριστοτέλους». Βλ. Bartz, 2007, 71.

¹⁷ Το έργο αυτό αποτέλεσε τη βάση για τους κώδικες της ηθικής δεοντολογίας των Αμερικανικών και Βρετανικών Ιατρικών Συλλόγων και επηρέασε τους κώδικες του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου μέχρι τη δεκαετία του 1950. Σε αυτό το έργο ο Percival τονίζει την ευθύνη του επαγγελματία φροντίδας υγείας προς τον ασθενή και το επάγγελμά του. Βλ. Harris, 2001, 2.

¹⁸ Ο Potter έπλασε πρώτος τον όρο το 1970 σε άρθρο του με τον χαρακτηριστικό τίτλο «Βιοηθική: η επιστήμη της επιβίωσης» και τον σηματοδότησε πληρέστερα τον επόμενο χρόνο με το βιβλίο του «Βιοηθική: Γέφυρα προς το μέλλον». Στα έργα του αυτά τονιζόταν η ανάγκη μιας ηθικής που θα ενσωμάτωνε τις υποχρεώσεις μας όχι μόνο απέναντι στα άλλα ανθρώπινα όντα αλλά στη βιόσφαιρα στο σύνολό της ως μελέτης των προβλημάτων που προκύπτουν από τη βιοτεχνολογία και την ιατρική. Βλ. Δραγώνα –Μονάχου 2009_a, 374-375, Δραγώνα-Μονάχου, 2008, 65 και Δραγώνα –Μονάχου, 2002, 3.

¹⁹ Δραγώνα –Μονάχου, 2002, 4-5.

²⁰ Παρά την αποτυχία της ηθικής φιλοσοφίας να λύσει οριακά προβλήματα των ανθρώπων έξω από τα σπουδαστήρια, όπως της καταλογίστηκε, δεν αποδείχτηκε άστοχη η επισήμανση του Richard Toulmin ότι «η ιατρική έσωσε τη ζωή της ηθικής», ούτε του Richard Hare ότι, «αν ο φιλόσοφος δεν μπορεί να βοηθήσει την ιατρική, πρέπει να κλείσει το μαγαζί του». Βλ. Toulmin, 1986, 266-267, Hare, 1993_a, 1. Πρβλ. Δραγώνα-Μονάχου, 2009_b, διαθέσιμο στο:

<http://www.kostasbeys.gr/articles.php?s=4&mid=1498&mnu=4&id=25673> (ανακτήθηκε: 10-4-2012)

Παρά την αυτονόμησή της, η βιοηθική διατηρεί σταθερές ορισμένες αρχές της παραδοσιακής ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας, όπως η αυτονομία, η αγαθοεργία, η εχεμύθεια, η πληροφόρηση, η συναίνεση, η δικαιοσύνη και άλλες, μερικές έγκυρες ήδη από την εποχή του Ιπποκράτη²¹. Τα διλήμματα όμως είναι τώρα πιο περίπλοκα απ' ό,τι στην ιατρική ηθική, οι συγκρούσεις των αξιών και των δικαιωμάτων πολύ πιο βαθιές και οι κίνδυνοι κατάχρησης, αλλά και οικονομικής, πολιτικής και κοινωνικής εκμετάλλευσης των δεδομένων της βιοτεχνολογίας, πολύ πιο μεγάλοι.

Σύμφωνα με τον Gilbert Hottois, «Η βιοηθική καλύπτει ένα σύνολο ερευνών, δημόσιου λόγου και πρακτικών, γενικώς πολυεπιστημονικών και πολυφωνικών με σκοπό να φωτίσει και, αν είναι δυνατό, να λύσει ηθικά προβλήματα που προκύπτουν από την πρόοδο και την εφαρμογή των βιοϊατρικών τεχνοεπιστημών». Ορισμοί υπάρχουν πολλοί²², αλλά δεν είναι εύκολο να δοθεί ένας γενικά αποδεκτός ορισμός της βιοηθικής εξαιτίας της ιδιοτυπίας της ως ακαδημαϊκού γνωστικού αντικειμένου με οικουμενική εμβέλεια αλλά και λόγω εγγενών δυσκολιών που αντιμετωπίζει τόσο θεωρητικά όσο και στο συμβουλευτικό ρόλο της²³.

Ακριβώς επειδή υπάρχουν μεγάλες διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις εκδοχές της βιοηθικής, η λήψη αποφάσεων σε ηθικά ζητήματα δημόσιας εμβέλειας ανατίθεται σε Διεθνείς, Εθνικές και Τοπικές Επιτροπές Βιοηθικής που απαρτίζονται από γιατρούς, γενετιστές, φιλοσόφους, νομικούς, κοινωνιολόγους, θεολόγους, ενίοτε και από ιδιώτες-εκφραστές της κοινής γνώμης. Η φιλοσοφική πολυφωνία είναι καίρια για τη βιοηθική και οι αποφάσεις λαμβάνονται συνήθως κατά πλειοψηφία²⁴. Η βιοηθική επιχειρεί να δημιουργήσει την επιστήμη της επιβίωσης που θα αναπτυχθεί από την ένωση της βιολογικής και της ηθικής γνώσης των ανθρωπιστικών επιστημών, θέτοντας το ζήτημα της κοινωνικής ευθύνης των ερευνητών, όπου ο άνθρωπος θα αντιμετωπίζεται ως αυτοσκοπός και όχι ως μέσον.

²¹ Beauchamp, 1999, 18-23.

²² Βιοηθική είναι «η επιστήμη που ασχολείται με την αξιολόγηση της συμπεριφοράς και των πράξεων του ανθρώπου προς την κατεύθυνση να μην εμποδίζονται οι ευεργετικές εφαρμογές της νέας γνώσης και να περιορίζονται οι κίνδυνοι από τις βλαβερές συνέπειές της». Αλαχιώτης, 2004, 68.

²³ Είναι χαρακτηριστικό ότι στην Οικουμενική Διακήρυξη για τη Βιοηθική και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα (2005) δεν βρίσκουμε ορισμό της βιοηθικής γιατί δεν στάθηκε δυνατό να επιτευχθεί ομοφωνία ανάμεσα στους εκπροσώπους 90 κρατών της γης. Βλ. Δραγώνα-Μονάχου 2006_α, 56-68.

²⁴ Δραγώνα-Μονάχου, 2002. Το σημαντικότερο κείμενο βιοηθικής στον ευρωπαϊκό χώρο φαίνεται ότι είναι ο Ευρωπαϊκός Κώδικας Ιατρικής και Δεοντολογίας του 1987, όπου χαράσσονται οι βασικές αρχές οι οποίες πρέπει να εμπνέουν την επαγγελματική συμπεριφορά των γιατρών προς τους ασθενείς τους, το κοινωνικό σύνολο και μεταξύ τους, με οποιονδήποτε τρόπο και αν παρέχουν τις υπηρεσίες τους στα κράτη-μέλη. Αναπλιώτης, 2003, 24.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

2.1. Αρχαία Ελλάδα

Ο θάνατος, ως ξεχωριστό χαρακτηριστικό, αλλά και αδιαχώριστο από την ανθρώπινη φύση, αποτελεί τη δεύτερη- και συμμετρικά ισοδύναμη με τη ζωή- δύναμη του αρχαίου ελληνικού πολιτισμού.

Ο κανονικός θάνατος, που οφείλεται είτε σε φυσικές αιτίες είτε σε δολοφονία, είναι αναπότρεπτος. Ένα παράδοξο είδος θανάτου είναι η αυτοκτονία. Κανείς δεν έχει έλεγχο πάνω στον θάνατο· η αυτοκτονία, όμως, δίνει τη δυνατότητα στον αυτόχειρα να καθορίζει τον χρόνο του θανάτου του. Η ορολογία, που χρησιμοποιήθηκε από Έλληνες και Ρωμαίους για την αυτοκτονία κυριαρχείται από το στοιχείο της εθελοντικής ενέργειας με βάση το πρόθεμα «αυτο-»: «αυθαίρετος θάνατος, αυτοθελεί, εκούσιος θάνατος», ενώ η φιλοσοφική θεώρηση της αυτοκτονίας εκφράζεται με το «εξάγω» και το «εύλογος εξαγωγή», της οποίας δημιουργός θεωρείται ο Αντισθένης, μαθητής του Σωκράτη²⁵.

Η *ευθανασία*, μια λέξη που προέρχεται από τα ελληνικά, και διατηρείται αναλλοίωτη σε γραφή και έννοια σε όλες τις λατινογενείς γλώσσες, χρησιμοποιείται ως έκφραση για να διασαφηνισθεί ο θάνατος και η σημασία του. Το πρόθεμα «ευ» σημαίνει «καλός, ωραίος, γενναίος, ευγενής». Ευθανασία, λοιπόν, σημαίνει τον ωραίο θάνατο, το «καλώς θανείν» της Αντιγόνης του Σοφοκλή²⁶, τον «θάνατο για την αρετή», ένας αξιοζήλευτος θάνατος στην Ελλάδα. Ευθανασία, όμως, είναι και ο γενναίος θάνατος, η ηρωική αυτοκτονία στο πεδίο της μάχης, δηλαδή το Σπαρτιατικό ιδεώδες θανάτου (Λεωνίδα), που οικοδομήθηκε πάνω στον ηρωικό κώδικα τιμής, που διέπει την αρχαία κοινωνία και παραπέμπει στον «καλό» και «ευκλείη θάνατο» του Ομηρικού Έκτορα²⁷.

Ο αρχαιοελληνικός όρος «ευθανασία», σε αντίθεση με τη σημερινή του χρήση, δεν σήμαινε ποτέ το πρόωρο τέλος μιας αναξιοπαθούς ή μιας απελπισμένης και επώδυνης ζωής. Ο όρος «ευθανασία» δεν εξισωνόταν ποτέ με τη σημερινή έννοια

²⁵ Βλ. Van Hoof, 1990, 135, Αβαγιανού, 2000, 31-32, Βούλγαρης, 2005, 52 (Σχόλιο του μεταφραστή Μ. Γαλανάκη).

²⁶ Σοφ. *Αντ.* 96-97. Πρβλ. Αβαγιανού, 2000, 33.

²⁷ Όμηρ. *Ιλ.* X, 250 κ.ε. Για τον «καλό» θάνατο στα Ομηρικά Έπη βλ. Vernant, 1991, 50-74.

της «βοήθειας προς θάνατο». «Ευθανασία» στην αρχαιότητα σήμαινε τον «καλό θάνατο»²⁸. Ποιος θάνατος, όμως, χαρακτηρίζεται ως «καλός» στα αρχαία κείμενα;

Στον Πολύβιο η ευθανασία αναφέρεται ως το επιστέγασμα μια καλής και χρήσιμης ζωής. Από τον Φίλωνα και τον Κλήμη, η ευθανασία ταυτίζεται με την ευγηρία. Ο Αίλιος τη μνημονεύει ανάμεσα στα μέγιστα αγαθά μαζί με τη φιλία, την παιδεία, τον πλούτο και τη δόξα. Ο κωμωδιογράφος Ποσειδίππος τη θεωρεί ως το μέγιστο δώρο των θεών στον άνθρωπο²⁹.

Ωστόσο, οι απόψεις των πρώτων φιλοσόφων για τον λυτρωτικό θάνατο και τη λυτρωτική θανάτωση είναι δύσκολο να αναπαρασταθούν με βάση τα σωζόμενα χωρία. Τα ερωτήματα όμως για τα κριτήρια της εθελοντικής εξόδου από τη ζωή, είχαν αρχίσει ήδη από τον Θαλή, τον Ηράκλειτο και τον Αναξαγόρα. Η δοξογραφία πάντως αρέσκει να εμφανίζει φιλοσόφους σε όλη τη διάρκεια της αρχαιότητας να επιλέγουν την αυτοκτονία, περιλαμβάνοντας τον Φερεκύδη και τον Εμπεδοκλή, τον Αναξαγόρα και τον Σωκράτη, καθώς και μια σειρά από Στωικούς και Κυνικούς³⁰ φιλοσόφους. Εντυπωσιακή για την αρχαιότητα είναι η περίπτωση του Ηγησία από την Κυρήνη, που προέτρεπε με πάθος την αυτοκτονία με σκανδαλώδη επιτυχία. Εξαίρεση αποτέλεσαν οι Πυθαγόρειοι που αντιτάχθηκαν στην παρέμβαση και την καταστροφή της ανθρώπινης ζωής πλησιάζοντας περισσότερο το σημερινό δόγμα της ιερότητας της ανθρώπινης ζωής³¹.

Το απόσπασμα του Ιπποκράτειου Όρκου: «ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον ουδέ υφηγήσομαι ξυμβουλήν τοιήνδε»³² (Μετάφραση: δεν θα δώσω σε κανέναν θανάσιμο φάρμακο, όταν το ζητήσει, ούτε θα συμβουλευσω κάτι τέτοιο) αποτέλεσε πηγή αμφιβολιών, στη διεθνή έρευνα, για το εάν αναφέρεται στην αυτοκτονία ή στην ευθανασία. Οι σύγχρονες ερμηνείες και απόψεις πάνω σε αυτό το θέμα διχάζονται. Σύμφωνα με τον Edelstein, ο Όρκος εδώ υπονοεί την αυτοκτονία, η οποία στην αρχαιότητα ήταν γενικά κάτι το αυτονόητο και μια καθημερινή

²⁸ Σε αντίθεση με το “mercy killing” (= το ευσπλαχνικώς δολοφονείν), οι αρχαίοι είχαν την αντίληψη του «καλώς αποθνήσκειν». Βούλγαρης, 2005, 52 (σχόλιο του μεταφραστή Μ. Γαλανάκη).

²⁹ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 24-25.

³⁰ Σαφείς θέσεις είχαν εκφράσει οι Κυνικοί ήδη από τον πρώτο τους τον Αντισθένη, που μίλησε με περιφρόνηση για τον θάνατο και τις μεταθανάτιες δοξασίες. Ωστόσο ο Αντισθένης δεν έφτασε να προτείνει τη θανάτωση ως λύση αφήνοντας αυτό το βήμα στον Διογένη, που πρότεινε πιστικά την αυτοκτονία και τη βοήθεια σε αυτοκτονία (ενεργητική ευθανασία) σε περιπτώσεις βαριάς ασθένειας ή γήρατος και σατίρισε επιφανείς γέροντες που επέμεναν να ζουν, όπως τον ίδιο τον Αντισθένη ή τον Σπεύσιππο. Γαλανάκης, 2007, 28. Βλ. και Διογένης Λαέρτιος, *Βίοι*, 6,18: “ετελεύτησε δε [Αντισθένης] αρρωστία ότε και Διογένης ποτε παρ’ αυτόν ξιφίδιον έχων εισήλθε. Του δ’ ειπόντος, «τις αν απολύσειέ με των πόνων;» δείξας το ξιφίδιον, έφη «τούτο»”.

³¹ Γαλανάκης, 2007, 27.

³² Ιπποκράτης, *Όρκος*.

πραγματικότητα³³. Ο εθελούσιος θάνατος, έδινε τέλος στα ατελείωτα βάσανα πολλών ανθρώπων. Η παρέμβαση των γιατρών παρατηρείται στις αυτοκτονίες, ιδιαίτερα όταν το κίνητρο ήταν η υγεία, και μάλιστα σε αυτές με δηλητήριο όπου χρησιμοποιούσαν κυρίως τα απολυτικά (=τα θανάσιμα φάρμακα, που μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στην ευθανασία, όπως π. χ. το κώνειο)³⁴. Επομένως εφαρμοζόταν η ενεργητική ευθανασία ως ιατρική υποστήριξη στην αυτοκτονία³⁵.

Άλλοι αρνούνται την παραπάνω ερμηνεία και δεν αποδέχονται ότι μερικές φορές με τη μεσολάβηση του γιατρού επιταχυνόταν ή μπορούσε να προξενηθεί ο θάνατος του ασθενούς. Οι αρχαίοι γιατροί μπορεί να εφάρμοζαν την παθητική ευθανασία ως ελάφρυνση θανάτου, χωρίς όμως την επιτάχυνση ή την πρόκλησή του γιατί το τελευταίο θα αποτελούσε ύβρη, που θα επέσυρε την εκδίκηση των θεών³⁶.

Η πράξη της αυτοκτονίας στην αρχαιότητα ήταν ελεύθερη και άμεση. Μεγάλη σημασία έχουν τα κίνητρα, που ωθούσαν στην αυτοκτονία. Οι Έλληνες θεωρούσαν την αυτοθυσία, που έσωζε την κοινωνία, ως χρηστή και η αυτοκτονία για χάρη υψηλών πατριωτικών ιδεωδών ήταν επαινετή. Η αυτοκτονία λόγω αιδούς ή ενοχής ή φόβου δυσφήμισης (δύσκληιας), είναι ηρωικό μέσο για την απόσεισή της και αξιέπαινη, ενώ η αυτοκτονία λόγω ανανδρίας και δειλίας είναι κατακριτέα.

Η ευθανασία³⁷, λοιπόν, με την έννοια του ευκλεούς, του καλού θανάτου, ο οποίος σχετίζεται και με το ιδανικό της υστεροφημίας, είναι τόσο παλιά όσο και τα ομηρικά έπη. Στην *Οδύσσεια* ο γρήγορος, και ανώδυνος θάνατος αυτών που ζουν χωρίς αρρώστιες και πεθαίνουν φυσιολογικά από γηρατειά, χαρακτηρίζει τους κατοίκους ενός ουτοπικού νησιού που ονομάζεται Συρία³⁸.

Στην αρχαία Σπάρτη η νομοθεσία του Λυκούργου προέβλεπε την επιβολή ευθανασίας, τη λεγόμενη σήμερα «ευγονική», σε όσα νεογέννητα μετά τον έλεγχο

³³ Μία από τις μαρτυρίες που χρησιμοποίησε για να ενισχύσει την άποψή του προέρχεται από τα *Ηθικά Ευδήμεια* του Αριστοτέλους. Λέει εκεί ο φιλόσοφος: «Με κανέναν τρόπο δεν θα ονομάσουμε ανδρείους αυτούς που αυτοκτονούν-και δεν είναι καθόλου λίγοι-για να γλιτώσουν από τους πόνους». Αριστ. *Ηθ. Ευδ.* 1229b 38-40. Πρβλ. Λυπουρλή, 2007, 15.

³⁴ Gourevitch, 1969, 505, 509.

³⁵ Edelstein, 1967, 12-14. Ο Edelstein συμπεραίνει ότι ο *Όρκος* είναι Πυθαγόρειος, επειδή αυτή η σχολή ήταν κατηγορηματικά αντίθετη στην αυτοκτονία, 53-54. Πρβλ. Λυπουρλή, 2007, 12-18.

³⁶ Αβαγιανού, 2000, 40, Gourevitch, 1969, 509.

³⁷ Ο όρος «ευθανασία» σε ολόκληρο το δεύτερο κεφάλαιο χρησιμοποιείται κυρίως με την έννοια της υποβοήθησης σε αυτοκτονία.

³⁸ Όμηρ. *Οδύσ.* ο, 403-414, 409-411: «Κι όταν τους πάρουν τα γεράματα στην πολιτεία αυτή, / και φθίνουν τα φύλλα των ανθρώπων, έρχεται τότε η Αρτεμη, έρχεται / ο Απόλλων αργυρότοξος, που ρίχνοντας τα βέλη του ανεπαίσθητα / μεμιάς τους θανατώνει».

τους κρίνονταν ως δύσμορφα ή ασθενή, αφήνοντας τα έκθετα να πεθάνουν στους λεγόμενους «αποθέτας» του Ταυγέτου³⁹.

Ο Πλάτων στην *Πολιτεία* του τάσσειται υπέρ της ευθανασίας όσων νοσούν σωματικά ή ψυχικά, θεωρώντας πως αυτό είναι το καλύτερο και για τους ίδιους και για την πόλη⁴⁰. Κατακρίνει δε στο πρόσωπο του εκπαιδευτή Ηρόδικου όσους προσπαθούν τεχνητά να παρατείνουν τη ζωή τους ενώ νοσούν θανάσιμα⁴¹. Προτείνει δηλαδή ο Πλάτων ευθανασία για κοινωνικούς κυρίως λόγους. Ο θάνατος του επιβλαβούς για την πόλη πολίτη δικαιώνεται από την ευημερία των υπολοίπων, την οποία η παρουσία του θα τους αποστερούσε, αλλά και από την ανακούφιση του ίδιου. Αντιδρά, επίσης, στην ανούσια παράταση της ζωής, για οποιονδήποτε λόγο και αν συμβαίνει αυτή. Κατ' αυτόν, η ιατρική πρέπει να συμβάλλει στην αναβάθμιση της ποιότητας της ζωής του ανθρώπου καθώς και της ζωής της πόλης. Χρονική παράταση της ανθρώπινης ζωής, όταν το αδυσώπητο κάλεσμα του θανάτου έχει ακουστεί, είναι ανούσια⁴². Ο Πλάτων, επίσης, επιδοκιμάζει τη βρεφοκτονία για ευγονικούς λόγους «για να διατηρηθεί το ποίμνιο όσο μπορεί πιο ξεχωριστό»⁴³.

Ο Αριστοτέλης, ενώ αποφάσκει την αυτοκτονία ως πράξη δειλίας⁴⁴, προτείνει νόμο με τον οποίο απαγορεύεται η ανατροφή μειονεκτικών παιδιών⁴⁵, τασσόμενος έτσι υπέρ της ευγονικής ευθανασίας. Ρόλος της ιατρικής τέχνης, σύμφωνα με τον Πλάτωνα και τον Αριστοτέλη, είναι να προωθεί την υγεία, να την αποκαθιστά ή να τη διατηρεί. Οτιδήποτε άλλο, άρα και η ευθανασία, είναι ξένο προς αυτή⁴⁶. Τόσο ο Πλάτων όσο και ο Αριστοτέλης συμφωνούν ότι η απόφαση σε μερικές περιπτώσεις

³⁹ Πλούτ. *Λυκ.* 16, 2. Το πιο σημαντικό, όμως, είναι πως όλα τα βρέφη έπρεπε να περάσουν από τον έλεγχο αυτό, εάν ήθελαν να αποκτήσουν την ιδιότητα του Σπαρτιάτη και να έχουν κλήρο. Βλ. McDowell, 1988, 85-88.

⁴⁰ Πλάτ. *Πολιτ.* Γ', 409e-410a, 407d-e.

⁴¹ Πλάτ. *Πολιτ.* Γ', 406a-b.

⁴² Το καθήκον του γιατρού να επιμηκύνει τη ζωή του ασθενούς δεν έχει ρίζες στην ιατρική της κλασικής αρχαιότητας. Οι αρχαίοι έλληνες όπως και οι περισσότερες προχριστιανικές κοινωνίες δεν ήταν καθόλου φιλικές στην παράταση της ζωής όσων δεν μπορούσαν πια να προσφέρουν στο κοινωνικό σύνολο. Πλάτ. *Πολιτ.* Γ', 406d-407a. Βλ. και Amundsen, 1996, 41, Πρωτοπαπαδάκη, 2003, 27, Βούλγαρη, 2005, 55 (σχόλιο του μεταφραστή Μ. Γαλανάκη).

⁴³ Κρίνει ότι: «όσα παιδιά γεννιούνται από τους καλύτερους πρέπει να τα ανασταίνουμε, όχι όμως από τους άλλους, τα παιδιά των χειρότερων και τα ανάπηρα... θα τα κρύψουμε, όπως είναι και το σωστό, σε μέρος μυστικό και αφανέρωτο» (στον Άδη). Πλάτ. *Πολιτ.* Ε', 459d-e, 460c.

⁴⁴ Αριστ. *Ηθ. Ευδ.* 1229 b 38-40.

⁴⁵ Αριστ. *Πολ.* Η', 1335b 20-21: «...έστω νόμος μηδέν πεπηρωμένον τρέφειν».

⁴⁶ Αριστ. *Μ. τ. φ.* Λ, 1070a-29-30.

για τον τερματισμό της ζωής, ως αγαθό ανώτερο από τη συνέχισή της, δεν είναι τόσο θέμα ιατρικής, όσο ηθικής και πολιτικής⁴⁷.

Κατά τη φιλοσοφική Σχολή των Στωικών, «ευθανασία» σημαίνει την εκπλήρωση της ζωής, χαρακτηρίζεται ως «η εύλογος εξαγωγή». Ο εκπρόσωπός της Χρύσιππος (3^{ος} αι. π. Χ.) πρεσβεύει ότι το «ευθανατείν» έχει την έννοια του να τύχει κανείς έναν καλό και αξιοπρεπή θάνατο. Η ίδια η ζωή δεν αξίζει να συντηρείται, αν δεν διασφαλίζει στον άνθρωπο την αρετή. Προκειμένου κάποιος να αποφύγει τον πόνο και την επώδυνη και βασανιστική ασθένεια⁴⁸ ή τον πολιτικό εξευτελισμό, οι Στωικοί υποστηρίζουν τη δυνατότητα εκούσιας αναχώρησης του ανθρώπου από τη ζωή, ως το μεγαλύτερο επίτευγμα της ανθρωπότητας, επιλογή που συνοψίζει την ηθική ελευθερία. Από τους τελευταίους οπαδούς αυτού του φιλοσοφικού συστήματος είναι ο Σενέκας⁴⁹, ο Επίκτητος και ο Μάρκος Αυρήλιος. Στα γραπτά τους βρίσκονται διάσπαρτες υπενθυμίσεις γύρω από τη ματαιότητα του να φοβάται κανείς ή να αντιστέκεται στην ιδέα του θανάτου⁵⁰.

Ο Επίκουρος είχε τις ίδιες αφετηρίες με την Αρχαία Στοά: την παρηγορητική αδιαφορία για τον θάνατο. Ο εκούσιος θάνατος όμως απαγορεύεται, με την εξαίρεση ακραίων καταστάσεων ανάγκης και τη θυσία υπέρ φίλων. Απεναντίας διδάσκεται η καρτερία στη νόσο και την αναπηρία ως άσκηση της ανοχής στα δεινά του βίου. Η σημαντικότερη όμως επικούρεια συμβολή έγκειται στη θέση, ότι δεν είναι η μακροβιότητα από μόνη της αγαθόν, αλλά μόνο με καλή ποιότητα ζωής. Η παράταση συνεπώς της ζωής δεν είναι αυτοσκοπός. Το τελευταίο επιχείρημα ευνοεί σαφώς την υποστήριξη της ευθανασίας⁵¹.

Πολλούς αιώνες μετά τον Όμηρο, τα γηρατειά χωρίς αρρώστιες (*ευγηρία*) και ο γρήγορος και ανώδυνος θάνατος (*ευθανασία*) εξακολουθούν να λογίζονται ως τα

⁴⁷ Για τον Πλάτωνα και τον Αριστοτέλη η πολιτική τέχνη ή επιστήμη κυριαρχεί πάνω στις επιμέρους τέχνες και επιστήμες, αφού το αγαθό της κοινότητας υπερτερεί έναντι των επιμέρους στόχων των άλλων τεχνών ή επιστημών. Anagnostopoulos (2007), 500-505, 510-512, 516-518.

⁴⁸ Στους φιλοσόφους ο ρόλος της ασθένειας, ως εξωτερική αιτία για «εύλογο εξαγωγή», γίνεται ιδιαίτερα σαφής στην περίπτωση του Στωϊκού φιλοσόφου Ζήνωνα και του μαθητή του Κλεάνθη. Carrick, 2001, 162-167. Αβαγιανού, 2000, 45.

⁴⁹ Γνωστή είναι η ρήση του Ρωμαίου στωϊκού φιλοσόφου και ποιητή Σενέκα στο έργο του *Epistulae morales ad Lucilium* «...ακριβώς όπως θα διαλέξω το πλοίο μου όταν πρόκειται να ταξιδέψω, ή το σπίτι μου όταν πρόκειται να κατοικήσω, έτσι θα επιλέξω και τον θάνατό μου για το πέρασμά μου από τη ζωή...». Emanuel, 1994, 1893, Δραγώνα-Μονάχου, 2006, 122.

⁵⁰ Βλ. Επίκτητου, *Εγχειρίδιον, Διατριβαί*, Μάρκου Αυρήλιου, *Τα εις Εαυτόν*. Πρβλ. Windelband & Heimsoeth 2001, 323, Πελεγρίνη, 1998, 112-114, Αναπλιώτη, 2003, 47.

⁵¹ Γαλανάκης, 2007, 28-29.

μεγαλύτερα ανθρώπινα αγαθά⁵². Το γήρας και η ανίατη ασθένεια θεμελιώνουν, όπως είδαμε, αιτία αυτοκτονίας στην αρχαιότητα⁵³. Η αρχαία παράδοση δεν αφήνει καμία αμφιβολία ότι στους ιστορικούς χρόνους, σε ορισμένα μέρη, οι ηλικιωμένοι ωθούνταν στην αυτοκτονία⁵⁴.

Στην κλασική εποχή οι κάτοικοι της Κέας, όταν έφταναν σε προχωρημένο γήρας επέβαλλαν στον εαυτό τους ένα παρόμοιο είδος ευθανασίας με κώνειο, πριν υποστούν την εξαθλίωση της ασθένειας, της σωματικής ή πνευματικής κατάπτωσης, σε μια κατανυκτική τελετή έχοντας εξασφαλίσει τη συγκατάθεση των συμπολιτών τους⁵⁵. Κάτι ανάλογο συνέβαινε και στην ελληνική αποικία της Μασσαλίας, όπως αφηγείται ο Βαλέριος Μάξιμος, όπου ειδικό κέντρο διατηρούσε ένα δηλητηριώδες ποτό σαν το κώνειο, που το χορηγούσε σε όσους ανίατους ασθενείς ήθελαν να τερματίσουν ανώδυνα τη ζωή τους (αφού περνούσαν από έλεγχο από τη Γερουσία της πόλης). Με άλλα λόγια, η ίδια η πολιτεία αποδεχόταν την εκούσια και συνειδητή επιλογή κάποιου να τερματίσει τη ζωή του⁵⁶. Με κώνειο πέθανε και ο Σωκράτης, σύμφωνα με τον Πλατωνικό *Φαίδωνα*⁵⁷, ύστερα βέβαια από δικαστική καταδίκη, αλλά στην ουσία υπέβαλε τον εαυτό του σε μια αυτο-ευθανασία αρνούμενος κάθε προσπάθεια διαφυγής από τη φυλακή, επιθυμώντας να υπηρετήσει ανώτερα ιδανικά, όπως υπήρξε για τον Σωκράτη η υπακοή στον Νόμο.

Συμπερασματικά, ο άνθρωπος της αρχαιότητας, με ελάχιστες θρησκευτικές εξαιρέσεις, (κυρίως οι Πυθαγόρειοι), είχε το δικαίωμα να αποφασίζει ελεύθερα για το τέλος της ζωής του. Η ευθανασία, λοιπόν, στην αρχαία Ελλάδα-σε όλες τις μορφές της-, έχει κυρίως την έννοια της αποφυγής της ταπείνωσης και της εξαθλίωσης που επιφέρουν τα γηρατειά ή η ασθένεια. και της εξασφάλισης ενός αξιοπρεπούς

⁵² Βλ. Πλάτ. *Τίμ.* 81e: «Ο θάνατος που προέρχεται από ασθένειες ή τραύματα είναι λυπηρός και βίαιος, ενώ, όταν έρχεται στο τέλος φυσιολογικά μαζί με τα γηρατειά, είναι ο λιγότερο οδυνηρός από τους θανάτους και φέρνει περισσότερη ευχαρίστηση παρά λύπη».

⁵³ Στις *Βιογραφίες Φιλοσόφων* του Διογένη Λαέρτιου αναφέρεται μια σειρά φιλοσόφων, που αυτοκτόνησαν υπέργηροι, όπως οι: Πυθαγόρας, Αναξαγόρας, Εμπεδοκλής, Ζήνων ο Στωϊκός, (ασιτία), Διονύσιος Επικούρειος (ασιτία). Η μέθοδος, που χρησιμοποιούσαν οι φιλόσοφοι και που τη συνιστούσαν ως πλέον αρμόζουσα για ένα αξιοπρεπές τέλος, είναι η εθελούσια άρνηση τροφής, η ασιτία. Διογένης Λαέρτιος., *Βίοι Φιλοσόφων*, 8, 40 & 2, 13 & 8, 74 & 7, 28. Πρβλ. Αβαγιανού, 2000, 45-47.

⁵⁴ Βλ. Van Hoof, 1990, 135-141, Πετράκη, 2008, 71, και *Encyclopedia of Religion and Ethics* (1917): λήμμα "Old Age" (Greek), 469 κ.ε. για τη διάθεση απέναντι στη γεροντική ηλικία κατά την αρχαιότητα.

⁵⁵ Πετροπούλου, 2000, 12-27. Σύμφωνα με την Αβαγιανού, το κώνειο χρησιμοποιήθηκε στο «Κεϊον νόμιμον», όπως ονομάστηκε η εξαναγκαστική με νόμο ευθανασία των γηραιών κατοίκων της Κέας, με σκοπό την εξοικονόμηση πόρων ζωής για τους νεότερους. Αβαγιανού, 2000, 47.

⁵⁶ Πετροπούλου, 2000, 27-29, Gourevitch, 1969, 512, Ευαγγέλου, 2010, 229.

⁵⁷ Πλάτ. *Φαίδ.* 117a-118a.

θανάτου, ως επιστεγάσματος μιας ένδοξης και αξιοπρεπούς ζωής, που θα εξασφαλίσει την υστεροφημία του εκλιπόντος και θα ωφελήσει τόσο τον ίδιο όσο και το κοινωνικό σύνολο. Νόμοι και θρησκεία άφηναν τον αρχαίο γιατρό ελεύθερο να πράξει σύμφωνα με τη συνείδησή του.

2.2. Παλαιά και Καινή Διαθήκη

Στην Παλαιά Διαθήκη η ευθανασία επιτρέπεται όταν λαμβάνει χώρα σε περίοδο διωγμού και όταν δηλώνεται με αυτήν η αφοσίωση σε ανώτερες αξίες και ποτέ ένεκα περιφρόνησης της ζωής. Όσον αφορά στην αυτοκτονία προς απαλλαγή του βίου, ο οποίος κατέστη άθλιος όχι λόγω διωγμού ή πολέμου, καταδικάζεται και η πράξη αποτελεί όνειδος για τούς επιζώντες συγγενείς του αυτόχειρα⁵⁸.

Στην Καινή Διαθήκη δεν απαντούν περιστατικά ευθανασίας. Η χριστιανική διδασκαλία δεν θεωρεί τον θάνατο εφιάλτη, αλλά πύλη της αιώνιας ζωής. Το ανθρώπινο σώμα είναι «ναός του Αγίου Πνεύματος» και αυτόν τον ναό έχει υποχρέωση ο άνθρωπος να φροντίζει και να σέβεται.⁵⁹ Όπως είναι αναμενόμενο, κάθε μορφή ευθανασίας καταδικάζεται έντονα αφού η ανθρώπινη ζωή, ως θείο δώρημα, ενδύεται με ιερότητα και απόλυτη αξία. Η ευθανασία υπό την αρχική της έννοια, ως ειρηνικός και γαλήνιος θάνατος, απαντάται συχνά ως το «εν ειρήνη τελειούται»⁶⁰.

2.3. Μεσαίωνας

Κατά τον Μεσαίωνα, η έννοια του θανάτου ανθρωποποιήθηκε και αναδύθηκε ως η εικόνα του εξολοθρευτή και του «θεριστή». Το ενδιαφέρον από το τέλος της ζωής, το οποίο θεωρήθηκε αποκλειστικά έργο του Θεού, στρέφεται στον τρόπο ζωής. Ο θάνατος παύει να αντιμετωπίζεται ως απαραίτητο στάδιο της ζωής που στον αρχαιοελληνικό στοχασμό αποτελούσε το επιστέγασμα μιας καλής ζωής, και μεταβάλλεται σε κάτι ξένο και εχθρικό. Σε αυτή την εποχή του καθολικισμού η ζωή θεωρείται ως απόλυτο αγαθό, ως θείο δώρο και η αμφισβήτησή της θα αποτελούσε

⁵⁸ Η Παλαιά Διαθήκη εντάσσει την αυτοκτονία στην εντολή του Θεού «ου φονεύσεις» και την καταδικάζει. Έξοδος κ, 15. Πρβλ. κ.κ. Νικολάου στο:

http://www.ecclesia.gr/greek/holysynod/eisigiseis/nikolaou_efthanasia.htm (ανακτήθηκε: 10-4-2012).

⁵⁹ Α' Κορινθ. στ', 19.

⁶⁰ Βλ. κ.κ. Νικολάου στο: http://www.ecclesia.gr/greek/holysynod/eisigiseis/nikolaou_efthanasia.htm.

ύβρη προς τον δότη της. Καμία, επομένως, θέση δεν υπάρχει για ιδέες όπως η ευθανασία κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα⁶¹.

Οι ανωτέρω αντιλήψεις ανατρέπονται από την Αναγέννηση. Σε αντίθεση με την Εκκλησία, την Πολιτεία και την επιστήμη, η ευθανασία βρίσκει πολλούς οπαδούς μεταξύ των ανθρωπιστών που με τα κηρύγματά τους επηρεάζουν όλο και περισσότερο ευρύτερους κύκλους, ώστε να αρχίσει να κάμπτεται σημαντικά η αδιαλλαξία, ακόμη και με τη συμπαράταξη μεμονωμένων κληρικών⁶².

Η αλλαγή στην αποδοχή της ευθανασίας άρχισε έξω από τον ιατρικό κόσμο. Ένας από τους πρώτους ένθερμους υποστηρικτές της υπήρξε ο Άγγλος, πολιτικός και φιλόσοφος, Thomas More (1477-1535)⁶³. Ως ορόσημο αυτής της στροφής θεωρείται το βιβλίο του *Utopia* (1516)⁶⁴, όπου προτείνεται η υποβοηθούμενη αυτοκτονία σε περιπτώσεις κακής ζωής ή επώδυνου θανάτου. Η διαδικασία αυτή αποτελεί κατά τον More, δικαιοδοσία των ιερέων και των αρχόντων και δεν γίνεται καμιά αναφορά σε ιατρική εμπλοκή⁶⁵. Η *Ουτοπία* ήταν προσφιλής στους ουμανιστικούς κύκλους και μεταφράστηκε ταχύτατα στις περισσότερες ευρωπαϊκές γλώσσες⁶⁶.

2.4. Από τον 16^ο έως τον 19^ο αιώνα

Στην περίοδο του Διαφωτισμού από τον 16^ο έως και τον 19^ο αιώνα, παρά την κυρίαρχη χριστιανική ιδεολογία, πολλοί στοχαστές συνηγόρησαν υπέρ της αποδοχής της επιτάχυνσης του θανάτου, εκείνων που ήταν πολύ σοβαρά άρρωστοι ή τραυματισμένοι.

Από τους πρωτοπόρους της εποχής εκείνης ο γάλλος φιλόσοφος Μ. Μονταίνιος (Michel Eyquem de Montaigne, 1533-1592) αηδιασμένος από την

⁶¹ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 30. Ο Θωμάς ο Ακινάτης (1225-1274), ιερέας της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας, φιλόσοφος και θεολόγος, θεωρούσε την αυτοκτονία ως το πλέον επικίνδυνο αμάρτημα το οποίο στρεφόταν όχι μόνο κατά του θείου Νόμου αλλά και κατά του Νόμου της Φύσης (του Νόμου, δηλαδή, της επιβίωσης). Βλ. Admiraal, 1996, 209.

⁶² Χατζηθεοδώρου, 2008, 113.

⁶³ Sir Thomas More ή Saint Thomas More, ανακηρύχθηκε άγιος από τη Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία το 1935.

⁶⁴ Βλ. και την ελληνική μετάφραση της *Ουτοπίας* από τον Γ. Καραγιάννη, εκδ. Κάλβος, 1970.

⁶⁵ Η ευθανασία θεωρείται «τιμημένος θάνατος» (honorable death). Αντίθετα, η αυτοκτονία παραμένει κατακριτέα. Ο More προτείνει μάλιστα την αποχή από την τροφή ή τη χρησιμοποίηση υπνωτικού χαπιού.

⁶⁶ Βλ. Βούλγαρη, 2005, 56 (σχόλιο του μεταφραστή Μ. Γαλανάκη). Πρβλ. Πετροπούλου, 2000, 10 και Ευαγγέλου, 2010, 230.

καταδίωξη των αιρετικών, τους βασανισμούς και τις σφαγές, στα δοκίμιά του υποστηρίζει ότι «ο περισσότερο ηθελημένος θάνατος είναι ο καλύτερος»⁶⁷.

Όμως, ο όρος «ευθανασία», με τη σημερινή εννοιολογική κοινή φόρτιση του «ανώδυνου-χωρίς αγωνία-αξιοπρεπούς» τέλους της ζωής ενός ανθρώπου ο οποίος πάσχει από ανίατη και οδυνηρή νόσο, χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Άγγλο φιλόσοφο, νομικό και πολιτικό Francis Bacon (1561-1626) περί το 1620. Σκοπός της ιατρικής, σύμφωνα με τον Bacon, είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράυνση των πόνων. Η καταπράυνση αυτή μπορεί να οδηγήσει όχι μόνο στην ίαση αλλά και στην εξασφάλιση ενός γαλήνιου και ανώδυνου θανάτου (euthanasia)⁶⁸.

Οι απόψεις υπέρ του «καλού θανάτου» γινόταν σταδιακά όλο και περισσότερο αποδεκτές στη Γαλλία και στην Αγγλία κατά τον 17^ο και 18^ο αιώνα. Ο David Hume (1711-1776), ένας από τους σπουδαιότερους εκπροσώπους του αγγλικού Διαφωτισμού, το 1783, στη μελέτη του *Περί Αυτοκτονίας (On Suicide)*, επιτέθηκε κατά μέτωπο εναντίον των προλήψεων και των «ψευθοθρησκειών», που εξαναγκάζουν το άτομο να παρατείνει μια άθλια ύπαρξη, η οποία, σε τελική ανάλυση, προσβάλλει τον δημιουργό της. Ο Hume διακήρυξε την ηθική της αυτοκτονίας, όταν αυτή γίνεται από καθήκον προς το κοινωνικό σύνολο⁶⁹.

Σημαντικότατο για το θέμα της ευθανασίας, είναι και το έργο του Ευγένιου Βούλγαρη (1716-1806), *Διατριβή περί Ευθανασίας* (1804). «Ευθανασία» γι' αυτόν δεν είναι ούτε ο καλός θάνατος των αρχαίων ούτε η ευσπλαχνική θανάτωση της εποχής μας, αλλά η ειρηνική αποδοχή του αναπόφευκτου θανάτου, και μάλιστα όταν αυτός έρχεται σε μεγάλη ηλικία και κλείνει μια ζωή με πίστη και αρετή⁷⁰.

Σε όλη τη διάρκεια του 19^{ου} αιώνα πολλοί διατύπωσαν την αντίθεσή τους προς την αυτοκτονία-ευθανασία. Μεταξύ αυτών ο Immanuel Kant (1724-1804), ο σημαντικότερος σχετικά με τα θέματα της βιοηθικής και ιδρυτής της μέχρι σήμερα ισχύουσας θεωρίας της «Αυτονομίας», θεώρησε την αυτοκτονία ανήθικη πράξη και τον αυτόβουλο θάνατο ως παραβίαση του καθήκοντος προς τον Θεό, τον απόλυτο Κύριο της ζωής των πάντων⁷¹.

⁶⁷ Ειδικότερα στο βιβλίο του «Σχετικά με τα έθιμα της Κέας», όπου παρουσιάζεται ως έθιμο η «ευθανασία» των γερόντων, υποστηρίζει ότι «ο Θεός μας δίνει το δικαίωμα να αφαιρούμε τη ζωή μας, όταν μας μειώνει και μας φέρνει σε τέτοια κατάσταση που το να ζει κανείς καταντά χειρότερο απ' το να πεθαίνει», καθώς και ότι «ο αφόρητος πόνος και ο φόβος για έναν χειρότερο θάνατο αποτελούν αρκετή αιτιολογία για την επιδίωξη του τέλους». Βλ. Φαράντου, 2002, 31-34, Αναπλιώτη, 2003, 49.

⁶⁸ Σκούρτης, 2007, 92, Αναπλιώτης, 2003, 49, Καράμπελας, 1987, 26.

⁶⁹ Αναπλιώτης, 2003, 50, Βούλγαρης, 2005, 57 (Σχόλιο του μεταφραστή Μ. Γαλανάκη).

⁷⁰ Βούλγαρης, 2005, 59.

⁷¹ Kant, 1984, 39. Πρβλ. Φαράντου, 2002, 54-56, Ferngren, 1989, 167-169.

Μόλις κατά τα τέλη του 19^{ου} αιώνα επιχειρήματα παρόμοια με του Hume παίρνουν τη θέση τους στον χώρο των δημόσιων συζητήσεων και η ευθανασία αρχίζει να βρίσκει και πάλι υποστηρικτές. Ο Γερμανός πεσιμιστής φιλόσοφος Arthur Schopenhauer (Άρθουρ Σοπενχάουερ 1788–1860), ο Friedrich Nietzsche (Φρίντριχ Νίτσε 1844-1900), και άλλοι, υποστήριξαν πως ο υποκινούμενος-αυτόνομος θάνατος απορρέει από το δικαίωμα των αυτόνομων ατόμων να τελειώσουν τη ζωή τους, όταν μία ανίατη ασθένεια καταστρέφει κάθε ευχαρίστηση και κοινωνική χρησιμότητα⁷².

2.5. 20^{ος} αιώνας μέχρι σήμερα

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα κατατίθενται στα κοινοβούλια διαφόρων χωρών νομοσχέδια για την κατοχύρωση της ευθανασίας. Το 1903 στη Βουλή της Σαξονίας, το 1906 και 1912 στα νομοθετικά σώματα των ΗΠΑ και το 1936 στη Βουλή των Λόρδων από τη συσταθείσα *British Voluntary Euthanasia Society* (Βρετανικός Σύλλογος για την Εκούσια Ευθανασία). Οι προσπάθειες αυτές, ωστόσο, απέτυχαν⁷³.

Η στάση της Γερμανίας, όμως, πριν και κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου, ήταν εκείνη η οποία σημάδεψε τη συζήτηση γύρω από το θέμα της ευθανασίας. Ειδικότερα στη Γερμανία ο δρόμος για την ευθανασία και για τα εγκλήματα κατά της ανθρωπότητας άνοιξε με τον βιολόγο-φιλόσοφο Ernst Heinrich Philipp August Haeckel (1834-1919), μια φωνή με μεγάλη επιρροή στη χώρα του. Ο Haeckel επαινώντας τους Σπαρτιάτες που σκότωναν τα παραμορφωμένα και αδύναμα παιδιά τους, χρησιμοποίησε την ευγονική και τον κοινωνικό Δαρβινισμό⁷⁴ και υποστήριξε ότι οι ανίατοι της Γερμανίας (από φυσικό ή πνευματικό ελάττωμα) έπρεπε ν' απαλλαγούν από το κακό με το να θανατωθούν ανώδυνα. Ανάγοντας τη Γερμανία σαν τη «Νέα Πόλη», θεωρούσε την ατομική ύπαρξη ασήμαντη μπροστά στην υγεία και τη μοίρα ολόκληρου του λαού. Οι γιατροί θα έπρεπε να θεωρούν το έθνος σαν ασθενή, γιατί η προαγωγή και τελειοποίηση της υγείας του γερμανικού

⁷² Βλ. Φαράντου, 2002, 47-57. Ο Γερμανός φιλόσοφος Νίτσε, ο δημιουργός του «Υπερανθρώπου» πρότεινε μάλιστα ένα είδος *κοινωνικής ευθανασίας* «στα παράσιτα και στους απόκληρους της κοινωνίας». Βλ. Αβραμίδη, 1995, 54, και Αναπλιώτη, 2003, 51.

⁷³ Βλ. Admiraal, 1996, 209.

⁷⁴ Ο *Κοινωνικός Δαρβινισμός* είναι μία θεωρία, δημοφιλής στα τέλη της Βικτοριανής εποχής στην Αγγλία, την Αμερική και αλλού, η οποία αναφέρει ότι ο ισχυρότερος πρέπει να επιβιώσει και να αναπτυχθεί στην κοινωνία, ενώ ο αδύναμος και ανίκανος πρέπει να επιτραπεί να πεθάνει. Η θεωρία αυτή αναπτύχθηκε κυρίως από τον φιλόσοφο Χέρμπερτ Σπένσερ (1820-1903) και έλαβε ώθηση από την εφαρμογή των ιδεών του Δαρβίνου, όπως η προσαρμογή και η φυσική επιλογή. Ο Κοινωνικός Δαρβινισμός χρησιμοποιήθηκε ως επιστημονική αιτιολόγηση για το Ολοκαύτωμα. Βλ. http://en.wikipedia.org/wiki/Social_Darwinism (ανακτήθηκε: 10-4-2012).

λαού μπορούσε να εξασφαλίσει το πλήρες δυναμικό της φυλετικής και γενετικής κληρονομιάς⁷⁵.

Υπό το πρίσμα των αντιλήψεων αυτών, οι Γερμανοί Hoche και Binding, καθηγητές ψυχιατρικής και νομικής αντίστοιχα, εξέδωσαν το 1920 μια μελέτη σχετικά με την ευθανασία, υποστηρίζοντας ότι η «καταδώραση» ενός ανώδυνου θανάτου σε άτομα που έπασχαν από επώδυνη ασθένεια κατόπιν επιθυμίας των ίδιων των ασθενών, όχι μόνο ήταν σύμφωνη με την ιατρική ηθική αλλά αποτελούσε και μια λύση γεμάτη συμπόνια. Η συμπόνια αυτή, όμως, σύμφωνα με τους συγγραφείς, δεν θα έπρεπε να περιοριστεί μόνο στους εθελοντές αλλά και στα «άδεια κελύφη ανθρωπίνων όντων», όπως οι ασθενείς με εγκεφαλική βλάβη, νοητική υστέρηση, οι τρόφιμοι ψυχιατρείου, εφόσον με επιστημονικά κριτήρια η κατάστασή τους αποδεικνυόταν μη αναστρέψιμη. Τα κέρδη για την κοινωνία θα ήταν μεγάλα, υποστήριξαν, αν η οικονομική ενίσχυση διοχετευόταν στους ψυχοσωματικά υγιείς και όχι στη διατήρηση και φροντίδα «ασήμαντης ζωής»⁷⁶.

Αυτές οι θέσεις φαίνεται ότι ήταν ευρείας αποδοχής στη Γερμανία από γιατρούς και άλλους επιστήμονες πριν υιοθετηθούν από τον Αδόλφο Χίτλερ ως χαρακτηριστικό της πολιτικής των εθνικοσοσιαλιστών (Ναζί). Έτσι, λίγο πριν την εισβολή της Γερμανίας στην Πολωνία τον Σεπτέμβριο του 1939, ο Χίτλερ έδωσε εντολή να δηλωθούν όλα τα παιδιά που έπασχαν από σοβαρής μορφής μογγολισμό, υδροκεφαλία, παράλυση και δυσπλασίες. Σε περίπου τριάντα νεοϊδρυθέντα παιδιατρικά τμήματα σε όλη τη Γερμανία, οι γιατροί επέβλεψαν την καταγραφή, την αξιολόγηση και την επιβολή ευθανασίας σε περίπου 5000 παιδιά που θανατώθηκαν πίνοντας μεγάλες δόσεις θανατηφόρων φαρμάκων⁷⁷.

Μέσα σε λίγους μήνες ο Χίτλερ με ένα συνοπτικό διάταγμα επέβαλε τη θανάτωση όλων των ψυχικά ασθενών, εφήβων και ενηλίκων, διατυπώνοντας το με τα εξής λόγια: «Όλοι όσοι θεωρούνται ανίατοι, σύμφωνα με την καλύτερη ανθρώπινη κρίση που έχουμε στη διάθεσή μας, πρέπει να λάβουν τη χάρη του θανάτου από έλεος». Το διάταγμα αυτό δημιούργησε μία επιχείρηση διευθυνόμενη από γιατρούς που σκότωσαν 80.000 έως 100.000 ανθρώπους σε θαλάμους αερίων που είχαν την παραπλανητική εμφάνιση λουτρών (ντους). Μόνο μια μικρή μειοψηφία Καθολικών και Διαμαρτυρούμενων κληρικών εξέφρασε δημόσια και με πάθος την αντίθεσή της σε

⁷⁵ Lifton, 1986, 30 κ.ε.

⁷⁶ Lifton, 1986, 30 κ.ε.. Πρβλ. Πρωτοπαπαδάκη, 2003, 31-32, Συμεωνίδου-Καστανίδου, 2001, 64.

⁷⁷ Lauter & Meyer, 1982, 134-141, Foot, 1978, 33-34.

αυτό το πρόγραμμα ακούσιας ευθανασίας. Μετά από αυτό, ήταν εύκολο να υπαχθούν στα ίδια πρότυπα – δηλαδή να θεωρηθούν καταστροφικά στοιχεία για την υγεία του σώματος της πόλης – οι Εβραίοι, οι αθίγγανοι, οι ομοφυλόφιλοι και άλλοι και να εξολοθρευτούν με μαζικά, γραφειοκρατικά προγράμματα, τα οποία εκτελούσαν γιατροί πάνω στα πρότυπα των ιατρικών εφαρμογών των προκατόχων τους⁷⁸.

Η μαζική, αργή και βασανιστική πολλές φορές δολοφονία επτά περίπου εκατομμυρίων ανθρώπων, ονομάστηκε από τον γερμανικό ναζισμό «ευθανασία» «καλός θάνατος», δηλαδή, είτε για το άτομο είτε για την κοινωνία, ή και για τους δύο. Αν και τα προγράμματα αυτά εφαρμόστηκαν μόνο για έξι χρόνια, έμειναν για πάντα χαραγμένα στη μνήμη της ανθρωπότητας και όλων αυτών που ασχολούνται με τα θέματα της ευθανασίας μέχρι σήμερα⁷⁹.

Μετά το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, οι τόνοι των υπερασπιστών της ευθανασίας έπεσαν, εξαιτίας της ναζιστικής θηριωδίας που ξεκίνησε ως ευθανασία με την ευρεία έννοια του όρου και κατέληξε σε γενοκτονία⁸⁰. Τις τελευταίες όμως δεκαετίες η ευθανασία επανεμφανίστηκε με τρόπο δυναμικό. Σε αυτό συνετέλεσαν διάφοροι παράγοντες:

α) Η αύξηση της μέσης διάρκειας ζωής στις πολιτισμένες κοινωνίες. Η επανάσταση στην ιατρική συνοδεύτηκε από τη δημιουργία φαρμάκων με τα οποία αντιμετωπίστηκαν ασθένειες που μέχρι τότε φάνταζαν ανίκητες. Σήμερα ο μέσος όρος ζωής είναι τα 76 χρόνια ενώ στις αρχές του 20^{ου} αιώνα το προσδόκιμο μέσο όριο διαβίωσης έφτανε μόλις τα 47 χρόνια. Έτσι, η σύνθεση του πληθυσμού έχει μεταβληθεί και οι πολυπληθέστερες μεγάλες ηλικίες (με τα ανίατα νοσήματα κυρίως) αντιμετωπίζουν σοβαρά το πρόβλημα. Όσο η ιατρική προοδεύει και καθιστά δυνατή την παράταση ζωής πολλών ανίατων ασθενών, το πρόβλημα θα παρουσιάζει και μεγαλύτερη οξύτητα⁸¹.

⁷⁸ Στο νοσοκομείο Eglfing-Haar ως μέσο χρησιμοποιήθηκε η πείνα ενώ σε άλλα η έλλειψη θέρμανσης. Μέχρι το ξέσπασμα του δευτέρου παγκοσμίου πολέμου 300.000 άτομα, εκ των οποίων τα μισά ήταν παιδιά, θανατώθηκαν στη Γερμανία με τη θέλησή τους ή χωρίς αυτή, πάντοτε για «ανθρωπιστικούς λόγους». Lifton, 1986, 30 κ.ε., Lauter & Meyer, 1982, 134-141, Αναπλιώτης, 2003, 51-52, Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 32-33.

⁷⁹ Για τον λόγο αυτόν στη Γερμανία, σε αντίθεση με τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, ο όρος «euthanasie» (ευθανασία) δεν χρησιμοποιείται, λόγω της συναισθηματικής φόρτισης που περιέχει. Αντ' αυτού, θεωρείται δόκιμος ο ευρύτερος όρος «Sterbehilfe» (βοήθεια στον θάνατο).

⁸⁰ Δεν είναι τυχαίο ότι μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο η Διακήρυξη της Γενεύης *The Physician's Oath* (1948) αποκηρύσσει κατηγορηματικά την ευθανασία. Βούλγαρης, 2005, 57 (σχόλιο του μεταφραστή Μ. Γαλανάκη).

⁸¹ Βλ. Ευαγγέλου, 2010, 230, Πρωτοπαπαδάκη, 2003, 33-34.

β) Η αύξηση των ανιάτων νοσημάτων, όπως του καρκίνου, των καρδιαγγειακών παθήσεων, και άλλων χρόνιων νοσημάτων, ιδίως παθήσεων του κεντρικού νευρικού συστήματος (που ο άρρωστος μεταβάλλεται σε «φυτό»), το σύνδρομο επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας (AIDS), ασθένειες που δεν σκοτώνουν πάντοτε άμεσα, αλλά αργά και πολύ οδυνηρά καθιστώντας τον «βίο αβίωτο»⁸².

γ) Η σύγχρονη νοοτροπία του ωφέλιμου και αποδοτικού ανθρώπου. Η κοινωνία μας ενδιαφέρεται κυρίως για τον παραγωγικό άνθρωπο, και η αξία αυτού του ανθρώπου συνεχώς ελαττώνεται μέχρι την περιθωριοποίησή του όταν γεράσει και αρρωστήσει.

δ) Η οικονομική επιβάρυνση των Ασφαλιστικών ταμείων και των Κρατικών οργανισμών υγείας, από τους χρόνιους ασθενείς.

ε) Η αρνητική ψυχολογική στάση μας απέναντι στο γεγονός της νόσου και του θανάτου, και γενικά η αδυναμία αντιμετώπισης με ψυχραιμία της ανθρώπινης μοίρας. Με την ευθανασία το χρόνιο νόσημα που φθείρει διαρκώς τον ψυχισμό τόσο του ασθενούς όσο και των συγγενών τελειώνει, και ο θάνατος μπαίνει στο περιθώριο της ζωής⁸³.

στ) Η αποδοχή και νομιμοποίηση των αμβλώσεων στις περισσότερες χώρες του δυτικού κόσμου. Οι υπέρμαχοι της ευθανασίας βρήκαν μια πολύτιμη ιδεολογική βάση για να στηρίξουν τα δικά τους επιχειρήματα, αφού έγινε αποδεκτό πως μια ανθρώπινη ζωή μπορεί να είναι ανεπιθύμητη, και πως σε αυτή την περίπτωση μπορεί να αφαιρεθεί⁸⁴.

Με σύνθημα και σημαία το: «Δικαίωμα στον θάνατο με αξιοπρέπεια», δημιουργήθηκαν σύλλογοι ευθανασίας στις περισσότερες χώρες με χιλιάδες μέλη, *Hemlock Society* στις Η.Π.Α., *Right to Die Society* στον Καναδά, *Voluntary Euthanasia Society* στην Αγγλία, *New South Wales Humanists Society* στην Αυστραλία, *Japanese Society for Dying with Dignity* στην Ιαπωνία, *German Society for Human Dying* στη Γερμανία, *The Netherlands Association for Voluntary Euthanasia* στην Ολλανδία⁸⁵.

Από το 1990 οι δραστηριότητες του συνταξιούχου Αμερικανού γιατρού Jack Kevoorkian απασχόλησαν τη διεθνή επικαιρότητα. Με μια απλή, δικής του επινόησης,

⁸² Ευαγγέλου, 2010, 230, Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 34.

⁸³ Καπρίνης, 2007, 118, Ευαγγέλου, 2010, 231.

⁸⁴ Βλ. Smith, 1997, 210, Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 36-37.

⁸⁵ Παναγόπουλος, 2003, 39, Βούλγαρης, 2005, 57 (σχόλιο του μεταφραστή Μ. Γαλανάκη).

συσκευή έχει βοηθήσει αρκετά άτομα να τερματίσουν τη ζωή τους, κερδίζοντας τον τίτλο του “Dr Death” (=Γιατρός Θάνατος). Τον Ιούλιο του 1991 βλέπει το φως της δημοσιότητας το βιβλίο του ιδρυτή της Hemlock Society, Derek Humphry με τίτλο “Final Exit” (=τελική έξοδος). Το βιβλίο είναι ένα άριστο και πολύ κατατοπιστικό εγχειρίδιο ευθανασίας⁸⁶. Η αφύπνιση του ενδιαφέροντος για τέτοια ζητήματα γίνεται φανερή μέσα από τις απαραίτητες πια νομοθετικές ρυθμίσεις, που είτε επιτρέπουν υπό όρους μορφές ευθανασίας (πολιτεία Όρεγκον, Ολλανδία, Βέλγιο) είτε όχι, από τη συχνότερη εμφάνιση άρθρων στον Τύπο και δημόσιες συζητήσεις ειδικών, ακόμη και από τις πρόσφατες σχετικές ταινίες «Η θάλασσα μέσα μου», «Η επέλαση των Βαρβάρων».

Η ραγδαία δυναμική της ευθανασίας δεν είναι φυσικά ομοιόμορφη και ισοδύναμη σε όλες τις χώρες του κόσμου ούτε σε όλες τις ομάδες μιας κοινωνίας. Κοινωνίες πολυσυλλεκτικές (όπως η Αμερικανική) ή ελαστικές (όπως η Ολλανδική, η Βελγική ή η Ελβετική) έχουν την πρωτοκαθεδρία στη θετική αντιμετώπιση της ευθανασίας. Το ίδιο συμβαίνει, από την άλλη, με τις κοινωνικές ομάδες, όπως το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, που έρχονται περισσότερο σε επαφή με τον επιθανάτιο ανθρώπινο πόνο⁸⁷. Σύγχρονες έρευνες δείχνουν πως το ποσοστό αυτών που διατίθενται θετικά απέναντι στην ευθανασία αυξάνεται⁸⁸, παρότι η νομική αντιμετώπιση του θέματος παρουσιάζει μια στασιμότητα, και μάλιστα φαίνεται να προέρχεται από τις επαγγελματικές⁸⁹ εκείνες ομάδες-όπως οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό-, οι οποίες πλήττονται και απειλούνται περισσότερο από τη νομοθετική αυτή αδράνεια.

⁸⁶ Τα 41.000 αντίτυπα της πρώτης έκδοσης εξαντλήθηκαν αμέσως και το βιβλίο χαρακτηρίστηκε από τους *New York Times* ως *Best-Seller* στην κατηγορία των βιβλίων “Do it-Yourself” (=Κάντο μόνος σου). Παναγόπουλος, 2003, 40.

⁸⁷ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 37-38. «Περίπου το 26% των γιατρών έχουν γίνει τουλάχιστον μια φορά αποδέκτες αιτήσεων για ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία ή ευθανασία στο παρελθόν». Back & Wallace, 1996, 920.

⁸⁸ «Στην έρευνα του Harvard και της Boston Globe...54% ενός δείγματος 1311 ενηλίκων άνω των 18 ετών είπαν πως, αν έπασχαν από κάποια ανίατη και επώδυνη ασθένεια θα ζητούσαν από τον γιατρό τους να τους χορηγήσει θανατηφόρο σκεύασμα ή να τους κάνει αντίστοιχη ένεση». Battin, 1992, 44. Σε πιο πρόσφατες έρευνες που έγιναν στην Αυστραλία, στον Καναδά, Ολλανδία, Βρετανία εμφανίζεται μια ευδιάκριτη αύξηση ενός ποσοστού των ανθρώπων (70% περίπου), οι οποίοι θεωρούν ορθό να μην τιμωρούνται πράξεις ευθανασίας και να υπάρχει ένα πλαίσιο νομιμοποίησής τους. Βλ. Pakes, 2005, 119 κ.ε.

⁸⁹ «Από το σύνολο των γιατρών της Νέας Νότιας Ουαλίας που είχαν γίνει αποδέκτες απαίτησης για εθελοντική ενεργητική ευθανασία και ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, περισσότεροι από το 1/4 παραδέχτηκαν πως είχαν κάνει ενέργειες για να συντομεύσουν τον θάνατο ασθενών». Baume, 1995, 49-55, Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 38-39.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

ΚΑΙ ΟΙ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΤΗΣ

3.1. Ορισμός της Ευθανασίας

Ας εξετάσουμε όμως την έννοια της ευθανασίας, η οποία στη σύγχρονη Βιοηθική αλλά και στην καθημερινή ιατρική πρακτική αποτελεί τη λυδία λίθο της επιστήμης και της κοινωνίας γενικότερα.

Για να γίνει κατανοητή η έννοια και το περιεχόμενο της ευθανασίας αρχικά πρέπει να τονίσουμε ότι αφορά άτομα που υποφέρουν από ανίατες και χρόνιες ασθένειες και επιθυμούν τον θάνατο ως λύτρωση, αλλά τα άτομα αυτά δεν είναι σωματικά ικανά να δώσουν τα ίδια τέλος στη ζωή τους. Κατά μία έννοια λοιπόν συνδέεται στενά με την αυτοκτονία, καθώς εμπεριέχει το στοιχείο της επιθυμίας του τερματισμού της ζωής, αλλά διαφοροποιείται από αυτήν, καθώς στην περίπτωση της ευθανασίας το άτομο δεν μπορεί μόνο του, κυρίως για λόγους σωματικής αδυναμίας, να προκαλέσει τον θάνατό του. Βασικό λοιπόν χαρακτηριστικό της ευθανασίας είναι η έντονη ή επίμονη «επιθυμία» του ίδιου του ασθενούς να του αφαιρεθεί η ζωή. Εάν δεν υπάρχει αυτή η επιθυμία ή συναίνεση, τότε η κατάσταση περιπλέκεται και δύσκολα μπορούμε να μιλήσουμε για ευθανασία. Για τον λόγο αυτόν, από τον ορισμό της ευθανασίας εξαιρείται η θανάτωση νεογνών με σοβαρά προβλήματα υγείας (ευγονική ευθανασία)⁹⁰.

Η ύπαρξη, όμως, επιθυμίας ή συναίνεσης από τη μεριά του πάσχοντος προϋποθέτει την πνευματική διαύγεια και την ικανοποιητική επαφή του με το περιβάλλον. Σε σπάνιες περιπτώσεις-όταν το άτομο δεν είναι σε θέση να εκφράσει τη βούλησή του, επειδή για παράδειγμα μετά από ατύχημα έχει περιέλθει σε μόνιμη μη αναστρέψιμη κωματώδη κατάσταση-, μπορούμε να δεχτούμε εικαζόμενη συναίνεση, η οποία όμως είναι τις περισσότερες φορές προβληματική και ορίζει ένα είδος ευθανασίας η οποία δεν αναγνωρίζεται από όλους ως ευθανασία⁹¹.

⁹⁰ Κατά την Ολλανδική Κυβερνητική Επιτροπή για την ευθανασία, ως ευθανασία ορίζεται «ο σκόπιμος τερματισμός της ζωής από ένα άλλο πρόσωπο, με την απαίτηση του ενδιαφερόμενου». Final Report of the Netherlands State Commission on Euthanasia, 1987, 165.

⁹¹ Στις μέρες μας ο όρος «ευθανασία» έχει προσλάβει ένα εξαιρετικά ευρύ περιεχόμενο και πέρα από την «καταδότηση» ενός ανώδυνου θανάτου σε εκείνους που πεθαίνουν με επώδυνο τρόπο, λόγω βαριάς ασθένειας, ατυχήματος ή ακόμη και γήρατος, περιλαμβάνει και τη θανάτωση νεογνών με σοβαρά προβλήματα υγείας, ατόμων σε αμετάκλητη κωματώδη κατάσταση, ή συνδεδεμένων με

Άλλος ουσιώδης όρος για να χαρακτηριστεί μια πράξη ως ευθανασία και να διαφοροποιηθεί από την αυτοκτονία, είναι η ύπαρξη δευτέρου προσώπου⁹² το οποίο άμεσα ή έμμεσα, ενεργώντας δηλαδή ή παραλείποντας να ενεργήσει, ικανοποιεί την επιθυμία του πάσχοντος να τερματίσει τη ζωή του. Το πρόσωπο αυτό πρέπει να έχει ως στόχο του τον θάνατο του ασθενούς. Με άλλα λόγια ο θάνατος προκύπτει σκόπιμα και εκ προθέσεως και του πάσχοντος αλλά και του βοηθού-συνεργού και όχι ως παρενέργεια κάποιας άλλης επιλογής⁹³. Είναι αυτονόητο ότι το κίνητρο του ατόμου που διενεργεί την πράξη της ευθανασίας πρέπει να είναι η αγάπη, ο οίκτος⁹⁴ και τα ανθρωπιστικά αισθήματα⁹⁵ προς έναν «ανιάτως πάσχοντα και επωδύνως θνήσκοντα» ασθενή, του οποίου το τέλος είναι βέβαιο, άμεσο και οδυνηρό, καθώς και η επιθυμία του συνεργού να τον ανακουφίσει από τον πόνο. Εξυπακούεται ότι οικονομικά ή άλλα κίνητρα δεν έχουν θέση στο θέμα της ευθανασίας. Ο τρόπος με τον οποίο τερματίζεται η ζωή οφείλει να είναι όσο γίνεται πιο ανώδυνος και να διασφαλίζει την αξιοπρέπεια του ασθενούς. Συνήθως γίνεται με θανάσιμη ένεση, με διακοπή θεραπείας, με απόσυρση υποστηρικτικών μηχανημάτων (αναπνευστήρες, μηχανές καρδιακής υποστήριξης, κ.α.), ή τέλος με τη χρήση ειδικών συσκευών, τις οποίες ελέγχει ο ίδιος ο ασθενής καθορίζοντας τη στιγμή και την πορεία του θανάτου του⁹⁶.

Συνοψίζοντας, μπορούμε να δεχτούμε πως «ευθανασία είναι ο σκόπιμος τερματισμός της ζωής ενός πνευματικά διαυγούς και επωδύνως θνήσκοντος ανθρώπου ύστερα από δική του απαίτηση, με πρόθεση να επισπευσθεί ο βέβαιος και μαρτυρικός του θάνατος και να ανακουφισθεί από τον δυσβάσταχτο πόνο»⁹⁷.

μηχανήματα τεχνητής διατήρησης της ζωής, ακόμη κι όταν δεν αισθάνονται κανένα πόνο, ούτε η επέλευση θανάτου είναι επικείμενη. Συμεωνίδου-Καστανίδου, 2007, 137 και Stuart et al, 1998, 22-23.

⁹² «Ευθανασία είναι ο σκόπιμος τερματισμός της ζωής από πρόσωπο άλλο από τον ενδιαφερόμενο, ο οποίος (τερματισμός) συμβαίνει βάσει της αίτησης του δευτέρου». Schepers & Duursma, 1994, 3-8.

⁹³ «Εάν δοθεί υπερβολική δόση παυσίπονου σκευάσματος με σκοπό την πρόκληση του θανάτου, τότε ο θάνατος χαρακτηρίζεται ευθανασία. Εάν δοθεί η επαρκής ποσότητα για την αντιμετώπιση του πόνου και εκείνος πεθάνει, ο θάνατος που επέρχεται δεν είναι ευθανασία. Η ευθανασία εμπερικλείει πάντα τον σκοπό της πρόκλησης του θανάτου κάποιου». Stuart et al, 1998, 24-25.

⁹⁴ «Στην πράξη, η επονομαζόμενη θανάτωση από οίκτο (mercy killing) μπορεί να αντιμετωπίζεται με σχετική συμπάθεια, και συχνά μετατρέπεται η κατηγορία από φόνο σε ανθρωποκτονία εξ αμελείας, όμως ο νόμος εξακολουθεί να αντιστέκεται στην ευθανασία». McCall, 1992, 154.

⁹⁵ «Σε αποφάσεις σχετικές με την ευθανασία πρέπει να αποτελεί αντικείμενο του ενδιαφέροντός μας πώς θα σεβαστούμε με τον καλύτερο τρόπο την αυτονομία του ασθενούς, τα βέλτιστα συμφέροντά του καθώς και την ουσιαστική αξία ή ιερότητα της ζωής του». Dworkin, 1993, 26.

⁹⁶ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 40-44, Χαραλάμπους, 2006, 47.

⁹⁷ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 44.

3.2. Οι μορφές της Ευθανασίας

Η ευθανασία δεν είναι μια ενιαία κι αδιαφοροποίητη πρακτική. Ο χαρακτήρας του ανθρώπου σε συνδυασμό με τις διαφορετικές συνθήκες κάτω από τις οποίες ο καθένας φτάνει στο τέλος του, δημιουργούν τις διαφοροποιήσεις κατά την πράξη της ευθανασίας. Με γνώμονα την έκφραση της συναίνεσης του πάσχοντος η ευθανασία διακρίνεται σε *εκούσια, ακούσια και μη εκούσια* ή *ευθανασία με εικαζόμενη συναίνεση*. Η έκφραση της συναίνεσης του ασθενούς θεωρείται δεδομένη για να έχουμε ευθανασία, έστω και ως μη εκπεφρασμένη, διότι, αν ο ασθενής αντιτίθεται, δεν μιλάμε πλέον για ευθανασία, αλλά για δολοφονία. Με κριτήριο τον τρόπο διενέργειάς της η ευθανασία διακρίνεται σε *ενεργητική και παθητική*, ενώ τα τελευταία χρόνια έχει προκύψει και η *ιατρικά υποβοηθούμενη ευθανασία ή αυτοκτονία*⁹⁸.

Η ευθανασία, λοιπόν, διακρίνεται σε δύο επίπεδα, σε αυτό της έκφρασης της συναίνεσης και σε αυτό του τρόπου διενέργειάς της. Τα δύο αυτά επίπεδα βεβαίως επικοινωνούν και συμπλέκονται, αφού αφορούν στην ίδια πράξη. Με τον τρόπο αυτόν δημιουργούνται ενδιάμεσοι συνδυασμοί και μπορούμε να έχουμε ενεργητική εκούσια ευθανασία, παθητική ακούσια ευθανασία κ.ο.κ.

3.2.1. Ενεργητική Ευθανασία

Η *ενεργητική ευθανασία* διακρίνεται από την παθητική κυρίως με κριτήριο την ύπαρξη ή την απουσία δράσης. Στην περίπτωση της ενεργητικής ευθανασίας (active euthanasia) η έμφαση δίνεται στην ενέργεια παρά στην παράλειψη, η οποία συνιστά θανάτωση παρά ανοχή του γεγονότος του θανάτου⁹⁹. Η ενεργητική ευθανασία συνιστά εσκεμμένη πράξη θανάτωσης από τρίτο πρόσωπο, συνήθως από γιατρό, ενός ανιάτως κι επωδύνως θνήσκοντος ασθενούς, με θετική πράξη. Η ενέργεια αυτή του γιατρού συνίσταται συνήθως στη χορήγηση με ένεση ενός θανατηφόρου σκευάσματος¹⁰⁰, έτσι ώστε ο θάνατος να επέλθει ανώδυνα και σύντομα¹⁰¹. Η μορφή

⁹⁸ Κάποιοι στοχαστές αντιτίθενται στην κατηγοριοποίηση αυτή και σε κάποια επίθετα που χρησιμοποιούνται για να προσδιορίσουν διαφορές, για παράδειγμα οι όροι *ενεργητική-παθητική* και *άμεση-έμμεση*, θεωρώντας ότι προκαλούν σύγχυση και εγκαταλείπονται ως παρωχημένοι ή παράλογοι. Kimsm & Leeuwen, 1993, 19-35, Kuhse, 1986, 145-148, Πρωτοπαπαδάκης, 2003. 46-47. Σύμφωνα με ορισμένους μελετητές, κατά κυριολεξία θα μπορούσε κανείς να μιλήσει για ευθανασία μόνο στην περίπτωση της ενεργητικής ευθανασίας. Βλ. Πέτρου, 2007, 62-63 και αναλυτικά Brock, 2002, 335-350

⁹⁹ Beauchamp, 1996, 3.

¹⁰⁰ «...γίνεται εμβολιασμός με θανατηφόρο δόση ενός σκευάσματος, συνήθως ενός βαρβιτουρικού ταχείας δράσης, το οποίο ακολουθείται από ένα παραλυτικό σκεύασμα...» Materstvedt, 2003, 98.

¹⁰¹ Stuart et al, 1998, 24. «Όταν η ενέργεια του τρίτου προσώπου συνίσταται στη σκόπιμη επιτάχυνση του θανάτου, σε περιπτώσεις αναπότρεπτης επέλευσής του, γίνεται λόγος για *επιταχυθανασία*». Αβραμίδης, 1995, 29.

αυτή ευθανασίας αποτελεί μια ενεργητική πορεία προς τον θάνατο, τον προκαλεί αντί να τον αναμένει. Ο θάνατος του ασθενούς τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή δεν είναι αποτέλεσμα της ασθένειας, αλλά της θανάσιμης ενέργειας ενός άλλου προσώπου¹⁰². Αυτό το είδος ευθανασίας είναι ποινικά κολάσιμο από τα περισσότερα νομικά συστήματα και αντιμετωπίζεται ως κοινή ανθρωποκτονία¹⁰³.

Στην προβληματική της ενεργητικής ευθανασίας εντάσσεται και μια πρακτική που δεν χαρακτηρίζεται μεν ευθανασία, αποτελεί όμως ουσιαστικά σιωπηρή εφαρμογή της. Πρόκειται για την *έμμεση ευθανασία* ή *δόγμα του διπλού αποτελέσματος* (*doctrine of double effect, DDE*). Το DDE αποσκοπεί να αιτιολογήσει τον ισχυρισμό ότι μια μεμονωμένη πράξη που έχει δύο προβλεπόμενα αποτελέσματα (συνέπειες), ένα καλό (όπως η διάσωση της ζωής) και ένα επιβλαβές (όπως ο θάνατος), δεν είναι πάντα ηθικά απαγορευμένη. Η προϋπόθεση-κλειδί είναι ότι, αν το επιβλαβές αποτέλεσμα δεν είναι εσκεμμένο, τότε η πράξη μπορεί, κάτω από ορισμένες περιστάσεις, να είναι αιτιολογημένη¹⁰⁴. Για παράδειγμα, ο γιατρός μπορεί να χορηγήσει στον ασθενή μια μεγάλη δόση αναλγητικών προκειμένου να καταπολεμήσει τους αφόρητους πόνους του¹⁰⁵, μολονότι ενδέχεται να συνεπιφέρει μια σύντμηση της ζωής ως μη επιδιωκόμενη παρενέργεια. Αν δεν υπάρχει πρόθεση¹⁰⁶ για θανατηφόρο αποτέλεσμα, τότε η πράξη δικαιώνεται ηθικά και δεν διώκεται ποινικά¹⁰⁷.

¹⁰² Stuart et al, 1998, 23. Οι θεραπευτικές ακρότητες οδήγησαν στην αναβίωση του κινήματος της ενεργητικής ευθανασίας «θάνατος με αξιοπρέπεια» (*Death with Dignity*) σαν ένα είδος επανάστασης απέναντι στην ιατρική αυθεντία που χαρακτηρίστηκε και σαν «τυραννία». Κάτσα, 2009, 358.

¹⁰³ Biggs, 2001, 15.

¹⁰⁴ Beauchamp, 2007, 29-31. Pellegrino, 2007, 235-237. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το «δόγμα του διπλού αποτελέσματος» βλ. Boyle, 1991, 475-494.

¹⁰⁵ Η ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων αποτελεί υποχρέωση του γιατρού απέναντι στον ασθενή του σύμφωνα και με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ, 2005: άρθρο 29 παρ. 1 εδ. α) και είναι μια γενικά αναγνωρισμένη αρχή. Βλ. Eser, 1985, 19, Συμεωνίδου-Καστανίδου, 2007, 138.

¹⁰⁶ Το *δόγμα του διπλού αποτελέσματος* έχει επικριθεί κυρίως διότι είναι δύσκολο, αν όχι αδύνατο να αποδειχτεί μια ηθικά σημαντική διαφορά μεταξύ πολλών περιπτώσεων, όπως της χορήγησης σε έναν ασθενή μιας μεγάλης ποσότητας αναλγητικού φαρμάκου και της χορήγησης θανατηφόρου δόσης. Επίσης δεν είναι σαφές γιατί στη χορήγηση ενός φαρμάκου υπάρχει απλώς πρόβλεψη και όχι πρόθεση θανάτου, δηλαδή, διαφέρει η υποκειμενική κάλυψη της πράξης. Βλ. Buchanan, 2007, 50 κ.ε., Συμεωνίδου-Καστανίδου, 2001, 198, Γεωργιάδης, 2003, 118.

¹⁰⁷ Beauchamp, 2007, 29-31. Στην αποποινικοποίηση της πράξης συνέβαλε και το γεγονός, ότι το 1957, ο Πάπας Πίος ο XII στο Διεθνές Συμπόσιο Ανασθησιολογίας στη Ρώμη επισήμανε ότι η χορήγηση παυσίπονων που έχουν ως αναπόφευκτη παρενέργεια την επίσπευση του θανάτου, είναι επιτρεπτή σε ασθενείς που πρόκειται να πεθάνουν, όταν δεν υπάρχει άλλο μέσο και η σύντμηση της ζωής δεν επιδιώκεται ευθέως. Γεωργιάδης, 2003, 118.

3.2.2. Παθητική Ευθανασία

Η *παθητική ευθανασία* (*passive euthanasia*), έρχεται στο προσκήνιο τη δεκαετία του 1970¹⁰⁸, όταν οι αλματώδεις τεχνολογικές εξελίξεις κατέστησαν δυνατή την παράταση της ζωής του ασθενούς με μηχανική υποστήριξη¹⁰⁹, ακόμη και όταν βασικές ζωτικές του λειτουργίες (νευρικό σύστημα, αναπνευστική λειτουργία κ.α.) έχουν αδρανοποιηθεί και ο ασθενής έχει περιέλθει πλέον στην κατάσταση του «φυτού». Ακόμη και όταν η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως μη αναστρέψιμη, η σύγχρονη τεχνολογία παρέχει τα μέσα, ώστε ο ασθενής να μπορεί να διατηρηθεί στη ζωή για αρκετά χρόνια. Κάπου σε αυτό το σημείο προκύπτει το ηθικό ζήτημα αν και τότε μπορούμε να διενεργήσουμε ευθανασία και συγκεκριμένα παθητική ευθανασία.

Με τον όρο «παθητική ευθανασία» στη σύγχρονη ιατρική, νομική και φιλοσοφική ορολογία, περιγράφεται κάθε θεληματική πράξη που αποσκοπεί στη μη χρήση ή στη διακοπή των θεραπευτικών ή υποστηρικτικών μέσων τα οποία θα παρέτειναν τη ζωή ενός ασθενούς¹¹⁰. Το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα είναι ο θάνατος ο οποίος δεν επιβραδύνεται με τη χρήση ιατρικών μέσων, ούτε όμως και επισπεύδεται, όπως συμβαίνει με την ενεργητική ευθανασία. Επομένως, κριτήριο για τη διάκριση μεταξύ των δύο μορφών, είναι το εξωτερικό ή αναγκαστικό αίτιο πρόκλησης του θανάτου, κάθε φορά¹¹¹.

Στη σύγχρονη ιατρική, η παθητική ευθανασία έχει επιβληθεί ως ηθικά εφαρμόσιμη σε περιπτώσεις όπου η συνέχιση της θεραπείας ή της υποστήριξης ενός ασθενούς σε τελικό στάδιο χαρακτηρίζεται ως μη αποτελεσματική παρατείνοντας το

¹⁰⁸ Πριν από το 1970, η ευθανασία αφορούσε μόνο τον ενεργητικό τερματισμό της ζωής ενός ασθενούς σε τελικό στάδιο από ένα δεύτερο πρόσωπο. Beauchamp, 1996, 3.

¹⁰⁹ «Ο όρος παλιότερα αναφερόταν μόνο στην πράξη η οποία επέφερε ανώδυνα τον θάνατο ανίατων ασθενών. Ωστόσο, οι πρόοδοι της ιατρικής που έχουν καταστήσει εφικτή την παράταση της ζωής ασθενών οι οποίοι δεν έχουν καμιά ελπίδα ανάνηψης, επιβάλλουν την ανάγκη χρήσης όρων όπως η παθητική ευθανασία, δηλαδή η απόσυρση εκτάκτων μέσων που χρησιμοποιούνται για την προστασία της». Harris & Levey, 1975, 904.

¹¹⁰ Πελεγρίνης, 2009, 51. « Στην περίπτωση της σκόπιμης θανάσιμης διακοπής ο γιατρός διακόπτει θεραπεία η οποία ήδη έχει ξεκινήσει (όπως η χρήση αναπνευστήρα) ή αποφασίζει να μην ξεκινήσει θεραπεία (όπως η καρδιακή ανάνηψη) και επιτρέπει την έλευση ενός αναπόφευκτου θανάτου». Ο θάνατος είναι σκόπιμος αλλά το άτομο που διενεργεί την παθητική ευθανασία δεν είναι η αιτία του με ιατρικούς όρους. Άλλος ένας όρος για την πρακτική αυτή είναι «η σκόπιμη θανάσιμη ανάσχεση». Βλ. Stuart et al., 1998, 24-25. Πρβλ. Τάσκο, 2007, 103-111. Εδώ πρέπει να τονίσουμε ότι κάποιες ιατρικές πρακτικές που ονομάζονται συχνά παθητική ευθανασία, δεν αποτελούν μορφή ευθανασίας από τη στιγμή που δεν είναι εμφανής η πρόθεση τερματισμού μιας ζωής. Στις πράξεις αυτές συμπεριλαμβάνονται η μη έναρξη θεραπείας που δεν θα παρέχει κανένα όφελος για τον ασθενή ή ο τερματισμός μιας θεραπείας που φαίνεται να είναι αναποτελεσματική, οδυνηρή ή μη επιθυμητή. Βλ. Χαραλάμπους, 2006, 48.

¹¹¹ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 51. «Το κείμενο ερώτημα είναι αν ο θάνατος προκαλείται άμεσα από ανθρώπινη παρέμβαση (ενεργητική ευθανασία) ή από φυσικές αιτίες που αφήνονται να εξελιχθούν ανεμπόδιστα (παθητική ευθανασία)». Baird & Baum, 1989, 12, Πελεγρίνης, 1985, 147.

μαρτύριό του. Έτσι η παθητική ευθανασία έχει καθιερωθεί στη συνείδηση του ιατρικού κόσμου ως υποταγή στη δύναμη της φύσης και όχι ως φόνος¹¹², επισύροντας ταυτόχρονα μικρές έως ανύπαρκτες νομικές συνέπειες. Αυτό συμβαίνει διότι η ιατρική κρίση είναι πολύ δύσκολο να αμφισβητηθεί ή να στοιχειοθετηθεί αδίκημα εναντίον της και από την άλλη, η άρνηση της θεραπείας αποτελεί δικαίωμα¹¹³ του ασθενούς.

Εντούτοις, παρόλο που η ενεργητική και η παθητική ευθανασία διαφέρουν σε βαθμό ουσίας αλλά και πρακτικής, πολλοί πιστεύουν ότι στην πραγματικότητα πρόκειται για τις δύο όψεις του ίδιου νομίσματος¹¹⁴ που πρέπει να αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο, αφού και στις δύο περιπτώσεις τόσο τα κίνητρα όσο και ο επιδιωκόμενος στόχος συμπίπτουν απόλυτα. Η θανάτωση με παράλειψη όσο και η θανάτωση με πράξη μπορούν να είναι σκόπιμες και μια αναλυτικότερη εξέταση συχνά αποδεικνύει πως το να αφήνεις κάποιον να πεθάνει στην πραγματικότητα είναι το ίδιο με το να τον βοηθάς να πεθάνει¹¹⁵. Επιπλέον πολλοί υποστηρίζουν ότι η διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας πρέπει να καταργηθεί, αφού το μόνο που επιτυγχάνει είναι η ποινικοποίηση της πρώτης και η αδρανοποίηση του γιατρού, όταν δεν μπορεί να διενεργήσει παθητική ευθανασία φοβούμενος τις συνέπειες¹¹⁶.

Πολλές φορές η ίδια πράξη μπορεί να επιτευχθεί είτε ενεργητικά είτε παθητικά. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που το συμφέρον του ασθενούς και οι επιταγές του ανθρωπισμού επιβάλλουν την ενέργεια¹¹⁷. Η διακοπή της θεραπείας θα

¹¹² Beauchamp & Childress, 1994, 220.

¹¹³ Battin, 1983, 13-16. Το δικαίωμα άρνησης μιας θεραπευτικής αγωγής, που αναγνωρίστηκε στην Ελλάδα ήδη από το 1992 (άρθρο 47 ν. 2071/1992), κατοχυρώθηκε στη συνέχεια στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (ν. 2619/1998, άρθρο 6 α), και προβλέπεται πλέον και στον πρόσφατο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας του 2005, όπου ορίζεται μάλιστα ρητά ότι ο γιατρός υποχρεούται να απέχει από οποιαδήποτε ιατρική πράξη χωρίς προηγούμενη συναίνεση του αρρώστου (άρθρο 12 παρ.1 Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας). Ακόμη και στις περιπτώσεις κατά τις οποίες συντρέχει άμεση και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής βοήθειας, ο γιατρός μπορεί να επέμβει χωρίς συναίνεση, μόνο όταν η συναίνεση δεν μπορεί να ληφθεί (άρθρο 12 παρ. 3 Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας). Αντίστοιχη είναι η θέση που έγινε αποδεκτή κατά πλειοψηφία από την *Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής* στην Εισήγησή της του 2006, σχετικά με την τεχνητή παράταση της ζωής. Συμεωνίδου-Καστανίδου, 2007, 149-150.

¹¹⁴ Davis, 2007, 182, 188, Rachels, 1975, 78-80.

¹¹⁵ Ο Gruzalski επικαλείται την έννοια της *αιτιώδους σχέσης* για να αποδείξει ότι τόσο η ενέργεια όσο και η παράλειψη μπορεί να αποτελέσουν αιτίες θανάτου. Συνεπώς το να αφήσει κανείς έναν συνάνθρωπό του να πεθάνει είναι ένας τρόπος για να τον σκοτώσει. Βλ. Gruzalski, 1981, 94-95. Πρβλ. Πελεγρίνη, 1985, 148-157, Πρωτοπαπαδάκη, 2008, 23-26.

¹¹⁶ Davis, 2007, 182, 188, Rachels, 1975, 78-80.

¹¹⁷ «Μπορούμε να πούμε ότι η ενεργητική ευθανασία είναι πολύ πιο ανθρώπινη και ηθικά σωστή από την παθητική, η οποία αποτελεί στην ουσία έναν αργό και παρατεταμένο θάνατο». Βλ. Singer, 1993, 211.

προκαλέσει μεν τον θάνατο του ασθενούς, αλλά με τρόπο αργό και επώδυνο. Αν όμως του γίνει μια θανατηφόρα ένεση, το τέλος θα είναι άμεσο και ανώδυνο. Αν συνυπολογίσουμε τα παραπάνω, δεν μπορούμε παρά να προσδώσουμε θετική ηθική τιμή στην επιλογή του γιατρού εκείνου που, παρότι γνωρίζει τις ενδεχόμενες δυσμενείς για τον ίδιο επιπτώσεις, επιλέγει να διενεργήσει ενεργητική ευθανασία στον ασθενή του σκεπτόμενος αποκλειστικά και μόνο το συμφέρον του πάσχοντος και αδιαφορώντας για το ιδιωτικό του. Παράλληλα, θα πρέπει να απαξιώσουμε τη στάση του γιατρού εκείνου ο οποίος- φοβούμενος τις συνέπειες της πράξης του- διενεργεί στον ασθενή του παθητική ευθανασία, παρότι γνωρίζει πως αυτή θα τον οδηγήσει σε τέλος επώδυνο και απάνθρωπο¹¹⁸.

3.2.3. Εκούσια, μη εκούσια και ακούσια Ευθανασία

Σε ένα δεύτερο επίπεδο, με βάση την έκφραση της συναίνεσης του πάσχοντος, η ευθανασία διακρίνεται σε *εκούσια*, *μη εκούσια* και *ακούσια*. Θα πρέπει από την αρχή να διευκρινιστεί ότι το σύνολο των ιατρικών, νομικών αλλά και ηθικών ερευνητών του θέματος καταδικάζει τον όρο «ακούσια ευθανασία», τον τερματισμό, δηλαδή, της ζωής ενός ανθρώπου παρά τη θέλησή του¹¹⁹. Μια τέτοια πράξη μοιάζει με δολοφονία και παραπέμπει σε πρακτικές της Ναζιστικής Γερμανίας. Για τον λόγο αυτόν η αναφορά θα περιοριστεί στη διάκριση μεταξύ εκούσιας και μη εκούσιας ευθανασίας, περιθωριοποιώντας εξ' αρχής την ακούσια ευθανασία.

Η *εκούσια ευθανασία* (*voluntary euthanasia*) αναφέρεται στον τερματισμό της ζωής του ασθενούς από τρίτο πρόσωπο, είτε με εσκεμμένη πράξη θανάτωσης αυτού, είτε με παράλειψη λήψης μέτρων συντήρησης της ζωής του σύμφωνα με τη δεδηλωμένη βούλησή του ασθενούς¹²⁰. Είναι βεβαίως πολύ σημαντικό ο πάσχων να είναι πνευματικά διαυγής¹²¹ και η συνειδητή απαίτησή του να πεθάνει να ενέχει το στοιχείο της σταθερότητας, ενώ σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να αποτελεί προϊόν

¹¹⁸ Η κατάσταση αυτή παράγεται και συντηρείται, ισχυρίζονται οι υπέρμαχοι της κατάργησης της διάκρισης, από μια άνευ ουσίας κατηγοριοποίηση της ευθανασίας σε παθητική και ενεργητική. Έτσι επιλέγεται πολλές φορές η χειρότερη δυνατή λύση, ενώ πολλοί γενναίοι γιατροί και συγγενείς, οι οποίοι επιτέλεσαν στο ακέραιο το ηθικό τους χρέος ή εκπλήρωσαν την επιθυμία του πάσχοντος οδηγούνται στα δικαστήρια με κατηγορίες που αρμόζουν σε εγκληματίες. Rachels, 1975, 78-80, Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 54-55, Πρωτοπαπαδάκης, 2008, 23-26.

¹¹⁹ «*Ακούσια ευθανασία* συμβαίνει όταν ο ασθενής ξεκάθαρα δεν επιθυμεί να θανατωθεί, και η επιθυμία του δεν εισακούεται». Stuart et al, 1998, 25.

¹²⁰ «*Η εκούσια ευθανασία* συμβαίνει όταν ένας ασθενής ζητά κάποιος άλλος να δώσει τέλος στη ζωή του και η επιθυμία του αυτή ικανοποιείται». Stuart et al, 1998, 25, AGS Ethics Committee, 1995, 579-580.

¹²¹ «*Η ευθανασία* μπορεί να είναι δικαιώσιμη μόνο όταν το θύμα είναι ενήλικος με πλήρη διαύγεια». Kottow, 1988, 65.

επίγνωσης της κατάστασης της υγείας του και αποτέλεσμα της καθαρής του βούλησης. Πρέπει, λοιπόν, ο ασθενής να είναι πλήρως και λεπτομερειακά ενημερωμένος από το ιατρικό προσωπικό για την κατάστασή του, να γνωρίζει τις πιθανότητες και το προσδόκιμο ζωής του καθώς και την ποιότητα του εναπομείναντος αυτού χρόνου. Εάν, έχοντας γνώση όλων των παραπάνω, ζητήσει να πεθάνει, τότε η ευθανασία αυτή χαρακτηρίζεται εκούσια¹²².

Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις ασθενών οι οποίοι βρίσκονται σε κώμα και είναι πρακτικά αδύνατο να εκφράσουν τη θέλησή τους¹²³. Τότε, η βούλησή τους *τεκμαιρείται* από προγενέστερες εκπεφρασμένες απόψεις τους, από τη γενικότερη στάση τους απέναντι στη ζωή, ή από την άποψη των συγγενών τους για την ενδεχόμενη επιθυμία του ασθενούς με βάση τον χαρακτήρα του¹²⁴. Στις περιπτώσεις αυτές η ευθανασία δεν είναι εκούσια αφού απουσιάζει η έκφραση της συναίνεσης του ασθενούς, δεν είναι, όμως, ούτε ακούσια (involuntary), διότι δεν πραγματοποιείται ενάντια στη θέλησή του αλλά *μη εκούσια*, (*non voluntary*) σύμφωνα δηλαδή με την *εικαζόμενη*¹²⁵ ή, κάποιες φορές, βέβαιη επιθυμία του.

Σε άλλες χώρες (ΗΠΑ, Γερμανία, Ολλανδία κ.α.), οι λεγόμενες «προγενέστερες οδηγίες» (advance directives) ή «διαθήκες εν ζωή» (living wills), δηλαδή η γραπτή διατύπωση της ρητής βούλησης κάποιου για το πώς θέλει να τον μεταχειριστούν στην περίπτωση που χάσει αυτή την ικανότητα (πρόκειται ιδίως για ρητές επιθυμίες αποφυγής μιας επίπονης επέμβασης ή της καρδιακής ανάταξης, ή της διακοπής μηχανικής υποστήριξης, διατροφής κ.τ.λ.), προσφέρουν μια λύση για να αποφευχθεί η «εικαζόμενη»¹²⁶. Δεν είναι λίγες πάντως, οι επιφυλάξεις που διατυπώνονται ως προς τον βαθμό ασφάλειας των διαθηκών αυτών, καθώς συχνά γίνονται κάτω από την έξαρση κατάθλιψης ή κάτω από την ιδιοτελή επήρεια τρίτων προσώπων. Άλλωστε, δεν αποκλείεται την κρίσιμη στιγμή, ο ενδιαφερόμενος, επειδή

¹²² Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 56, Παντελίδου, 2003, 232-233.

¹²³ «*Μη εκούσια ευθανασία* ονομάζεται η θανάτωση του ασθενούς από κάποιον ο οποίος δεν γνωρίζει τις επιθυμίες του ασθενούς, είτε επειδή οι επιθυμίες αυτές δεν μπορούν να εκφραστούν, είτε επειδή το άτομο αυτό προτιμά να μην τις μάθει». Stuart et al, 1998, 25.

¹²⁴ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 57.

¹²⁵ Η *εικαζόμενη συναίνεση* - ακριβέστερα, ίσως: *τεκμαιρόμενη συναίνεση* - προτείνεται από πολλούς, ως υποκατάστατο της αυτοπρόσωπης «συναίνεσης ύστερα από πληροφόρηση», δηλαδή της βασικής εγγύησης για την αυτονομία του προσώπου. Υπάρχουν περιπτώσεις όμως όπου η συναίνεση είναι πολύ πιο προβληματική, όπως όταν αφορά δωρεά οργάνων για μεταμόσχευση ή την ευθανασία (περίπτωση Schiavo) ή αρνητική ευγονική (εικάζουμε ότι ένα βρέφος δεν θα ήθελε να γεννηθεί με σοβαρά προβλήματα υγείας). Το ζήτημα που τίθεται στις περιπτώσεις αυτές είναι αν οι προτιμήσεις των οικείων μπορούν να εκφράσουν την προτίμηση του ασθενούς και σε ποιο βαθμό μια τέτοια πρακτική συνιστά παραβίαση της αυτονομίας του. Βιδάλης, 2007, 107, 111, Beauchamp & Childress, 1994, 77 κ.ε.

¹²⁶ Βλ. σχετ. άρθρ. 9 της *Σύμβασης του Οβιέδο* και Capron, 2001, 299 κ.ε.

ακριβώς ζει, να αλλάξει γνώμη και να μην μπορεί να το εκφράσει. Θα δεσμευόμαστε ακόμα από μια «διαθήκη» ευθανασίας;¹²⁷

3.2.4. Ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία

Κατά την *ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία* (*physician assisted suicide*), όπως δηλώνει και ο όρος, αυτός που επιφέρει τον θάνατο είναι ο ίδιος ο ασθενής. Ο γιατρός απλώς παρέχει τα μέσα με τα οποία το άτομο, έχοντας όχι μόνο συνείδηση αλλά και δυνατότητα, καθιστά εφικτή την αυτοκτονία του¹²⁸. Έτσι η πράξη τυπικά δεν εντάσσεται στην κατηγορία της ευθανασίας αλλά της αυτοκτονίας, αφού δράστης και θύμα είναι το ίδιο πρόσωπο. Η φράση «υποβοηθούμενος θάνατος», ειδικά ο «ιατρικά υποβοηθούμενος θάνατος» χρησιμοποιείται ευρέως στις μέρες μας, αλλά είναι αμφίσημος επειδή υπάρχουν πολλοί τρόποι βοήθειας¹²⁹ υπαγόμενοι στην ίδια γενική κατηγορία. Τα μέσα τα οποία χορηγούνται, για έναν όσο το δυνατόν ανώδυνο και αξιοπρεπή θάνατο, μπορεί να είναι η συνταγολόγηση ενός σκευάσματος που θα επιφέρει τον θάνατο, μία ένεση την οποία ο ίδιος ο ασθενής θα κάνει στον εαυτό του, ή ακόμη και κάποιος μηχανισμός¹³⁰ τον οποίο χειριζόμενος ο ίδιος ο πάσχων θα τερματίσει τη ζωή του.

¹²⁷ Eser, 1985, 72-75. Ο νόμος σήμερα δέχεται τη συναίνεση ύστερα από ενημέρωση του αντιπροσώπου ενός παιδιού ή ενός ανίκανου να συναινέσει ενηλίκου, ως υποκατάστατο για να αντιμετωπιστούν άμεσα κίνδυνοι για την υγεία ή για τη ζωή των τελευταίων. Βλ. άρθρο 6 επ. της *Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (Σύμβαση του Οβιέδο)* και Βιδάλης 2007, 108-110.

¹²⁸ Stuart et al, 1998, 18. Σύμφωνα με τον Γ. Χαραλάμπους, η συνδρομή του γιατρού μπορεί να συνίσταται απλώς και μόνο σε συμβουλευτική παρέμβαση ή συνταγογράφηση και όχι ενεργό συμμετοχή με τη χορήγηση θανατηφόρας δόσης. Χαραλάμπους, 2006, 47.

¹²⁹ «Αμφότερες η *υποβοηθούμενη αυτοκτονία* και η *ενεργητική ευθανασία* είναι περιστάσεις βοήθειας με σκοπό την έλευση του θανάτου. Στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία ο τελικός δράστης είναι εκείνος του οποίου ο θάνατος προκαλείται, ενώ στην εκούσια ενεργητική ευθανασία ο δράστης είναι ένα άλλο πρόσωπο». Beauchamp & Childress, 1994, 228. Στις περιπτώσεις υποβοηθούμενης αυτοκτονίας δεν είναι απαραίτητη η προϋπόθεση του αόρητου πόνου στο άτομο που πεθαίνει ώστε να υποβοηθηθεί για να αυτοκτονήσει. Επίσης δεν είναι απαραίτητο το επιλεγόμενο μέσο να είναι όσο το δυνατόν πιο ανώδυνο. Σύμφωνα με αυτές τις παρατηρήσεις, η υποβοηθούμενη αυτοκτονία έχει μεγαλύτερο εύρος από την ευθανασία. Βλ. Beauchamp, 2007, 19-20, Βούλτσος & Τσούγκας, 2008, 76.

¹³⁰ Είναι γνωστή η περίπτωση του γνωστού Αμερικανού γιατρού Kevoorkian, ο οποίος έχει εφεύρει μία μηχανή που χορηγεί διοξείδιο του άνθρακα στους πνεύμονες. Τη μηχανή αυτή προμήθευε στους ασθενείς που επιθυμούσαν να πεθάνουν την οποία τη χειριζόταν μόνοι τους και με το πάτημα ενός κουμπιού επέφεραν στον εαυτό τους ένα σχετικά ανώδυνο και σύντομο θάνατο. Ο ίδιος ο γιατρός μπορούσε είτε να παραμένει δίπλα στον ασθενή είτε να απουσιάζει κατά την τέλεση της πράξης. Παρά τις προσπάθειες που καταβλήθηκαν πολλές φορές για να στοιχειοθετηθεί κατηγορία εναντίον του, αυτό δεν κατέστη δυνατόν παρά μόνο το 1999, ύστερα από τη διενέργεια 130 περίπου υποβοηθούμενων θανάτων. Το 2007 αφέθηκε ελεύθερος. Βλ. Davey, 2007 στο:

http://www.nytimes.com/2007/06/04/us/04kevoorkian.html?_r=1&ref=jack_kevoorkian (ανακτήθηκε: 10-4-2012), και σχετικό άρθρο στο *Time Magazine*, 5-4-1999.

Τα όρια συχνά ανάμεσα στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία και την εκούσια ενεργητική ευθανασία είναι δυσδιάκριτα ή συγχέονται, διότι και οι δύο αυτές περιπτώσεις περιλαμβάνουν κάποια μορφή βοήθειας για να επέλθει ο θάνατος ενός άλλου προσώπου. Η πρακτική της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας είναι τέτοια ώστε δεκάδες τρόποι και μέτρα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη του θανάτου του ασθενούς, χωρίς να μπορούν να γίνουν όλα γνωστά. Επειδή, επίσης, η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία στηρίζεται στην προσωπική σχέση πάσχοντος και γιατρού, συχνά δεν παρουσιάζεται ως τέτοια, αλλά ο επελθών θάνατος πολλές φορές αποδίδεται σε παρενέργεια της φαρμακευτικής αγωγής ή στην ασθένεια. Αυτός ο «παρασκηνιακός» τρόπος με τον οποίο πραγματοποιείται, δημιουργεί επιφυλάξεις σε σχέση με την αποτελεσματικότητα και την ηθικότητα των χρησιμοποιούμενων μεθόδων¹³¹, αλλά και η μυστικότητα της πράξης καθιστά, συγχρόνως, τον αριθμό των κατ' έτος ιατρικά υποβοηθούμενων αυτοκτονιών μόνο κατά προσέγγιση υπολογίσιμο.

Συμπερασματικά, ο παράγοντας που διαδραματίζει τον σημαντικότερο ρόλο για τον χαρακτηρισμό μιας πράξης ως ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, είναι η πρόθεση¹³² του γιατρού και του ασθενούς. Εάν ο γιατρός χορηγήσει, για παράδειγμα, μια μεγάλη δόση αναλγητικών προκειμένου να καταπραΰνει τον αφόρητο πόνο του ασθενούς, αλλά η αγωγή αυτή επιφέρει τον θάνατο, η πράξη δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Επίσης, εάν ο ασθενής ζητήσει ισχυρά παυσίπονα προφασιζόμενος έντονο πόνο αλλά τα χρησιμοποιήσει για να τερματίσει τη ζωή του, πάλι έχουμε απλή αυτοκτονία. Συνεπώς, μόνο η πρόθεση του γιατρού, συνδυαζόμενη με αυτή του ασθενούς καθιστούν την πράξη ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία¹³³.

¹³¹ «Από τη στιγμή που η διαδικασία της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας είναι εν πολλοίς κρυφή και ελάχιστα μελετημένη, λίγα είναι γνωστά σε σχέση με το ποια είναι η πιο ανθρώπινη και αποτελεσματική μέθοδος». Quill et al, 1992, 1380-1384.

¹³² «Υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι η σκόπιμη βοήθεια σε έναν ασθενή να τερματίσει ο ίδιος τη ζωή του κατ' απαίτησή του». Scheper & Duursma, 1994, 3-8, AGS Ethics Committee, 1995, 579-580.

¹³³ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 59. Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία τιμωρείται με τις διατάξεις του άρθρου 301 ΠΚ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΔΙΚΑΙΟ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Η ευθανασία είναι ένα πολυδιάστατο και περίπλοκο ζήτημα, ένα θέμα που σοκάρει επειδή άπτεται ευαισθησιών και προσωπικών συγκινησιακών καταστάσεων. Αν λοιπόν η κοινωνία δεν είναι ακόμη πλήρως εξοικειωμένη με το θέμα, είναι λογικό και η νομοθεσία να μην είναι ξεκάθαρη σε ότι αφορά στην ευθανασία. Αυτό είναι αναμενόμενο, εάν δεχτούμε πως οι νόμοι δεν είναι παρά τα κατάστιχα στα οποία γράφονται οι θελήσεις μας¹³⁴.

Ο τρόπος με τον οποίο ρυθμίζονται τα θέματα της ευθανασίας ποικίλει αναλόγως των ηθικών αξιών της κάθε χώρας και του νομικού της πολιτισμού. Σε κάποιες περιπτώσεις, ελλείψει νομικού πλαισίου, αναζητείται καταφύγιο στη νομολογία. Οι περιπτώσεις καταδίκης γιατρών ή συγγενών που συνέργησαν ή διενέργησαν ευθανασία είναι ελάχιστες στις περισσότερες χώρες και τις πιο πολλές φορές συμβολικές. Ενώ, όμως, οι Ποινικοί Κώδικες πολλών κρατών συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν την ευθανασία ως ανθρωποκτονία, ή στην καλύτερη περίπτωση ως συνέργεια σε αυτοκτονία, είναι δύσκολο για τα αρμόδια δικαστήρια να συμβιβάσουν το γράμμα του νόμου με τις απαιτήσεις των καιρών, τα δικαιώματα των ασθενών με τις υποχρεώσεις της κοινωνίας προς αυτούς, το νομικό με το ανθρωπιστικό καθήκον των γιατρών¹³⁵. Το δίκαιο οργανώνει τις κοινωνίες επιλύοντας προβλήματα, δοκιμάζεται όμως και το ίδιο, όταν τα προβλήματα αυτά έχουν οριακή ταυτότητα, κινούνται δηλαδή στο μεταίχμιο δικαίου και ηθικής.

Στο κεφάλαιο αυτό θα προσπαθήσουμε να ανιχνεύσουμε τόσο σε διεθνές όσο και σε ελληνικό επίπεδο πώς αντιμετωπίζεται νομοθετικά και εν μέρει νομολογιακά¹³⁶ το πρόβλημα της ευθανασίας. Θα εστιάσουμε το ενδιαφέρον μας κυρίως στη Γερμανία, τη Μεγάλη Βρετανία, στις Η.Π.Α., την Αυστραλία και την Ολλανδία διότι εκεί¹³⁷ πυροδοτήθηκαν από την επιστημονική συζήτηση οι μεγαλύτερες αλλαγές στη νομοθεσία για τον καθορισμό του δικαιώματος στον θάνατο.

¹³⁴ Πελεγρίνης, 2009, 45.

¹³⁵ Πρωτοπαπαδάκης, 1999 διαθέσιμο στο: <http://www.protopapadakis.gr/articlesgr.htm> (ανακτήθηκε: 10-4-2012).

¹³⁶ Συγκεκριμένες υποθέσεις και αποφάσεις που σημάδεψαν την αντιμετώπιση του ζητήματος της ευθανασίας, θα αναφερθούν και στο δεύτερο μέρος της εργασίας στα οικεία κεφάλαια.

¹³⁷ Αναπλιώτης, 2003, 131.

4.1. Διεθνές Δίκαιο

4.1.1. Συμβούλιο της Ευρώπης - Ευρωπαϊκή Σύμβαση του Οβιέδο (1997) για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική

Από τη νομοθεσία στον ευρωπαϊκό χώρο, η σημαντικότερη συνεισφορά επί του θέματος καταγράφεται στη Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης¹³⁸ για την προστασία των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής, γνωστή ως «Σύμβαση του Οβιέδο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική». Η Σύμβαση αυτή υπογράφηκε το 1997 στο Οβιέδο της Ισπανίας από την Επιτροπή Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης και κυρώθηκε από την Ελλάδα με τον Ν. 2619/1998-ΦΕΚ Α.132 από 19-6-1998¹³⁹.

Οι κύριες διατάξεις που άπτονται του δικαιώματος στον θάνατο, αφορούν στη συναίνεση σε κάθε επέμβαση που αφορά θέματα υγείας μετά από προηγούμενη σχετική ενημέρωση (άρθρο 5) και τον σεβασμό στις προγενέστερες εκφρασθείσες επιθυμίες του ασθενούς σχετικά με την ιατρική επέμβαση, όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να εκφράσει τις επιθυμίες του (άρθρο 9). Η θέση αυτή αποτελεί κατοχύρωση του δικαιώματος για «διαθήκη εν ζωή»¹⁴⁰.

Το συμπέρασμα που μπορεί κανείς να συλλέξει έχοντας μια συνολική εικόνα της Σύμβασης του Οβιέδο, είναι ότι το Συμβούλιο της Ευρώπης διάκειται σαφώς αρνητικά στην περίπτωση της ενεργητικής ευθανασίας, δέχεται όμως ότι ο ασθενής θα πρέπει να μπορεί να αρνηθεί οποιαδήποτε επέμβαση ή θεραπεία, ακόμη και αν αυτή η άρνηση είναι αντίθετη προς το συμφέρον του, εμφανίζοντας επομένως μια διαλλακτικότερη στάση υπέρ της νομιμοποίησης της παθητικής ευθανασίας.

Στη συνέχεια, το Συμβούλιο της Ευρώπης στην προσπάθειά του να εξετάσει την πιθανότητα εναρμονισμένης εφαρμογής κανόνων για την ευθανασία, απέστειλε το 2003 στα κράτη μέλη ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με τις εσωτερικές νομοθεσίες των κρατών για όλες τις μορφές της ευθανασίας και τις σχετιζόμενες με αυτήν

¹³⁸ Οι κινήσεις του Συμβουλίου της Ευρώπης σχετικά με το θέμα της ευθανασίας είναι ποικίλες και καταδεικνύουν τον προβληματισμό των ευρωπαϊκών χωρών για μια ενιαία αντιμετώπιση αυτού του περίπλοκου ζητήματος, τόσο νομικά, όσο ιατρικά αλλά και ηθικά. Το Συμβούλιο της Ευρώπης καλείται επιπλέον να παίξει έναν ενωτικό ρόλο ανάμεσα σε χώρες με διαφορετικό νομοθετικό, πολιτικό αλλά και θρησκευτικό παρελθόν, γεγονός που περιπλέκει ακόμα περισσότερο το ακανθώδες έτσι κι αλλιώς ζήτημα της νομιμοποίησης της ευθανασίας. Γκιόκα, 2008, 240.

¹³⁹ Βλ. http://www.bioethics.gr/media/pdf/biolaw/human/oviedo_convention_gr.pdf (ανακτήθηκε: 10-4-2012) και Αναπλιώτης, 2003, 131.

¹⁴⁰ Για περισσότερες πληροφορίες βλ. “Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine”, 1997, Oviedo, May 4th, διαθέσιμο στο: <http://www.conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Word/164.doc> (ανακτήθηκε: 10-4-2012). Πρβλ. Κριάρη-Κατράνη, 2003, 137-142.

πρακτικές¹⁴¹. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν την ανομοιομορφία του θεσμικού πλαισίου που κυριαρχεί ανάμεσα στα κράτη-μέλη. Η συντριπτική πλειοψηφία των 36 χωρών που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο είπαν ότι η νομοθεσία τους δεν προέβλεπε ούτε στο ελάχιστο διατάξεις σχετικά με την ευθανασία¹⁴².

4.1.2. Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων-Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου

Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (στο εξής ΕΔΔΑ), συχνά αναφέρεται ανεπίσημα και ως «Δικαστήριο του Στρασβούργου», ιδρύθηκε με σκοπό να συστηματοποιήσει την εξέταση προσφυγών που αφορούν τα ανθρώπινα δικαιώματα κατά των κρατών μελών βάσει της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ). Έργο του Δικαστηρίου είναι ο έλεγχος της εφαρμογής της Σύμβασης, εκδικάζοντας προσφυγές πολιτών κατά παραβιάσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων οι οποίες διαπράχθηκαν από κράτη μέλη. Πρόκειται για τον πρώτο σε διεθνές επίπεδο δικαστικό μηχανισμό προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων¹⁴³.

Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών (στο εξής ΕΣΔΑ), η οποία υιοθετήθηκε από το Συμβούλιο της Ευρώπης το 1950, δεν έχει πάρει έως σήμερα σαφή θέση ως προς τον ορισμό του τέλους της ζωής ή ως προς το δικαίωμα του ανθρώπου να αποφασίσει για τον θάνατό του. Στο άρθρο 2 (παράγραφος 1) της Σύμβασης κατοχυρώνεται το

¹⁴¹ Council of Europe, Steering Committee on Bioethics (CDBI), 2003, διαθέσιμο στο: http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/activities/09_euthanasia/INF%282003%298e_replies_euthanasia.pdf (ανακτήθηκε: 10-4-2012), Γκιόκα, 2008, 243.

¹⁴² Αρκεί εδώ να αναφερθεί ότι στη βασική ερώτηση της έρευνας του Συμβουλίου της Ευρώπης «αν ο παρακάτω όρος χρησιμοποιείται στη χώρα σας», δόθηκαν οι εξής απαντήσεις: ο όρος «ευθανασία» συναντάται σε 25 χώρες (από τις 36 που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο), ο όρος «ενεργητική ευθανασία» συναντάται σε 16 χώρες, ο όρος «παθητική ευθανασία» σε 16 χώρες, ο όρος «υποβοηθούμενη αυτοκτονία» συναντάται σε 18 χώρες και ο όρος «υποβοηθούμενος θάνατος», σε 7 χώρες.

¹⁴³ Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων εδρεύει στο Στρασβούργο. Κάθε κράτος μέλος της Σύμβασης διαθέτει σε αυτό έναν δικαστή. Από ελληνικής πλευράς, μετέχει, με την παράλληλη ιδιότητα του Αντιπροέδρου του Δικαστηρίου, ο Καθηγητής Χρήστος Ροζάκης. Παρέχει τη δυνατότητα τόσο διακρατικής όσο και ατομικής προσφυγής, μετά την εξάντληση των εσωτερικών ένδικων μέσων. Η Επιτροπή Υπουργών επιμελείται την πιστή εφαρμογή και εκτέλεση των αποφάσεων του ΕΔΔΑ εκ μέρους των κρατών μελών. Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων είναι τελείως διαφορετικό από το Δικαστήριο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, το οποίο είναι όργανο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εδρεύει στο Λουξεμβούργο και μεριμνά για την ορθή εφαρμογή του κοινοτικού δικαίου. Βλ. http://www.echr.coe.int/ECHR/Homepage_En/ και <http://el.wikipedia.org/> (ανακτήθηκαν: 10-4-2012).

δικαίωμα στη ζωή: «Το δικαίωμα εκάστου προσώπου εις την ζωήν προστατεύεται υπό του νόμου. Εις ουδένα δύναται να επιβληθή εκ προθέσεως θάνατος, ειμή εις εκτέλεσιν θανατικής ποινής εκδιδομένης υπό δικαστηρίου εν περιπτώσει αδικήματος τιμωρουμένου υπό του νόμου δια της ποινής ταύτης»¹⁴⁴. Ωστόσο, παραμένει μετέωρο το αν το δικαίωμα στη ζωή κατοχυρώνει δικαίωμα και στον θάνατο¹⁴⁵. Επίσης σύμφωνα με το άρθρο 3 της ΕΣΔΑ «ουδείς επιτρέπεται να υποβληθή εις βασάνους ούτε εις ποινάς ή μεταχειρίσιν απανθρώπους ή εξευτελιστικάς»¹⁴⁶. Εντούτοις, η απαγόρευση της ευθανασίας και η υποχρεωτική παράταση μιας ζωής επώδυνης και απάνθρωπης θέτει για πολλούς ζήτημα σεβασμού της αξιοπρέπειας του ανθρώπου¹⁴⁷.

Οι περιπτώσεις αιτημάτων περί ευθανασίας που υποβλήθηκαν στο ΕΔΔΑ είναι: η υπόθεση Pretty κατά Ηνωμένου Βασιλείου της 29^{ης} Απριλίου 2002, η υπόθεση Widmer κατά Ελβετίας και η υπόθεση Sanles Sanles κατά Ισπανίας.

Υπόθεση Pretty κατά Ηνωμένου Βασιλείου

Η Diane Pretty, η οποία έπασχε από μια μοιραία εκφυλιστική ασθένεια των νευρώνων, πάλεψε για το δικαίωμα να επιτραπεί στον σύζυγό της να τη βοηθήσει να πεθάνει. Η Pretty προσέφυγε στο ΕΔΔΑ στις 21-12-2001, μετά την απόρριψη της αίτησής της από τα βρετανικά δικαστήρια, όπου και εκεί η προσφυγή της απορρίφθηκε με τη βασική αιτιολογία ότι η απόλυτη προστασία της ζωής που παρέχει το άρθρο 2 συνίσταται σε θετικό δικαίωμα και όχι σε αρνητικό, στο δικαίωμα δηλαδή να τερματίσει ο ασθενής τη ζωή του με τη βοήθεια κάποιου άλλου. Τελικά η Diane Pretty πέθανε σε ένα σανατόριο τον Μάιο του 2002, λίγες ημέρες μετά την έκδοση της απόφασης από το ΕΔΔΑ¹⁴⁸.

Υπόθεση Widmer κατά Ελβετίας

Στην περίπτωση αυτή η Επιτροπή απέρριψε ως απαράδεκτη την προσφυγή Ελβετού πολίτη, ο οποίος κατηγορούσε νοσοκομείο της χώρας του ότι είχε

¹⁴⁴ Βλ. «Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών», 1950, 4 διαθέσιμο στο: <http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/E4317264-DB27-42FE-873E-1ECCACABB045/0/GreekGrec.pdf> (ανακτήθηκε: 10-4-2012).

¹⁴⁵ Μάλλιος, 2009, 1182.

¹⁴⁶ Βλ. «Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών», 1950, 5 διαθέσιμο στο: <http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/E4317264-DB27-42FE-873E-1ECCACABB045/0/GreekGrec.pdf> (ανακτήθηκε: 10-4-2012).

¹⁴⁷ Μάλλιος, 2009, 1182.

¹⁴⁸ Βλ. Pretty v. the United Kingdom (αίτηση υπ' αριθμ. 2346 της 29-4-2002) δημοσιευμένη στο: <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=Pretty&sessionid=91505137&skin=hudoc-en> (ανακτήθηκε: 10-4-2012).

πραγματοποιήσει ευθανασία στον πατέρα του χωρίς τη θέλησή του. Οι κατηγορίες κρίθηκαν ως αόριστες¹⁴⁹.

Υπόθεση Sanles Sanles κατά Ισπανίας

Στην υπόθεση αυτή οι κληρονόμοι ενός τετραπληγικού που τερμάτισε τη ζωή του υποβοηθούμενος από τρία πρόσωπα προσέφυγαν στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο. Ωστόσο το ΕΔΔΑ απέρριψε την προσφυγή με το αιτιολογικό ότι το δικαίωμα στη ζωή είναι προσωποπαγές και αμεταβίβαστο και συνεπώς ο κληρονόμος δεν είναι θύμα με την έννοια του άρθρου 34 της Σύμβασης¹⁵⁰.

4.2. Αλλοδαπό Δίκαιο

4.2.1. Ηνωμένο Βασίλειο και Ιρλανδία

Κατά το αγγλικό δίκαιο η αφαίρεση ζωής (ενεργητική ευθανασία) είναι έγκλημα, ανεξαρτήτως των κινήτρων του δράστη¹⁵¹, όπως επίσης και η αρωγή σε αυτοκτονία (νόμος περί αυτοκτονίας του 1961, άρθρο 2). Διαφορετικά αντιμετωπίζεται το θέμα στην περίπτωση της *έμμεσης ευθανασίας*, κατά την οποία ο γιατρός χορηγώντας παυσίπονο στον ασθενή ενδέχεται να προκαλέσει τον θάνατό του. Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός δεν διώκεται εάν αποδείξει ότι πρωταρχικός του στόχος ήταν να καταπραΰνει τους πόνους του ασθενούς¹⁵².

Η απόφαση του ασθενούς να μην υποβληθεί σε αγωγή ή θεραπεία γίνεται σεβαστή, ως έκφραση της αυτονομίας του πάσχοντος, ακόμη και στην περίπτωση που ενδέχεται να προκληθούν αρνητικές συνέπειες ή ακόμη και ο θάνατός του¹⁵³. Τα δικαστήρια αναγνωρίζουν επίσης τις «διαθήκες εν ζωή» ή «προγενέστερες οδηγίες» (Living Wills, Advance Directives) των ασθενών¹⁵⁴.

Το θέμα της «παθητικής ευθανασίας», κατά την οποία ο θάνατος επέρχεται λόγω της διακοπής της παροχής τροφής και νερού στον ασθενή, κρίθηκε στην

¹⁴⁹ Μάλλιος, 2009, 1186.

¹⁵⁰ Μάλλιος, 2009, 1186.

¹⁵¹ Ο νόμος δεν διακρίνει ούτε για τις περιπτώσεις της «θανάτωσης από οίκτο» (“mercy killing”). Όμως στην πράξη τα δικαστήρια εφαρμόζουν επιεικέστερες ποινές για τους συγγενείς θυμάτων που συνετέλεσαν στην αυτοκτονία του ανιάτως πάσχοντος ή και συχνά τους αθρώνουν με την αιτιολογία ότι η πράξη των συγγενών ήταν προς το συμφέρον των θανόντων. Βλ. Γκίοκα, 2008, 230, Grubb, 2001, 89.

¹⁵² Grubb, 2001, 89, Κριάρη-Κατράνη, 2003, 144-145. Βλ. και παραπάνω για «το δόγμα του διπλού αποτελέσματος», Κεφ. 3, ενότητα 3.2.1 και Boyle, 1991, 475-494. Σημαντικό ρόλο στη θεσμοθετημένη αντιμετώπιση της ευθανασίας έχει, όπως και στην Ολλανδία, ο Βρετανικός Ιατρικός Σύλλογος (British Medical Association-BMA) η στάση του οποίου χαρακτηρίζεται διφορούμενη και συντηρητική. Πρωτοπαπαδάκης, 1999.

¹⁵³ Morris, 1996, 17, Pridgeon, 2006, 45.

¹⁵⁴ Johnston & Liddle, 2007, 94-97.

απόφαση *Airdale NHS Trust v Bland* του 1993¹⁵⁵. Το Δικαστήριο επέτρεψε να διακοπεί η τεχνητή τροφοδότηση σε νεαρό ασθενή, που βρισκόταν σε χρόνια φυτική κατάσταση μη αναστρέψιμη, με την αιτιολογία ότι η διατήρηση της ζωής του ασθενούς μέσω συνεχούς μηχανικής εξάρτησης δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι προς το συμφέρον του (“to the patient’s best interests”) και άρα ο γιατρός¹⁵⁶ δεν ενεργεί παράνομα.

Μεταξύ 2003 και 2009 ο Λόρδος Joffe έκανε αρκετές προσπάθειες να εισαγάγει προς ψήφιση στη Βουλή των Λόρδων ένα νομοσχέδιο που προέβλεπε τη νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας (*“Assisted Dying for the Terminally Ill Bill”*), αλλά όλες απορρίφθηκαν από το Βρετανικό Κοινοβούλιο¹⁵⁷. Ωστόσο, το Ανώτατο Δικαστήριο της Βρετανίας έκανε τον Μάρτιο του 2012 αποδεκτή την προσφυγή του Tony Nicklinson- ο οποίος μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο έχει μείνει ολοκληρωτικά παράλυτος- που ζητά να του επιτραπεί να αναθέσει σε γιατρό τον τερματισμό της ζωής του, όταν το θελήσει, χωρίς ωστόσο ο επιστήμονας να θεωρηθεί στη συνέχεια ως ένοχος φόνου βάσει του νόμου¹⁵⁸.

4.2.2. Ολλανδία και Βέλγιο

Η νομοθεσία της Ολλανδίας αποτελεί τον πρωταγωνιστή της Ευρώπης για τη νομιμοποίηση του δικαιώματος στον θάνατο. Στην Ολλανδία, με τον ισχύοντα μέχρι σήμερα νόμο 22572 της 9-2-1993, αναγνωρίζεται όχι μόνο το δικαίωμα του ατόμου στον θάνατο, αλλά και η εικαζόμενη βούλησή του για τον τερματισμό της ζωής, δηλαδή η «ευθανασία» ως ανθρωποκτονία με όλες τις διακρίσεις. Το τελευταίο

¹⁵⁵ Grubb, 1997, 159 κ.ε., Κριάρη-Κατράνη, 2003, 145.

¹⁵⁶ Ο Nigel Cox, είναι ο μόνος βρετανός γιατρός που καταδικάστηκε για απόπειρα ευθανασίας. Του δόθηκε μια ποινή με αναστολή 12 μηνών το 1992. Βλ. σχετικό άρθρο στο: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/programmes/panorama/1971527.stm> (*BBC NEWS*) (ανακτήθηκε: 10-4-2012).

¹⁵⁷ Το νομοσχέδιο υποβλήθηκε για πρώτη φορά με αφορμή τη Diane Pretty. Βλ. “Assisted Dying Bill-latest” στο: http://www.bbc.co.uk/ethics/euthanasia/overview/asstdyingbill_1.shtml (ανακτήθηκε: 10-4-2012). Η τηλεοπτική μετάδοση (τον Δεκέμβριο του 2008) στη Βρετανία ενός ντοκιμαντέρ, με τίτλο «τουρίστας αυτοκτονίας» του καναδού σκηνοθέτη John Zaritsky, που παρουσιάζει τη στιγμή του θανάτου του ανίατα ασθενούς Graig Ewert στην ελβετική κλινική Dignitas τον Σεπτέμβριο του 2006, επαναφέρει και πάλι στο προσκήνιο της Βρετανίας το θέμα της ευθανασίας. Βλ. “The Suicide Tourist”, *PBS Frontline*, 2-3-2010 στο: <http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/suicidetourist/view/> (ανακτήθηκε 10-4-2012), Παπαϊωάννου, 2009, «Αν ήμουν άρρωστος θα γινόμουν τουρίστας αυτοκτονίας», *Ελευθεροτυπία*, 26-8-2009 και www.exandras.gr (Θεός για μια μέρα).

¹⁵⁸ Βλ. σχετικό άρθρο με τίτλο: «Δεκτό το αίτημα Βρετανού ασθενή για υποβοηθούμενη ιατρικώς αυτοκτονία», *health.In.gr*, 12-3-2012 διαθέσιμο στο: <http://health.in.gr/news/healthpolicies/article/?aid=1231185970> (ανακτήθηκε: 10-4-2012) και C. Davies, “Locked-in syndrome sufferer begins high court battle for right to die”, *The Guardian*, Jan. 23, 2012.

στάδιο πρωτοπορίας της Ολλανδίας είναι ο νόμος που ψηφίστηκε από την Ολλανδική Βουλή στις 28 Νοεμβρίου 2000 και από τη Γερουσία στις 10 Απριλίου 2001, μετά από συμπληρωματικές διευκρινίσεις και δηλώσεις. Ένα χρόνο αργότερα, τον Απρίλιο του 2002, ο νόμος τέθηκε σε ισχύ¹⁵⁹. Ο ολλανδικός νόμος για τον «τερματισμό της ζωής κατ' απαίτηση και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία» [*The Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*]¹⁶⁰] νομιμοποιεί την ενεργητική ευθανασία και την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, συμπεριφορές μέχρι τότε τυπικά παράνομες αλλά ποινικά ανεκτές ήδη από το 1970¹⁶¹, εάν συντρέχουν όλες οι ακόλουθες προϋποθέσεις¹⁶²: α) το εθελούσιο και ώριμο αίτημα του ασθενούς, β) η ανυπόφορη οδύνη και η έλλειψη κάθε πιθανότητας βελτίωσης, γ) η ενημέρωση του ασθενούς από τον θεράποντα γιατρό για την κατάσταση και τις προοπτικές του, δ) το κοινό συμπέρασμα γιατρού και ασθενούς ότι δεν υφίσταται άλλη εύλογη εναλλακτική λύση, αλλά και ε) την αναγκαία προσφυγή στη γνώμη τρίτου ανεξάρτητου γιατρού, ο οποίος θα αποφανθεί για τα παραπάνω.

Το νομοθέτημα δίνει τη δυνατότητα σε ασθενείς ηλικίας 16 ετών και άνω να υποβάλλουν γραπτή δήλωση, με την οποία δηλώνουν την επιθυμία τους για ευθανασία, η οποία λαμβάνεται υπόψη σε περίπτωση που ο ασθενής περιέλθει σε κατάσταση που αδυνατεί πλέον να εκφράσει τη βούλησή του (Κεφάλαιο 2, Τμήμα 2, παράγραφος 2)¹⁶³. Η καταγραφή και ο έλεγχος των υποθέσεων ευθανασίας και ειδικότερα του έργου των γιατρών που συνδράμουν στην ευθανασία γίνεται από τοπικές επιτροπές, στις οποίες μετέχουν νομικοί, γιατροί, και ειδικοί σε θέματα ηθικής. Σε περίπτωση που διαπιστωθούν αυθαίρετες ενέργειες, οι επιτροπές αυτές ενημερώνουν την εισαγγελική αρχή (Κεφάλαιο 3, Τμήμα 3 και 9).

Όπως προκύπτει από την ανάγνωση του νόμου, ορισμένα σημεία του προκαλούν ιδιαίτερη ανησυχία¹⁶⁴, διότι ενδέχεται να επιτρέψουν βιαστικές και

¹⁵⁹ Αναπλιώτης, 2003, 142-144, Henk, 2003, 21

¹⁶⁰ Βλ. <http://www.nvve.nl/assets/nvve/english/EuthanasiaLaw.pdf> (ανακτήθηκε: 10-4-2012).

¹⁶¹ Για το τι ίσχυε στην Ολλανδία μέχρι την εφαρμογή του συγκεκριμένου νόμου βλ. Αναπλιώτης, 2003, 142-144, Κριάρη-Κατράνη, 2003, 146-149, Κατρούγκαλος, 1993, 110-111.

¹⁶² Τσαϊτουρίδης, 2002, 398-399, Κριάρη-Κατράνη, 2003, 150-152.

¹⁶³ Η δυνατότητα υποβολής αιτήματος ευθανασίας παρέχεται και σε ασθενή μεταξύ 12 και 16 ετών, εφόσον θεωρείται ικανός να κάνει μια λογική εκτίμηση του συμφέροντός του. Τότε ο θεράπων γιατρός επιτρέπεται να συμφωνήσει με το αίτημα, εάν οι γονείς αδυνατούν να συμφωνήσουν στον τερματισμό της ζωής του (Κεφάλαιο 2, Τμήμα 2, παράγραφος 4). Ο νόμος δεν προβλέπει την υποχρέωση αλλά την ευχέρεια του γιατρού να δεχτεί ή όχι τη συνδρομή του στην ευθανασία. Βλ. "The Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide" (Review Procedures) Act" στο: <http://www.nvve.nl/assets/nvve/english/EuthanasiaLaw.pdf> (ανακτήθηκε: 10-4-2012).

¹⁶⁴ Ένα σύστημα κινητών μονάδων ευθανασίας που θα ταξιδεύουν σε ολόκληρη την Ολλανδία για να εκπληρώσουν την επιθυμία ασθενών που θέλουν να βάλουν τέρμα στη ζωή τους ξεκίνησε από 1^η

αδικαιολόγητες αποφάσεις ή να μην εμποδίσουν την άσκηση έμμεσης πίεσης σε ευάλωτα άτομα μεγάλης ηλικίας και αδύνατης οικονομικής κατάστασης. Δίνει το δικαίωμα σε παιδιά μεταξύ 12 και 16 ετών με ευμετάβολο, ως γνωστόν, ψυχισμό να αποφασίσουν για ένα τόσο σοβαρό θέμα. Επιπλέον η εξέλιξη της επιστήμης μπορεί να επιτρέψει σε ένα παιδί να ζήσει, εάν καθυστερήσει αυτή την απόφαση. Προβλέπει, τέλος, την εκ των υστέρων εξέταση του θέματος από την ειδική επιτροπή, με ενδεχόμενο τον κίνδυνο εκπλήξεων¹⁶⁵.

Το **Βέλγιο**, ακολουθώντας το παράδειγμα της Ολλανδίας, λίγους μήνες αργότερα έγινε η δεύτερη χώρα στον κόσμο που νομιμοποίησε την ευθανασία με το νόμο “*The Belgian Act on Euthanasia*”¹⁶⁶, που τέθηκε σε ισχύ τον Σεπτέμβριο του 2002.

4.2.3. Λουξεμβούργο

Στις δύο προαναφερόμενες χώρες που νομιμοποίησαν την ευθανασία προστέθηκε και το Λουξεμβούργο τον Απρίλιο του 2009, μετά την ισχύ νόμου που περιορίζει στην πράξη τις εξουσίες του αρχηγού του κράτους¹⁶⁷. Σύμφωνα με τον

Μαρτίου 2012. Σύμφωνα με αυτό το πρόγραμμα, θα στέλνονται ομάδες ειδικά εκπαιδευμένων γιατρών και νοσοκόμων στα σπίτια εκείνων οι γιατροί των οποίων αρνήθηκαν να εκτελέσουν τις εντολές των ασθενών να τους βοηθήσουν να πεθάνουν. Η έναρξη του προγράμματος με το όνομα «Τέλος της ζωής» - που παρέχει δωρεάν κατ’ οίκον υπηρεσίες ευθανασίας – συμπίπτει με το άνοιγμα μιας κλινικής με το ίδιο όνομα στη Χάγη, η οποία θα δέχεται ασθενείς με ανίατες ασθένειες, καθώς και άλλους που θα θέλουν να πεθάνουν στο σπίτι τους. Το σχέδιο αυτό αποτελεί πρωτοβουλία της «Ολλανδικής Ένωσης για Εθελοντικό Τέλος Στη Ζωή» (NVVE), της μεγαλύτερης οργάνωσης ευθανασίας στον κόσμο, που μετρά περισσότερα από 130.000 μέλη. Βλ. «Ολλανδία: Ευθανασία κατ’ οίκον και κατά παραγγελία», *Το Βήμα*, 2-3-2012.

¹⁶⁵ Κριάρη-Κατράνη, 2003, 152. Σήμερα πλέον στην Ολλανδία διενεργείται ευθανασία κα σε άτομα πάσχοντα από ψυχολογικές παθήσεις (κατάθλιψη, σχιζοφρένεια) καθώς και σε ασθενείς ανίατων αλλά όχι θανατηφόρων ασθενειών. Περίπου 2.300 άνθρωποι επιλέγουν να φύγουν από τη ζωή κάθε χρόνο, στην Ολλανδία, μια χώρα με πληθυσμό 17 εκατομμύρια κατοίκων. Δεν είναι λίγοι, λοιπόν, εκείνοι που υποστηρίζουν ότι στην Ολλανδία επικρατεί ένας «πολιτισμός θανάτου». Βλ. Cohen-Almagor, 2001, 2-4, Παναγόπουλο, 2003, 47, Ελαφρό, 2002, Κατσαρέλη, 2009, «Ευθανασία: “βοήθεια αυτοκτονίας” ή “θάνατος με αξιοπρέπεια”», *Cosmo*, 24-9-2009 και άρθρο με τίτλο: “Assisted suicide: Debate around the world”, *BBC NEWS*, 23-9-2009 στο: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/8270516.stm> (ανακτήθηκε: 10-4-2012).

¹⁶⁶ Βλ. “The Belgian Act on Euthanasia of May 28th 2002”, *Ethical Perspectives* 9 (2-3), 182-188 στο: <http://www.kuleuven.be/ep/viewpic.php?LAN=E&TABLE=EP&ID=59> (ανακτήθηκε 10-4-2012). Ο βελγικός νόμος για την ευθανασία βασίζεται στα αυστηρά πρότυπα του αντίστοιχου ολλανδικού νομοθετήματος αλλά ισχύει μόνο για τους βέλγους πολίτες (σε αντίθεση με την Ολλανδία και την Ελβετία στις οποίες δεν απαιτείται η ιδιότητα του μόνιμου κατοίκου). Βλ. Cohen-Almagor & Phil, 2009, 191-196, και σχετικό άρθρο με τίτλο: “Belgium legalizes euthanasia” *BBC News*, 16-5-2002 και Κριάρη-Κατράνη, 2003, 146-155.

¹⁶⁷ Μετά την αποτυχία του το Κοινοβούλιο να αποσπάσει τη βασιλική συγκατάθεση για την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία τον Δεκέμβριο του 2008, τροποποίησε το σύνταγμα της χώρας για να αφαιρέσει αυτή τη δύναμη από τον μονάρχη και μέγα Δούκα του Λουξεμβούργου. Η ευθανασία νομιμοποιήθηκε με νομοσχέδιο που ψηφίστηκε στο Κοινοβούλιο στις 20-2-2008 και η επίσημη

νόμο αυτόν: «η πράξη ενός γιατρού να ανταποκριθεί σε ένα αίτημα για ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν είναι ποινικά κολάσιμη και δεν μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο αγωγής για αποζημίωση ή ηθική βλάβη»¹⁶⁸.

4.2.4. Ελβετία

Ο Ελβετικός νόμος απαγορεύει την ενεργητική ευθανασία δεν θεωρεί, όμως, την υποβοηθούμενη αυτοκτονία ως άδικη πράξη, ήδη από το 1941. Επιτρέπει μάλιστα την αρωγή για τη διενέργειά της σε άτομα τα οποία δεν φέρουν την ιδιότητα του γιατρού. Σύμφωνα με το άρθρο 115 του Ελβετικού Ποινικού Κώδικα η συμμετοχή σε αυτοκτονία δεν διώκεται, όταν το κίνητρο του δράστη δεν είναι εγωιστικό. Ποινική δίωξη ασκείται μόνο στις περιπτώσεις που εγείρονται αμφιβολίες για την ικανότητα του ασθενούς να προβεί σε μια «αυτόνομη» επιλογή. Τούτο, βεβαίως συμβαίνει σπανίως¹⁶⁹.

Τα τελευταία χρόνια η κατάσταση στην Ελβετία (όπως και στην Ολλανδία) εγείρει ιδιαίτερες ανησυχίες διότι έχουν μετατραπεί σε χώρες όπου ανθεί ο λεγόμενος «τουρισμός αυτοκτονίας»¹⁷⁰, περιπτώσεις δηλαδή ανίατων ασθενών από όλο τον κόσμο που επισκέπτονται τη χώρα, προκειμένου να πεθάνουν εκεί.

έγκρισή του έγινε στις 16-3-2009. Βλ. “Luxembourg strips monarch of legislative role”, *The Guardian*, 12-12-2008 στο:

<http://www.guardian.co.uk/world/2008/dec/12/luxembourg-monarchy> (ανακτήθηκε: 10-4-2012).

¹⁶⁸ Βλ. Connolly, J. “Luxembourg Parliament Passes Euthanasia Bill”, *LifeSiteNews.com*, Feb. 20, 2008 διαθέσιμο στο: <http://www.lifesitenews.com/news/luxembourg-parliament-passes-euthanasia-bill> (ανακτήθηκε: 10-4-2012).

¹⁶⁹ Βλ. http://en.wikipedia.org/wiki/Euthanasia_in_Switzerland (τελευταία ενημέρωση: 2/11/2011), (ανακτήθηκε: 10-4-2012), και Hurst & Mauron, 2003, 271-273.

¹⁷⁰ Ο εκούσιος θάνατος με ιατρική υποβοήθηση της δημοφιλούς Γερμανίδας συγγραφέως Σάντρα Παρέτι στη Ζυρίχη το 1994 προβλήθηκε αρκετά από τα ΜΜΕ και έφερε στο φως την ύπαρξη της ελβετικής εταιρείας *Έξοδος (Exit)*, με παρακλάδια σε πολλές χώρες που σκοπό έχει έναντι χρηματικής αμοιβής να «βοηθά» ασθενείς να τερματίσουν τη ζωή τους. Στη χώρα αυτή, μάλιστα, υπάρχει μια παγκοσμίως γνωστή κλινική, η *Dignitas* (από τη λέξη dignity=αξιοπρέπεια), στην οποία καταφεύγουν ανίατοι ασθενείς από όλο τον κόσμο (ιδιαίτερα Γάλλοι, Γερμανοί και Άγγλοι) οι οποίοι επιθυμούν να δώσουν τέλος στη ζωή τους. Υπολογίζεται ότι πραγματοποιούνται εκεί περίπου 200 υποβοηθούμενες αυτοκτονίες τον χρόνο. Βλ. Παναγόπουλο, 2003, 42, *NewsTime*, 24-7-2010 στο: <http://www.newstime.gr/?i=nt.el.article&id=8938> (ανακτήθηκε:10-4-2012). Βλ και την αντίστοιχη ελβετική εταιρεία *Dignitas* στο: <http://www.dignitas.ch/>. Η Ελβετική Κυβέρνηση, μάλιστα, προτίθεται να βάλει πιο αυστηρές προϋποθέσεις σχετικά με τον υποβοηθούμενο θάνατο (αν και οι Ελβετοί ψηφοφόροι αντιδρούν), ιδιαίτερα μετά την αποκάλυψη στοιχείων ότι άτομα με ίσσιμες παθήσεις, όπως η κατάθλιψη, έρχονται για να τερματίσουν τη ζωή τους εκεί. Βλ. “Swiss voters reject ban on assisted suicide for foreigners”, *The Guardian*, 15-5-2011 διαθέσιμο στο:

<http://www.guardian.co.uk/world/2011/may/15/zurich-voters-reject-assisted-suicide-ban> (ανακτήθηκε: 10-4-2012) και Bojan, 2007, “Swiss suicide clinics ‘helping depressives die”, *The Telegraph*, 3-6-2007. Βλ. και Lundin, 2009, “YOUthanasia”, *Criminal Brief*, 27-8-2009 για τον θάνατο του γνωστού Βρετανού μουσικού παραγωγού Sir Edward Downes και της γυναίκας του Joan, (η οποία έπασχε από καρκίνο τελικού σταδίου) τον Ιούλιο του 2009, οι οποίοι επέλεξαν να πεθάνουν μαζί σε μια κλινική υποβοηθούμενου θανάτου έξω από τη Ζυρίχη, ενώ ο ίδιος δεν ήταν ασθενής τελικού σταδίου!

Αναφορικά με την παθητική ευθανασία, ορίστηκε ότι ο γιατρός μπορεί να σταματήσει την περίθαλψη ετοιμοθάνατου που αδυνατεί να εκφράσει έγκυρη βούληση, όταν η αναβολή του αναπόφευκτου θανάτου σημαίνει απλώς παράταση της οδύνης για τον ασθενή και η απόσυρση των περαιτέρω μέτρων συνάδουν με την εικαζόμενη βούλησή του¹⁷¹.

4.2.5. Γερμανία

Ο Γερμανικός Ποινικός Κώδικας στο 16^ο κεφάλαιό του για τα εγκλήματα κατά της ζωής (άρθρα 211-212) δεν προβλέπει κάποια ειδική ρύθμιση για την ευθανασία, η οποία εμπίπτει στο πεδίο εφαρμογής της διάταξης για την ανθρωποκτονία εκ προθέσεως. Τα τελευταία χρόνια, μετά από ευρύ διάλογο των Γερμανών θεωρητικών, έχει επικρατήσει η άποψη ότι η έμμεση ευθανασία δεν εμπίπτει στο πεδίο εφαρμογής της διάταξης για την ανθρωποκτονία εκ προθέσεως, διότι απουσιάζει ο ενδεχόμενος δόλος αφού στόχος εδώ είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής και όχι η αφαίρεση της τελευταίας¹⁷².

Σταθμό στη νομολογιακή πρακτική αποτέλεσε η απόφαση του ανωτάτου δικαστηρίου του 1994 (απόφαση της 13^{ης} Σεπτεμβρίου 1994 1Str 357/95 Nstz 1995, 80)¹⁷³, το οποίο αναγνώρισε το δικαίωμα στον ασθενή να αρνηθεί κάθε είδους θεραπεία, με την προϋπόθεση ότι έχει ρητά εκφράσει τη βούλησή του σε προγενέστερο χρόνο. Το δικαστήριο έκρινε ότι η παθητική ευθανασία επιτρέπεται μόνο εφόσον πρόκειται για ανίατη νόσο με μικρό προσδόκιμο ζωής. Σεβαστές γίνονται και οι «προγενέστερες οδηγίες».

Βλέπουμε ότι νομοθετικά η Γερμανία διστάζει να πάρει θέση στο θέμα της ευθανασίας, κινούμενη και από τις κακές αναμνήσεις του ναζιστικού παρελθόντος, αλλά και λόγω του αυστηρού χαρακτήρα του Συντάγματός της, το οποίο διακηρύσσει τη θεμελιώδη αρχή της απόλυτης προστασίας της ζωής. Πάντως η γερμανική νομολογία εμφανίζεται διαλλακτικότερη στις υποθέσεις παθητικής ευθανασίας που εμφανίζονται ενώπιον των δικαστηρίων. Ως προς την ενεργητική ευθανασία το γερμανικό δίκαιο την απαγορεύει ρητά¹⁷⁴.

¹⁷¹ Συμεωνίδου-Καστανίδου, 2001, 238.

¹⁷² Από το 1971, δεν υπάρχουν κυρώσεις για την αυτοκτονία ή την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Παρόλα αυτά, είναι σπάνιες τέτοιου είδους περιπτώσεις που αναφέρονται. Όπως και στην Αγγλία, υπάρχουν διαμάχες μεταξύ των υπέρμαχων και των πολέμιων της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Αναπλιώτης, 2003, 133.

¹⁷³ Καίσαρης, 1999, 31.

¹⁷⁴ Γκικόκα, 2008, 237-238.

4.2.6. ΗΠΑ

Η αναφορά στο νομικό καθεστώς των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής το σχετιζόμενο με την ευθανασία είναι μια δύσκολη εργασία. Αυτό συμβαίνει εξ αιτίας του γεγονότος πως στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής η νομοθεσία δεν είναι ενιαία, αλλά αποτελεί πολιτειακό προνόμιο και καθήκον, με μόνη δέσμευση τη συμμόρφωση προς το σύνταγμα. Η αναφορά μας θα γίνει σε συγκεκριμένες πολιτείες που σημάδεψαν την αντιμετώπιση του ζητήματος αυτού.

Η ευθανασία παραμένει παράνομη στις ΗΠΑ. Η πρώτη Πολιτεία των Ηνωμένων Πολιτειών που επέτρεψε την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ήταν το Όρεγκον, τον Νοέμβριο του 1994, θέτοντας σε ισχύ τον νόμο «θάνατος με αξιοπρέπεια» (*Death with Dignity Act of 1994*)¹⁷⁵ υπό αυστηρές όμως προϋποθέσεις. Σύμφωνα με τον νόμο αυτόν, επιτρέπεται σε ενήλικο διανοητικά υγιή ασθενή, αποκλειστικά και μόνο πολίτη του Όρεγκον, για τον οποίο έχει διαγνωσθεί ότι πάσχει από ανίατη ασθένεια σε τελικό στάδιο, με προσδόκιμο ζωής έως έξι μήνες, να αιτηθεί γραπτώς προς τον γιατρό του τη συνταγογράφηση θανατηφόρας δόσης φαρμάκων με σκοπό τον τερματισμό της ζωής του. Το αίτημα πρέπει να επιβεβαιωθεί από δύο μάρτυρες, ο ένας εκ των οποίων δεν πρέπει να σχετίζεται με κανέναν τρόπο με τον ασθενή. Μετά την υποβολή του αιτήματος, ένας δεύτερος γιατρός πρέπει να επιβεβαιώσει το μη αναστρέψιμο της ασθένειάς του. Στη συνέχεια, αν το αίτημά του γίνει δεκτό, πρέπει να περιμένει άλλες δεκαπέντε ημέρες και να υποβάλλει εκ νέου, προφορικά όμως αυτή τη φορά το αίτημά του, προκειμένου να του δοθεί η θανατηφόρα συνταγή. Ο ασθενής δικαιούται να αλλάξει γνώμη όποτε το θελήσει¹⁷⁶.

Το 2008 και η Πολιτεία της Ουάσινγκτον επέτρεψε υπό αντίστοιχες προϋποθέσεις με αυτές του Όρεγκον, τη διενέργεια της ευθανασίας¹⁷⁷. Στη Μοντάνα, την τρίτη (μετά το Όρεγκον και την Ουάσινγκτον) πολιτεία που επέτρεψε την ευθανασία, η νομιμοποίηση ήρθε όχι μετά από διενέργεια δημοψηφίσματος, αλλά μετά από δικαστική απόφαση¹⁷⁸, τον Δεκέμβριο του 2008. Ειδικότερα, η δικαστής Dorothy McCarter, έκρινε ότι ο 76χρονος συνταξιούχος, Bob Baxter, δικαιούτο να ζητήσει τη βοήθεια του θεράποντος γιατρού του, καθώς έπασχε από λευχαιμία.

¹⁷⁵ Βλ. *The Oregon Death with Dignity Act* στο: <http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/statute.pdf>, (ανακτήθηκε: 10-4-2012). Πρβλ. Admiraal, 1996, 215, Καίσαρη, 1999, 15.

¹⁷⁶ Βλ. *Death with Dignity Organization* διαθέσιμο στο: <http://www.deathwithdignity.org/history/facts/> (ανακτήθηκε: 10-4-2012) και Biggs, 2001, 63.

¹⁷⁷ Βλ. *The Washington Death with Dignity Act* διαθέσιμο στο: <http://apps.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=70.245> (ανακτήθηκε: 10-4-2012).

¹⁷⁸ Βλ. Άρθρο του Johnson, 2009, στην εφημερίδα *The New York Times*, Aug. 31, 2009.

Σημειώνεται ότι η πολιτεία της Μοντάνα προσέφυγε στο Ανώτατο Ομοσπονδιακό Δικαστήριο, αξιώνοντας την ακύρωση της συγκεκριμένης δικαστικής απόφασης.

4.2.7. Αυστραλία

Στην πολιτεία της Αυστραλίας Northern Territory, στις 25-5-1995 ψηφίστηκε ο «Νόμος για τα δικαιώματα του θνήσκοντος» (*Rights of the Terminally Ill Act 1995*)¹⁷⁹ ο οποίος τέθηκε σε ισχύ τον Ιούλιο του ίδιου έτους. Σύμφωνα με τον νόμο αυτόν κάθε ασθενής άνω των 18 ετών μπορούσε να αποφασίσει να πεθάνει, εφόσον ήταν σε θέση, είχε δηλαδή τη σωματική και νοητική ικανότητα. Ωστόσο, τον Μάρτιο του 1997 ο νόμος αυτός ακυρώθηκε¹⁸⁰ από την Κεντρική Κυβέρνηση της Κοινοπολιτείας, με την αιτιολογία ότι έρχεται σε αντίθεση με το δημόσιο συμφέρον.

4.3. Η Ελληνική Νομοθετική Προσέγγιση της Ευθανασίας

Η ευθανασία δεν υπάρχει ως όρος στον Ποινικό μας Κώδικα. Βρίσκεται μόνο σε μια συγκεκριμένη ειδική διάταξη που αφορά την ευθανασία των ζώων που έχουν μολυσματικές ασθένειες¹⁸¹. Έτσι η εξέταση και η ρύθμιση του θέματος γίνεται εμμέσως¹⁸², με βάση τις συναφείς συνταγματικές διατάξεις, τις διατάξεις της Σύμβασης περί Βιοϊατρικής (Σύμβαση του Οβιέδο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική, την οποία η Ελλάδα κύρωσε με το ν. 2619/1998), τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ν. 3418/2005, ιδιαίτερα άρθρο 29) και τις διατάξεις του Ποινικού Κώδικα (στο εξής ΠΚ)¹⁸³.

Ο σεβασμός στη ζωή, ως πρώτιστο στοιχείο της «αξίας του ανθρώπου» και η προστασία της αποτελεί, κατά τη θεμελιώδη διάταξη του άρθρου 2 παρ. 1 του Συντάγματος, την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας. Ανάγεται με ρητό συνταγματικό κανόνα σε απόλυτο έννομο αγαθό (άρθρο 5 παρ. 2 Συντ.) που προστατεύεται κυρίως με τις δραστικές διατάξεις των άρθρων 299 έως 307 του

¹⁷⁹ Βλ. http://en.wikipedia.org/wiki/Rights_of_the_Terminally_Ill_Act_1995#cite_note-BMJ-0 και σχετικό δημοσίευμα με τίτλο: “Australia passes first euthanasia law”, *Pub Med* 310 (6992), Jun. 3, 1995: 1427-1428.

¹⁸⁰ Κατά τη διάρκεια των οκτώ μηνών που ήταν σε ισχύ ο εν λόγω νόμος, τέσσερις άνθρωποι νόμιμα έθεσαν τέρμα στη ζωή τους με τη βοήθεια του εξουσιοδοτημένου προς τούτο γιατρού Philip Nitschke, γνωστό και ως «γιατρός θάνατος» της Αυστραλίας. Βλ. Zinn, 1997, 994, και Zinn, 1996, 835.

¹⁸¹ Καράμπελας, 1987, 40-41, Πανούσης, 2003, 103.

¹⁸² Στο Ελληνικό Δίκαιο, όπως και σε άλλα δίκαια, δεν υπάρχουν συγκεκριμένες ρυθμίσεις που να αναφέρονται στα δικαιώματα του ανιάτως πάσχοντος και στις αντίστοιχες υποχρεώσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, εν σχέσει με την ευθανασία. Υπάρχει κενό νόμου, του οποίου προτείνεται η κάλυψη. Βούλτσος, & Τσούγκας, 2008, 76, Γεωργιάδης, 2003, 116.

¹⁸³ Παναγοπούλου-Κουτνατζή, 2010, 122, Βελλής, 2003, 123.

Ποινικού Κώδικα. Είναι οι διατάξεις που περιγράφουν και απειλούν με ποινές τα «εγκλήματα κατά της ζωής», από τα οποία το βαρύτερο, υπό διάφορες μορφές, είναι η «ανθρωποκτονία από πρόθεση»¹⁸⁴.

Ένα από τα άρθρα, το 300 ΠΚ («ανθρωποκτονία με συναίνεση») που ρυθμίζει τα της ευθανασίας αναφέρει πως: «Όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο γι' αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια τιμωρείται με φυλάκιση»¹⁸⁵. Από τα παραπάνω προκύπτει πως ακόμη και αν το ίδιο το θύμα έχει ζητήσει τον θάνατό του και ο θύτης κινήθηκε με μοναδικό κίνητρο τον οίκτο, η πράξη αντιμετωπίζεται ως αξιόποινη και τιμωρείται. Βέβαια ο νομοθέτης δεν εξισώνει την ευθανασία με κοινή «ανθρωποκτονία από πρόθεση» (άρθρο 299 ΠΚ)¹⁸⁶ και γι' αυτό την τιμωρεί ελαστικότερα. Απαιτεί όμως να υπάρχει απαίτηση και μάλιστα επίμονη από την πλευρά του θύματος. Με τον τρόπο αυτόν απορρίπτει ρητά τη μη εθελοντική ευθανασία τιμωρώντας τον δράστη με τις διατάξεις του άρθρου 299, ακόμη και εάν αποκλειστικό κίνητρο είναι ο οίκτος¹⁸⁷. Επίσης και η διάταξη του άρθρου 301 ΠΚ¹⁸⁸ που ορίζει τα σχετικά με τη «συμμετοχή σε αυτοκτονία», θα αξιώσει εφαρμογή σε μία π.χ. ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Βάσει λοιπόν αυτού του νομοθετικού πλαισίου, που δεν μπορεί να ισχυριστεί κανείς ότι είναι αρκετά σαφές για το εξεταζόμενο θέμα, στο ελληνικό δίκαιο **αποτελούν τελικά άδικες πράξεις:**

α) Η ευθεία ενεργητική ευθανασία, που περιλαμβάνει και την αποσύνδεση από μηχανήμα τεχνητής διατήρησης στη ζωή.

β) Η παθητική ευθανασία παρά την αντίθετη βούληση του ασθενούς.

γ) Η παθητική ευθανασία (που περιλαμβάνει και τη μη ανανέωση οξυγόνου, ορού ή άλλων μέσων, σε περίπτωση τεχνητής παράτασης της ζωής) όταν ο ασθενής δεν

¹⁸⁴ Βλ. *Σύνταγμα της Ελλάδας*, 2008 (άρθρο 2 παρ. 1, άρθρο 5 παρ. 2), *Ποινικός Κώδικας*, (άρθρα 299-307). Πρβλ. Παναγοπούλου-Κουτνατζή, 2010, 122 και Βελλή, 2003, 123.

¹⁸⁵ Κατά το άρθρο 300 ΠΚ – Ανθρωποκτονία με συναίνεση, η ποινή κυμαίνεται από 10 ημέρες έως 5 χρόνια. *Ποινικός Κώδικας*, άρθρο 300.

¹⁸⁶ Κατά το άρθρο 299 ΠΚ - Ανθρωποκτονία με πρόθεση: «1. Όποιος με πρόθεση σκότωσε άλλον τιμωρείται με την ποινή του θανάτου ή με ισόβια κάθειρξη. 2. Αν η πράξη αποφασίστηκε και εκτελέστηκε σε βρασμό ψυχικής ορμής, επιβάλλεται η ποινή της πρόσκαιρης κάθειρξης». *Ποινικός Κώδικας*, άρθρο 299.

¹⁸⁷ Αυτό αποτελεί και τη βασική διαφορά της ελληνικής δικαστικής πρακτικής με αυτή των χωρών που προαναφέρθηκαν, καθώς και η απαίτηση των ελληνικών δικαστηρίων της ανίατης ασθένειας η οποία νοείται ως σωματική. Κωνσταντινίδης, 2007, 23, 27-28, Πρωτοπαπαδάκης, 1999, 17.

¹⁸⁸ Άρθρο 301 ΠΚ – Συμμετοχή σε αυτοκτονία: «Όποιος με πρόθεση κατέπεισε άλλον να αυτοκτονήσει, αν τελέστηκε η αυτοκτονία ή έγινε απόπειρά της καθώς και όποιος έδωσε βοήθεια σ' αυτή τιμωρείται με φυλάκιση. *Ποινικός Κώδικας*, άρθρο 301.

μπορεί να εκφράσει έγκυρη βούληση και η παράταση της φυσιολογικής-βιολογικής λειτουργίας του οργανισμού φαίνεται ακόμα εφικτή.

δ) Η θανάτωση, με πράξη ή παράλειψη, νεογέννητου που έχει σοβαρές επιβαρύνσεις, χωρίς όμως αυτές να αποκλείουν τη συνέχιση της φυσικής-βιολογικής λειτουργίας του οργανισμού του.

ε) Η κατάπειση εκείνου που πεθαίνει με επώδυνο τρόπο να αυτοκτονήσει ή η παροχή ουσιώδους βοήθειας σε αυτόν κατά την τέλεση της αυτοκτονίας.

Δεν είναι ούτε καν αρχικά άδικες πράξεις:

α) Η γνήσια ή κυρίως ευθανασία, η παροχή δηλαδή βοήθειας κατά τον θάνατο χωρίς σύντμηση της ζωής.

β) Η παθητική ευθανασία που γίνεται με τη σύμφωνη γνώμη ή κατ' απαίτηση του ασθενούς.

γ) Η αποχή του γιατρού από τη λήψη μέτρων που συνεπάγονται μόνο την τεχνητή παράταση της ζωής, όταν το άτομο δεν έχει εκφράσει διαφορετική βούληση.

Δεν είναι τελικά άδικη πράξη:

δ) Η έμμεση ενεργητική ευθανασία, όταν γίνεται στα πλαίσια εφαρμογής μιας ιατρικά αναγνωρισμένης μεθόδου¹⁸⁹.

Συνοψίζοντας, στο Ελληνικό Δίκαιο για καμιά περίπτωση ευθανασίας δεν υπάρχει γενικός κανόνας απαλλαγής από την ποινική ευθύνη και, επομένως, κάθε συγκεκριμένη περίπτωση πρέπει αναπόφευκτα να υποβάλλεται σε δικαστικό έλεγχο προκειμένου να κριθεί: α) αν ο θάνατος ήταν αποτέλεσμα ευθανασίας (ενεργητικής ή παθητικής) ή κοινής ανθρωποκτονίας από πρόθεση ή από αμέλεια, ή ανθρωποκτονίας από οίκτο (που προϋποθέτει σπουδαία και επίμονη απαίτηση –όχι απλή συναίνεση- του ανιάτως πάσχοντος), ή συμμετοχής σε αυτοκτονία, β) αν συντρέχει στο πρόσωπο του δράστη ο λόγος αποκλεισμού του αδίκου¹⁹⁰ ή γ) αν συντρέχει λόγος αποκλεισμού του καταλογισμού (ή κάποια ελαφρυντική περίπτωση)¹⁹¹.

Παρόλα αυτά, ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ – ν. 3418/2005) εισήγαγε μια σοβαρή καινοτομία στα δύσκολα ζητήματα που αφορούν ιατρικές αποφάσεις κοντά στο «τέλος της ζωής». Υιοθετώντας σύγχρονους προβληματισμούς, καθιέρωσε τον κανόνα που δεσμεύει τον γιατρό να ακολουθεί «παρηγορητική»

¹⁸⁹ Συμεωνίδου-Καστανίδου, 2007, 158-159, Βούλτσος, & Τσούγκας, 2008, 78.

¹⁹⁰ Αποκλεισμός του αδίκου μπορεί να υπάρξει κατ' εξαίρεση, μόνο όταν οι γενικώς παραδεκτοί κανόνες της ιατρικής επιστήμης και δεοντολογίας υπαγορεύουν στη συγκεκριμένη περίπτωση τη διακοπή μιας βεβαιωμένα μάταιης φαρμακευτικής ή άλλης υποστήριξης προκειμένου να συντομευθεί το στάδιο της οδυνηρότατης ή εξευτελιστικής επιθανάτιας αγωνίας. Βελλής, 2003, 129.

¹⁹¹ Βελλής, 2003, 130.

(ανακουφιστική) αγωγή (palliative care), όταν «εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια»¹⁹². Με τη διάταξη αυτή, το κοινό μας δίκαιο φαίνεται ότι υποδέχθηκε τη λεγόμενη «παθητική ευθανασία», το να «αφήνεις κάποιον να πεθάνει», όταν ό,τι και να κάνεις είναι μάταιο (letting die)¹⁹³. Αξιοσημείωτο είναι ότι ο νέος ΚΙΔ επιχειρεί να συμβιβάσει τη μέγιστη προστασία της ατομικής αυτοδιάθεσης και του αυτοκαθορισμού με τη μέγιστη δυνατή προστασία του ύψιστου στην ιεράρχηση εννόμου αγαθού της ανθρώπινης ζωής¹⁹⁴.

Παρατηρήσεις

Η αντιμετώπιση του προβλήματος της ευθανασίας συνδέεται βαθύτατα με τις κοινωνικές, ηθικές και θρησκευτικές αντιλήψεις ενός λαού σχετικά με το νόημα της ζωής και του θανάτου αλλά και με την αντίληψή μας για τον ρόλο και τις αρχές άσκησης του ιατρικού λειτουργήματος. Τούτο εξηγεί στο επίπεδο των προσπαθειών ρύθμισης του προβλήματος της ευθανασίας από το δίκαιο, γιατί δικαιοσυγκριτικές προσεγγίσεις μπορεί να είναι χρήσιμες, αποκαλύπτοντας το πώς άλλες έννομες τάξεις χειρίζονται το πρόβλημα, αλλά σίγουρα δεν μπορούν να αποτελούν αντικείμενο άκριτης υιοθέτησης ή να διεκδικούν έστω τον ρόλο κατευθυντήριων οδηγών.

Ως βασικός κανόνας σε όλες τις χώρες, ισχύει η αρχή ότι οποιαδήποτε αφαίρεση ζωής θεωρείται έγκλημα και τιμωρείται. Κατά τα τελευταία χρόνια, όμως, εμφανίζεται μια ανοχή σχετικά με την παθητική ευθανασία (αγγλικό και ιρλανδικό δίκαιο). Η κοινή γνώμη και ο νομικός και ο ιατρικός κόσμος στις περισσότερες χώρες, είναι αντίθετοι με την αποποινικοποίηση της ενεργητικής ευθανασίας και της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας λόγω των πολλών κινδύνων που εμπερικλείει. Κινήσεις για νομοθετική διευθέτηση του θέματος με παράλληλη τροποποίηση του Ποινικού Κώδικα παρατηρούνται σε αρκετές χώρες¹⁹⁵.

Βασική επιδίωξη όλων των ρυθμίσεων, ανεξαρτήτως του εάν ανταποκρίνονται στις αρχές που ακολουθεί ο ελληνικός πληθυσμός γενικά και ο ιατρικός κόσμος ιδιαίτερα, είναι η προσπάθεια να διαφυλαχτεί η εμπιστοσύνη που διέπει τις σχέσεις ασθενούς-γιατρού με στόχο την αποτελεσματική εφαρμογή οποιουδήποτε συστήματος υγείας. Όπως αναφέρεται στην εισαγωγική έκθεση του ολλανδικού νόμου: «Η ευθανασία δεν είναι θέμα των ιατρικών αλλά των κοινωνικών κανόνων,

¹⁹² Βλ. την παράγραφο 1 του άρθ. 29: «Ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής».

¹⁹³ Βιδάλης, 2007, 129-130. Πρβλ. Παναγοπούλου, 2010, 126.

¹⁹⁴ Βούλτσος & Χατζητολιός, 2008, 82.

¹⁹⁵ Κριάρη-Κατράνη-2003, 142-144.

της ηθικής και του νόμου. Οι σχετικοί κανόνες πρέπει να συνταχθούν από τον νομοθέτη και εάν εκείνος ολιγορήσει από τον δικαστή»¹⁹⁶.

Οι σύγχρονες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από πλουραλισμό και για τον λόγο αυτόν είναι ανάγκη να υπάρχει μια καταγραφή των απόψεων όλων των ενδιαφερομένων μερών. Στο Βέλγιο η συνεπής ακρόαση όλων των ενδιαφερομένων σε ειδικές συνεδριάσεις στο Κοινοβούλιο είχε ως αποτέλεσμα την αλλαγή των προσχεδίων του νόμου σχετικά με την ευθανασία δεδομένου ότι υποβλήθηκαν 600 τροπολογίες¹⁹⁷.

Η αναλγητική αγωγή και η φροντίδα των συγγενών και της οικογένειας του ασθενούς πρέπει να ενισχύεται. Το παράδειγμα της Γαλλίας¹⁹⁸ θα πρέπει να αποτελέσει αρχή σχετικού προβληματισμού και σε άλλες χώρες. Η θεωρία και η νομολογία πρέπει να επεξεργαστούν την έννοια της συναίνεσης, ώστε να είναι πράγματι ελεύθερη και να εκφράζει τη βούληση του ασθενούς¹⁹⁹.

¹⁹⁶ Βλ “Explanatory Memorandum” στο νομοσχέδιο που υπέβαλαν βουλευτές το 1998 στο Lower House of the States General σχετικά με την τροποποίηση του Ποινικού κώδικα στο *European Journal of Health Law*, 1998, 310: “...For euthanasia is not a case of medical but social norms as well as ethics and law. The norms and rules must be fixed by the legislator, and if this is not carried out, by the judge”. Πρβλ. Κριάρη-Κατράνη-2003, 155.

¹⁹⁷ Broeckaert, 2001, 101. Πρβλ. Κριάρη-Κατράνη, 2003, 155.

¹⁹⁸ Στη Γαλλία απαγορεύεται η αφαίρεση της ζωής και προβλέπονται υψηλές ποινές για τον δράστη. Η νομοθεσία της, όμως, αντιμετωπίζει με ιδιαίτερη ευαισθησία τη φροντίδα των ασθενών κατά τις τελευταίες στιγμές της ζωής τους. Ο νόμος της 9^{ης} Ιουνίου 1999 αναφέρεται στο δικαίωμα σε αναλγητική-παρηγορητική φροντίδα και προβλέπει ότι θα μπορεί να παρέχεται κατ’ οίκον ή σε ίδρυμα. Ο νόμος επιδιώκει να απαλύνει τον πόνο και να ηρεμήσει το ψυχικό άλγος, να βοηθήσει τους ασθενείς να διατηρήσουν την αξιοπρέπειά τους και να υποστηρίξει τους συγγενείς τους. Κριάρη-Κατράνη, 2003, 153.

¹⁹⁹ Κριάρη-Κατράνη, 2003, 155.

Β΄ ΜΕΡΟΣ

Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΩΣ ΗΘΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Η διαρκώς εντεινόμενη δυναμική της ευθανασίας βρίσκει την ανθρώπινη κοινωνία αδύναμη να την αξιολογήσει και να την κατατάξει. Τα νομικά συστήματα σε όλο τον κόσμο καθιστούν εμφανή την αμηχανία του νομοθέτη, το ιατρικό προσωπικό ταλαντεύεται μεταξύ ιατρικού καθήκοντος και της συμπόνιας προς τον ασθενή, η εκτελεστική εξουσία υπολογίζει το ενδεχόμενο κόστος της υιοθέτησης ή της απόρριψης της ευθανασίας. Η ευθανασία, όμως, πρωτίστως αποτελεί ένα ηθικό πρόβλημα. Συνεπώς η αξιολόγησή της είναι έργο της Ηθικής. Και τούτο διότι κανένας νόμος και καμία πρακτική δε μπορούν να διατηρήσουν την ισχύ και το κύρος τους στην περίπτωση που αντιστρατεύονται τα κελεύσματα της Ηθικής. Επιπλέον, κάθε τι που η ηθική αντίληψη μιας κοινωνίας θεωρεί άξιο, αργά ή γρήγορα επικυρώνεται και νομικά²⁰⁰.

Πολλά επιχειρήματα ηθικής φύσης χρησιμοποιούν τόσο οι υπέρμαχοι όσο και οι αντιτιθέμενοι στην ευθανασία. Ο ανυπόφορος και μη αντιμετωπίσιμος πόνος, τα ανθρωπιστικά αισθήματα του γιατρού και το καθήκον του να απαλύνει τον πόνο, η αναξιοπρέπεια και η έσχατη απελπισία του ασθενούς και ακόμη το δικαίωμα αυτοδιάθεσης του ανθρώπου συγκαταλέγονται στα επιχειρήματα που επικαλούνται οι υπέρμαχοι της ευθανασίας. Από την άλλη όμως, προβάλλονται η ιερότητα της ζωής, η πιθανότητα λάθους διάγνωσης, η ελπίδα στην πρόοδο της ιατρικής, η δυσχέρεια του ασθενούς να πάρει σωστές αποφάσεις σε τέτοιες ψυχικά επιβαρυντικές καταστάσεις, αλλά και η σημαντική δυνατότητα ανακούφισης του πάσχοντος με τα κατάλληλα υποστηρικτικά μέσα και τέλος η διολίσθηση σε επικίνδυνους κατήφορους.

Το πρόβλημα της ευθανασίας έχει πολλές πλευρές και τοποθετήσεις, θετικές ή αρνητικές, και όλες έχουν και τον αντίλογό τους.

²⁰⁰ Πρωτοπαπαδάκης, 2005, 75.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΥΠΕΡ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

1.1. Το ωφελμιστικό επιχείρημα

Μια σημαντικότερη κατηγορία ηθικών και νομικών επιχειρημάτων υπέρ της ευθανασίας είναι αυτά που διέπονται από την ωφελμιστική τους θεμελίωση.

Ο Ωφελμισμός των Jeremy Bentham²⁰¹ και John Stuart Mill²⁰², είναι κατεξοχήν τελεολογική, συνεπειοκρατική θεωρία που αξιολογεί την πράξη από τα αποτελέσματά της, δηλαδή από τις ευχάριστες ή δυσάρεστες συνέπειές της για το άτομο και το σύνολο το οποίο θεωρείται άθροισμα ατόμων. Κίνητρο της ανθρώπινης πράξης είναι εδώ η ηδονή και κριτήριο ηθικής αξιολόγησης η ωφέλεια που προκύπτει από την πράξη²⁰³.

Στο πλαίσιο του τρόπου σκέψης που διέπει τις δυτικές κοινωνίες, ο ηθικός κώδικας του ανθρώπου διαμορφώνεται όλο και περισσότερο με βάση τη λειτουργικότητα μιας πράξης και τη χρησιμότητά της για το κοινωνικό σύνολο. Η ηθική δικαιολόγηση της ευθανασίας ελέγχεται από την ωφέλεια που η διενέργειά της προσφέρει, τόσο στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, όσο και στον ίδιο τον ασθενή. Σύμφωνα με τη θεωρία της ωφελιμότητας είναι ηθικό ό,τι είναι ωφέλιμο. Σε ορισμένες περιπτώσεις η ζωή δεν είναι ωφέλιμη. Είναι ανώφελος πόνος η διαδικασία του θανάτου και είναι ανήθικο να μη βοηθούμε κάποιον να τη συντομεύσει.

Είναι γεγονός πως η ασθένεια, ιδιαίτερα όταν είναι ανίατη και ο θάνατος αργός, αποτελεί μεγάλο βάρος όχι μόνο για τον ίδιο τον ασθενή αλλά και για το περιβάλλον του. Ο πόνος, η απόγνωση, η βεβαιότητα του μαρτυρικού κι οδυνηρού θανάτου του αγαπημένου τους προσώπου, συχνά επιβαρύνουν, σε σημαντικό βαθμό, τους οικείους του ατόμου που νοσηλεύεται. Οι συγγενείς επιφορτίζονται με τη φροντίδα του αρρώστου, αφιερώνοντας σημαντικό κομμάτι του χρόνου τους,

²⁰¹ Στον Bentham (1748-1832) κυρίως ανάγεται η υιοθέτηση της γνωστής επιταγής «μεγαλύτερη ευτυχία για το μεγαλύτερο αριθμό ατόμων» με την ωφέλεια ως κριτήριο ηθικής αξιολόγησης. αλλά και η αρχή της ηθικής ισότητας «κανένας να μη λογαριάζεται περισσότερο από ένας» και ο διαβόητος «ηδονιστικός λογισμός» (hedonistic calculus), που επινοήθηκε για την ποσοτική μέτρηση των ηδονών που συνεπάγεται η πράξη. Ο Bentham έδωσε έμφαση στα ψυχολογικά κίνητρα της πράξης. Δραγώνα-Μονάχου, 2009_α, 116. Για τον Ωφελμισμό του Bentham βλ. J. Bentham, *An introduction to the principles of Morals and Legislation*, Oxford: Clarendon Press, 1907.

²⁰² Ο Mill (1806-1873) στον Ωφελμισμό του (1863) τροποποίησε (κατά πολλούς βελτιώνοντας) την ηθική θεωρία του Bentham, εγκαταλείποντας το ποσοτικό κριτήριο των ηδονών του Bentham και δίνοντας προτεραιότητα στις πνευματικότερες και υψηλότερες ηδονές. Δραγώνα-Μονάχου, 2009_α, 117. Για τον Ωφελμισμό του Mill βλ. J. S. Mill, 1863, *Utilitarianism*, London: Parker, Son, and Bourn, και την ελληνική μετάφραση J. S. Mill, *Ωφελμισμός*, Εισ.-Μτφ.-Σχ. Φ. Παιονίδης, Αθήνα: Πόλις, 2002.

²⁰³ Δραγώνα-Μονάχου, 2009_α, 116. Για τη θεωρία του Ωφελμισμού βλ. και Πελεγρίνη, 1997, 97-121.

αναστέλλοντας ή ματαιώνοντας κάθε δική τους δραστηριότητα²⁰⁴. Πολλές φορές ενδέχεται ο θάνατος του ασθενούς, να τους ανακουφίζει περισσότερο από ότι τον ίδιο, μολονότι η ανακούφιση αυτή είναι υποσυνείδητη και ανομολόγητη. Όταν λοιπόν, από τη μια πλευρά έχουμε τη φθορά και την καταδυνάστευση τόσων ανθρώπων, κι από την άλλη τη διατήρηση στη ζωή ενός ασθενούς που επιβιώνει χάρη στα παρεχόμενα ιατρικά μέσα, και που χωρίς τη συνδρομή τους θα ήταν ήδη νεκρός, η ευθανασία, κατά τους υποστηρικτές του ωφελμιστικού επιχειρήματος, μπορεί να δικαιολογηθεί ηθικά όχι μόνο ως πρακτική αλλά και ως επιλογή του ίδιου του πάσχοντος²⁰⁵.

Η παθιασμένη προσκόλληση στη ζωή, όταν αυτή πλέον χάνεται και μάλιστα επώδυνα, όταν κάθε ελπίδα έχει στερήσει, δεν είναι τίποτε άλλο παρά εγωισμός και δειλία. Το ενδιαφέρον για τους οικείους και η αξιοπρέπεια επιβάλλουν στον πάσχοντα την αυτόβουλη και θαρραλέα πράξη της απόφασης²⁰⁶. Μόνο στην περίπτωση που ο ασθενής δεν έχει τη δυνατότητα να εκφράσει τη θέλησή του το βάρος της απόφασης πέφτει στους συγγενείς. Θα ήταν ηθικά ανεπιθύμητο, ισχυρίζονται οι υπέρμαχοι του ωφελμισμού, να έχουμε έναν ηθικό κανόνα που θα απαιτούσε από τους ανθρώπους να διατηρούν τους άλλους ζωντανούς για όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο, ή ακόμα έναν κανόνα που θα απαιτούσε από τους γιατρούς να παρέχουν θεραπεία παράτασης της ζωής (life prolonging treatment, LPT) σε όλους όσους θα μπορούσαν να διατηρηθούν ζωντανοί²⁰⁷.

Ωφελμιστικά και πάλι σκεπτόμενοι, μπορούμε να υποθέσουμε ότι ο ανιάτως πάσχων που βρίσκεται σε τελικό στάδιο ασθένειας και υποφέρει από ακατάσχετους πόνους, επιλέγοντας την ευθανασία θα μπορούσε να ωφεληθεί όχι μόνο τον εαυτό του, αλλά και κάποιους ασθενείς που χρήζουν μεταμόσχευσης κάποιου οργάνου που θα μπορούσε να προσφέρει ο ευθανατούμενος.

²⁰⁴ Battin, 1992, 133-143.

²⁰⁵ «...ο τερματισμός της ζωής μπορεί να επιτραπεί μπροστά στο γεγονός πως ένα άτομο είναι βέβαιο πως θα πεθάνει και παράλληλα βιώνει πολύ έντονο πόνο ή έχει περιέλθει στην κατάσταση του φυτού, ενώ συγχρόνως η παράταση της ζωής του θα του προκαλούσε μόνο πόνο καθώς και βασανισμό στους άλλους...» Roy, 1996, 311.

²⁰⁶ «Καμιά από τις υπάρχουσες θεωρίες σχετικά με το τι κάνει τη ζωή αξία να βιωθεί δεν περιλαμβάνει στους σκοπούς της τη μακροζωία ως έναν αυτοσκοπό...ας σκεφτούμε τη ζωή ενός ατόμου με βιογραφικούς περισσότερο παρά με βιολογικούς όρους – ας τη σκεφτούμε ως ένα σύνολο επιτευγμάτων, εμπειριών, υποχρεώσεων κ.τ.λ. και όχι σαν μια τεθλασμένη γραμμή σε έναν ιατρικό καρδιογράφο. Τότε γίνεται προφανές πότε η ζωή κάποιου έχει ολοκληρωθεί. Όταν ένα άτομο (ή οι συγγενείς του) διαπιστώνουν πως η ιστορία της ζωής έχει ολοκληρωθεί, είναι ανεπίτρεπτο για τους γιατρούς να προσπαθούν να προσθέσουν ένα επιπλέον οδυνηρό κεφάλαιο». Economist, 1989, 19.

²⁰⁷ Gillon, 2007, 282.

Η διατήρηση, όμως, στη ζωή ενός ανθρώπου που δεν έχει ελπίδες ίασης, δεν έχει συναισθηματικό κόστος μόνο στο περιβάλλον του· δημιουργεί επιπλέον, βαρύτερες κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες. Τα τελευταία χρόνια οι τεχνικές διατήρησης στη ζωή ενός βαρέως πάσχοντος έχουν παρουσιάσει αλματώδη πρόοδο. Έτσι, μπορούν πλέον να διατηρηθούν στη ζωή για χρόνια, ασθενείς που πάσχουν από ανίατες και επώδυνες ασθένειες, οι οποίοι με την κατάλληλη καταστολή μπορούν για μεγάλα χρονικά διαστήματα να παραμείνουν ζωντανοί ή σε μια κατάσταση που μοιάζει με τη ζωή, αφού πολύ σπάνια ανακτούν τις αισθήσεις τους και μπορούν να λειτουργήσουν όπως πριν. Σε περίοδο, όμως, κατά την οποία τα συστήματα υγείας²⁰⁸ παγκοσμίως αντιμετωπίζουν έλλειψη πόρων αλλά και ανθρώπινου δυναμικού, αποτελεί ηθικό σφάλμα²⁰⁹, σύμφωνα με τους υποστηρικτές του εν λόγω επιχειρήματος, να διοχετεύονται προσπάθειες αλλά και τεχνικά μέσα στη νοσηλεία πασχόντων οι οποίοι αφενός δεν έχουν ελπίδα αποκατάστασης της υγείας τους, αφετέρου ίσως δεν επιθυμούν τη φροντίδα που τους παρέχεται και το μόνο που ζητούν είναι ο θάνατος. Οι ιατρικές δυνατότητες που εξαντλούνται στη χαμένη αυτή υπόθεση, ενάντια μάλιστα συχνά στη θέληση του άμεσα ενδιαφερόμενου, θα μπορούσαν να διοχετευθούν στην ανακούφιση περιπτώσεων περισσότερο ελπιδοφόρων²¹⁰.

Είναι δεδομένο πως ένας άνθρωπος που πεθαίνει βρίσκεται σε τόσο ψυχοφθόρο και επώδυνη – σωματικά και συναισθηματικά διαδικασία, ώστε τουλάχιστον οφείλουμε να του προσφέρουμε την καλύτερη δυνατή φροντίδα. Το ερώτημα όμως είναι έως πού πρέπει να προεκτείνεται η φροντίδα αυτή. Έχουμε, παραδείγματος χάριν, το δικαίωμα να διατηρούμε στη ζωή έναν ασθενή με τεχνητά μέσα, ενώ είναι βέβαιο πως δεν θα αποφύγει τον θάνατο ως αποτέλεσμα της πάθησής του, και ενώ γνωρίζουμε πως τα κονδύλια που αυτός απορροφά αφαιρούνται από την έρευνα και την καταπολέμηση ασθενειών οι οποίες αποτελούν μαστιγες για την ανθρωπότητα²¹¹; Είναι επίσης σωστό να αναλώνονται τόσες προσπάθειες και

²⁰⁸ Έχει υπολογιστεί ότι το 28% του συνόλου των δαπανών για την υγεία, που ανέρχεται σε 75 δις δολάρια, ξοδεύονται στα κρεβάτια της εντατικής θεραπείας και των βαριά ασθενών χωρίς ελπίδα αποκατάστασης, όπου οι δαπάνες είναι τετραπλάσιες των κανονικών νοσηλείων και διατίθενται για να διατηρηθούν στη ζωή ασθενείς τελικού σταδίου. Gillon, 2007, 286.

²⁰⁹ «Δεν έχουμε καμία ηθική υποχρέωση να χρησιμοποιούμε μέτρα που έχουν ελάχιστες πιθανότητες αποκατάστασης της ομαλής λειτουργικότητας. Δεν θέλουμε να διαθέτουμε χωρίς αποτέλεσμα πόρους για τις χειρότερες περιπτώσεις». Daniels, 2007, 298.

²¹⁰ «Το παράδοξο είναι πως μόνο με τη δυνατότητα του θανάτου μπορούμε να διασώσουμε ζωές περισσότερο άξιες να βιωθούν». Savulescu, 1994, 52.

²¹¹ Nowell, 1989, 125.

χρήματα για την παράταση μιας χαμένης υπόθεσης, όταν οι προσπάθειες και τα χρήματα αυτά πιθανότατα αφαιρούνται από ένα παιδί του τρίτου κόσμου ή από κάποιον έφηβο, ο οποίος με καλύτερη φροντίδα και περίθαλψη θα μπορούσε να ξεπεράσει τον οποιονδήποτε κίνδυνο υγείας και να γλιτώσει τη ζωή του²¹²; Για τους παραπάνω λόγους, οι περισσότεροι ωφελμιστές θεωρούν ότι «η νομιμοποίηση της ευθανασίας θα επέτρεπε τη μεταφορά ιατρικών πόρων από αυτούς που θέλουν να πεθάνουν σε εκείνους που θέλουν να ζήσουν»²¹³. Αυτό σημαίνει ότι τα χρήματα που θα εξοικονομούσαμε, αν επιτρέπαμε σε όσους επέλεγαν την ευθανασία να τερματίσουν τη ζωή τους, θα διοχετεύονταν στην υγειονομική περίθαλψη και στην προστασία άλλων περισσότερο άξιων προσοχής και πιο ευοίωνων περιπτώσεων²¹⁴.

Κάποιες άλλες φορές το ερώτημα δεν τίθεται στην παραπάνω ευρεία κοινωνική του βάση, αλλά σε στενότερη. Ο πατέρας, για παράδειγμα, ο οποίος με βεβαιότητα γνωρίζει πως θα πεθάνει από την ασθένεια που τον βασανίζει, έχει το ηθικό δικαίωμα να επιδιώξει την όσο δυνατόν μακρόχρονη διατήρησή του στη ζωή, με κόστος την οικονομική αφαίμαξη της οικογένειάς του; Όταν ξέρει πως με την επιλογή του αυτή θα στερήσει από τα παιδιά του τη δυνατότητα της αξιοπρεπούς διαβίωσης και θα τους αφαιρέσει την προοπτική για μόρφωση, δικαιώνεται ηθικά να παρατείνει όσο περισσότερο μπορεί τη χωρίς προοπτικές ζωή του²¹⁵;

Κατά τους υπέρμαχους του ωφελμιστικού επιχειρήματος, μερικές φορές είναι επιβεβλημένη η μη διατήρηση στη ζωή ασθενών για τους οποίους υπάρχει η βεβαιότητα πως η κατάστασή τους δεν είναι αναστρέψιμη. Το ίδιο ισχυρίζονται και για ασθενείς, για τους οποίους είναι βέβαιο πως δεν θα προκύψει κάποιο σημαντικό όφελος από την παράταση της ζωής τους, το οποίο να αντισταθμίζει την επιβάρυνση των ιδίων αλλά και του κοινωνικού συνόλου.

²¹² «Το σύστημα υγείας δεν μπορεί να περιθάλψει όλους τους ηλικιωμένους, ανίατους ασθενείς οι οποίοι θα μπορούσαν να επωφεληθούν από την καταπραϊντική αγωγή. Στις Ηνωμένες πολιτείες καταγράφονται περισσότεροι του ενός εκατομμυρίου θάνατοι ετησίως, την ώρα που τα προγράμματα νοσηλείας μπορούν να υπηρετήσουν διακόσιες χιλιάδες ασθενείς σε ετήσια βάση». Logue, 1994, 292.

²¹³ Daniels, 2007, 299.

²¹⁴ Savulescu, 1994, 52, Daniels, 2007, 299.

²¹⁵ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 69.

1.2. Η αξιοπρέπεια του ανθρώπου

Η ζωή, κατά γενική ομολογία, λογίζεται ως υπέρτατο αγαθό και περιβάλλεται με απόλυτη αξία αφού πάνω σ' αυτήν εδράζονται όλα τα υπόλοιπα αγαθά και οι αξίες του ανθρώπου. Κάποιες φορές, όμως, η αξιοπρέπεια θεωρήθηκε από τον άνθρωπο σημαντικότερος λόγος δράσης ακόμη και σε σχέση με την προσβολή του αγαθού της ζωής. Πράγματι, είναι δύσκολο να αναλογιστούμε κίνημα, ή επανάσταση, σε όλη την ιστορική διαδρομή του ανθρώπου, τα οποία δεν τοποθέτησαν την αξιοπρέπεια σε υψηλότερη θέση από την ίδια τη ζωή²¹⁶.

Πολλοί θεωρούν ότι η αξιοπρέπεια της ανθρώπινης ύπαρξης αποτελεί υψηλότερη αξία από την ίδια τη ζωή, αφού η ζωή ως δώρημα δεν μπορεί να έχει ηθική αξία. Αντίθετα, η αξιοπρέπεια, επειδή είναι ανθρώπινο επίτευγμα επιδέχεται ηθική αξιολόγηση. Έτσι το δικαίωμα στον θάνατο θεμελιώνεται στην υπεράσπιση ενός υψηλότερου αγαθού από τη ζωή, όπως είναι η αξιοπρέπεια. Υπό το πρίσμα αυτό, η επιλογή της επίσπευσης του θανάτου γίνεται ηθικό γεγονός υψηλής αξίας, ενώ ο ίδιος ο θάνατος ως φυσικό γεγονός δεν υπόκειται σε ηθική αξιολόγηση²¹⁷.

Σύμφωνα με τους υπέρμαχους της ευθανασίας, η ιδιότητα της ζωής αν και χρονικά και λογικά πρότερη οποιασδήποτε άλλης, δεν αποτελεί πάντοτε το βάθρο επί του οποίου μπορεί να υψωθεί η ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Αντίθετα, πολλές φορές, είναι το ανυπέρβλητο εμπόδιο που στερεί από τον άνθρωπο το υψηλό αυτό αγαθό. Η αξιοπρέπεια είναι έννοια περίπλοκη, δεδομένου ότι αποτελείται και συντίθεται από πολλές διαφορετικές μεταξύ τους ιδιότητες. Στην περίπτωση της ευθανασίας, για να καθορίσουμε τα συστατικά της αξιοπρέπειας θα πρέπει να ανατρέξουμε στον άνθρωπο που θα κριθεί αξιοπρεπής ή όχι, στον άνθρωπο που θα τύχει ευθανασίας. Αυτός είναι ο ασθενής που βρίσκεται σε τελικό στάδιο ανίατης ασθένειας, αντιμέτωπος με τη βεβαιότητα του θανάτου, ενός θανάτου επώδυνου και συχνά όχι τόσο σύντομου. Είναι περιστοιχισμένος από μηχανήματα υποστηρικτικά της ζωής, έντονα εξαντλημένος και ανήμπορος να καθορίσει τις κινήσεις του, ή ακόμη και να συμμετάσχει στις αποφάσεις που έχουν να κάνουν με τη ζωή του²¹⁸.

²¹⁶ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 71.

²¹⁷ «Η ηθική αντιμετώπιση του θανάτου μπορεί να αποκτήσει ισχύ μόνο κατά τις περιπτώσεις εκείνες που αυτός δεν είναι φυσικό γεγονός αλλά επιλογή του ατόμου, κάτι που προϋποθέτει την ύπαρξη άλλης εναλλακτικής λύσης. Μόνο ως άρνηση της ζωής, δηλαδή, μπορεί να αξιολογηθεί ηθικά η απόφαση κάποιου να πεθάνει». LaFollette, 1997, 53.

²¹⁸ Beauchamp, 1996, 24-25.

Αυτό που σίγουρα χρειάζεται αυτός ο άνθρωπος, είναι ο μόνιμος ή έστω και περιστασιακός έλεγχος του σώματός του. Είναι αδύνατο κάποιος ο οποίος δεν ελέγχει τις σωματικές του λειτουργίες και έχει επίγνωση του γεγονότος αυτού, να νιώθει αξιοπρεπής, όσο φυσικό και αν θεωρείται στην κατάστασή του να έχει χάσει τον έλεγχο του σώματός του²¹⁹.

Άλλος σημαντικός παράγοντας που διαμορφώνει την έννοια της αξιοπρέπειας για τον άνθρωπο που βρίσκεται στην παραπάνω κατάσταση, είναι αυτός της δυνατότητας αυτοδιάθεσης και αυτοκαθορισμού. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι ο εν λόγω ασθενής μπορεί να σηκωθεί από το κρεβάτι του και να φύγει, να αποφασίσει ο ίδιος αν θα του γίνει μία ένεση ή ακόμη και ποιος θα τον ακουμπήσει. Μαζί με τον σωματικό πόνο ο ασθενής βιώνει απώλεια και αποχωρισμό. Απλώς και μόνο επειδή είναι άρρωστος και βρίσκεται σε ένα νοσοκομείο, περιορίζεται ο χώρος του και η κινητικότητά του και του έχει αφαιρεθεί ο έλεγχος του φυσικού και διαπροσωπικού του περιβάλλοντος. Το κομοδίνο του χρησιμοποιείται και για άλλους σκοπούς, το κρεβάτι του δεν είναι το δικό του κρεβάτι. Διάφοροι άνθρωποι του μιλάνε και του απευθύνουν προσωπικές ερωτήσεις, πολύ συχνά μάλιστα χωρίς ούτε να χτυπήσουν την πόρτα πριν να μπούνε στο δωμάτιό του. Δεν μπορεί να διαθέσει όπως θέλει το χρόνο του, καθώς τον οδηγούν βιαστικά κάθε τόσο για να τον υποβάλλουν σε διάφορες εξετάσεις. Δεν μπορεί να δεχτεί τις επισκέψεις της οικογένειάς του όταν θέλει. Δέχεται την «εισβολή» συρίγγων, θερμομέτρων, χειρουργικών εργαλείων και του δίνουν την αίσθηση ότι έχει χάσει τον έλεγχο του σώματός του. Όταν κάποιος δοκιμάζεται από τέτοιες περιστάσεις, τότε αισθάνεται τη μοναξιά που συνοδεύει τον πόνο²²⁰ μαζί με μια βαθιά αναξιοπρέπεια.

Επιπλέον, η αδυναμία επαφής με το περιβάλλον, η έλλειψη συνειδητότητας, εκμηδενίζει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και είναι κάτι που ο ασθενής πολλές φορές φοβάται περισσότερο από τον πόνο ή τον θάνατο. Αυτό άλλωστε καταδεικνύει η ευρύτατη χρήση των «διαθηκών εν ζωή», το άγχος δηλαδή που διακατέχει τον ασθενή σε σχέση με το πώς η μοίρα ή οι συνάνθρωποί του θα συμπεριφερθούν στο σώμα του όταν ο ίδιος δεν θα μπορεί πλέον να έχει συνείδηση του περιβάλλοντος. Η πιθανότητα, εξαιτίας της πάθησής του να χάσει τη δυνατότητά του να επικοινωνεί με το περιβάλλον, τον κάνουν να νιώθει ότι μειώνεται και προσβάλλεται η έλλογη φύση του. Κανείς δεν θα ήθελε, εξάλλου, να μετατραπεί το άβουλο σώμα του σε λυπηρό

²¹⁹ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 72.

²²⁰ Πρωτοπρ. Αυγουστίδης, 2003, 105.

θέαμα για τους συγγενείς και σε πεδίο πειραματισμού για τους επιστήμονες²²¹. Πολλές φορές, λοιπόν, οι άνθρωποι που βρίσκονται στην κατάσταση αυτή, ζητούν ευθανασία όχι επειδή δεν μπορούν να αντέξουν τον οξύ πόνο, αλλά από τον φόβο της κωματώδους κατάστασης στην οποία είναι ενδεχόμενο να περιέλθουν κάποια στιγμή.

Ο φόβος και η αγωνία που νιώθουν πολλοί ασθενείς μπροστά στην προοπτική των χρόνιων ασθενειών που αναπόφευκτα καταβάλλουν τους πάσχοντες και τους οδηγούν στον θάνατο, έχουν τις ρίζες τους, τουλάχιστον εν μέρει, στον φόβο ότι η ιατρική τεχνολογία θα παρατείνει το μαρτύριό τους και ότι θα έχουν ελάχιστο έως καθόλου έλεγχο στην εφαρμογή της. Στο πλαίσιο αυτό, ισχυρίζονται οι υπέρμαχοι της ευθανασίας, η επανειλημμένη και σταθερή απόρριψη από πλευράς των εκπροσώπων του ιατρικού επαγγέλματος οποιασδήποτε συμμετοχής των γιατρών στην ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία, αρχίζει να φαίνεται ιδιοτελής. Η επαγγελματική τους ευσυνειδησία μοιάζει να είναι τυφλή και να κωφεύει στις εκφραζόμενες ανάγκες των ασθενών. Για τους πάσχοντες όμως το να πεθάνουν με αξιοπρέπεια γίνεται πιο σημαντικό από την παράταση της ζωής. Η άκαμπτη άποψη ότι οι γιατροί δεν πρέπει ποτέ να βοηθούν στην αυτοκτονία, αρνείται να λάβει υπόψη την πολυπλοκότητα των προσωπικών νοημάτων που μπορεί να έχει η ζωή και υπερασπίζεται με μονόπλευρη προσήλωση τη διατήρηση της ζωής με κάθε κόστος²²².

Άλλος κρίσιμος παράγοντας που καθορίζει το κατά πόσο η ύπαρξη ενός ανθρώπου χαρακτηρίζεται από αξιοπρέπεια ή όχι, είναι το αν ο άνθρωπος μπορεί να έχει μέσα του ελπίδα. Η αξιοπρέπεια μέσα στην απελπισία μπορεί να διαφυλαχθεί μόνο από ισχυρές φύσεις²²³. Έτσι, άνθρωποι που χάνουν την ελπίδα τους αλλά θέλουν να παραμείνουν αξιοπρεπείς, συχνά επιλέγουν να μην παραμείνουν στη ζωή. Σημαντικό ρόλο σε αυτή τους την απόφαση παίζει και η υστεροφημία τους, η εικόνα που αφήνουν ως ανάμνησή τους στους συγγενείς και τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Ορισμένοι άνθρωποι για λόγους αξιοπρέπειας θα προτιμούσαν να πεθάνουν παρά να αλλοιωθεί²²⁴ τελειώς η προσωπικότητά τους μέσα από τη φθορά στον χρόνο που προκαλούν οι σοβαρές ασθένειες, η αναπηρία και ο πόνος.

Οπότε, στο ζήτημα του εκούσιου θανάτου, οφείλουμε να αναγνωρίσουμε την επιθυμία ενός ανθρώπου που θέλει να διατηρήσει μια συγκεκριμένη ταυτότητα,

²²¹ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 73.

²²² «Η άρνηση των γιατρών να ασχοληθούν με τους ασθενείς τους στο επίπεδο του προσωπικού νοήματος της ζωής και του θανάτου καθρεπτίζει το πόσο στείρο και τεχνολογικό έχει καταντήσει το ιατρικό μας λειτούργημα». Cassel & Meier, 1990, 750-752. Πρβλ. Cranford, 2007, 224-225.

²²³ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 73.

²²⁴ Χαραλάμπους, 2006, 48.

συγκεκριμένα «πιστεύω» και αρχές²²⁵. Για λόγους αξιοπρέπειας, δηλαδή για λόγους συνειδητής διατήρησης μιας ιδιαίτερης ταυτότητας, είμαστε υποχρεωμένοι, διατείνονται οι θιασώτες της ευθανασίας, όχι μόνο να σεβαστούμε αλλά και να δεχτούμε την επιλογή ενός ασθενούς τελικού σταδίου που πάσχει από αφόρητους πόνους να τερματίσει τη ζωή του ως μια ηθικά αποδεκτή επιλογή, δίνοντας βάση όχι τόσο στο περιεχόμενο της ζωής που ζει κανείς, αλλά στην αναγνώριση από τον ίδιο τον δρώντα της αξίας της. Η αναγνώριση της αξίας της ανθρώπινης ζωής καθεαυτήν δεν υποδηλώνει, όπως συχνά υποστηρίζεται, ότι κάποιος έχει πάντοτε την υποχρέωση να ζει, αλλά προϋποθέτει την αντιμετώπιση της ζωής με τον απαιτούμενο σεβασμό που μπορεί να συνεπάγεται και την επιθυμία τερματισμού της. Έτσι, ο μόνος λόγος που θα δικαιολογούσε ηθικά τον εκούσιο τερματισμό της ζωής είναι η αδυναμία διατήρησης της αξιοπρέπειας²²⁶.

Πολλοί άνθρωποι επιλέγουν την ευθανασία θεωρώντας ότι αποτελεί μια αξιοπρεπή έξοδο²²⁷ από τη ζωή, όταν όλες οι άλλες έχουν σφραγιστεί. Κανένας άνθρωπος δεν είναι υποχρεωμένος, κατά τους υποστηρικτές της ευθανασίας, να ανέχεται πράγματα που τον υποβιβάζουν και τον προσβάλλουν. Ένα από αυτά είναι ο αδυσώπητος πόνος. Κάτι άλλο μπορεί να είναι το αποστειρωμένο και ψυχρό νοσοκομειακό περιβάλλον. Ένα τρίτο, και το σπουδαιότερο, είναι ο φόβος του μήπως γίνει πειραματόζωο στα χέρια της επιστήμης. Αυτό που περισσότερο φοβούνται οι ασθενείς είναι μήπως χάσουν τον έλεγχο και την αξιοπρέπειά τους και υποχρεωθούν να συνεχίσουν να ζουν ανάπηροι²²⁸ και υποφέροντας άσκοπα. Όπως έχουν επισημάνει οι Wanzer και συνεργάτες:

«Μια από τις ευρύτερα διαδεδομένες αιτίες άγχους μεταξύ των ασθενών, των οικογενειών τους και του γενικού κοινού είναι η αντίληψη ότι οι προσπάθειες των γιατρών να ανακουφίσουν τον πόνο είναι θλιβερά ανεπαρκείς. Λόγω αυτής

²²⁵ Χαραλάμπους, 2006, 48.

²²⁶ «...Μόνο τότε μπορεί η αυτοκτονία να συνιστά έκφραση σεβασμού προς ένα πρόσωπο. Όταν δηλαδή για παράδειγμα η ζωή σχετίζεται με τέτοιο αφόρητο πόνο, ούτως ώστε όλη η ζωή κάποιου να επικεντρώνεται στον πόνο». Velleman, 1999, 618. Πρβλ. Χαραλάμπους, 2006, 48.

²²⁷ Οι Στωικοί υπερασπίστηκαν σθεναρά το δικαίωμα του εκούσιου θανάτου, της «εύλογης εξαγωγής», ως έκφραση έσχατης ελευθερίας. Δραγώνα-Μονάχου, 1986, 49. Βλ. και Stuart et al, 1998, 19.

²²⁸ Χαρακτηριστική είναι η υπόθεση της Elizabeth Bouvia στην Αμερική. Η 26χρονη κοπέλα ζήτησε το 1983 από νοσοκομείο να της παρασχεθεί η δέουσα βοήθεια για να επιφέρει τον θάνατο στον εαυτό της μέσω αστίας. Αιτία η σωματική της αναπηρία που την έκανε να αισθάνεται μειονεκτική και η άτυχη προσωπική της ζωή. Η υπόθεση έφτασε στο Εφετείο της California, όπου αποφασίστηκε από το δικαστήριο πως το δικαίωμα στην ιδιωτικότητα (privacy) υποδεικνύει πως δεν χρειάζεται κάποιος να βρίσκεται σε κώμα ή πολύ κοντά στον θάνατο για να αρνηθεί την τροφή, ούτε απαιτείται να εξετάζονται τα εκάστοτε κίνητρα, παρά πρέπει να δίνεται στον ασθενή η δυνατότητα να πεθάνει με αξιοπρέπεια. Βλ. Standler, 2005, 82-92 διαθέσιμο στο: <http://www.rbs2.com/rtd.pdf> (ανακτήθηκε: 10-5-2012).

της θεωρούμενης επαγγελματικής ανεπάρκειας, οι άνθρωποι φοβούνται ότι οι γιατροί αφήνουν τους ετοιμοθάνατους ασθενείς να υποφέρουν άσκοπα. Πιστεύουμε ότι, σε μεγάλο βαθμό, οι φόβοι αυτοί είναι δικαιολογημένοι»²²⁹.

Αυτή η απώλεια της δυνατότητας ελέγχου που φοβούνται οι πάσχοντες συνδέεται στενά με την απουσία στενής σχέσης ασθενούς-γιατρού και την αντίληψη ότι δεν τους φροντίζουν συμπονετικοί γιατροί που θέτουν ως πρώτη προτεραιότητα το τι συμφέρει περισσότερο τους ασθενείς. Ο τεράστιος αντίκτυπος που είχε στο αναγνωστικό κοινό το βιβλίο του Derek Humphry *Final Exit*, το οποίο έχει πουλήσει περισσότερα από 500.000 αντίτυπα μέχρι σήμερα, αντικατοπτρίζει τη μαζική αποτυχία από πλευράς των Αμερικανών εκπροσώπων της ιατρικής να αναπτύξουν μια πρακτική ανθρωπιστικής φροντίδας στα πλαίσια της πολιτικής για τους ετοιμοθάνατους ασθενείς. Όπως έχουν παρατηρήσει ο Matthew Conolly και άλλοι: «Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα περισσότερα αιτήματα για ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία θα εξέλειπαν αν οι ασθενείς διαβεβαιώνονταν ότι θα τους παρεχόταν ανακούφιση όταν πονούσαν και υπέφεραν και ότι θα καταβάλλονταν προσπάθειες προαγωγής της αξιοπρέπειας και αυτάρκειάς τους»²³⁰.

Αυτό που θίγει με τον πιο βάνουσο τρόπο την αξιοπρέπεια ενός ανθρώπου, είναι η επίγνωση της αδυναμίας του να πραγματοποιήσει τη θέλησή του σε ότι έχει να κάνει με την ίδια του τη ζωή. Ίσως δεν μπορούμε να φανταστούμε πόσο αναξιοπρεπής αισθάνεται ο ασθενής όταν απεγνωσμένα αποζητά τον θάνατο, έναν θάνατο που αν μπορούσε θα τον προσέφερε ο ίδιος στον εαυτό του. Αντί αυτού όμως του προσφέρεται, χωρίς τη θέλησή του, μια ζωή γεμάτη πόνο και εξαθλίωση. Εδώ τίθεται ο ηθικός προβληματισμός: Πρέπει ο άνθρωπος όταν απογυμνώνεται από τις δυνάμεις του να στερείται τη δυνατότητα αυτοκαθορισμού του; Όταν ο ασθενής απαιτήσει να δοθεί τέλος στη ζωή του, -θα απαντήσουν οι υπέρμαχοι της ευθανασίας- οφείλουμε να του προσφέρουμε αυτό που ζητά, για να κρατήσουμε ανέπαφη την αξιοπρέπειά του και το δικαίωμά του να αυτοκαθορίζεται. Χωρίς δυνατότητα επιλογής δεν υπάρχει αξιοπρέπεια. Ο άνθρωπος σε οποιαδήποτε σωματική κατάσταση και αν βρίσκεται, έχει το δικαίωμα να ελέγχει τη μοίρα του²³¹. Ιδιαίτερα η

²²⁹ Wanzer et al, 1989, 844-849.

²³⁰ Conolly, 1989, 501-502.

²³¹ «Η πιο σημαντική πλευρά της υπόθεσης *Quinlan* ήταν το γεγονός πως το δικαστήριο αναγνώρισε το δικαίωμα ενός μη ικανού σωματικά ατόμου να αρνηθεί ιατρική θεραπεία βάσει του δικαίωματος της ιδιοτικότητας (privacy). Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 76.

απόφαση για ζωή ή θάνατο αποτελεί την κρισιμότερη υπαρξιακά απόφαση του ανθρώπου.

Κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα να επιλέγει, σύμφωνα πάντα με τους υπέρμαχους της ευθανασίας, τα πράγματα που θα του συμβούν, το αν θα πονά ή όχι, το πώς θα συμπεριφερθούν στο αδύναμο σώμα του, ακόμα και αν θέλει να συνεχίσει να κατοικεί μέσα σε αυτό. Είναι παράλογο, λένε, να εκπληρώνουμε κάθε άλλη επιθυμία ενός ασθενή σε τελικό στάδιο, ακόμη και την πιο παράλογη, πιστεύοντας πως μπορεί να είναι η τελευταία, και να κωφεύουμε μπροστά στη σταθμισμένη και ρητά εκπεφρασμένη επιθυμία του να πεθάνει. Μια τέτοια συμπεριφορά αποτελεί ευθεία και οξεία προσβολή της προσωπικότητάς του, και ο άνθρωπος αυτός δεν μπορεί, βέβαια να νιώθει αξιοπρεπής, όταν η ύπαρξή του έχει πλήρως απαξιωθεί²³².

Πολλές φορές, ωστόσο ισχυρίζονται, δεν είναι ο πόνος και η αμεσότητα του θανάτου που δημιουργούν στον ασθενή την επιθυμία να πεθάνει, αλλά αντίθετα, ο τρόπος που καλείται να ζήσει. Οι πάσχοντες, για παράδειγμα, που δεν βρίσκονται σε τελικό στάδιο αλλά αντιθέτως το προσδόκιμο επιβίωσής τους είναι μεγάλο, είναι όμως καθηλωμένοι ίσως και για πάντα στο νοσοκομειακό κρεβάτι δεν βρίσκουν κανένα νόημα να συνεχίσουν να ζουν αφού αισθάνονται πλήρως απαξιωμένοι²³³. Η χρήση του αναπνευστήρα κι άλλων υποστηρικτικών μέσων, εξασφαλίζουν μεν την επιβίωση ενός ασθενούς, αλλά η μόνιμη εξάρτηση από αυτά και η ενδεχόμενη αδυναμία επικοινωνίας με τους άλλους, του στερεί κάθε αξιοπρέπεια και καθιστά τη ζωή του ανάξια να βιωθεί²³⁴.

Πολλές φορές πάλι ο άνθρωπος αντιμετωπίζει τον θάνατο σαν επίλογο, ο οποίος δεν μπορεί παρά να ολοκληρώσει αρμονικά μια ζωή πλήρως εναρμονισμένος με τις ιδέες και τις αξίες που τη χαρακτήριζαν²³⁵. Έτσι, εκείνος που έζησε τη ζωή του έντονα και δυναμικά με γνώμονα τις αρχές της αυτοδιάθεσης, του σεβασμού προς

²³² Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 77.

²³³ «Πιστεύουμε πως κάθε λογικό ον δε θα ήθελε να διατηρείται με τεχνητό τρόπο στη ζωή, εάν βάσει τεκμηριωμένων κριτηρίων εξέλιπε κάθε δυνατότητα ανάνηψης». Crippen, 1991, 260.

²³⁴ «Η διατήρηση στη ζωή ενός τέτοιου ασθενούς ισοδυναμεί με υποβιβασμό του σε πράγμα - απλή βιολογική οντότητα - και άρα πρόκειται για παράνομη πρακτική που αντίκειται στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και λίγο απέχει, όπως και στην περίπτωση της εξαναγκαστικής θεραπείας, από την απάνθρωπη και ατιμωτική μεταχείριση, καθώς μάλιστα σε αυτές τις οριακές περιπτώσεις η αγωγή δεν είναι πλέον θεραπευτική, αλλά αγωγή παράτασης της ζωής. Η συνέχισή της προσκρούει στην ανθρώπινη αξία: ουσιαστικά ο ανήμπορος άνθρωπος καθίσταται μέσο για τη συνέχιση ευγενών μεν σκοπών, όπως ο σεβασμός στον όρκο του Ιπποκράτη, όχι όμως ικανών να ακυρώσουν το δικαίωμα να πεθάνει κανείς με αξιοπρέπεια». Τσαϊτουρίδης, 2002, 12.

²³⁵ Σύμφωνα με τον Dworkin «δεν υπάρχει αμφιβολία πως οι περισσότεροι άνθρωποι αντιμετωπίζουν τον τρόπο του θανάτου τους ως έχοντα ειδική, συμβολική σημασία. Επιθυμούν ο θάνατός τους, ει δυνατόν, να εκφράζει και με τον τρόπο αυτόν να επιβεβαιώνει έντονα τις αξίες που θεωρούσαν σημαντικότερες κατά τη διάρκεια της ζωής τους». Dworkin, 1993, 211.

τους άλλους, την αποφυγή του οίκτου τους, νιώθει ιδιαίτερα παράταιρο τον επίλογο της ζωής του όταν αυτός γράφεται σε ένα ιατρικό κρεβάτι, σε καθεστώς πλήρους εξάρτησης και αδυναμίας. Επιζητά την ευθανασία για να εξασφαλίσει την αρμονία ανάμεσα στην μέχρι τότε ζωή του και στον τρόπο του θανάτου του. Πιστεύει πως ένας σύντομος θάνατος κατά τον τρόπο που τον επιθυμεί, προωθεί και προάγει την αξιοπρέπειά του, αποδεικνύοντας έμπρακτα τον σεβασμό του για την ίδια τη ζωή²³⁶.

Σύμφωνα με τους παραπάνω λόγους, κατά τους υποστηρικτές του εν λόγω επιχειρήματος, ο άνθρωπος δικαιούται να απαιτήσει ευθανασία για λόγους προσωπικής αξιοπρέπειας, ακόμη και όταν η απαίτησή του αυτή δεν φαίνεται να βασίζεται απόλυτα στην ιατρική του κατάσταση. Υπάρχουν όμως και καταστάσεις που αντικειμενικά προσβάλλουν την αξιοπρέπεια του ανθρώπου και τον υποβιβάζουν σε ένα κατώτερο επίπεδο ύπαρξης, όπως αυτές που η ιατρική επιστήμη χαρακτηρίζει «φυτικές». Αυτό συμβαίνει όταν έχει χάσει αυτό που τον ξεχωρίζει από άλλες μορφές ζωής, δηλαδή τη συνειδητότητά του²³⁷. Στην κατάσταση αυτή δεν συνιστά πλέον πρόσωπο, διότι αυτό που τον διαφοροποιεί από τα άλλα όντα έχει πια εξαφανιστεί. Σύμφωνα με την άποψη του Peter Singer, ο πυρήνας της έννοιας «πρόσωπο» δίνεται κυρίως από τα χαρακτηριστικά της λογικότητας και της αυτοσυνειδησίας²³⁸. Η διατήρηση του ασθενούς σε μια κατάσταση μη συνειδητότητας, είναι ιδιαίτερα μειωτική για την αξιοπρέπειά του, έστω και αν ο ίδιος δεν έχει επίγνωση του γεγονότος αυτού. Η αίσθηση αυτή γίνεται πιο φανερή αν σκεφτούμε πώς αντιδρούμε σε αντίστοιχες περιστάσεις όταν οι πάσχοντες είναι ζώα²³⁹.

²³⁶ «Οι άνθρωποι που επιθυμούν έναν σύντομο και ειρηνικό θάνατο για τους ίδιους ή τους οικείους τους δεν αρνούνται ούτε περιορίζουν την ιερότητα της ζωής. Αντίθετα θεωρούν πως ένας συντομότερος θάνατος δείχνει μεγαλύτερο σεβασμό για τη ζωή από έναν παρατεταμένο». Dworkin, 1993, 238.

²³⁷ Crippen, 1991, 260.

²³⁸ «Το πρόσωπο διακρίνεται από ένα μέλος του βιολογικού είδους του ανθρώπινου όντος λόγω του ότι έχει ορισμένα χαρακτηριστικά που το κάνουν να έχει ιδιαίτερα ενδιαφέροντα που επηρεάζονται δυσμενώς με το να σκοτωθεί. Αυτό είναι που καθιστά τη ζωή ενός προσώπου πολύτιμη, ενώ εκείνη ενός ανθρώπινου όντος ως τέτοιου (μέλος του βιολογικού είδους) δεν είναι». Singer, 1993, 86-87.

²³⁹ «...Εάν καταλήξουμε στην παραδοχή πως δεν λειτουργεί το τμήμα του εγκεφάλου που μας καθιστά πρόσωπα, είναι εύλογο πως η συνεχιζόμενη υποστήριξη κατώτερων εγκεφαλικών λειτουργιών μπορεί ως αποτέλεσμα να έχει μόνο τον άσκοπο πόνο, μια κατάσταση στην οποία όταν βρίσκονται κατώτερα ζώα τους διενεργείται άμεσα ευθανασία». Crippen, 1991, 260.

1.3. Η αρχή της αυτοδιάθεσης του ατόμου-το δικαίωμα στον θάνατο

Μία από τις πλέον βασικές αρχές που χρησιμοποιούνται ως κριτήρια για την αντιμετώπιση των ηθικών διλημμάτων του τέλους της ζωής, είναι η *αρχή της αυτοδιάθεσης ή αυτονομίας* του ανθρώπου και η ελευθερία του. Η έννοια της αυτονομίας είναι δημιούργημα του Emmanuel Kant. Αλλά ο Kant εκφράζοντας γενικότερους προβληματισμούς και αντιλήψεις της εποχής του, προσπάθησε μέσω της αυτόνομης ηθικής να απαλλάξει τον άνθρωπο από την επιβολή της εκκλησιαστικής αυθεντίας. Γι' αυτό και η καντιανή αντίληψη της αυτονομίας δεν αναφέρεται στο κάθε άτομο, αλλά είναι μια γενική αντίληψη για την αυτονομία του ανθρώπου εν γένει, σύμφωνα με την οποία ο άνθρωπος μπορεί μέσω του πρακτικού λόγου να γνωρίσει τις βασικές ηθικές αρχές που μπορούν να ισχύουν για όλους²⁴⁰. Αντίθετα, η έννοια της αυτονομίας, που διαμορφώθηκε μέσα από την ιατρική πράξη στη μεταπολεμική περίοδο, δεν οδηγεί σε γενικεύσεις, αλλά απαιτεί να εξετάζεται κάθε περίπτωση ασθενούς χωριστά. Ακόμη, σημαίνει ότι υπερτερεί η ανθρώπινη ελευθερία, και ιδίως στην περίπτωση του πάσχοντος, έναντι οποιασδήποτε άλλης επιλογής ή θεώρησης²⁴¹.

«Αυτόνομος»²⁴² είναι ο δυνάμενος «εαυτόν νέμειν» όπως εκείνος θέλει, τουλάχιστον σε ζητήματα που έχουν άμεσο αντίκτυπο και αφορούν στην ύπαρξή του, ζητήματα που καθορίζουν εάν ο άνθρωπος λειτουργεί ως πρόσωπο ή ως προσωπαίο²⁴³. Κατά τον Kant, η αυτονομία αποτελεί το «θεμέλιο της ηθικότητας»²⁴⁴, ενώ η ετερονομία χαρακτηρίζεται ως «πηγή κίβληλων ηθικών αξιωμάτων»²⁴⁵. Η

²⁴⁰ «Η αρχή της αυτονομίας, όπως αναδύεται από την ηθική φιλοσοφία του Kant δεν είναι ένα είδος ατομικής αυτονομίας. Αντίθετα όπως εύστοχα δείχνει η βρετανή φιλόσοφος Onora O' Neil (2002, κεφ. 4), πρόκειται για ένα είδος αυτονομίας αρχών (principled autonomy), λογικών αρχών τόσο θεωρητικών όσο και πρακτικών, η οποία έχει καταστεί καθολικός νομοθέτης». Kalokairinou, 2007, 568.

²⁴¹ Πέτρου, 2007, 66-67.

²⁴² «Η λέξη «αυτονομία», προερχόμενη από την ελληνική λέξη εαυτός και νόμος, αρχικά χρησιμοποιήθηκε κατ' αναφορά προς την αυτοδιοίκηση και αυτοκυριαρχία των ανεξάρτητων ελληνικών πόλεων-κρατών. Η έννοια της αυτονομίας έκτοτε έχει επεκταθεί και στα άτομα και έχει αποκτήσει νοήματα ποικίλα όπως η αυτοδιοίκηση, τα δικαιώματα που στοιχειοθετούν την ελευθερία, η ιδιοτικότητα, η προσωπική επιλογή, η ελευθερία της βούλησης, η ελεύθερη διαμόρφωση της δράσης και της προσωπικότητας». Beauchamp & Childress, 1994, 120. Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 83.

²⁴³ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 83.

²⁴⁴ «Αυτονομία της θέλησης είναι η ιδιότητα της θέλησης να είναι η ίδια νόμος για τον εαυτό της (ανεξάρτητα από όλα τα χαρακτηριστικά των αντικειμένων της). Το αξίωμα λοιπόν της αυτονομίας είναι να μην εκλέγω άλλους γνώμονες, από εκείνους οι οποίοι μπορούν ταυτόχρονα να ισχύσουν μέσα στη θέλησή μου ως καθολικός νόμος». Kant, 1984, 97, 104.

²⁴⁵ Kant, 1984, 14 (σχόλιο του μεταφραστή Γ. Τζαβάρα). Σύμφωνα με τη διατύπωση του ίδιου του Kant «...όταν η θέληση ζητά τον νόμο έξω από τον εαυτό της μέσα στην υφή των αντικειμένων της, προκύπτει πάντα ετερονομία. Σε αυτήν την περίπτωση δεν δίνει η θέληση τον νόμο στον εαυτό της, αλλά το αντικείμενο [ο εκάστοτε υποκειμενικός σκοπός] μέσω της σχέσης του προς τη θέληση είναι αυτό που της δίνει τον νόμο». Kant, 1984, 98.

έννοια της ελευθερίας είναι καθοριστική για την εννοιολογική προσέγγιση της αυτονομίας της θέλησης²⁴⁶. Μόνο ο άνθρωπος μπορεί να αυτονομηθεί από το φυσικό γίγνεσθαι και να διαφοροποιηθεί με τον τρόπο αυτόν από τα υπόλοιπα έμβια όντα που υπακούουν τυφλά στους φυσικούς νόμους και την αιτιότητα. Τα ζώα ωθούμενα από το ένστικτο θα ενεργήσουν όπως τα προστάζει η ανάγκη, ο άνθρωπος, όμως, μπορεί να ξεπεράσει τις δεσμεύσεις που η φύση επιβάλλει στα υπόλοιπα έμβια όντα και να πράττει αντίθετα προς τους νόμους της φύσης, ως αποτέλεσμα της αυτόνομης βούλησής του. Έτσι μπορεί να κάνει πολέμους ή να θυσιάζει τον εαυτό του για έναν σκοπό, απλά επειδή το επιθυμεί, γνωρίζοντας συγχρόνως ότι αυτό είναι επιβλαβές για αυτόν. Και η ηθικότητα, όμως, είναι αποκλειστικά ανθρώπινη ιδιότητα. Μόνο ο άνθρωπος ενεργώντας με γνώμονα την ελεύθερή του βούληση μπορεί να ενεργήσει ηθικά επιλήσιμα ή κατά τρόπο επαινετό²⁴⁷.

Οι υποστηρικτές της ευθανασίας επικαλούνται ως θεμέλιο των επιχειρημάτων τους την αυτονομία του ατόμου, την «ελευθερία» δράσης του²⁴⁸. Προβάλλουν ως επιχείρημα ότι ένας άνθρωπος επιβάλλεται να αφήνεται ελεύθερος να πραγματοποιεί τις επιθυμίες που εκφράζουν τη φύση του, με το σκεπτικό ότι μόνο αυτός γνωρίζει την ύπαρξή του και νοηματοδοτεί την έννοια της ευημερίας του. Το συγκεκριμένο άτομο συνεπάγεται ότι, όχι μόνο έχει μια επιθυμία, που στην προκειμένη περίπτωση είναι ο τερματισμός της ζωής του, αλλά είναι συνάμα προικισμένο με την αναγκαία ικανότητα στοχασμού, κριτικής σκέψης, έχει αυτογνωσία και αυτοέλεγχο, ώστε να διακρίνει τις επιθυμίες τις ταιριαστές στην «ατομικότητά» του. Ο ασθενής, ο οποίος ζητά να τερματίσει τη ζωή του με τη βοήθεια του γιατρού, σύμφωνα με τους υπέρμαχους του εν λόγω επιχειρήματος, αναλαμβάνει κάθε ευθύνη και υφίσταται τις συνέπειες του αιτήματός του και κανείς δεν έχει την εξουσία να τον παρεμποδίσει, καθώς κρίνεται ότι η επιλογή του είναι ελεύθερη και δεν βλάπτει τους συνανθρώπους του²⁴⁹.

Τα άτομα θεωρούνται ότι έχουν την ελευθερία να επιδιώκουν οποιονδήποτε στόχο επιθυμούν υπό τον όρο ότι δεν παρεμβαίνουν στους σκοπούς των άλλων. Στην

²⁴⁶ Σύμφωνα με τον Kant «η θέληση είναι ένα είδος αιτιότητας των ζωντανών όντων, κατά το μέτρο που αυτά είναι έλλογα, και η ελευθερία είναι η ιδιότητα αυτής της αιτιότητας να μπορεί να πράξει ανεξάρτητα από ξένα καθοριστικά αίτια». Kant, 1984, 106.

²⁴⁷ Πρωτοπαλαδάκης, 2003, 84.

²⁴⁸ Emanuel, 1999, 630-631.

²⁴⁹ Emanuel, 1999, 631-632. Πολλοί υποστηρίζουν μάλιστα ότι υπάρχει συνταγματικά κατοχυρωμένο «δικαίωμα στον θάνατο», το οποίο πηγάζει από το δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού του ατόμου, που κατοχυρώνεται στο άρθρο 5 παρ. 1 Συντάγματος. Συμεωνίδου, 2007, 147, Συμεωνίδου, 2001, 152 κ. ε.

ιατρική ηθική αυτό έχει συνοψιστεί ως η έννοια της «αυτονομίας». Οι Beauchamp και Childress, διακρίνουν μεταξύ του «είμαι αυτόνομος» και του «με σέβονται ως αυτόνομο δρων υποκείμενο», εξηγώντας ότι «το να σέβεται ένα αυτόνομο δρων υποκείμενο σημαίνει...να αναγνωρίζεις το δικαίωμα του προσώπου αυτού να έχει απόψεις, να κάνει επιλογές, και να προβαίνει σε πράξεις βασιζόμενος σε προσωπικές αξίες και πεποιθήσεις»²⁵⁰. Αυτή η ιδέα του σεβασμού του δικαιώματος που έχει ένα πρόσωπο να λαμβάνει αποφάσεις για την ιατρική φροντίδα που βασίζονται στο σύστημα αξιών του, έχει γίνει ο κεντρικός μοχλός της σύγχρονης βιοηθικής και για πολλούς επαγγελματίες της ιατρικής φροντίδας η έννοια του σεβασμού της αυτονομίας ή αυτοδιάθεσης, έχει καταστεί η αρχή που υπερέχει όλων των άλλων αρχών²⁵¹.

Κανένα δικαίωμα δεν είναι πιο ιερό, ούτε προστατεύεται με μεγαλύτερη μέριμνα από το κοινό δίκαιο, από το δικαίωμα κάθε ατόμου να κατέχει και να ελέγχει τον ίδιο του τον εαυτό, ελεύθερο από κάθε περιορισμό ή παρέμβαση των άλλων, εκτός από τη σαφή και αδιαμφισβήτητη εξουσία του νόμου. Και δεν μπορούμε να δούμε τους εαυτούς μας ως αυτόνομες υπάρξεις που, ως τέτοιες αξίζουν σεβασμό, αν γνωρίζουμε ότι οι αποφάσεις μας περί ζωής ή θανάτου μπορούν να αναιρεθούν από ανθρώπους που δεν συμμερίζονται τις αξίες μας ή δεν αναγνωρίζουν το δικαίωμά μας να ζούμε τη ζωή μας – και, όταν είναι ανάγκη, να πεθαίνουμε – σύμφωνα με αυτές²⁵². «Να πεθάνεις περήφανα, όταν δεν είναι πια μπορετό να ζεις περήφανα...Θα έπρεπε, από αγάπη για τη ζωή, να θέλουμε διαφορετικό τον θάνατο, ελεύθερο, συνειδητό, δίχως το τυχαίο, δίχως τον αιφνιδιασμό...» γράφει ο Νίτσε στο *Λυκόφως των ειδώλων*²⁵³.

Η ζωή δεν έχει πάντοτε ενδογενή αξία. Υπάρχουν συνθήκες στις οποίες οι άνθρωποι δεν εκτιμούν τη συνέχιση της ύπαρξης αυτή καθεαυτή και δεν είναι σε θέση να γεμίζουν τη ζωή τους με εμπειρίες και δραστηριότητες, που γενικά προσδίδουν αξία στη ζωή τους, κάνοντάς την ωφέλιμη ή καλή γι' αυτούς. Η περίπτωση της «μόνιμης (επίμονης) φυτικής κατάστασης» (persistent vegetative state, PVS), είναι το καλύτερο παράδειγμα συνθηκών στις οποίες πολλοί άνθρωποι δεν εκτιμούν τη συνέχιση της ζωής χάριν της ζωής. Ένας ασθενής σε κατάσταση «φυτού» έχει χάσει κατά τρόπο μη αναστρέψιμο κάθε ικανότητα συνειδητής εμπειρίας. Πολλοί

²⁵⁰ Beauchamp & Childress, 1994, 125.

²⁵¹ Chambers, 2007, 192-193.

²⁵² Davis, 2007, 164, 182.

²⁵³ Νίτσε, 2010, 104-105.

άνθρωποι λένε ότι δεν θα ήθελαν να συνεχίσουν να ζουν αν έμεναν «φυτά», γεγονός που θέτει υπό αμφισβήτηση το αν οι περισσότεροι εκτιμούν όντως τη συνέχιση της ζωής αυτής καθεαυτής, πέρα από οποιαδήποτε εμπειρία στη ζωή αυτή²⁵⁴.

Η ζωή αυτή καθεαυτή όχι απλώς μπορεί να κριθεί ότι δεν έχει αξία ή δεν είναι καλή, τουλάχιστον από κάποιους ανθρώπους κάτω από κάποιες συνθήκες, αλλά η εμπειρία των ανθρώπων μπορεί επίσης να καταλήξει να έχει αρνητική αξία ή να είναι κακή γι' αυτούς. Αυτό αποδεικνύεται ίσως σαφέστερα από τη γενική παραδοχή ότι οι διανοητικά ικανοί ασθενείς δικαιούνται ή έχουν το ηθικό δικαίωμα να αρνηθούν τη θεραπεία διατήρησης της ζωής. Ένας λόγος στον οποίο βασίζεται η παραδοχή αυτή είναι η πολύ υψηλή αξία που αποδίδει η κοινωνία μας στην ατομική αυτοδιάθεση ή αυτονομία. Ο λόγος αυτός φυσικά ελάχιστα αποδεικνύει για το αν η ζωή ενός ασθενούς δεν έχει πια αξία ή δεν είναι καλή γι' αυτόν. Η αξία της αυτοδιάθεσης θα μπορούσε να αιτιολογήσει τον σεβασμό της επιλογής του ασθενούς από τους άλλους, ακόμα και αν ο ασθενής κάνει λάθος που δεν αποδίδει πια αξία στη ζωή του. Επιπλέον, όσο μεγαλύτερη ηθική σπουδαιότητα δικαιολογημένα αποδίδουμε στην ατομική αυτοδιάθεση, τόσο σοβαρότερο είναι το κακό που κάνουμε στους ανθρώπους διατηρώντας τους σε μια ζωή που δεν τη θέλουν ή που δεν θα ήθελαν να διατηρηθεί²⁵⁵.

Η ηθική σπουδαιότητα της αυτοδιάθεσης του ατόμου στην επιλογή της συνέχισης ή του τερματισμού της ζωής απαιτεί την αναγνώριση του γενικού δικαιώματος των διανοητικά ικανών ατόμων να κάνουν αυτή την επιλογή σύμφωνα με τις δικές τους αξίες. Όταν πρέπει να αποφασίζουν οι νόμιμοι αντιπρόσωποι για λογαριασμό των διανοητικά ανίκανων ατόμων, πρέπει να ισχύουν πιο ουσιαστικές και διαδικαστικές δικλείδες ασφαλείας. Το σωστό και βάσει αρχών σκεπτικό για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με οριακές ηθικά αιτιολογημένες περιπτώσεις αφαίρεσης ζωής, είναι η εκτίμηση των ωφελειών και βαρών των εναλλακτικών λύσεων από πλευράς του ασθενούς. Δεν δικαιολογείται, ισχυρίζονται οι υπέρμαχοι της ευθανασίας, γενική προκατάληψη υπέρ της ζωής. Η εναλλακτική λύση της διατήρησης της ζωής συνεπάγεται τον κίνδυνο παραβίασης του σημαντικού ηθικού δικαιώματος της αυτονομίας, στο οποίο αποδίδεται θεμελιώδης σημασία στις περισσότερες σκέψεις περί ηθικής, καθώς επίσης και στον νόμο, και το οποίο

²⁵⁴ Brock, 2007, 206-207.

²⁵⁵ Brock, 2007, 207-209.

θεμελιώνει το δικαίωμα άρνησης της ανεπιθύμητης θεραπείας διατήρησης της ζωής²⁵⁶.

Αν επιλέξουμε να θεσπίσουμε κοινωνικές πολιτικές που αναγνωρίζουν το δικαίωμα του ασθενούς να αρνείται τη θεραπεία διατήρησης της ζωής, τότε δεν μπορούμε, διατείνονται οι υποστηρικτές της ευθανασίας, να περιορίσουμε το δικαίωμα αυτό ώστε να αποκλείεται η νομιμότητα της αυτοκτονίας ή των ποικίλων μορφών υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, περιλαμβανομένης της ευθανασίας. Από την άλλη, αν μείνουμε αμετακίνητα πιστοί στην απόρριψη κάθε μορφής ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και ευθανασίας, τότε δεν μπορούμε να συνεχίσουμε να ισχυριζόμαστε ότι οι ασθενείς έχουν ισχυρό δικαίωμα ως αυτόνομα όντα να αρνούνται τη θεραπεία διατήρησης της ζωής. Δεν υπάρχει εφαρμόσιμη «μέση οδό»²⁵⁷.

Η αγωνία του ανθρώπου να ορίζει εκείνος τη μοίρα του ακόμη και σε ακραίες καταστάσεις, εκδηλώνεται ολοφάνερα μέσα από τις «εν ζωή διαθήκες» (living wills) ή «εκ των προτέρων οδηγίες» (advance directives), η χρήση των οποίων είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη σε χώρες όπως η Αμερική, η Ολλανδία, η Γερμανία και άλλες. Με την ιδιότυπη αυτή διαθήκη κάποιος εξασφαλίζει ότι θα μπορεί αυτόνομα να διαχειριστεί τη ζωή του όταν πλέον θα έχει χάσει τη δυνατότητα να εκφράζεται ή να ενεργεί. Η ισχύς ενός τέτοιου εγγράφου βασίζεται στην παραδοχή πως ο θάνατος του ανθρώπου και ο τρόπος με τον οποίο αυτός θα επέλθει είναι ένα καίριο προσωπικό του ζήτημα²⁵⁸, στο οποίο ο ίδιος πρέπει αυτόνομα να αποφασίσει σύμφωνα με την επιθυμία και την κρίση του²⁵⁹.

Ένα επιχείρημα των αντιτιθέμενων στην ευθανασία επικαλείται το συμφέρον της πολιτείας να προστατεύει τη ζωή. Η επίκληση αυτού του πολιτειακού συμφέροντος είναι κοινή στις νομικές υποθέσεις σχετικά με τη θεραπεία διατήρησης της ζωής. Όπως αποφάνθηκε το Ανώτατο Δικαστήριο των Ηνωμένων Πολιτειών στην υπόθεση Cruzan, «η πολιτεία Μισούρι έχει γενικό συμφέρον να προστατεύει και να διατηρεί την ανθρώπινη ζωή»²⁶⁰. Σύμφωνα, όμως, με τους υπέρμαχους της

²⁵⁶ Brock, 2007, 211.

²⁵⁷ Davis, 2007, 161-162.

²⁵⁸ Βλ. σχετ. άρθ. 9 της *Σύμβασης του Οβιέδο*, και Capron, 2001, 299 κ.ε.

²⁵⁹ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 92.

²⁶⁰ Μια ακόμη υπόθεση σταθμός για την νομική αντιμετώπιση της ευθανασίας στις Η.Π.Α. είναι αυτή της Nancy Beth Cruzan. Η 25χρονη κοπέλα, ύστερα από ένα σοβαρότατο αυτοκινητιστικό δυστύχημα υπέστη βαρύτατες νευρολογικές βλάβες και τετραπληγία. Κατόπιν παραμονής σε κώμα επί τρεις εβδομάδες ανέκτησε ένα ελάχιστο, περιστασιακό και σπάνιο ποσοστό επαφής με το περιβάλλον. Η διατροφή της γινόταν με ειδικό σωλήνα. Από την στιγμή που φάνηκε πως δεν υπήρχαν ελπίδες

ευθανασίας, όταν ένα άτομο δεν έχει πλέον συμφέρον ή επιθυμία να συνεχίσει να ζει, δεν υπάρχει σημαντικό πολιτειακό συμφέρον διατήρησης της ζωής για να αντιταχθεί στο συμφέρον του ίδιου του ατόμου. Ούτε έχει θέση σε μια κοινωνία που θεωρεί τα άτομα υπό βαθύτερη έννοια ανθρώπους ελεύθερους και με δικαίωμα αυτοδιάθεσης, η επιβολή μιας αντίληψης που θα ισοδυναμούσε με ιδιοκτησιακό συμφέρον για τις ζωές των πολιτών της. Η αντίληψη αυτή, δεν θα μπορούσε να αιτιολογήσει τον εξαναγκασμό τους να ζήσουν, όταν η ζωή τους έχει γίνει πλέον γι' αυτούς βάρος και ανεπιθύμητη. «Από το δικαίωμα στη ζωή δεν μπορεί να συναχθεί, συνεπώς, μια υποχρέωση στη ζωή»²⁶¹.

Αν η πολιτεία είχε έννομο και ισχυρό συμφέρον διατήρησης της ανθρώπινης ζωής αφ' εαυτής, χωρίς να την ενδιαφέρει αν η ζωή αυτή ήταν καλή ή επιθυμητή για το άτομο που θα τη ζούσε, τότε το συμφέρον αυτό θα ερχόταν σε σύγκρουση με οποιαδήποτε απόφαση συντόμευση της ζωής, συμπεριλαμβανομένων των εύλογων επιλογών των διανοητικά ικανών ασθενών να παραιτούνται από τις θεραπείες διατήρησή τους στη ζωή. Τα δικαστήρια που έχουν εξετάσει το πιθανολογούμενο συμφέρον της πολιτείας να διατηρεί τη ζωή σε περιπτώσεις παραίτησης των ασθενών από τη θεραπεία υποστήριξης της ζωής, αποφαινόμενα μέχρι σήμερα σταθερά, ότι το συμφέρον αυτοδιάθεσης²⁶² του ασθενούς είναι ισχυρότερο και πιο καθοριστικό²⁶³.

βελτίωσης, οι γονείς ζήτησαν την διακοπή της διατροφής της κόρης τους από τον ειδικό σωλήνα. Το ιατρικό προσωπικό αρνήθηκε και τον Μάιο του 1987 ο πατέρας της ξεκίνησε δικαστικό αγώνα εναντίον του νοσοκομείου, με σκοπό να εξαναγκασθεί το προσωπικό να τερματίσει την ζωή της κόρης του. Σε πρώτο βαθμό δικάστηκε, αλλά το Ανώτατο Δικαστήριο του Missouri ανέτρεψε την πρωτόδικη απόφαση, εκφράζοντας την δυσφορία του διότι, επί τη βάση του δεδικασμένου της υπόθεσης Quinlan, δίδεται τόσο εύκολα από τα δικαστήρια έγκριση για ευθανασία σε μη δυνάμενους να εκφράσουν την άποψή τους ασθενείς. Η απόφαση εφεσιβλήθηκε το 1990 στο U.S. Supreme Court. Με ψήφους 5-4 κρίθηκε συνταγματική η απόφαση του Missouri Supreme Court. Επίσης το δικαστήριο έκρινε πως το Σύνταγμα δεν παρέχει δικαίωμα σε κανέναν να αποφασίζει στην θέση κάποιου άλλου, αντίθετα με ότι είχε καθιερώσει η υπόθεση Quinlan. Τον Δεκέμβριο του 1990, ύστερα από την κατάθεση φίλων και συνεργατών της Cruzan σχετικά με τις απόψεις της για τη ζωή και για σχετικούς με την ευθανασία διαλόγους, το δικαστήριο επέτρεψε την απομάκρυνση του σωλήνα διατροφής. Επιπλέον δέχθηκε πως πνευματικά ικανοί ασθενείς έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν θεραπεία, καθιστώντας παράλληλα σαφές πως σε περιπτώσεις ευθανασίας σε κωματώδεις ασθενείς πολύ χρήσιμες για το δικαστήριο είναι οι advance directives. Βλ. Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, 110 S. Ct. 2841 (1990). Standler, 2005, 93-138, Πρωτοπαπαδάκης, 1999.

²⁶¹ Παναγοπούλου-Κουτνατζή, 2010, 123, Brock, 2007, 212-213.

²⁶² Βλ. για παράδειγμα, την υπόθεση της Clair Congroy στις ΗΠΑ, μιας κατάκοιτης υπερήλικης η οποία έπασχε από γεροντική άνοια και τρεφόταν με τη βοήθεια ειδικού σωλήνα. Η επαφή της με το περιβάλλον ήταν αμυδρή και πάρα πολύ σπάνια. Ο ανιψιός της, ο οποίος και τη φρόντιζε, ζήτησε το 1985 να αποσυρθεί ο σωλήνας που επέτρεπε τη διατροφή της ώστε να επέλθει ο θάνατος, υποστηρίζοντας πως αυτό θα ήταν το πιο αξιοπρεπές για τη θεία του, θα σταματούσε τον πόνο και θα ήταν σίγουρα και δική της επιλογή, εάν μπορούσε να συνειδητοποιήσει την κατάστασή της και να εκφραστεί. Πριν ολοκληρωθεί η διαδικασία, η Congroy πέθανε από φυσικά αίτια. Το δικαστήριο έκρινε πως το δικαίωμα κάποιου να αρνηθεί την ιατρική θεραπεία δεν πρέπει να του στερείται επειδή απλώς δεν είναι ικανός να το απαιτήσει. Επιχείρημά του ήταν πως η έννοια του αυτοκαθορισμού μπορεί να προεκταθεί και σε έναν αναπληρωτή, εάν υπάρχουν «σαφείς αποδείξεις» ότι το άτομο θα επέλεγε αυτή

Επιπλέον, σύμφωνα με τον Peter Singer, από τη στιγμή που λαμβάνουμε υπόψη την επιθυμία των ανθρώπων που εκφράζουν τη θέληση τους να συνεχίσουν να ζουν, πρέπει να σεβόμαστε και την επιθυμία εκείνων που δεν θέλουν να ζουν πια. Και αυτό διότι, η άρνηση της ζωής είναι αναφαίρετο δικαίωμά τους το οποίο έγκειται στην αρχή της αυτονομίας²⁶⁴.

Ο θάνατος πολλές φορές είναι κάτι παραπάνω από ένα απλό τέλος, είναι ο επίλογος της πορείας ενός ανθρώπου στη ζωή. Από την άποψη αυτή πρέπει να συνάδει με τον τρόπο που ο άνθρωπος έζησε, πρέπει να αντιπροσωπεύει τις αξίες που εκείνος όσο ζούσε πρέσβευε και να εκφράζει τον χαρακτήρα του και την προσωπικότητά του. Για τον λόγο αυτόν βλέπουμε ότι οι ασθενείς που ενώ η επιστήμη τους εγγυάται ανώδυνη παράταση της ζωής τους με αντάλλαγμα την εξάρτησή τους από έναν αναπνευστήρα ή την καταστολή της πνευματικής τους ενάργεια, εν γένει την απώλεια της αυτονομίας τους, αυτοί επιμένουν να τους διενεργηθεί ευθανασία²⁶⁵. Αυτό που επιθυμούν είναι να ελέγξουν τον θάνατό τους όπως ήλεγχαν και τη ζωή τους. Επιδιώκουν έναν «καλό θάνατο», και τέτοιος μπορεί να είναι μόνο εκείνος που βρίσκεται υπό τον έλεγχό τους και τους επιτρέπει να «αναχωρήσουν» με έναν απόλυτα αξιοπρεπή τρόπο. Ο θάνατος είναι ιδιωτική υπόθεση²⁶⁶. Η απόφαση του ασθενούς όποια και αν είναι αυτή, πρέπει να γίνει σεβαστή, διότι είναι μια αυτόνομη απόφαση. Σε περίπτωση που αυτό δεν συμβεί, προσβάλλεται άμεσα η προσωπικότητά του²⁶⁷. Όπως γράφει ο Σενέκας στο *Epistulae morales ad Lucilium* «...ο άνθρωπος γενικώς οφείλει να κάνει τη ζωή του αποδεκτή και από τους άλλους, τον θάνατό του όμως μόνο από τον ίδιο. Γιατί ο καλύτερος θάνατος είναι αυτός που αρέσει σε μας. Όποιος αναθέτει τον θάνατό του στη μοίρα κλείνει τον δρόμο προς την ελευθερία. Το καλύτερο δίδαγμα του αιώνιου νόμου είναι ότι μας επέτρεψε μία είσοδο στη ζωή αλλά πολλές εξόδους»²⁶⁸.

τη λύση εάν ήταν ικανό να αποφασίσει. Βλ. "Euthanasia: Right-to-Die Cases" Διαθέσιμο στο: <http://www.euthanasia.cc/cases.html> καθώς και τις υποθέσεις των Quinlan, Brother Fox, Colyer, Bouvia, Cruzan, Terri Schiavo, ασθενών που διεκδίκησαν το δικαίωμά τους στον θάνατο στην Αμερική στο: Sandler, 2005, 11-148 διαθέσιμο στο: <http://www.rbs2.com/rtd.pdf> (ανακτήθηκαν: 10-5-2012).

²⁶³ Brock, 2007, 212-213.

²⁶⁴ Singer, 1993, 195.

²⁶⁵ Logue, 1994, 299.

²⁶⁶ Πελεγρίνης, 1985, 128.

²⁶⁷ «Δεν έχει νόημα να συζητούμε για την ευθανασία επί τη βάσει της αποδοχής ή της απόρριψής της. Το βασικό ερώτημα είναι εάν αποδεχόμαστε το δικαίωμα των ανθρωπίνων όντων να αποφασίζουν μόνα τους περί του τρόπου που θα λάβει τέλος η ζωή τους». Heintz, 1994, 1656.

²⁶⁸ Emanuel, 1994, 1893, Δραγώνα-Μονάχου, 2006, 122-123.

1.4. Δεοντοκρατία - η κατηγορική προσταγή του Kant

Στον αντίποδα των ωφελμιστικών απόψεων βρίσκονται οι δεοντοκρατικές θεωρίες, κύριος εκπρόσωπος των οποίων θεωρείται ο γερμανός φιλόσοφος Immanuel Kant (1724-1804). Οι Δεοντοκράτες υποστηρίζουν ότι πρέπει να θέτουμε εκ των προτέρων κάποιες ηθικές αξίες (a priori αρχές), απέναντι στις οποίες οφείλουμε να είμαστε συνεπείς. Μια πράξη, υποστηρίζουν, είναι ορθή εφόσον είναι το είδος της πράξης το οποίο υπαγορεύει κάποιος γενικός κανόνας ανεξάρτητα από τα αποτελέσματα και τις συνέπειες που αυτή μπορεί να έχει²⁶⁹.

Οι δεοντοκρατικές θεωρίες συνήθως, αλλά όχι πάντοτε, απορρέουν από την ηθική φιλοσοφία του Kant και, κυρίως, υπό τη μορφή που αυτή διατυπώνεται από την κατηγορική προσταγή: «πράττε μόνο σύμφωνα με ένα τέτοιο γνώμονα, μέσω του οποίου μπορείς συνάμα να θέλεις, αυτός ο γνώμονας να γίνει καθολικός νόμος»²⁷⁰. Αυτή είναι η αρχική διατύπωση της μιας και μόνης καθολικής προσταγής, η οποία όμως μπορεί να αναλυθεί και σε διαφοροποιημένες κάθε φορά διατυπώσεις, όπου τονίζονται άλλα στοιχεία πέρα από την αναγκαιότητα το υποκειμενικό αξίωμα να συσχετίζεται και να ταυτίζεται με τον καθολικό νόμο. Έτσι, μπορούμε να σταθούμε στη διατύπωση της κατηγορικής προσταγής σε σχέση με την αντιμετώπιση της ανθρωπότητας ως αυτοσκοπού: «Πράττε έτσι ώστε να χρησιμοποιείς την ανθρωπότητα, τόσο στο πρόσωπό σου όσο και στο πρόσωπο κάθε άλλου ανθρώπου, πάντα ταυτόχρονα ως σκοπό και ποτέ μόνο ως μέσο»²⁷¹. Ή ακόμη και στην αναγκαιότητα συμμετοχής στο κράτος των σκοπών: «Πράττε σαν να ήσουν πάντα, χάρη στους γνώμονες σου, ένα νομοθετικό μέλος του κράτους των σκοπών»²⁷².

Η ελευθερία των δρώντων να απορρίπτουν μια επιλογή και να καταφεύγουν σε μια άλλη ανά πάσα στιγμή, αποτελεί συστατικό όρο της ανθρώπινης πράξης, καθώς μέσω αυτής επιλέγεται η ηθικότητα, η οποία προϋποθέτει την ελευθερία και πηγάζει από τη δυνατότητα του να πράττουμε αλλιώς. Η ελευθερία στην πράξη συνδέεται άμεσα με την επιλογή του ατόμου να πράττει βάσει κανόνων που θα μπορούσαν να γίνουν δεκτοί από όλους τους ανθρώπους ως ηθικά αξιόλογοι, όπως επιλέχθηκαν και από τον ίδιο. Από αυτό το σημείο διαφαίνεται η ανάγκη για καθολίκευση της ηθικής πράξης, δηλαδή για την αναζήτηση των αντικειμενικών εκείνων κριτηρίων που καθιστούν τον ηθικό πρακτικό λόγο κοινά αποδεκτό.

²⁶⁹ Kalokairinou, 2007, 567.

²⁷⁰ Kant, 1984, 71.

²⁷¹ Kant, 1984, 81.

²⁷² Kant, 1984, 94.

Από την πλευρά μιας δεοντοκρατικής ηθικής θεωρίας, όπως η καντιανή, παρατηρεί κανείς ότι η αυτοκτονία είναι ηθικά αποδοκιμαστέα. Και αυτό διότι σύμφωνα με την πρώτη διατύπωση της κατηγορικής προσταγής, ο «γνώμονας αυτής της πράξης δεν μπορεί να γίνει καθολικός νόμος της φύσης και κατά συνέπεια συγκρούεται εντελώς με το ανώτατο αξίωμα κάθε καθήκοντος»²⁷³. Επιπλέον, σύμφωνα με τη δεύτερη διατύπωση της κατηγορικής προσταγής, αυτός που αυτοκτονεί χρησιμοποιεί τον εαυτό του, δηλαδή ένα πρόσωπο, μόνο ως μέσον και όχι ως αυτοσκοπό, όπως πάντα οφείλει²⁷⁴. Από τέλειο, λοιπόν, καθήκον προς τον εαυτό μας ο καθένας μας πρέπει να διατηρήσει τη ζωή του, ακόμη και όταν, παρά «την άμεση ροπή μας προς αυτήν»²⁷⁵, επιθυμούμε τον θάνατο. Άλλωστε τότε μόνο έχει ηθική αξία η διατήρηση της ζωής μας, όταν γίνεται δηλαδή από καθαρό σεβασμό στον ηθικό νόμο²⁷⁶.

Έτσι, όταν ο ηθικά ενεργών αποδώσει ύψιστη αξία στην ανθρώπινη ζωή, οφείλει να είναι συνεπής στην ηθική του αρχή και να προστατεύσει την ανθρώπινη ζωή πέρα από διακρίσεις και περιπτώσιολογίες. Το ίδιο συνεπής, όμως, οφείλει να είναι ο Δεοντοκράτης και όταν θέσει ως ύψιστη ρυθμιστική αρχή των πράξεων και της βούλησής του οποιονδήποτε άλλο όρο αντί εκείνου της ζωής²⁷⁷. Αν η ζωή, λοιπόν, είναι καθήκον απέναντι στον ίδιο μας τον εαυτό, τότε σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να αποδεχτούμε εμείς και πολύ περισσότερο οι τρίτοι (οι γιατροί, οι συγγενείς μας) την πράξη της ευθανασίας ή της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας²⁷⁸.

Ωστόσο, σύμφωνα με τους υπέρμαχους της ευθανασίας, σε περιπτώσεις «αδυναμίας διατήρησης της αξιοπρέπειας» και «ως έκφραση σεβασμού προς ένα πρόσωπο» γίνεται ηθικά αποδεκτή η ευθανασία και η ιατρική συνδρομή σε αυτοκτονία²⁷⁹. Η ουσία της αποδοχής της ευθανασίας έγκειται στο ότι η ζωή του ανθρώπου αποτελεί μεν ύψιστο αγαθό και την προϋπόθεση κάθε νοητού δικαιώματος, συνδέεται όμως η ίδια άρρηκτα με την αυτονομία. Δεν ενδιαφέρει, επομένως,

²⁷³ Kant, 1984, 73.

²⁷⁴ Kant, 1984, 82. Πρβλ. Καρανικόλα, 2007, 78-79.

²⁷⁵ Στο έργο του *Η Μεταφυσική των Ηθών* ο Kant, στρέφεται ρητά κατά της αυτοκτονίας, θεωρώντας την ως έγκλημα και ως προσβολή ενός καθήκοντος προς τον εαυτό μας. Ένα από τα κύρια επιχειρήματα του είναι ότι η ανθρώπινη ύπαρξη ως υποκείμενο της ηθικότητας είναι αυτοσκοπός, ενώ εξολοθρευόντας την ο αυτοκτόνος τη χρησιμοποιεί ως μέσο. Για τον άνθρωπο είναι φυσικό να θέλει να ζήσει, είναι όμως ηθικό να διατηρεί τη ζωή του ό,τι και αν του συμβεί. Διαφέρει λοιπόν η «άμεση ροπή» για ζωή από το καθήκον για τη διατήρησή της. Βλ. Kant, 1984, 39 υποσημ. 46 (σχόλιο του μεταφραστή Γ. Τζαβάρα).

²⁷⁶ Kant, 1984, 39.

²⁷⁷ Πελεγρίνης, 1997, 80.

²⁷⁸ Βιδάλης, 2007, 131.

²⁷⁹ Χαραλάμπους, 2006, 48.

υποστηρίζουν, ως ένα απλό σύνολο βιοχημικών δεδομένων – όπως συμβαίνει στους μικροοργανισμούς, τα ζώα ή τα φυτά – αλλά ως μια οντολογική ενότητα ταυτόχρονα βιολογική και διανοητική. Αν δεν ίσχυε κάτι τέτοιο, θα δεχόμαστε καταστάσεις πλήρως ετεροκαθοριζόμενων ανθρώπων, εντελώς αδύναμων «που θα υπέφεραν γι' αυτό την πλήρη απαξίωση, στο όνομα είτε κάποιων επιστημονικοφανών φαντασιώσεων είτε μιας άκριτης μεταφυσικής πίστης στο θαύμα»²⁸⁰.

Τι σημαίνει στην περίπτωση της ευθανασίας, όμως, να αντιμετωπίζεται ο πάσχων ως σκοπός; Με ποιον γνώμονα και πάνω σε ποιους άξονες πρέπει να διαμορφώνεται η στάση και η προσέγγιση του περιβάλλοντός του, ιατρικού και συγγενικού; Πάνω στη βάση των αρχών της συμπάθειας και του ανθρωπισμού, απαντούν οι υποστηρικτές της ευθανασίας. Η συμπάθεια είναι μια χαρακτηριστική ανθρώπινη ιδιότητα, που μας βοηθάει να προσεγγίσουμε τον τρόπο που αισθάνεται ένας συνάνθρωπός μας, να κρίνουμε τι θα νιώθαμε ή τι θα επιθυμούσαμε οι ίδιοι αν βιώναμε την ίδια κατάσταση με εκείνον²⁸¹. Η ρυθμιστική αρχή της βούλησής μας, η οποία μας ωθεί να συνδράμουμε τον συνάνθρωπό μας στην άσκηση ενός δικαιώματός του όταν ο ίδιος αδυνατεί να το ασκήσει, θα μπορούσε να καταστεί παγκόσμιος νόμος, δυνάμει της αρχής της συμπάθειας και της κοινής φύσης των ανθρωπίνων όντων. Με διαφορετική διατύπωση, οφείλουμε να βοηθούμε τους συνανθρώπους μας να ασκούν τα δικαιώματά τους όταν αυτοί αδυνατούν, διότι μπορεί και οι ίδιοι να βρεθούμε στη θέση τους και, στην περίπτωση αυτή, θα θέλαμε να τύχουμε της συνδρομής που τώρα καλούμαστε να παράσχουμε²⁸².

Σύμφωνα με την καντιανή κατηγορική προσταγή, η στάση μας απέναντι στους ανθρώπους δικαιώνεται ηθικά, όταν δεν αποτελεί μοχλό επίτευξης προσωπικών επιδιώξεων ανεξάρτητων από την συμπαθητική στάση απέναντι τους. Εκείνος, για παράδειγμα, ο οποίος διακινδυνεύοντας τη ζωή του, σώζει έναν συνάνθρωπό του, έχει διαπράξει μια ηθικά επαινετή πράξη μόνο εάν αποσκοπούσε στη σωτηρία και μόνο του συνανθρώπου του. Εάν, όμως, επιτέλεσε την αγαθή αυτή πράξη για να αποκτήσει προβολή ή με σκοπό να επιβραβευθεί υλικά ή ηθικά, η πράξη του δεν έχει θετική ηθική αξία, από τη στιγμή που χρησιμοποίησε έναν άνθρωπο ως μέσο επίτευξης

²⁸⁰ Βιδάλης, 2007, 135.

²⁸¹ Beauchamp & Childress, 1994, 466.

²⁸² Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 99.

άλλων σκοπών. Μια τέτοια πράξη είναι προϊόν υπολογισμού και καιροσκοπικής διάθεσης, άρα δεν μπορεί να κριθεί σε καμία περίπτωση ως αποδεκτή ηθικά²⁸³.

Κάθε φορά, λοιπόν, που εισδύουν στη συλλογιστική μας σχετικά με την ηθική δικαίωση της ευθανασίας έννοιες ξένες προς τον συνάνθρωπό μας που την αιτείται, διαπράττουμε ακριβώς αυτό το ηθικό σφάλμα: αντιμετωπίζουμε έναν άνθρωπο όχι ως σκοπό, αλλά ως μέσο για να γίνει ή να μην γίνει κάτι. Ο γιατρός που σκέφτεται την εξασφάλιση της θέσης του φοβούμενος ότι η διενέργεια της ευθανασίας θα τον καταστήσει υπόδικο ίσως και άνεργο, ο νομοθέτης που επιδιώκει να προλάβει την κακή ή ανεξέλεγκτη εφαρμογή της, ο οικείος που επωμίζεται το βάρος του ασθενούς, όλοι αυτοί προσεγγίζουν τον πάσχοντα ως μέσο. Με τον τρόπο αυτόν, όμως, το πραγματικό συμφέρον του ασθενούς δεν υπηρετείται, αφού η εστίαση γίνεται σε άλλους στόχους.

Η συμπαθητική στάση απέναντι στον συνάνθρωπό μας που αιτείται τη διενέργεια ευθανασίας δεν μπορεί να στηρίζεται, βέβαια, μόνο στην απαίτησή του, διότι τότε η πράξη θα είναι ηθικώς αδιάφορη ή ακόμη χειρότερα ανεύθυνη. Εάν το κίνητρο είναι απλά η εκπεφρασμένη επιθυμία, τότε πάλι ο άνθρωπος γίνεται περισσότερο μέσον παρά σκοπός, αφού το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, δεν είναι το καλό του συνανθρώπου μας αλλά η δική μας απαλλαγή από μια διλημματική κατάσταση. Αυτό που πρέπει να συμβαίνει είναι να κρίνουμε και να αποφασίσουμε βάσει των βέλτιστων συμφερόντων του²⁸⁴. Στην πραγματικότητα η αίτηση για ευθανασία δεν γίνεται από τον πάσχοντα αλλά από την κατάστασή του. Ο διενεργών την ευθανασία πρέπει να κρίνει εάν η συνέχιση της ζωής θα είναι προς όφελος ή, αντίθετα, εις βάρος των συμφερόντων του ασθενούς. Η στάση αυτή πηγάζει από την εκτίμηση και κατανόηση των συμφερόντων του πάσχοντος βάσει της συμπάθειας, άρα εμπερικλείει ηθική αξία. Φαντάζει, μάλιστα, ως ηθικό καθήκον απέναντι στον συνάνθρωπό μας αφού αυτός αποτελεί σκοπό²⁸⁵.

²⁸³ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 98-99.

²⁸⁴ «Όλες οι περιπτώσεις ενεργητικής και παθητικής θανάτωσης πρέπει να πληρούν συγκεκριμένα κριτήρια, όπως η στάθμιση ωφελειών και βλαβών για τον ασθενή, για να κριθεί το κατά πόσο θα γίνουν αποδεκτές». Beauchamp & Childress, 1994, 225.

²⁸⁵ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 102-103.

1.5. Το ανθρωπιστικό επιχείρημα

Η γενικότερη στάση του ανθρώπου μπροστά στον θάνατο είναι αρνητική. Ιδίως στη σύγχρονη πραγματικότητα οι άνθρωποι που δεν αντιμετωπίζουν κάποιο μεγάλο και σοβαρό πρόβλημα υγείας, βλέπουν στην πλειονότητά τους θετικά τη ζωή και αρνητικά τον θάνατο. Αντίθετα, ερώτημα θετικό απέναντι στον θάνατο ίσως μπορεί να θέσει μόνο εκείνος που υφίσταται μια ιδιαίτερα επώδυνη ασθένεια χωρίς ελπίδες βελτίωσης και βλέπει ότι η ζωή του δεν έχει πλέον αξία. Στην περίπτωση αυτή, αυτό που εύχεται ο πάσχων είναι ένας κατά το δυνατόν ανώδυνος, αξιοπρεπής και σύντομος θάνατος, με άλλα λόγια ένας θάνατος ανθρώπινος.

Αυτό ακριβώς εξασφαλίζει η ευθανασία στον πάσχοντα άνθρωπο, σύμφωνα με τους υπέρμαχους της ευθανασίας. Ο ασθενής που υποφέρει και έχει αιτηθεί να του διενεργηθεί ευθανασία, αυτό που ζητά δεν είναι τίποτε άλλο παρά η ικανοποίηση μιας επιθυμίας η οποία είναι κοινή σε κάθε άνθρωπο, και ο καθένας στη θέση του θα ζητούσε το ίδιο: να τελειώσει τη ζωή του ανθρώπινα. Είναι όμως πράξη ανθρωπισμού η ευθανασία; Τι είναι αυτό που καθιστά τον τρόπο του θανάτου απάνθρωπο;

Το πιο πειστικό επιχείρημα, βέβαια, δεν είναι άλλο από τον αφόρητο πόνο. Κάθε άνθρωπος είναι ευαίσθητος στο ζήτημα αυτό, κάθε άνθρωπος, επικαλούμενος τον ανθρωπισμό μας, μπορεί να μας ζητήσει να τον απαλλάξουμε από αυτόν. Ο κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας ορίζει ως ηθικό καθήκον του γιατρού την ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο. Όταν απουσιάζει ο πόνος ο πάσχων είναι ευκολότερο να ανεχθεί την προοπτική του θανάτου, καθώς ο θάνατος μπορεί να είναι ανεπαίσθητος, ο αβάσταχτος πόνος όμως, υπερβαίνει κατά πολύ κάθε άλλο δυσάρεστο συναίσθημα²⁸⁶ και πολλές φορές φαντάζει τρομερότερος και από τον ίδιο τον θάνατο²⁸⁷.

Κάθε άνθρωπος βέβαια, αντιμετωπίζει διαφορετικά τον πόνο, ο οποίος είναι μια καθαρά προσωπική υπόθεση και καθορίζεται από ατομικά κριτήρια και ιδιότητες²⁸⁸. Αυτό σημαίνει πως η αίτηση για ευθανασία που στηρίζεται στην αδυναμία του πάσχοντος να αντέξει τον πόνο πρέπει να γίνεται σεβαστή, σύμφωνα με τους υποστηρικτές του εν λόγω επιχειρήματος, διότι αφενός δεν υπάρχει ορισμός του «αφόρητου πόνου» και αφετέρου δεν έχει σημασία εάν αυτός είναι σωματικής ή

²⁸⁶ Γκμπάντι, 2007, 7.

²⁸⁷ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 112.

²⁸⁸ Μέχρι σήμερα η εκτίμηση του πόνου βασίζεται αποκλειστικά στα υποκειμενικά κριτήρια που έχουν προκαθοριστεί με επιστημονικές διεργασίες από τη Διεθνή Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου. Γκμπάντι, 2007, 13, 19.

ψυχικής προέλευσης. Άλλωστε είναι αδύνατο και άσκοπο να εξετάσουμε και να αναλύσουμε την πηγή της οδύνης του πάσχοντος, αφού η οδύνη από όπου και εάν προέρχεται, όταν συνοδεύει τις τελευταίες στιγμές ενός ανθρώπου τις καθιστά αφόρητες και απάνθρωπες. Όταν λοιπόν η κατάσταση του ασθενούς είναι μη αναστρέψιμη και η επέλευση του θανάτου βέβαιη, τότε καθήκον του συνανθρώπου είναι να καταστήσει τον θάνατο του πάσχοντος κατά το δυνατόν ανώδυνο, άρα περισσότερο ανθρώπινο. Ο θεράπων γιατρός, ιδιαίτερα, δικαιώνεται απολύτως ηθικά, εάν επιλέξει τη διενέργεια ευθανασίας με κίνητρο να απαλλάξει τον πάσχοντα από την περιττή οδύνη του τέλους, διότι υπάρχει μια ποιοτική ηθική διαφορά ανάμεσα στο «να είσαι χορηγός του θανάτου» και «να βοηθάς τον ασθενή στη δύσκολη διαδικασία του θανάτου»²⁸⁹. Η ευθανασία αποτελεί στην περίπτωση αυτή, ανθρωπιστικό καθήκον του γιατρού.

Ο άνθρωπος, πολλές φορές, μπορεί να υποφέρει περισσότερο από τον φόβο του ανεξέλεγκτου πόνου παρά από τον ίδιο τον πόνο²⁹⁰. Από τη στιγμή που η κατάστασή του κρίνεται ως μη αναστρέψιμη, η προοπτική του επώδυνου θανάτου είναι ξεκάθαρη, πράγμα που καθιστά τον φόβο για το άμεσο μέλλον αφόρητο. Ένας τέτοιος ασθενής, σαφώς και θα επιθυμούσε να έχει τη δυνατότητα να ζητήσει να τερματιστεί η ζωή του, και η επιθυμία του αυτή να γίνει σεβαστή. Ακόμη και αν δεν βρει ποτέ το θάρρος να τη ζητήσει, και μόνο η ύπαρξη αυτής της δυνατότητας μπορεί να τον ανακουφίσει από τον φόβο ενός αργού και επώδυνου θανάτου που δεν θα μπορούσε να αντέξει. Με τον τρόπο αυτόν η προοπτική του τέλους της ζωής του καθίσταται περισσότερο ανθρώπινη²⁹¹.

Απάνθρωπος θάνατος, όμως, είναι και αυτός που επέρχεται στο ψυχρό περιβάλλον μιας μονάδας εντατικής θεραπείας, την ώρα που ο ασθενής είναι διασωληνωμένος και περιστοιχισμένος από υποστηρικτικά μηχανήματα. Αυτό που χρειάζεται είναι η ανθρώπινη παρουσία δίπλα του και ο φυσικός του θάνατος, αντί της ψυχρής παρουσίας των μηχανημάτων, ακόμη και αν αυτά βοηθούν στην -τεχνητή σε πολλές περιπτώσεις- διατήρησή του στη ζωή. Όπως σημειώνει ο καθηγητής Δ. Ωραιόπουλος: «Ακόμη και όταν τίποτα δεν μπορεί να γίνει από πλευράς ιατρικής θεραπείας, δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι οι ασθενείς που πεθαίνουν χρειάζονται

²⁸⁹ Miller, 1987, 83.

²⁹⁰ «Ο φόβος του ανεξέλεγκτου πόνου αποτελεί σημαντική έγνοια των ασθενών τελικού σταδίου. Μόλις οι πάσχοντες πληροφορηθούν τη διάγνωση που χαρακτηρίζει την κατάστασή τους μη αναστρέψιμη, νέες καίριες έγνοιες αναδύονται». Stuart et al, 1998, 19.

²⁹¹ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 106.

ρύθμιση του πόνου, διατήρηση της αξιοπρέπειας και της προσωπικής τους αξίας και τελικά το έσχατο “φάρμακο”, την αγάπη και τη στοργή»²⁹². Όταν κάποιος εκφράζει την επιθυμία να πεθάνει στο σπίτι του, το κάνει επειδή πιστεύει ότι έτσι ο θάνατός του θα είναι περισσότερο ανθρώπινο. Μοναδικός κριτής του τι αποτελεί ανθρώπινο τρόπο θανάτου δεν μπορεί παρά να είναι το ίδιο το άτομο, διότι ο θάνατος είναι πάντα μια καθαρά ιδιωτική υπόθεση²⁹³. Ανθρωπιστικό καθήκον, επομένως, αυτών από τους οποίους εξαρτάται η διενέργεια ή μη της ευθανασίας, είναι να προσφέρουν στον άνθρωπο που πλησιάζει στο τέλος της ζωής του τη δυνατότητα να αναχωρήσει με τον τρόπο που εκείνος θεωρεί περισσότερο ανθρώπινο²⁹⁴.

Επιπλέον, σύμφωνα με τους υποστηρικτές του εν λόγω επιχειρήματος, δεν υπάρχει καμία ηθική διαφορά κάτω από ορισμένες συνθήκες μεταξύ της ευθανασίας και της μη χορήγησης θεραπείας υποστήριξης της ζωής. Και στις δύο περιπτώσεις, ο στόχος είναι ένας ευσπλαχνικός θάνατος και η μόνη πρακτική διαφορά είναι ότι η μη χορήγηση της θεραπείας υποστήριξης της ζωής έχει ως αποτέλεσμα να υποφέρει περισσότερο ο ασθενής επειδή αργεί περισσότερο να πεθάνει. Επιπλέον, προϋποθέτει κάποιο στοιχείο τύχης, όπως η ανάπτυξη πνευμονίας για την οποία υπάρχει θεραπεία που θα μπορούσε να μη χορηγηθεί²⁹⁵.

Η διατήρηση στη ζωή, διατείνονται οι υπέρμαχοι του ανθρωπιστικού επιχειρήματος, δεν είναι πάντοτε η πιο ανθρωπιστική επιλογή²⁹⁶. Ανθρωπιστικό καθήκον όλων μας είναι να εξασφαλίσουμε στον πάσχοντα ένα ανθρώπινο τέλος που να ανταποκρίνεται στις αξίες του, κινούμενοι από ηθική ευαισθησία και με βάση την κατάστασή του, χωρίς προκαταλήψεις. Υπό την έννοια αυτή, η ευθανασία αναδεικνύεται σε έναν ανθρώπινο τρόπο αναχώρησης από τη ζωή²⁹⁷.

²⁹² Oreopoulos, 2001, 540.

²⁹³ Πελεγρίνης, 1985, 128, Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 107.

²⁹⁴ «Ο ευαίσθητος γιατρός, δείχνοντας σεβασμό στις αξίες του ασθενούς, μπορεί να λειτουργήσει ως καθρέφτης και έτσι να τον βοηθήσει να διευκρινίσει, να ανακαλύψει και να εκφράσει το νόημα της ζωής του. Πρέπει να τονιστεί όμως ότι όλα αυτά χρειάζονται χρόνο, χρόνο “να είσαι παρών” και να ακούς, χρόνο να κρατήσεις ένα χέρι, χρόνο να μιλήσεις». Oreopoulos, 2001, 540.

²⁹⁵ Angell, 1988, 1348-1350.

²⁹⁶ Cranford, 2007, 224-225, Cassel & Meier, 1990, 750-752.

²⁹⁷ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 107-108.

1.6. Το καθήκον του γιατρού να ανακουφίζει τον πόνο

Η ευθανασία αποτελεί ένα πρόβλημα που πρωταρχικά απασχολεί και αφορά την ιατρική ηθική. Αυτό που θεωρείται ιατρικό καθήκον ελάχιστα έχει αλλάξει από την αρχαιότητα. Η ιατρική ηθική, εξακολουθεί να βασίζεται στον Όρκο του Ιπποκράτη, σύμφωνα με τον οποίο ο γιατρός οφείλει να μη βλάπτει τον ασθενή²⁹⁸.

Η αρχή της μη βλάβης επιβάλλει την υποχρέωση να μη διαπράττεται κακό σκόπιμα. Στην ιατρική ηθική έχει συνδεθεί στενά με το αξίωμα «*grimum non nocere*»: «πάνω απ' όλα μη βλάπτεις». Αυτό το αξίωμα γίνεται συχνά αντικείμενο επίκλησης από τους επαγγελματίες του ιατρικού χώρου, ωστόσο η προέλευσή του είναι άδηλη και οι συνέπειές του ασαφείς²⁹⁹.

Ο Όρκος του Ιπποκράτη, ισχυρίζονται οι υπέρμαχοι της ευθανασίας, δεν μπορεί να ερμηνευτεί κατά γράμμα. Αν θέλουμε να αποτελεί και στις μέρες μας άξονα της ιατρικής ηθικής, πρέπει να παραβλέψουμε τον τύπο και να εμβαθύνουμε στην ουσία του. Η σύγχρονη πραγματικότητα έχει δημιουργήσει καινούρια δεδομένα τα οποία δεν μπορούν να καλυφθούν από απόψεις και λεκτικές διατυπώσεις που χάνονται στα βάθη του χρόνου. Άλλωστε ο Όρκος εμπεριέχει ρητές απαγορεύσεις σχετικά με την επ' αμοιβή διδασκαλία της ιατρικής ή με τη διενέργεια χειρουργικών επεμβάσεων. Από τη στιγμή που οι απαγορεύσεις αυτές δεν καθορίζουν πλέον την ιατρική ηθική ως αναχρονιστικές, το ίδιο θα μπορούσε να συμβεί και με την περίπτωση της ευθανασίας³⁰⁰. Αυτό όμως που δεν μπορεί να πάψει να καθορίζει την ιατρική ηθική, είναι το πνεύμα του Όρκου από το οποίο πηγάζει μια ηθική υποχρέωση για τον γιατρό ευεργετικής δράσης όσο και η αποφυγή βλαπτικής επίδρασης στον ασθενή³⁰¹. Υπό την έννοια αυτή, η συμμετοχή του γιατρού στην ευθανασία είναι ηθικά αιτιολογημένη και σύμφωνη με το πνεύμα του Όρκου, εάν αποκλειστικό ελατήριό της είναι το καλό του ασθενούς και όχι η εξυπηρέτηση προσωπικών ή κοινωνικών αναγκών³⁰².

Η κυρίαρχη διαχρονικά ηθική υποχρέωση του γιατρού δεν είναι τόσο να προστατεύει τη ζωή, όσο να ενεργεί προς όφελος του ασθενούς που φροντίζει. Η διατήρηση με κάθε κόστος στη ζωή, πολλές φορές δεν είναι προς όφελος του

²⁹⁸ «*Ον δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον ουδέ υφηγήσομαι ζυμβουλίην τοιήνδε*». Ιπποκράτης, *Όρκος*.

²⁹⁹ Beauchamp & Childress, 1994, 189.

³⁰⁰ Battin, 1983, 14-15.

³⁰¹ Beauchamp & Childress, 1994, 189.

³⁰² Battin, 1983, 14-15.

ασθενούς. Για τον λόγο αυτόν ο γιατρός δεν είναι ούτε ηθικά ούτε νομικά υποχρεωμένος να επιβάλλει μια θεραπεία παράτασης της ζωής³⁰³ του πάσχοντος, εάν ο ίδιος δεν το κρίνει σκόπιμο. Επίσης μπορεί να διακόψει μια θεραπεία που θεωρεί πως θα είναι άγονη. Αυτό που πάντοτε όμως έχει ηθική υποχρέωση να κάνει, είναι να ενεργεί σύμφωνα με το βέλτιστο συμφέρον του ασθενούς, ώστε να καταστήσει την κατάστασή του κατά το δυνατόν ανεκτή, ακόμη και όταν η κατάστασή του πάσχοντος είναι μη αναστρέψιμη³⁰⁴.

Από τα παραπάνω προκύπτει το ηθικό καθήκον της ανακούφισης από τον πόνο, και, κατά την άποψη πολλών, είναι η σημαντικότερη συνδρομή και το υψηλότερο καθήκον ενός γιατρού. Όπως διατυπώθηκε από έναν μεγάλο Άγγλο γιατρό στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, το καθήκον του γιατρού είναι: «Να θεραπεύει κάπου κάπου, να ανακουφίζει συχνά αλλά πάντοτε να παρηγορεί και να απαλύνει τον πόνο του ασθενούς»³⁰⁵. Ο γιατρός γνωρίζει τον πόνο του πάσχοντος και ξέρει να χειρίζεται τα μέσα που θα τον ανακουφίσουν. Έτσι, όχι μόνο δεν πρέπει να αγνοήσει την αίτηση για ευθανασία από τον ασθενή, τουλάχιστον χωρίς να εξετάσει με προσοχή τις προοπτικές, αλλά πρέπει αποφασιστικά να συμπαρασταθεί στο τέλος του και να λάβει ενεργό ρόλο ώστε η διενέργεια της ευθανασίας να πραγματοποιηθεί με τον αποτελεσματικότερο και πιο ανώδυνο τρόπο. Η παρουσία του είναι ηθικά επιβεβλημένη από την ιδιαίτερη σχέση γιατρού- ασθενούς³⁰⁶.

Όταν ο γιατρός δεν μπορεί να θεραπεύσει τη νόσο, είναι ηθικά υπεύθυνος τουλάχιστον για τη θεραπεία του πόνου. Μοναδικός κριτής για την ένταση του πόνου που νιώθει ο ασθενής, με αποτέλεσμα να αιτείται ευθανασία είναι ο ίδιος ο πάσχων. Η βίωση του πόνου είναι μια προσωπική εμπειρία³⁰⁷, και δεν μπορεί να την υποκαταστήσει καμιά ιατρική εμπειρία. Εν ολίγοις, δεν είναι αρμοδιότητα του γιατρού να κρίνει πότε ο ασθενής υποφέρει τόσο ώστε δικαιολογημένα να ζητά ευθανασία. Αυτό μπορεί να το κρίνει μόνο ο πάσχων. Ο γιατρός έχει μοναδική υποχρέωση να κάνει αποτελεσματικά αυτό που συνάδει προς το συμφέρον του ασθενούς του³⁰⁸.

³⁰³ «Ο στόχος της ιατρικής φροντίδας πρέπει να είναι η αποφυγή της παράτασης αλλά και της συντόμευσης της ζωής πέραν του σωστού χρόνου». Lamerton, 1977, 76.

³⁰⁴ «Όσον αφορά στη φροντίδα του θνήσκοντος, οι γιατροί πρέπει να μεταθέσουν την έμφαση από το θεραπεύειν στο φροντίζειν». Lamerton, 1977, 75.

³⁰⁵ Παναγόπουλος, 2003, 48.

³⁰⁶ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 112-113.

³⁰⁷ Γκμπάντι, 2007, 13, 19.

³⁰⁸ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 116.

Ο γιατρός που αρνείται την ευθανασία στον ασθενή που πεθαίνει επώδυνα για λόγους προσωπικού οφέλους ή για την αποφυγή νομικών συνεπειών αποδεικνύεται κατώτερος των περιστάσεων. Στην περίπτωση αυτή, πρέπει να δίνεται το δικαίωμα στον πάσχοντα να επιλέξει έναν άλλο θεράποντα γιατρό για να τον οδηγήσει στον ανώδυνο θάνατο που επιθυμεί³⁰⁹. Είναι αυτονόητο, υποστηρίζουν οι υπέρμαχοι της ευθανασίας, πως ο τρόπος του θανάτου του ασθενούς δεν πρέπει να εξαρτάται από τις όποιες προσωπικές πεποιθήσεις του θεράποντός του, αλλά από τις προσωπικές επιθυμίες του άμεσα ενδιαφερομένου αφού είναι αυτός που πλήττεται άμεσα από οποιαδήποτε απόφαση ληφθεί³¹⁰. Η αντιμετώπιση του πόνου είναι υποχρεωτική για τον γιατρό, και η υποχρέωση αυτή είναι δυνατόν να οδηγήσει στην ευθανασία όταν αφενός το απαιτεί ο ασθενής και αφετέρου ο γιατρός γνωρίζει πως αυτό θα είναι προς όφελός του. Γιατί το μεγαλύτερο καθήκον του γιατρού είναι να απαλύνει τον πόνο³¹¹.

Η ευθανασία (που σημαίνει καλό θάνατο) και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία μπορούν να βοηθήσουν στην αποφυγή του παρατεταμένου σωματικού και ψυχολογικού μαρτυρίου που υφίσταται σε κάποιες περιπτώσεις ο ασθενής όταν απλώς τον αφήνουμε να πεθάνει. Παρότι οι Δέκα Εντολές και ο Όρκος του Ιπποκράτη απαγορεύουν τη θανάτωση, δεν απαγορεύεται να τον ανακουφίσουμε από το μαρτύριό του. Η ενεργητική υποβοήθηση του θανάτου μπορεί να μη διαφέρει, σε μερικές περιπτώσεις, από ηθική άποψη, από το να αφήνουμε κάποιον να πεθάνει. Από τη στιγμή που θα δεχτούμε ότι ο θάνατος μπορεί να είναι ένα επιθυμητό αγαθό, τότε η νέα πρόκληση που έχουμε μπροστά μας είναι να καθορίσουμε *πότε* ο θάνατος είναι αγαθοεργία, *πότε* θα ήταν ευσπλαχνικότερος και πιο ανθρωπιστικός από τη συνέχιση της ζωής και *πώς* μπορεί ο φιλόανθρωπος γιατρός να βοηθήσει τον ασθενή να επιτύχει αυτόν τον στόχο. Ο γιατρός αυτός ούτε θα θανάτωνε τον ασθενή ούτε θα είχε πρόθεση να επιφέρει τον θάνατό του, αλλά θα αποσκοπούσε μάλλον στην ανακούφιση του πόνου του με όποιον τρόπο δείχνει περισσότερο σεβασμό προς το δικαίωμα του ασθενούς για στοργική και ευσπλαχνική αυτοδιάθεση³¹².

³⁰⁹ Παναγοπούλου-Κουτνατζή, 2010, 126.

³¹⁰ «Η κρίση των ερωτημάτων σχετικά με την ποιότητα της ζωής εναπόκειται στους ασθενείς και στις οικογένειές τους. Το ιατρικό πεδίο αφορά την αποτελεσματικότητα της ιατρικής παρουσίας». Crippen, 1991, 265.

³¹¹ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 117-118.

³¹² Freeman & Pellegrino, 2007, 264-265.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Όσο και αν το κίνημα υπέρ της ευθανασίας παρουσιάζει μια συνεχώς αυξανόμενη δυναμική, όσο και αν τα νομοθετικά συστήματα κάποιων χωρών έχουν αρχίσει σιγά-σιγά να εντάσσουν την ευθανασία στα πλαίσιά τους, η ευθανασία απέχει ακόμη πολύ από το να γίνει δεκτή σαν καθιερωμένη πρακτική.

Η απαγόρευση της αφαίρεσης ανθρώπινης ζωής από πρόθεση είναι τόσο βαθιά εδραιωμένη – τόσο ηθικά αρχέγονη – που η θανάτωση ακόμη και στυγερών εγκληματιών και εισβολέων σε πολέμους απορρίπτεται από κάποια άτομα αναμφισβήτητης ηθικής ακεραιότητας. Όλοι σχεδόν οι ηθικοί κώδικες και οι ηθικές θεωρίες, θρησκευτικές ή κοσμικές, περιλαμβάνουν τη γενική απαγόρευση της αφαίρεσης ανθρώπινης ζωής από πρόθεση³¹³. Η απαγόρευση αυτή βρίσκεται επίσης στον πυρήνα του ποινικού νόμου: όχι απλώς ο φόνος αποτελεί τη σοβαρότερη εγκληματική πράξη, αλλά και η συναίνεση του ίδιου του θύματος δεν αναγνωρίζεται ως άμυνα στην ανθρωποκτονία³¹⁴.

Τα επιχειρήματα όσων αντιστρατεύονται την ευθανασία σε ηθικό επίπεδο είναι ιδιαίτερα σοβαρά και θίγουν όλες τις πλευρές του ζητήματος εγείροντας επιφυλάξεις³¹⁵. Οι επιφυλάξεις αυτές αφορούν ηθικές παραδοχές και αποτελούν άξονες της σύγχρονης ιατρικής και ευρύτερης ηθικής, των οποίων η υιοθέτηση χάνεται στα βάθη του χρόνου³¹⁶.

³¹³ Είναι χρήσιμο να παρατηρήσουμε ότι η πρώτη από τις 10 Εντολές είναι «Ου φονεύσεις», όχι «Ου φονεύσεις αθώων» ή «Ου φονεύσεις παρά μόνο κάτω από αυτές ή εκείνες τις συνθήκες».

³¹⁴ «Μια σειρά υποθέσεων – ορόσημων «δικαιώματος στον θάνατο», από την υπόθεση *Quinlan* μέχρι την υπόθεση *Conroy*, παρέχουν ακόμη περισσότερες ενδείξεις του βάθους της αφοσίωσης του νόμου στην απαγόρευση αυτή (της αφαίρεσης ανθρώπινης ζωής από πρόθεση). Σε κάθε περίπτωση τα δικαστήρια θεώρησαν αναγκαίο να δηλώσουν το σημαντικό συμφέρον της πολιτείας για πρόληψη της αυτοκτονίας». Βλ. Buchanan, 2007, 46.

³¹⁵ Οι καθηγητές Arthur Dyck και Alexander Capron υποδεικνύουν έξι αιτίες για τις οποίες δεν πρέπει να ηθικοποιήσουμε την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία και την ευθανασία: «1) η διάβρωση της εμπιστοσύνης των ασθενών απέναντι στους γιατρούς 2) η μείωση του σεβασμού και της προστασίας της ανθρώπινης ζωής 3) η προστασία της καταπραϊντικής φροντίδας δυναμιτίζεται ή χάνεται 4) τα όρια της ευθανασίας είναι εγγενώς ασαφή 5) η πρόληψη της αυτοκτονίας εν γένει δέχεται σοβαρά πλήγματα και 6) η επιλογή κατ' επίγνωση είναι ένα ανεπαρκές προστατευτικό μέσο». Βλ. Dyck, 1992, 17 και Capron, 2007, 277.

³¹⁶ «Οι κώδικες ηθικής δεοντολογίας, από τον *Όρκο* του Ιπποκράτη μέχρι τις αποφάσεις που υιοθέτησε ο Αμερικάνικος Ιατρικός Σύλλογος (American Medical Association), συνήθως απαγορεύουν στους γιατρούς να θανατώνουν ασθενείς ακόμα και με τα πιο αγνά κίνητρα και με τη συναίνεση ή τις οδηγίες των ασθενών. Ιδίως για εκείνους που αναγνωρίζουν τους εαυτούς τους ως θεραπευτές και σωτήρες ανθρώπινων ζωών, η ιδέα πως επιτρέπεται να σκοτώνουν ασθενείς φαντάζει εντελώς απαράδεκτη και αντιφατική». Buchanan, 1996, 24. Για επίσημες δηλώσεις ηθικής από διάφορες ομάδες επαγγελματιών της φροντίδας υγείας, βλ. Kenneth et al, 1986, 240-262.

2.1. Ολισθηρός κατήφορος (slippery slope argument)

Οι πολέμιοι της ευθανασίας την απαξιώνουν ως ηθική επιλογή για πολλούς λόγους. Κανένα επιχειρήμά τους, όμως, δεν φαίνεται τόσο ισχυρό, αν κρίνουμε τουλάχιστον από τη συχνότητα με την οποία απαντάται στη βιβλιογραφία, όσο αυτό της *δυναμικής επικινδυνότητας*. Όσοι ασχολούνται με την ευθανασία, σε όποιο στρατόπεδο και αν ανήκουν, έχουν παρακινηθεί στην ενασχόλησή τους αυτή από ανθρωπιστικά κίνητρα για τον πάσχοντα και επωδύνως θνήσκοντα ασθενή. Είναι λογικό, λοιπόν, να φοβούνται την κακή χρήση μιας πρακτικής που θα εφαρμοστεί σε ανθρώπους οι οποίοι βρίσκονται στην πιο κρίσιμη και πιο ευαίσθητη στιγμή της ζωής τους.

Η κακή χρήση και η επικινδυνότητα συνιστούν τον πυρήνα του επιχειρήματος αυτού που ονομάζεται *επιχείρημα ολισθηρής πλαγιάς* ή *ολισθηρού κατήφορου* (*slippery slope argument*). Σύμφωνα με το συγκεκριμένο επιχειρήμα «μια ηθική επιλογή, μπορεί και πρέπει να λάβει ηθική αξία ανάλογη με τις συνέπειες που θα προκύψουν από αυτήν». Αυτή είναι η κεντρική διδασκαλία του ωφελιμισμού³¹⁷. Ανάμεσα στις συνέπειες, βέβαια, θα πρέπει να εξετάσουμε και τις πιθανές, εκτός από τις βέβαιες. «Εάν αυτού του είδους οι επιπτώσεις είναι δυνητικά επικίνδυνες σε μεγαλύτερο βαθμό από αυτόν στον οποίο οι βέβαιες συνέπειες θα ήταν ωφέλιμες, τότε οφείλουμε να απορρίψουμε την εν λόγω επιλογή και να καταφύγουμε σε μια άλλη»³¹⁸. Ακόμη και αν συγκεκριμένες πράξεις θανάτωσης είναι μερικές φορές ηθικά δικαιολογημένες στην περίπτωση πασχόντων από ανίατα νοσήματα, αν επικυρωνόταν ηθικά η πρακτική της ευθανασίας δυναμικά θα μπορούσε να οδηγήσει σε σοβαρούς κοινωνικούς κινδύνους κατάχρησης, εσφαλμένης χρήσης και αμέλειας³¹⁹.

Αυτό που υποστηρίζει το επιχειρήμα δεν είναι ότι οι αρνητικές συνέπειες θα επέλθουν αμέσως με τη νομιμοποίηση, αλλά ότι θα προκύψουν σταδιακά με την πάροδο του χρόνου, καθώς οι πρακτικές αυτές θα γίνουν σιγά-σιγά οι συνήθειες τρόποι μεταχείρισης των σοβαρά άρρωστων και τραυματισμένων ασθενών. Η κοινωνία θα μπορούσε να ξεκινήσει περιορίζοντας προσεκτικά τον αριθμό των ασθενών που

³¹⁷ «Όσο και αν ο ωφελιμισμός ακόμη, τουλάχιστον, αποφάσεται έντονα όταν επιδιώκει να συνδεθεί με την ιατρική ηθική επιλογή και πράξη, το φίλτρο της ολισθηρής πλαγιάς απολαμβάνει της συμπάθειας του ιατρικού κόσμου αλλά και των ηθικών διανοητών που εξετάζουν την ιατρική ηθική. Και τούτο διότι, παρότι πνευματικό τέκνο του ωφελιμισμού, πέτυχε να αυτονομηθεί και να διαθέτει αυτοδύναμη παρουσία σε τέτοιο βαθμό, ώστε μόνο η σχολαστική διάνοηση να συνδέει πλέον την ολισθηρή πλαγιά με το διανόημα που τη γέννησε». Πρωτοπαπαδάκης, 2006, 28.

³¹⁸ Bentham, 1907, 38-39. Πρβλ. Πρωτοπαπαδάκης, 2006, 27.

³¹⁹ Beauchamp, 2007, 34, Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 123.

πληρούν τις προϋποθέσεις για ευθανασία ή υποβοήθηση της αυτοκτονίας. Οι περιορισμοί, όμως, θα αναθεωρούνταν και θα διευρύνονταν με τον καιρό και θα αυξανόταν ολοένα περισσότερο ο κίνδυνος να λαμβάνουν χώρα αδικαιολόγητες θανατώσεις ή να επιτρέπεται αναίτια σε ασθενείς να πεθάνουν. Τα ασυνείδητα άτομα θα μάθαιναν πώς να εκμεταλλεύονται το σύστημα, όπως ακριβώς κάνουν με τη φοροδιαφυγή. Με λίγα λόγια, το σύστημα αξιών της κοινωνίας θα πληττόταν σοβαρά και θα υπήρχε πάντα το αναπόφευκτο μόνιμο πρόβλημα των εσφαλμένων διαγνώσεων, της κατάχρησης και της αμέλειας και των αδικαιολόγητων κινδύνων για τα πλέον ευάλωτα μέλη της κοινωνίας³²⁰, όπως οι ηλικιωμένοι, τα βρέφη με γενετικές ανωμαλίες³²¹ και τα άτομα με νοητική υστέρηση³²².

Τα επιχειρήματα αυτά τα καθιστούν πειστικά τα ευρέως γνωστά χαρακτηριστικά του ισχύοντος συστήματος μας κοινωνικής στήριξης για τους ευάλωτους ασθενείς. Πολλές οικογένειες, και μερικές φορές κοινότητες, εγκαταλείπουν τους πάσχοντες όταν αρρωστήσουν ή τραυματιστούν σοβαρά. Τόσο οι ασθενείς όσο και οι γιατροί είναι δυνατόν να μη γνωρίζουν τις επιλογές που υπάρχουν στο ιατρικό σύστημα, περιλαμβανομένης της προόδου που έχει σημειωθεί στον έλεγχο του πόνου με λύσεις που θα μπορούσαν να βοηθήσουν τους πάσχοντες αλλά δεν παρέχονται σε βάση ρουτίνας. Αν επιτρεπόταν η υποβοήθηση του τερματισμού της ζωής, αυτό θα μπορούσε, κάτω από αυτές τις συνθήκες, να ωθήσει τους ασθενείς να δώσουν τέλος στη ζωή τους άσκοπα ή πρόωρα.

Οι πάσχοντες θα ήταν δυνατόν επίσης να ενθαρρύνονται να επιλέξουν τον έναν ή τον άλλο δρόμο σε ένα σύστημα που απαιτεί επιλογή είτε της θεραπείας είτε του θανάτου και θα μπορούσαν να υπάρχουν ισχυρές δυνάμεις που θα μετατόπιζαν στον ασθενή το βάρος της απόδειξης της ανάγκης του για συγκεκριμένα ιατρικά μέσα. Οι ασθενείς που «δεν κάνουν τη σωστή επιλογή» είναι δυνατό να καταλήξουν περισσότερο εγκαταλελειμμένοι από ό,τι πριν, τόσο από τις οικογένειές τους όσο και από το σύστημα φροντίδας της υγείας. Το επιχείρημα του ολισθηρού κατήφορου

³²⁰ «Η νομιμοποίηση της ευθανασίας ακόμη και για τους ασθενείς σε τελικό στάδιο που συναινούν, θα απειλούσε άμεσα τη ζωή ενός διαρκώς αυξανόμενου αριθμού ευαίσθητων ανθρώπων, τους έχοντες ειδικές σωματικές ή πνευματικές ανάγκες, τους ηλικιωμένους, τους φτωχούς, ακόμη και εκείνους των οποίων η αιτία βασανισμού μπορεί να είναι μόνο προσωρινή». Βλ. Bernardi, 1996, 13.

³²¹ «...στο πρόγραμμα παιδικής ευθανασίας...η ιδιωτεία και ο μογγολισμός, η μικροκεφαλία, ο υδροκεφαλισμός, η δισχιδής ράχη, η παράλυση...ήταν λόγοι θανάτωσης». Noakes & Pridham, 1988, 1007.

³²² «Η βασική υπόθεση είναι πως η κοινωνική αποδοχή της ευθανασίας θα είχε ως αποτέλεσμα τελικά την ευκολία του σφετερισμού της συμπόνιας στη φροντίδα των ασθενών σε τελικό στάδιο, των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες». Prado & Taylor, 1999, 127, Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 136.

υποστηρίζει ότι ούτε η οικτρή κατάσταση αυτών των ασθενών ούτε η συμπόνια μας γι' αυτούς αιτιολογούν τη θεμελιώδη τροποποίηση των ηθικών παραδόσεων της κοινωνίας³²³.

Υπάρχουν ισχυρά επιχειρήματα για να συνεχίσει να είναι έκνομη η ευθανασία ασθενών με νόσο τελικού σταδίου, υποστηρίζουν οι υπέρμαχοι του εν λόγω επιχειρήματος προς αποφυγή ολισθηρών κατήφορων. Τα ολισθήματα είναι τριών ειδών. Το ένα είναι κοινωνιολογικό: μόλις οι γιατροί συνηθίσουν να «απονέμουν οίκτο» σε ετοιμοθάνατους ασθενείς που υποφέρουν χωρίς ελπίδα ανακούφισης και επιθυμούν να πεθάνουν, θα προχωρήσουν και σε άλλες περιπτώσεις: αν η θανάτωση είναι αποδεκτή, γιατί να μην επαφίεται στη διακριτική τους ευχέρεια να την εφαρμόζουν και σε περιπτώσεις που βρίσκονται ελαφρώς εκτός των αρχικών περιμέτρων του νόμου; Το κατ' ευφημισμόν αποκαλούμενο «πρόγραμμα ευθανασίας» του Χίτλερ³²⁴ στηριζόταν σε μια αιτιολόγηση που συγγενεύει επικίνδυνα με αυτήν που υιοθετούν μερικοί σήμερα: το να προκαλείται ο θάνατος από πρόθεση ή να είναι επιτρεπτός ο θάνατος με σκοπό τη διατήρηση των φυσικών πόρων³²⁵.

Πρόσφατοι σχολιαστές σημειώνουν τον κεντρικό ρόλο της οικονομικής αιτιολόγησης στο ναζιστικό πρόγραμμα ευθανασίας και υποστηρίζουν ότι η δική μας κοινωνία ίσως απέχει ένα μικρό μόνο βήμα από τον ολισθηρό αυτόν κατήφορο. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν, αυτό που οδήγησε τη γερμανική κοινωνία στον ολισθηρό αυτόν κατήφορο, και μάλιστα αυτό που χαρακτήριζε τον κατήφορο αυτόν, ήταν οι ρατσιστικές στάσεις που ήδη υπήρχαν. Ο δικός μας ολισθηρός κατήφορος, ακόμη και αν πούμε ότι εμείς δεν έχουμε αυτές τις ρατσιστικές στάσεις, θα μπορούσε ωστόσο να είναι ανάλογος με της Γερμανίας κατά πιο αφηρημένο τρόπο. Αν εξετάσουμε το σκεπτικό που δίνει προτεραιότητα στην κοινωνική χρησιμότητα ή τις οικονομικές αποδόσεις έναντι της ατομικής ελευθερίας, τότε ίσως καταλάβουμε πώς θα μπορούσε η κοινωνία μας να προσεγγίσει τον τρόπο σκέψης που βρισκόταν πίσω από τη ναζιστική εμπειρία. Εκεί, ο ρατσισμός υπερίσχυε της προσωπικής αυτονομίας. Εδώ, το σκεπτικό μπορεί να είναι οικονομικής βάσης – η στάση ότι δεν θα δαπανάμε τόσα

³²³ Beauchamp, 2007, 35.

³²⁴ Για το «πρόγραμμα ευθανασίας T-4» (Aktion T-4) όπως ονομαζόταν επίσημα το πρόγραμμα ευγονικής της Ναζιστικής Γερμανίας. Βλ. αναλυτικά Macklin, 1992, 173-200, Aly et al, 1994.

³²⁵ Το πρόγραμμα ευθανασίας ενηλίκων του Χίτλερ διοργανώθηκε ξεχωριστά από το αντίστοιχο πρόγραμμα για παιδιά και είχε διαφορετική προϊστορία. Ξεκίνησε με μια δήλωση που έκανε τον Αύγουστο του 1939 ο Philipp Bouhler, μετέπειτα επικεφαλής της Καγκελαρίας του Κόμματος, ότι ο σκοπός της εξόντωσης ατόμων «που ζούσαν ενώ δεν άξιζαν να ζουν» δεν ήταν μόνο η συνέχιση του «αγώνα κατά των γενετικών νοσημάτων, αλλά και η απελευθέρωση νοσοκομειακών κλινών και προσωπικού για τον επερχόμενο πόλεμο». Βλ. Proctor, 1988, 182.

πολλά χρήματα ετησίως για να διατηρούμε στη ζωή κάποιον που έχει αμυδρές μόνο ελπίδες να αναρρώσει ποτέ³²⁶.

Η άποψη αυτή απηχείται και ενισχύεται από τους Alan Weisbard και Mark Siegler, οι οποίοι παρατηρούν ότι η ολίσθηση στον κατήφορο αυτόν έχει ήδη αρχίσει και τώρα είναι η ώρα της επαγρύπνησης. Έχουμε γίνει μάρτυρες, ισχυρίζονται, τόσων περιστατικών στην ιστορία που δεν μπορούμε να αψηφούμε το πόσο εύκολα απαξιώνει η κοινωνία τις ζωές των μη «παραγωγικών» μελών της – των ατόμων με νοητική υστέρηση, των ανάπηρων, των πασχόντων από άνοια, των ιδρυματοποιημένων, των ηλικιωμένων – «όλων εκείνων που σε κάποιον άλλο τόπο και χρόνο αναφέρονταν ως “άχρηστα” άτομα που έτρωγαν τσάμπα φαγητό». Αυτό που τους ανησυχεί ιδιαίτερα είναι η μη χορήγηση τροφής και υγρών στους ετοιμοθάνατους ασθενείς, που συνδέεται με τις πρόσφατες μανιώδεις προσπάθειες να ελεγχθούν τα κόστη της ιατρικής φροντίδας³²⁷.

Η κύρια οικονομική πρόθεση του ναζιστικού προγράμματος ευθανασίας ήταν πανομοιότυπη με αυτήν που προτείνεται σήμερα για περικοπή των δαπανών ιατρικής περίθαλψης. Αν θεωρούμε το χιτλερικό πρόγραμμα ευθανασίας ηθικά αναιτιολόγητη πρόκληση θανάτου από πρόθεση, πρέπει να εντοπίσουμε το κριτήριο που κατέστησε λάθος τις πράξεις αυτές. Θα ήταν παράδοξο ισχυρίζονται, αν όχι ανέντιμο, να συμπεράνουμε ότι αυτό που έκανε ηθικά αναιτιολόγητο το ναζιστικό πρόγραμμα ευθανασίας ήταν το ότι η εφαρμογή του περιλάμβανε περιπτώσεις θανάτωσης από πρόθεση. Αυτό που την έκανε αναιτιολόγητη ήταν η κρίση ότι κάποιες ζωές δεν έχουν αξία – «ζωές ανάξιες της ζωής», μαζί με την κρίση, η οποία αποτελεί μια θρασυμάχεια³²⁸ άποψη για την ιατρική, ότι η εξοικονόμηση οικονομικών πόρων είναι αξία σημαντικότερη από τη διατήρηση της ζωής. Συνεπώς, μια εσφαλμένη αντίληψη

³²⁶ Lamp, 1988, 29.

³²⁷ «Η σύγκλιση αυτού του νεοεμφανιζόμενου ρεύματος της ιατρικής και ηθικής άποψης υπέρ της νομιμοποίησης της μη παροχής υγρών και τροφής με το ορμητικό ποτάμι του δημόσιου και κρατικού ενδιαφέροντος για τα κόστη της ιατρικής περίθαλψης ... αυξάνει έντονα τις ανησυχίες μας». Weisbard & Siegler, 1989³, 218.

³²⁸ Ο Θρασύμαχος υποστηρίζει ότι «αυτοί που βρίσκονται στην εξουσία θα φτιάξουν νόμους που ωφελούν τους εαυτούς τους. Οι δημοκρατίες κάνουν νόμους που ωφελούν την πλειονότητα· οι τύραννοι κάνουν νόμους που ωφελούν τους τυράννους...» Έτσι, ο Θρασύμαχος υποστηρίζει ότι «το δίκαιο δεν είναι τίποτε άλλο παρά το συμφέρον του ισχυρότερου (το συμφέρον των αρχόντων)». Βλ. Πλάτ. *Πολιτ. Α'*, 338c, 338e. Αυτή, λοιπόν, είναι μια θρασυμάχεια άποψη για την τέχνη της ιατρικής επειδή πιέζει τους γιατρούς να λαμβάνουν ατομικές θεραπευτικές αποφάσεις βασιζόμενοι όχι στο αποτέλεσμα που μια συγκεκριμένη απόφαση θα έχει για την υγεία του ασθενούς αλλά στο αποτέλεσμα που θα έχει για το βιβλιάριο του γιατρού. Με τον τρόπο αυτόν, η θεώρηση του ασθενούς ως ενός ευάλωτου ατόμου που χρειάζεται ιατρική φροντίδα περιορίζεται από τη θεώρηση του ασθενούς ως ενός εξόδου του προϋπολογισμού και ως ενός προβλήματος περιορισμού του κόστους. Βλ. London, 2007, 273-274.

από πλευράς ενός γιατρού ή ενός συγγενούς που θανατώνει έναν ασθενή- ο οποίος μπορεί να βρίσκεται σε κατάσταση «φυτού»-, με την πεποίθηση ότι ο ασθενής επιθυμούσε να θανατωθεί με βάση την εικαζόμενη συναίνεσή του, ή μια αναπόδεικτη πεποίθηση ότι ο ασθενής θα ήταν σε καλύτερη κατάσταση στη μετά θάνατο ζωή, θα καθιστούσε τη θανάτωση από πρόθεση αναιτιολόγητη. Επιπλέον, η θανάτωση ενός ασθενούς είτε μέσω ενεργητικής ευθανασίας είτε μέσω αφαίρεσης κάθε μέσου στήριξης της ζωής, με το σκεπτικό ότι η συνέχιση της θεραπείας του κοστίζει πολύ στην κοινωνία, είναι επίσης αναιτιολόγητη επειδή η αιτιολόγησή της στηρίζεται στην εκτός των πλαισίων των αποδεκτών αντιλήψεων αξία ότι η ανθρώπινη ζωή μπορεί να αποτιμηθεί σε χρήμα³²⁹.

Η καθιέρωση της ευθανασίας, όμως, θα μπορούσε να αποτελέσει έναν δυνάμει κίνδυνο και για ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού αφού υποχρεωτικά θα είχε επιπτώσεις στην καταπραϊντική φροντίδα που προσφέρεται στους ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται σε τελικό στάδιο³³⁰. Τι θα ωθήσει την έρευνα στην περαιτέρω ενασχόλησή της με την ανακούφιση του πόνου, εάν υπάρχει μια άλλη ευκολότερη και αρκετά πιο συμφέρουσα επιλογή; Ας μην ξεχνάμε πως, για ένα κοινωνικό σύστημα που έχει συνηθίσει να αναγάγει τα πάντα και σε οικονομικά μεγέθη, η επιθανάτια φροντίδα είναι πολύ περισσότερο ασύμφορη σε σχέση με την ευθανασία³³¹. Η ηθική επικράτηση της τελευταίας, λοιπόν, αναπόφευκτα θα οδηγήσει σε ύφεση και, τελικά, σε κατάργηση της προσπάθειας ανακούφισης του πόνου. Στην περίπτωση αυτή, ο ασθενής που δεν επιλέγει την ευθανασία θα εγκαταλείπεται αβοήθητος στο κρεβάτι του πόνου ή, σε μια ακόμη τρομακτικότερη εκδοχή, θα του επιβάλλεται η ευθανασία χωρίς τη θέλησή του. Σε εποχή, μάλιστα, γενικευμένης εμπορευματοποίησης πρέπει να επιδεικνύεται ιδιαίτερη προσοχή στην κακή εφαρμογή της εξαιτίας σκοτεινών κινήτρων. Όταν όργανα του ανθρωπίνου σώματος διαπραγματεύονται με οικονομικούς όρους, η δε ζήτησή τους αυξάνεται καθημερινά και γίνεται πιεστική, πρέπει να υπάρχουν τα ηθικά και νομικά εκείνα πλαίσια που να διευκολύνουν τον γιατρό να υπηρετήσει με ηθικότητα το λειτούργημά του³³².

³²⁹ Macklin, 2007, 99-100.

³³⁰ «Προβάλλει έντονα η ανάγκη για ισχυρή προστασία του συντριπτικά μεγαλύτερου ποσοστού των ευαίσθητων ομάδων όπως οι ηλικιωμένοι, οι ψυχικά διαταραγμένοι και οι άνθρωποι με ειδικές ανάγκες. Οι ομάδες αυτές αναπόφευκτα θα πιέζονταν και θα ετίθεντο σε μεγαλύτερο κίνδυνο από κάθε αλλαγή στο παρόν νομικό σύστημα, επομένως και στον χειρισμό της φροντίδας στο τέλος της ζωής τους». Rodway, 1995, 1466.

³³¹ Prado & Taylor, 1999, 125.

³³² Πρωτοπαπαδάκης, 2006, 32-33, Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 128.

Ο δεύτερος τύπος ολισθήματος είναι λογικός και πιο επικίνδυνος επειδή δεν εξαρτάται από προβλέψεις σχετικά με τις ανθρώπινες τάσεις ή παραλληλισμούς με αυτό που συνέβη σε μερικούς Γερμανούς γιατρούς κατά τη διάρκεια της ναζιστικής περιόδου. Το λογικό πρόβλημα έγκειται στην ίδια την αιτιολόγηση της νομιμοποίησης της ευθανασίας κατά πρώτο λόγο. Αν βασίζεται στην αρχή της εκούσιας επιλογής, τότε οι προϋποθέσεις του πόνου για τον οποίο δεν υπάρχει ελπίδα ανακούφισης και της ανίατης νόσου τελικού σταδίου δεν αιτιολογούνται: η ευθανασία πρέπει να είναι διαθέσιμη σε όποιον την επιθυμεί. Αυτό θα μπορούσε να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην πιο ευαίσθητη κοινωνική ομάδα, τους νέους, διογκώνοντας τα ήδη υψηλά ποσοστά προσφυγής στην αυτοκτονία³³³. Από την άλλη, αν βασίζεται στην ανακούφιση των ασθενών που υποφέρουν, τότε σίγουρα η εκούσια επιλογή δεν έχει ηθική σημασία – μια ευεργετούσα κοινωνία (και οι ευεργετούντες γιατροί) θα απάλλασε επίσης λόγω οίκτου από τον πόνο της ζωής όποιους υπέφεραν, ακόμη και αν δεν ήταν σε θέση να το ζητήσουν. Αυτό μοιραία θα οδηγούσε στη διολίσθηση στην ακούσια ευθανασία στην κατάλυση του σεβασμού στη ζωή και τελικά στην πλήρη απαξίωσή της³³⁴.

Οι περιστάσεις που επιτρέπουν στην ευθανασία να αναδυθεί ως επιθυμία ενός ανθρώπου είναι συχνά τέτοιες, που δεν επιτρέπουν στον ενδιαφερόμενο να εκφράσει τη θέλησή του. Το περιβάλλον του όμως και ακόμη ο θεράπων ή κάποιος άλλος γιατρός, μπορούν να γνωρίζουν εάν ο ασθενής επιθυμεί την ευθανασία ακόμη και τότε. Αυτό επιτυγχάνεται χάρη στις περίφημες «εν ζωή διαθήκες». Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν έχει υπογράψει ένα τέτοιο έγγραφο, η επιθυμία του μπορεί να στοιχειοθετηθεί βάσει της προφορικά εκπεφρασμένης άποψης και θέλησής του, ακόμη και σε στιγμή κατά την οποία η κατάσταση που τώρα τον βασανίζει δεν είχε εμφανιστεί. Ακόμη όμως και η εξασφάλιση αυτής της μορφής, δεν παρέχει τα εχέγγυα για τη σωστή εφαρμογή της ευθανασίας, αφού παρουσιάζει έντονα τα χαρακτηριστικά της δυναμικής επικινδυνότητας. Ο φόβος πως ευθανασία μπορεί να διενεργηθεί και σε άτομα τα οποία δε θα έπρεπε να την υποστούν συνεχίζει να υφίσταται. Ο φόβος αυτός βαρύνει τις περιπτώσεις κατά τις οποίες η επιθυμία δεν

³³³ Chappell & King, 1992, 3027.

³³⁴ «Από τη στιγμή που η περίπτωση αυτή γίνει αποδεκτή, η αποδοχή του τερματισμού της “μη άξιας να βιωθεί ζωής” θα επεκταθεί και σε άλλες περιπτώσεις. Υπάρχει μια ολισθηρή πλαγιά πάνω στην οποία ο σεβασμός στην ανθρώπινη ζωή χάνει με επιταχυνόμενους ρυθμούς την πέδησή του», Stuart et al, 1998, 21. Πρβλ. Callahan, 1991_a, 476, 479, Capron, 2007, 279.

έχει εκφραστεί από τον ίδιο άμεσα, ιδίως όταν η έκφραση αυτή δεν έχει γίνει γραπτά³³⁵.

Ακόμη, όμως, και όταν ο ασθενής πράγματι έχει εκφράσει κατά το παρελθόν την επιθυμία του να του διενεργηθεί ευθανασία όταν βρεθεί σε κατάσταση όπως αυτή στην οποία βρίσκεται το κρίσιμο διάστημα κατά το οποίο θα ληφθεί η απόφαση για την εκπλήρωση της τότε επιθυμίας του, ανακύπτουν πολλά και περίπλοκα ζητήματα ηθικής φύσης. Πράγματι, οποιοσδήποτε άνθρωπος μπορεί να εκφράσει μια γνώμη σχετικά με μια κατάσταση σε θεωρητικό επίπεδο, χωρίς στη συνέχεια να είναι βέβαιο ότι ο ίδιος θα ενεργούσε σύμφωνα με την εκφρασθείσα αυτή άποψη³³⁶. Ο άνθρωπος που έχει εκφραστεί αρνητικά για τη διατήρηση μιας ανέλπιδης και επώδυνης ζωής, δεν μας παρέχει με σιγουριά τη διαβεβαίωση ότι θα επιθυμούσε να τύχει ευθανασίας, στην περίπτωση που ο ίδιος βρισκόταν σε αντίστοιχη θέση³³⁷. Πολλές φορές, επίσης, οι άνθρωποι δεν εννοούν πραγματικά αυτά που υποστηρίζουν, ούτε πάλι είναι βέβαιο ότι θα γίνει πιστή μεταφορά των λεγομένων τους από τους αυτήκοες μάρτυρες³³⁸.

Δεν είναι, από την άλλη πλευρά, σπάνιες οι περιπτώσεις κατά τις οποίες οι ασθενείς σε τελικό στάδιο πάσχουν από συναισθηματικές διαταραχές προερχόμενες τόσο από την ένταση του πόνου όσο και από τις παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής που τους χορηγείται. Στην περίπτωση αυτή, είναι δύσκολο να είμαστε βέβαιοι εάν η αίτηση για ευθανασία διατυπώνεται ως πραγματική επιθυμία του ασθενούς ή απλά είναι ένδειξη της διαταραγμένης ψυχοσυναισθηματικής του κατάστασης³³⁹. Άλλες πάλι φορές, η επιθυμία για ευθανασία μπορεί να προκύπτει από την συναισθηματική φόρτιση και συνειδητοποίηση του πάσχοντος ότι έχει γίνει ένα επαχθές βάρος στους οικείους του καταδυναστεύοντας τις ζωές τους. Η αδυναμία μας, συνεπώς, να εξασφαλίσουμε την πραγματική επιθυμία του ασθενούς, αφήνει ανοικτό το ενδεχόμενο να τύχουν ευθανασίας άτομα που δεν θα έπρεπε, γεγονός που υπογραμμίζει τη δυνητική επικινδυνότητα της υιοθέτησης αυτής της πρακτικής³⁴⁰.

³³⁵ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 130-131

³³⁶ «Ο Σοπενάουερ, παραδείγματος χάριν, έβλεπε την αυτοκτονία ως τη μόνη λογική διέξοδο από τον κυκεώνα των ελλείψεων και των απογοητεύσεων της ζωής, όμως ο ίδιος όχι μόνο δεν αυτοκτόνησε, αλλά έζησε με τρόπο που φανέρωνε πως απολάμβανε αυτό που ο ίδιος θεωρούσε μάλλον ένα χαμένο παιχνίδι». Πελεγρίνης, 1998, 347.

³³⁷ Sommerville, 1995, 1664, Ζουμπουλάκης, 2010, 229.

³³⁸ «Κατά την εκτίμηση του κύρους και της ισχύος πληροφοριακών τοποθετήσεων ανακύπτει το ερώτημα σχετικά με το κατά πόσον τα άτομα πράγματι εννοούν ό,τι λένε, αλλά και σχετικά με το κατά πόσον οι κοντινοί τους άνθρωποι θυμούνται επιλεκτικά ή διερμηνεύουν συζητήσεις που ποτέ δεν καταγράφηκαν ή έγιναν απλώς για εσωτερική κατανάλωση». Sommerville, 1995, 1664.

³³⁹ Beauchamp & Childress, 1994, 286.

³⁴⁰ Bernardi, 1996, 13, Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 134.

Ο τρίτος τύπος ολισθήματος αφορά στην επιβλαβή επίδραση που έχει στον ίδιο τον πράττοντα η αποδοχή μιας πράξης που είναι ηθικά εσφαλμένη. Το να προτίθεται επανειλημμένα ο γιατρός να επιφέρει τον θάνατο των ασθενών του βοηθώντας τους να πεθάνουν ή τερματίζοντας ο ίδιος τη ζωή τους έχει επίπτωση στον χαρακτήρα του, δηλαδή στη συνήθη διάθεσή του να ενεργεί με ορισμένους τρόπους στα ηθικά θέματα. Αυτό σημαίνει ότι ενεργεί ενάντια στις αρχές της ίδιας της ιατρικής. Όταν αυτό, που στις συνήθεις συνθήκες είναι κακό γίνεται καλό σε μια περίπτωση, είναι λογικά και συναισθηματικά ευκολότερο, όπως ισχυρίζονται οι υπέρμαχοι του εν λόγω επιχειρήματος, να παραβιαστεί η αναστολή την επόμενη φορά. Όποια εκλογίκευση και αν χρησιμοποιήσουμε για να αιτιολογήσουμε τη θανάτωση, θα υπάρχει κάποιο υπόλειμμα ενοχής που είναι δύσκολο να εκριζωθεί. Σε μια προσπάθεια τότε να κατευνάσουμε αυτή την ενοχή, επαναλαμβάνουμε την πράξη για να πείσουμε τον εαυτό μας για το πόσο αβλαβής είναι στην πραγματικότητα. Το κακό, όπως και η αρετή, μαθαίνεται μέσω της επανάληψης. Αυτό οδηγεί σε έναν ψυχολογικό ολισθηρό κατήφορο, αφού οι λάθος προθέσεις έχουν αναπόφευκτες επιδράσεις στον χαρακτήρα του ηθικού δρώντος. Αν σε μια κοινωνία είναι αρκετοί οι ηθικοί συντελεστές που έχουν λάθος προθέσεις σχετικά με τη θανάτωση στο ιατρικό περιβάλλον, θα επηρεαστούν οι στάσεις όλων των εκπροσώπων του ιατρικού επαγγέλματος επιφέροντας μια δραματική όσο και ανεξέλεγκτη αλλαγή στην ιατρική ηθική³⁴¹ και τελικά θα υποτιμηθεί η ίδια η ανθρώπινη ζωή³⁴².

Επιπλέον, η ιατρική δεν είναι μια τελειοποιημένη επιστήμη. Ακόμη και η καλοπροαίρετη και στατιστικά και επιστημονικά κατοχυρωμένη πρόβλεψη της πορείας του ασθενούς, είναι στην πραγματικότητα μια τυφλή πρόβλεψη, με πιθανολογική μόνο αξία³⁴³. Σε μια τέτοια πρόβλεψη δεν μπορεί να στηριχτεί η αφαίρεση μιας ζωής, ή, έστω, η συνέργεια στον τερματισμό της.

Οι υποστηρικτές της ευθανασίας ισχυρίζονται ότι η νομιμοποίησή της θα ελέγξει την άσκηση της και θα την τοποθετήσει μέσα σε ορισμένα πλαίσια νομιμότητας. Τα γεγονότα όμως τους διαψεύουν. Η εμπειρία της Ολλανδίας, της

³⁴¹ Κατά την άποψη του Βρετανικού Ιατρικού Συλλόγου «η απελευθέρωση της ευθανασίας θα μπορούσε να δημιουργήσει τον κίνδυνο μιας σοβαρής και μη δυνάμενης να υπολογιστεί μεταβολής στην ιατρική ηθική». Βλ. British Medical Association, 1993, 177.

³⁴² Pellegrino, 2007, 237-238.

³⁴³ «Οι ασθενείς σε κρίσιμο στάδιο αφήνονται να πεθάνουν διότι πιστεύεται πως η μελλοντική ζωή τους δεν ανήκει στα ενδιαφέροντά τους. Ωστόσο, μπορεί να υπάρχει μεγάλη αβεβαιότητα για τη φύση του αποτελέσματος. Ενώ αυτή μπορεί να είναι η καλύτερη πρόβλεψη σχετικά με το πώς θα είναι η μελλοντική τους ζωή, ταυτόχρονα είναι μια τυφλή πρόβλεψη». Savulesku, 1994, 52.

πρώτης χώρας που νομιμοποίησε το 2002 υπό προϋποθέσεις την ευθανασία είναι αποκαλυπτική. Από δημοσιεύσεις γιατρών που επισκέφθηκαν την Ολλανδία πολλές φορές από τότε μέχρι σήμερα και διερεύνησαν την υφιστάμενη κατάσταση, προκύπτουν τα ακόλουθα³⁴⁴:

1) Σε ποσοστό που αγγίζει το 50% οι Ολλανδοί γιατροί συνιστούν στους ασθενείς τους την ευθανασία.

2) Το 50% των ασθενών που ζητούν ευθανασία πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη. Η θεραπεία της κατάθλιψης θα μείωνε δραστικά την αίτηση για ευθανασία.

3) Σε υψηλό ποσοστό οι ασκούντες ευθανασία Ολλανδοί γιατροί ψευδώς και παρανόμως βεβαιώνουν θάνατο από φυσικά αίτια για να αποφύγουν την επιτήρηση των δικαστικών αρχών που όπως αποδεικνύεται δεν είναι σε θέση να ελέγξουν αποκλειστικά την άσκηση ευθανασίας.

4) Η Βασιλική Ολλανδική Ιατρική Εταιρεία εκφράζει την προτίμησή της στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία και θεωρεί τον ψυχικό πόνο επαρκή λόγω ευθανασίας. Υποστηρίζει, ακόμη, ότι η ευθανασία πρέπει να επιτραπεί για κάθε έναν που δεν επιθυμεί να ζήσει.

5) Ένα από τα πιο ανησυχητικά ευρήματα που ανακάλυψαν οι μελετητές της κατάστασης που επικρατεί στην Ολλανδία ήταν τα στοιχεία που δείχνουν ότι, στο 0,8% του συνόλου των θανάτων, οι γιατροί προέβησαν σε ενεργητική ευθανασία χωρίς σαφές πρότερο αίτημα του ασθενούς, παραβαίνοντας έτσι τις αποδεκτές οδηγίες.

Δεν είναι λίγοι, λοιπόν, εκείνοι που υποστηρίζουν ότι στην Ολλανδία επικρατεί ένας «πολιτισμός θανάτου» κι ότι η χώρα αυτή «ολισθαίνει σε έναν επικίνδυνο κατήφορο»³⁴⁵.

Πολλοί Ολλανδοί πολίτες, ωστόσο, αλλά και οι υπέρμαχοι της ευθανασίας σε πολλές χώρες, έχουν την αντίθετη άποψη και πιστεύουν ότι η έγκριση στην Αμερική της μη εκούσιας παθητικής ευθανασίας, κατά την οποία επιτρέπεται να πεθάνουν άτομα που ποτέ δεν το ζήτησαν ρητά, αποτελεί πιο επικίνδυνο κατήφορο από ό,τι η εκούσια ενεργητική ευθανασία, στην οποία αυτός που αιτείται την εν λόγω πρακτική είναι πάντα ο ίδιος ο ασθενής³⁴⁶. Επιπλέον, όπως ισχυρίζονται, η νομιμοποίηση της

³⁴⁴ Pijnenborg et al, 1993, 1196-1197. Πρβλ. Παναγόπουλο, 2008, 95-96, Αβραμίδη, 2008, 268.

³⁴⁵ Beauchamp, 2007, 41, Παναγόπουλος, 2008, 95-96, Αβραμίδης, 2008, 268.

³⁴⁶ Beauchamp, 2007, 41.

ευθανασίας θα ελέγξει ευκολότερα την άσκησή της και θα περιορίσει τους, αναμφισβήτητα υπαρκτούς, κινδύνους κατάχρησης που ελλοχεύουν αν αυτή συνεχίσει να τελείται εν κρυπτώ³⁴⁷. Θα μπορούσαν φυσικά και οι δυο χώρες να ολισθαίνουν σε επικίνδυνους κατήφορους και να βρεθούν και οι δυο μπροστά σε τεράστιες αλλαγές των πρακτικών τους στο προσεχές μέλλον. Πρέπει όμως όντως να αλλάξουν αυτές οι πρακτικές και πολιτικές και, αν ναι, με ποιον τρόπο;

Υπό το πρίσμα των παραπάνω και με δεδομένη την ασάφεια και την αοριστία που ακόμη συνοδεύουν και καλύπτουν την ευθανασία, το επιχείρημα της δυναμικής επικινδυνότητας προβάλλει ως ένας σημαντικός λόγος που εμποδίζει την ηθικοποίησή της προς αποφυγή ολισθηρών κατήφορων³⁴⁸.

³⁴⁷ «Σε ότι αφορά τους υπαρκτούς κινδύνους κατάχρησης κρίνουμε ορθή τη θέση ότι η ισχυρότερη αποτρεπτική εγγύηση είναι να καταστήσουμε διαφανείς τις ιατρικές αποφάσεις για το τέλος της ζωής». Kuhse, 1996, 31. Κάτι ανάλογο συνέβαινε για όσο διάστημα υπήρχε η ηθική και συνακόλουθα νομική απαξίωση και απόρριψη των αμβλώσεων, όπου η πραγματοποίησή τους εν κρυπτώ από μη εξειδικευμένο προσωπικό, έθετε σε σοβαρό κίνδυνο τη ζωή της εγκύου. Πρωτοπαπαδάκης, 2006, 29-30.

³⁴⁸ «Το ηθικό κόστος από μια δημόσια πολιτική που θα επέτρεπε τη σκόπιμη θανάτωση, συμπεριλαμβανομένης της μη εκούσιας ενεργητικής ευθανασίας, θα ήταν δυσβάσταχτο». Buchanan, 1996, 31.

2.2. Διαστρέβλωση της θεραπευτικής σχέσης

Τα σθεναρότερα επιχειρήματα υπέρ της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας βασίζονται στις επικλήσεις δύο βασικών αρχών της σύγχρονης ιατρικής ηθικής – της ευεργετικότητας (του «ωφελείν») και του σεβασμού για την αυτονομία. Ένα μοντέλο ευεργετικότητας της θεραπευτικής σχέσης θα επέτρεπε ή/και θα υποχρέωνε τον γιατρό να εμπλακεί στη θανάτωση από πρόθεση ή τουλάχιστον θα παρείχε κάποια δικαιολογία για κάτι τέτοιο; Η πρόθεση του θανάτου θα ενίσχυε ή θα διαστρέβλωνε τους στόχους και τους σκοπούς της θεραπευτικής σχέσης;

2.2.1. Διαστρεβλώσεις της ευεργετικότητας

Οι υπέρμαχοι της ευθανασίας υποστηρίζουν ότι, όταν ο ασθενής υποφέρει αφόρητα, είναι έτοιμος να συναντήσει τον θάνατο και ικανός να δώσει τη συγκατάθεσή του, τότε είναι ευπλαχνικό, συμπονετικό και ευεργετικό να τον θανατώνουμε ή να τον βοηθάμε να αυτοκτονήσει. Αν δεν το κάνουμε αυτό, ενεργούμε βλαπτικά, παραβιάζουμε την αξιοπρέπεια και την αυτονομία του και κάνουμε κακό σε έναν συνάνθρωπό μας – στην ουσία εγκαταλείπουμε τον ασθενή τη στιγμή της μεγαλύτερης ανάγκης του. Εφόσον ο γιατρός διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις για να κάνει τον θάνατο του ασθενούς εύκολο και ανώδυνο, είναι ο πλέον κατάλληλος για να τον βοηθήσει. Ενδεχόμενη άρνηση του γιατρού, ισχυρίζονται οι υποστηρικτές της ευθανασίας, είναι όχι μόνο απάνθρωπη αλλά και ανήθικη³⁴⁹.

Κατά την άποψη αυτή, παραβιάζουμε την ηθικότητα της ιατρικής (που απαιτεί την ανακούφιση του πόνου και της ταλαιπωρίας) αν αρνηθούμε το αίτημα του ασθενούς «να τον βοηθήσουμε να πεθάνει»³⁵⁰. Μερικοί θα προχωρούσαν ακόμη περισσότερο, στη σφαίρα της δικαιοσύνης. Θα αναγόρευαν την ευθανασία ηθική υποχρέωση. Η μη παροχή «βοήθειας» σε έναν ασθενή που δεν έχει διανοητική ικανότητα είναι συμπεριφορά μεροληπτική, επειδή στερεί από τους ασθενείς που βρίσκονται σε κωματώδη κατάσταση, τους διανοητικά πάσχοντες και τα βρέφη την «ωφέλεια» ενός πρώιμου θανάτου. Όταν δεν μπορεί να εκφραστεί η πρόθεση του ασθενούς, η υποχρέωσή μας, για να είμαστε δίκαιοι, είναι να του παρέχουμε ακούσια

³⁴⁹ Η πιο πολυσυζητημένη από τις πρόσφατες υποθέσεις που αφορούσαν την υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι του γιατρού Timothy Quill, ο οποίος ανέφερε δημόσια τη συμβολή του στην υποβοήθηση μιας ασθενούς με λευχαιμία να πεθάνει. Το 1994, ο Quill υπεραμύνθηκε των απόψεών του με το επιχειρήμα ότι οι ενέργειες αυτές δικαιολογούνται με βάση όχι τόσο τα δικαιώματα των ασθενών όσο την ευπλαχνική ανταπόκριση του γιατρού «σε μια έκτακτη περίπτωση όπου ο πόνος είναι συγκλονιστικός και δεν υπάρχουν άλλες ικανοποιητικές επιλογές». Βλ. Quill, 1991, 691-694, Quill, 1993, 870-873 και Quill, 1994, 45.

³⁵⁰ Cassell & Meier 1990, 750-752.

ή μη εκούσια δυνατότητα πρόσβασης στην ίδια ωφέλεια του θανάτου στην οποία έχει πρόσβαση και ο διανοητικά ικανός ασθενής³⁵¹. Η Ολλανδική Παιδιατρική Εταιρεία κινείται ήδη προς αυτή την κατεύθυνση για τις περιπτώσεις των βρεφών με βαριές αναπηρίες³⁵².

Ο γιατρός που έχει νοσηλεύσει ή βοηθήσει με άλλον τρόπο ασθενείς που πάσχουν από ανίατα νοσήματα και υποφέρουν, είναι αδύνατο να μένει ασυγκίνητος από την επίκληση της ευσπλαχνίας και της ευεργετικότητας. Όμως το αίσθημα συμπόνιας και η ενσυναίσθηση (η διανοητική και συναισθηματική προσέγγιση της ψυχικής κατάστασης άλλου χωρίς απώλεια της αντικειμενικότητας) δεν αποτελούν επαρκή λόγο για έγκριση της πρόθεσης θανάτου. Κάτι τέτοιο θα αποτελούσε σαφώς περίπτωση της ψευδούς ιδέας ότι μια «καλή» πρόθεση κάνει ηθικά σωστή μια πράξη που είναι λανθασμένη ως προς το είδος της³⁵³. Δεν αρκεί το επιχείρημα ότι ο πράττων δεν προτίθεται να θανατώσει, αλλά μόνο να ανακουφίσει τον ασθενή που υποφέρει. Πρόκειται για εσφαλμένη χρήση του «διπλού αποτελέσματος», μια από τις προϋποθέσεις-κλειδιά για τη σωστή χρήση του οποίου είναι ο όρος η ηθικά επιτρεπτή πρόθεση και πράξη (ανακούφιση του πόνου) να μην προκαλείται μέσω μιας άμεσα σκοπούμενης, ηθικά ανεπίτρεπτης πράξης (της θανάτωσης του ασθενούς)³⁵⁴.

Το μοντέλο της ευεργετικότητας για τη φροντίδα σίγουρα προβλέπει και τον καλό θάνατο, αλλά δεν είναι σαφές ότι ο καλός θάνατος περιλαμβάνει και τη λύση της θανάτωσης τους ασθενούς. Δεν είναι καθόλου σίγουρο ότι η ευθανασία είναι μια πράξη ευεργετική, ακόμη και αν κίνητρό της είναι η ευσπλαχνία, τουλάχιστον επιφανειακά. Άλλωστε, τι είδους ευεργετικότητα είναι αυτή, αναρωτιούνται οι υπέρμαχοι του εν λόγω επιχειρήματος, που εξολοθρεύει τον ευεργετούμενο; Πολλές φορές υπάρχουν υπόνοιες ότι αυτός που ευεργετείται δεν είναι καθόλου ο ασθενής, αλλά είτε η οικογένειά του, που ανακουφίζεται έτσι από ένα συναισθηματικό ή οικονομικό βάρος, είτε ο γιατρός ή το νοσηλευτικό προσωπικό, που απαλλάσσονται από μια χρονοβόρα, ψυχικά κουραστική και απογοητευτική περίπτωση ασθενούς, είτε η κοινωνία και το νοσηλευτικό ίδρυμα που απαλλάσσονται από άτομα στα οποία καταναλώνονται υπέρμετρες ποσότητες οικονομικών πόρων, εργασίας και υλικών³⁵⁵.

³⁵¹ Lachs, 1990, 113-115, Παναγοπούλου-Κουτνατζή, 2010, 127. Βλ. και υποθέσεις Quinlan, Bland και άλλες.

³⁵² Van Leeuwen & Kimsma, 1993, 265-269.

³⁵³ Ορισμένες πράξεις είναι λάθος ως γενικότερα είδη, όπως η μοιχεία, η θανάτωση αθώων, η αυτοκτονία και το ψέμα. Αριστ. *Ηθ. Νικ.* 1107a 10-12.

³⁵⁴ Pellegrino, 2007, 241. Πρβλ. Beauchamp, 2007, 29-31, Boyle, 1991, 475-494.

³⁵⁵ Pellegrino, 2007, 242. Πρβλ. Lamp, 1988, 29.

Επιπλέον, η πρόθεση ή η απόφαση του ίδιου του ασθενούς να πεθάνει είναι δυνατό να μην έχει ως κίνητρο το αφόρητο μαρτύριό του αλλά τη συνειδητή ή όχι προσπάθειά του να ενεργήσει ευεργετικά προς την οικογένειά του, τον γιατρό του ή την κοινωνία. Η «ωφέλεια» που επιζητεί μπορεί να είναι η ανακούφισή του από την ενοχή που νιώθει επειδή αποτελεί αιτία στενοχώριας και προβλημάτων για τους γύρω του ή η επιθυμία του να πεθάνει «με ανωτερότητα». Από την άποψη αυτή, είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι η μελέτη Rummelink δείχνει ότι μόλις 10 από τις 187 μελετηθείσες περιπτώσεις ασθενών που ζήτησαν ενεργητική ευθανασία στην Ολλανδία το έκαναν μόνο και μόνο για να ανακουφιστούν από τον πόνο, ενώ το 46% ανέφεραν ότι κίνητρό τους ήταν ο πόνος σε συνδυασμό με την απώλεια της αξιοπρέπειας, έναν τρόπο θανάτου που θεωρούσαν ότι δεν τους άξιζε, το γεγονός ότι ήταν πλέον εξαρτημένοι από άλλους και την απέραντη κούραση τους από τη ζωή³⁵⁶.

Τι το ευεργετικό υπάρχει λοιπόν στην ενεργητική θανάτωση όταν υπάρχουν άλλοι τρόποι να βοηθήσουμε τους ασθενείς, φροντίζοντάς τους δηλαδή αντί να τους θανατώνουμε³⁵⁷; Ο πόνος, με ελάχιστες εξαιρέσεις, μπορεί πλέον να ελεγχθεί σωστά. Μεγάλο μέρος της ψυχικής ταλαιπωρίας που συνοδεύει τον πόνο οφείλεται στον φόβο ότι ο πόνος θα επιδεινωθεί, ότι δεν θα επιτευχθεί ανακούφισή του με φαρμακευτικά ή άλλα μέσα τότε που πρέπει ή ότι η φαρμακοθεραπεία θα αμβλύνει τη συνείδηση. Οι φόβοι αυτοί μπορούν όμως, ως επί το πλείστον, να αντιμετωπιστούν με τις νεότερες, πιο επιλεκτικές και βελτιωμένες μεθόδους ελέγχου του πόνου.

Στην πράξη, η νομιμοποίηση της ευθανασίας οποιασδήποτε μορφής θα απάλλασσε τους γιατρούς από την υποχρέωση να δαπανούν χρόνο, προσπάθειες και φροντίδα για να ελέγξουν τον φυσικό και ψυχολογικό πόνο των ασθενών. Η ηθική επιταγή, μας λένε οι αρνητές της ευθανασίας, δεν είναι να εξαλείψουμε τη ζωή του ασθενούς επειδή οι γιατροί δεν είναι ικανοί να ελέγχουν τον πόνο, αλλά να εκπαιδεύσουμε καλύτερα τους γιατρούς στις σύγχρονες μεθόδους αναλγησίας. Αν χρησιμοποιηθούν σωστά, οι υπηρεσίες φροντίδας των ανιάτων και οι τεχνικές ευρείας παρηγορητικής φροντίδας σίγουρα θα βελτιώσουν ή θα εξαφανίσουν όχι μόνο τον πόνο, αλλά και τους συναισθηματικούς, ψυχολογικούς και πνευματικούς παράγοντες

³⁵⁶ Van der Maas et al, 1991, 669-674.

³⁵⁷ Buchanan, 1996, 32.

που συντελούν στο να υποφέρουν οι ασθενείς και να επιθυμούν την επίσπευση του θανάτου τους³⁵⁸.

Η ωφέλεια, από την άλλη, είναι ένα κριτήριο υποκειμενικό που έγκειται στην εκτίμηση του ασθενούς για το αν η πιθανή ή προβλεπόμενη μελλοντική έκβαση μιας θεραπείας «αξίζει τον κόπο» σύμφωνα με το δικό του σύστημα αξιών. Εδώ είναι που υπεισέρχεται στην απόφαση ο καθορισμός της ποιότητας ζωής του πάσχοντος. Ένας ασθενής μπορεί να θεωρήσει ότι μια αποτελεσματική θεραπεία «δεν αξίζει τον κόπο» στα πλαίσια του πλάνου ζωής, των προτιμήσεων όσον αφορά τη διακινδύνευση, τις πιθανές παραμορφώσεις και ούτω καθεξής. Για παράδειγμα, μερικοί ασθενείς είναι δυνατό να απορρίπτουν τις ριζικές, επώδυνες και δαπανηρές χειρουργικές επεμβάσεις και έτσι δεν κερδίζουν μερικά παραπάνω χρόνια ζωής, ενώ άλλοι μπορεί να αρπάξουν τέτοιου είδους ευκαιρίες για να παρατείνουν τη ζωή τους. Από την άλλη, ένα μέτρο αναποτελεσματικό για την υποκείμενη νόσο ή η ανάνηψη για μια κακοήθη νόσο τελικού σταδίου μπορεί να είναι ευεργετική για έναν ασθενή που θέλει να ζήσει λίγο περισσότερο για να περάσει λίγο ακόμη καιρό με τους δικούς του ή να προλάβει να ζήσει κάποιο σημαντικό γεγονός, όπως τη γέννηση ενός παιδιού, μια αποφοίτηση ή κάτι ανάλογο³⁵⁹. Εδώ, η αποτελεσματικότητα μετριέται ως προς το όφελος που θεωρεί ο ίδιος ο ασθενής ότι αποκομίζει και όχι ως προς την αλλαγή της φυσικής ιστορίας της ασθένειας. Το αποτέλεσμα του υπολογισμού ωφελειών-αποτελεσματικότητας-επιβαρύνσεων θα καταλήξει σε μια απόφαση του ασθενούς-όχι του γιατρού- για την «ποιότητα ζωής». Είναι αδύνατο να εκτιμήσει οποιοσδήποτε άνθρωπος την ποιότητα ζωής ενός άλλου ανθρώπου³⁶⁰. Όταν ο εκτιμητής είναι ο γιατρός, είναι προφανέστατος ο κίνδυνος επιβολής των δικών του αξιών³⁶¹.

³⁵⁸ «Η ευεργετικότητα, επίσης, δεν απαιτεί “να γίνονται τα πάντα” μέχρις ότου σβήσει και η τελευταία αναλαμπή ζωής. Δεν συνεπάγεται υποχρεωτικά αυτό που φοβούνται τόσο πολλοί ασθενείς: τη διασωλήνωση, τους αναπνευστήρες, τις επανειλημμένες προσπάθειες ανάνηψης, τις απεγνωσμένες θεραπείες υψηλού κινδύνου, έσχατης προσπάθειας, υψηλού κόστους ή άλλες μορφές ανώφελων ιατρικών παρεμβάσεων. Ανεξάρτητα από τις καλές προθέσεις, οι προσπάθειες αυτές είναι επιβλαβείς και όχι επωφελείς. Η ηθική υποχρέωση του γιατρού είναι να παρέχει θεραπείες που είναι αποδεδειγμένα αποτελεσματικές και/ή ευεργετικές στα πλαίσια των αξιών που εκτιμά και επιλέγει ο ασθενής». Pellegrino, 2007, 243-244.

³⁵⁹ Pellegrino, 2007, 245. Πρβλ. Πρωτοπαπαδάκη, 2003, 133.

³⁶⁰ «Τίποτα στην ιατρική – και τίποτα πουθενά αλλού στη Δυτική, εβραϊκή – χριστιανική παράδοσή μας – δεν καθιστά ικανό ένα πρόσωπο να εκφέρει μια κρίση για την “ποιότητα της ζωής” ενός άλλου προσώπου». Koop, 1989, 2-3.

³⁶¹ Pellegrino, 2007, 245.

2.2.2. Διαστρέβλωση της αξιοπρέπειας

Τα επιχειρήματα ότι η ευθανασία είναι ένας τρόπος διατήρησης της αξιοπρέπειας του ασθενούς στον θάνατό του βασίζονται σε μια εσφαλμένη αντίληψη περί αξιοπρέπειας³⁶². Τι σημαίνει όμως αξιοπρεπής θάνατος; Πότε και πώς πεθαίνει κανείς αξιοπρεπώς; Εννοείται άραγε ως αξιοπρεπής θάνατος ο ανώδυνος θάνατος; Τότε όμως δεν θα έπρεπε να εξηγηθεί γιατί ο πόνος συνιστά αναξιοπρέπεια; Πεθαίνω με αξιοπρέπεια σημαίνει άραγε πεθαίνω όσο είμαι ακόμη ο εαυτός μου, όσο διατηρώ την αυτοσυνειδησία μου; Τότε πάλι δεν αποκλείονται από αυτόν όχι μόνο όσοι βρίσκονται σε μη αναστρέψιμο κώμα αλλά και όλοι οι διανοητικώς πάσχοντες, οι γέροντες με άνοια, όσοι έχουν αλτσχάιμερ, κ.τ.λ.; Πρέπει να ζουν μόνο όσοι μπορούν να ζουν «αξιοπρεπώς»; Ο θάνατος του ανθρώπου που τον πάτησε αυτοκίνητο είναι αξιοπρεπής; Από τούτα τα ερωτήματα γίνεται φανερό ότι, αν μη τι άλλο, η έννοια της αξιοπρέπειας δεν μπορεί να αποτελεί αυτονόητο επιχείρημα υπέρ της ευθανασίας³⁶³.

Αν η αξιοπρέπεια έχει ένα νόημα σήμερα, αυτό δεν μπορεί να είναι άλλο από το ότι το ανθρώπινο πρόσωπο έχει απόλυτη αξία, απαραβίαστη και σεβαστή άνευ όρων, η οποία δεν υποχωρεί έναντι ουδενός ούτε μετριάζεται από τίποτε. Με αυτήν τη σημασία η λέξη αναγράφεται στο προοίμιο και στο πρώτο άρθρο της Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου του 1948³⁶⁴:

«Επειδή η αναγνώριση της αξιοπρέπειας, που είναι σύμφυτη σε όλα τα μέλη της ανθρώπινης οικογένειας, καθώς και των ίσων και αναπαλλοτριωτών δικαιωμάτων τους αποτελεί το θεμέλιο της ελευθερίας, της δικαιοσύνης και της ειρήνης στον κόσμο. [...]

Άρθρο 1: Όλοι οι άνθρωποι γεννιούνται ελεύθεροι και ίσοι στην αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα».

Αυτή η έννοια της αξιοπρέπειας, την οποία ο Jacques Ricot ονομάζει οντολογική³⁶⁵, αποτελεί ουσιαστικά μετάφραση, όπως λέει ο Habermas, της βιβλικής έννοιας της κατ' εικόνα Θεού δημιουργίας του ανθρώπου, και σύμφωνα με την οποία, η αξία του ανθρώπινου προσώπου είναι ανεξάρτητη από τις οποιεσδήποτε συνθήκες της ζωής του και υπερασπίσιμη εντέλει ακόμη και έναντι της ίδιας της ελευθερίας του όταν αυτή οδηγεί σε προσβολή της αξιοπρεπειάς του (όπως, για παράδειγμα, όταν κάποιος συμμετέχει με τη θέλησή του σε δημόσιο θέαμα μειωτικό της

³⁶² Quill, 1991, 691-694.

³⁶³ Ζουμπουλάκης, 2010, 224, Χαραλάμπους, 2006, 47.

³⁶⁴ Βλ. Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, 1948 (Προοίμιο, Άρθρο 1).

³⁶⁵ Ricot, 2003 στο Ζουμπουλάκης, 2010, 224-225.

προσωπικότητάς του). Με άλλα λόγια, ο άνθρωπος δεν μπορεί να παραιτηθεί από αυτήν, ακόμη και αν θα το ήθελε, με την έννοια ότι οι άλλοι οφείλουν να αναγνωρίζουν σε αυτόν πάντα απόλυτη και αναπαλλοτρίωτη αξία³⁶⁶. Οι υπερασπιστές, ωστόσο, της ευθανασίας δεν επικαλούνται αυτή την οντολογική αξιοπρέπεια της Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, αλλά μια συγκεκριμένη έννοιά της που τη συνδέει ή την ταυτίζει με την ποιότητα των συνθηκών ζωής και με την ελεύθερη αυτοδιάθεση του ανθρώπου.

Εάν συνδέσουμε την αξιοπρέπεια με τις συνθήκες, όποιες και αν είναι αυτές, όσο αβάσταχτες και αν είναι για τον άνθρωπο (καταρράκωση του σώματος, αφόρητος πόνος, απώλεια αυτοσυνειδησίας κ.τ.λ.), τότε η αξία του ανθρώπινου προσώπου σχετικοποιείται. Πολύ απλά: σύμφωνα με την οντολογική έννοια της αξιοπρέπειας, η αξία του ανθρώπου είναι αμείωτη, απόλυτη είτε μπορεί, για παράδειγμα, να αυτοεξυπηρετηθεί το άτομο είτε όχι, ενώ δεν ισχύει το ίδιο με την αξιοπρέπεια των καλών συνθηκών ζωής. Παρόλα αυτά, ισχυρίζονται οι πολέμιοι της ευθανασίας, όταν οι συνθήκες είναι μειωτικές για τον άνθρωπο τις αλλάζουμε ή τις βελτιώνουμε, δεν αφανίζουμε τον άνθρωπο³⁶⁷. Οι ασθενείς δεν χάνουν την αξιοπρέπειά τους ως άνθρωποι απλώς και μόνο επειδή υποφέρουν, πονούν και ίσως έχουν παραμορφωθεί από την ασθένειά τους ή βρίσκονται σε κώμα. Η αξιοπρέπεια ενός πάσχοντος βρίσκεται στην ανθρωπιά του, στην ανθρώπινη φύση του, που δεν μπορεί να χαθεί³⁶⁸, όσο ολέθρια και αν είναι μια αρρώστια. Όταν μιλούν για απώλεια της αξιοπρέπειας οι υπέρμαχοι της ευθανασίας, αναφέρονται μάλλον στις δικές τους αντιδράσεις όταν βλέπουν ασθενείς με ασθένειες τελικού σταδίου.

Όταν οι ασθενείς μιλούν για τον φόβο τους μήπως χάσουν την αξιοπρέπειά τους, ως επί το πλείστον, αναφέρονται στο πώς φαίνονται ή στο πώς τους βλέπουν οι άλλοι- οι γιατροί, το νοσηλευτικό προσωπικό, οι άλλοι ασθενείς, ακόμα και οι οικογένειές τους. Αυτός ο τύπος «αξιοπρέπειας» είναι ένα κατασκευάσμα του παρατηρητή, όχι μια ιδιότητα του παρατηρούμενου³⁶⁹. Αυτό που θέλουν να αποφύγουν οι ασθενείς είναι να τους οικτίρουν οι άλλοι, να τους βλέπουν ως θλιβερές περιπτώσεις, ως «δυστυχισμένους» ή ως αντικείμενα φόβου και φρίκης. Ο φόβος του ασθενούς είναι ο φόβος του πώς φαίνεται στα μάτια του «υπόλοιπου» κόσμου- των

³⁶⁶ Ζουμπουλάκης, 2010, 225. Πρβλ. Coyle, 1990, 75-78, Pellegrino, 2007, 248.

³⁶⁷ Ζουμπουλάκης, 2010, 225.

³⁶⁸ «Η αξία δεν αλλοιώνεται. Υπάρχει ανεξάρτητα από τον εκτιμητή της. Η αξιοπρέπεια είναι υπόθεση εσωτερική». Huxley, 1988, 214.

³⁶⁹ Sulmasy, 1994, 28

υγιών, των εργαζομένων, των πολυάσχολων, των μη πασχόντων από σωματικές αναπηρίες. Οι υγιείς πάρα πολύ συχνά κρατιούνται μακριά από τους σοβαρά άρρωστους ανθρώπους επειδή ξέρουν ότι κάποια μέρα μπορεί να είναι και αυτοί έτσι. Οι υγιείς δεν θέλουν κάποιον που να τους θυμίζει διαρκώς ότι και η δική τους ζωή είναι πεπερασμένη και ότι είναι δυνατό να αρρωστήσουν και οι ίδιοι. Ίσως μάλιστα να εύχονται, συνειδητά ή υποσυνείδητα, τον θάνατο του ασθενούς που αργεί να πεθάνει. Για να αντιμετωπίσουν αυτές τις υποσυνείδητες επιθυμίες να απαλλαγούν από το ανίατα άρρωστο άτομο, οι υγιείς μπορεί κάλλιστα να συναινέσουν στο αίτημα του θανάτου του μέσω ευθανασίας προς όφελος όχι μόνο του ασθενούς αλλά και δικό τους³⁷⁰.

Για τους ασθενείς, αυτός δεν είναι θάνατος με «αξιοπρέπεια», είναι περισσότερο σαν ο θάνατος να χρησιμοποιείται ως «γιατρικό» για τη ντροπή που νιώθουν ή τους κάνουν οι άλλοι να νιώθουν. Η ντροπή είναι μια ισχυρή αιτία που κάνει τον άνθρωπο να υποφέρει. Είναι πολύ πιο ανθρωπιστικό να θεραπεύουμε αυτή την αιτία παρέχοντας στον ασθενή θεραπεία με πραγματικά αξιοπρεπή τρόπο. Συναινώντας στο αίτημα του πάσχοντος να πεθάνει δεν τον βοηθάμε να αποκαταστήσει την αξιοπρέπειά του, αλλά του επιβεβαιώνουμε την απώλεια της αξίας του που νιώθει ότι έχει υποστεί στα μάτια εκείνων που τον βλέπουν ως αντικείμενο λύπησης³⁷¹.

Αν η αξιοπρέπεια του ανθρώπου δεν μπορεί να συνδέεται με τις συνθήκες της ζωής του, δεν συναρτάται οστόσο με την ελευθερία του; Μπορεί να υπάρχει αξιοπρέπεια χωρίς ελευθερία χωρίς το κυριαρχικό δικαίωμα του ανθρώπου να ορίζει τη ζωή του; Οι υπερασπιστές της ευθανασίας, δέχονται τη φιλελεύθερη άποψη όπως τη διετύπωσε πρώτος ο John Stuart Mill στο *Περί Ελευθερίας* (*On Liberty* 1859). Ότι «η κυριαρχία του ανθρώπου πάνω στον εαυτό του και τη ζωή του είναι απόλυτη και δεν γνωρίζει κανένα όριο, πλην της κυριαρχίας των άλλων ανθρώπων πάνω στη δική τους ζωή»³⁷². Τούτο σημαίνει ότι δεν μπορούμε να στραφούμε κατά της εξουσίας αυτής του ανθρώπου επί της ζωής του, παρά μόνο όταν η άσκησή της προκαλεί βλάβη στους άλλους, ποτέ όμως όταν προκαλεί βλάβη στον ίδιο.

Η ευθανασία όμως δεν είναι αυτοκτονία, δεν τερματίζω εγώ ο ίδιος τη ζωή μου ασκώντας το κυριαρχικό δικαίωμά μου πάνω σε αυτήν, αλλά καλείται κάποιος

³⁷⁰ Pellegrino, 2007, 246, Capron, 2007, 277.

³⁷¹ Pellegrino, 2007, 246.

³⁷² Βλ. Mill, 1947, 102.

άλλος να θέσει τέρμα στη ζωή μου. Η περίπτωση λοιπόν είναι ολότελα διαφορετική και δεν καλύπτεται με την επίκληση του δικαιώματος στην ελεύθερη αυτοδιάθεση της ζωής. Τελικά, αν η αξιοπρέπεια αποτελεί επιχείρημα στην περί ευθανασίας συζήτηση, μόνο όσοι είναι εναντίον της μπορούν να το επικαλούνται (με την έννοια ακριβώς της οντολογικής αξιοπρέπειας). Η επίκλησή της ως επιχειρήματος υπέρ της ευθανασίας είναι φιλοσοφικά προβληματική και ηθικά ολισθηρή, πολύ περισσότερο δε όταν η ευθανασία γίνεται και χωρίς να είναι σε θέση ο ασθενής να διατυπώσει ο ίδιος το σχετικό αίτημα³⁷³.

2.2.3. Διαστρέβλωση της αυτονομίας

Οι υποστηρικτές της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας προβάλλουν το επιχείρημα ότι η παροχή βοήθειας προς τον ασθενή για να πεθάνει είναι μια πράξη ευεργετική επειδή σέβεται την αρχή της αυτονομίας. Κατά την άποψη αυτή, όσοι αρνούνται να συμμορφωθούν με το αυτόνομο αίτημα ενός ασθενούς ικανού να λαμβάνει αποφάσεις δεν τον σέβονται ως άνθρωπο, ενεργούν απάνθρωπα και παραβιάζουν ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα. Ο γιατρός Jack Kevoorkian, λέει ότι «η υπέρτατη αξία είναι η αυτονομία»³⁷⁴.

Αυτή η απολυτοποίηση της αυτονομίας πάσχει από δύο σοβαρούς ηθικούς περιορισμούς που καθιστούν οποιαδήποτε μορφή ευθανασίας ή υποβοηθούμενης αυτοκτονίας πράξη επιβλαβή μάλλον παρά επωφελή. Κατ' αρχήν, η απλή διατύπωση ενός αιτήματος δεν μπορεί από μόνη της να δεσμεύσει ένα άλλο άτομο εντός ή εκτός της σχέσης γιατρού-ασθενούς³⁷⁵. Όταν μια απαίτηση γίνεται προσταγή, μπορεί να παραβιάζει την αυτονομία κάποιου άλλου ατόμου. Ακόμη πιο αμφίβολο είναι το αν ένας άνθρωπος τόσο απελπισμένος που ζητάει να τον θανατώσουν ή να τον βοηθήσουν να αυτοκτονήσει μπορεί να ενεργεί αυτόνομα. Τελικά, το άτομο που επιλέγει την ευθανασία χρησιμοποιεί την αυτονομία του για να παραιτηθεί από την αυτονομία. Αποφασίζει να εξαλείψει τη βάση στην οποία είναι δυνατή η αυτονομία-τη συνείδηση και τη λογικότητα. Ο ασθενής παραιτείται από κάθε έλεγχο σε όλες τις περαιτέρω εμπειρίες και επιλογές που δεν μπορούν να προβλεφθούν και οι οποίες θα μπορούσαν να είναι σημαντικές όσον αφορά το ίδιο του το σύστημα αξιών. Ο John Stuart Mill, ένθερμος υποστηρικτής της προσωπικής ελευθερίας, υποστήριξε παρόλα

³⁷³ Stuart et al. 1998, 21, Ζουμπουλάκης, 2010, 226.

³⁷⁴ Kevoorkian, 1991, 15.

³⁷⁵ Βλ. Pellegrino, 1994, 47-68.

αυτά ότι δεν μπορεί κανείς εν ονόματι της ελευθερίας να παραδίδει τον ίδιο του τον εαυτό στην ανελευθερία, δηλαδή στη σκλαβιά³⁷⁶.

Όσο μεγαλύτερη είναι η χρονική απόσταση ανάμεσα στον αναμενόμενο θάνατο κάποιου και στην απόφασή του να θανατωθεί ή να αυτοκτονήσει, τόσο μεγαλύτερη είναι η ελευθερία από την οποία παραιτείται. Για παράδειγμα, η ασθενής του γιατρού Kevorkian, η Janet Adkins, προφανώς φοβήθηκε τις ολέθριες επιπτώσεις της νόσου του Αλτσχάιμερ. Επέλεξε τον θάνατο ενώ είχε ακόμη μπροστά της μήνες και πιθανώς χρόνια ζωής. Με δική της απόφαση, η κυρία Adkins παραιτήθηκε από την ελευθερία της να κάνει μια σειρά μελλοντικών επιλογών τη φύση και το νόημα των οποίων για την ίδια δεν μπορούσε να προβλέψει³⁷⁷.

Στο άλλο άκρο, όταν επίκειται ο θάνατος, τα εμπειρικά ερωτήματα της αυτονομίας είναι εξίσου προβληματικά. Ο ασθενής που πάσχει από κάποια θανατηφόρα νόσο είναι ένας άνθρωπος που συχνά πονάει, αγωνιά, υφίσταται απόρριψη από τους υγιείς και υποφέρει από μια αίσθηση ενοχής και απαξίας, νιώθοντας ότι αποτελεί κοινωνικό, οικονομικό και συναισθηματικό βάρος για τους άλλους. Μπορεί ένας άνθρωπος στην κατάσταση αυτή να πληροί τα κριτήρια της αυτόνομης επιλογής³⁷⁸; Πόσο καλά θα μπορούσαν οι ασθενείς αυτοί να διασφαλίσουν την αυτονομία τους αν νομιμοποιούσαμε την ευθανασία; Οι πάσχοντες από χρόνια νοσήματα και ετοιμοθάνατοι ασθενείς είναι εξαιρετικά ευαίσθητοι ακόμη και στην παραμικρή νύξη απαξίας από πλευράς γιατρών και νοσηλευτών που τους φροντίζουν, της οικογένειας και των φίλων τους. Οποιοδήποτε σημάδι – λεκτικό ή μη – που ενισχύει την ενοχή ή την ντροπή τους το εκλαμβάνουν ως έμμεση υπόδειξη να αποχωρήσουν «με ανωτερότητα» από τον κόσμο αυτόν. Το πόσο πολύ μπορεί η αυτονομία να διακυβεύεται από τον πόνο, την ενοχή και τα αισθήματα απαξίας είναι φανερό από το γεγονός ότι, όταν τα αισθήματα αυτά εξαλείφονται ή βελτιώνονται, οι ασθενείς δεν ζητούν να πεθάνουν³⁷⁹. Επιπλέον, οι περισσότερες θανατώσεις από πρόθεση δεν διενεργούνται με συναίνεση, συνεπώς δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι προάγουν την αυτοδιάθεση³⁸⁰.

Ακόμη και αν νομιμοποιούσαμε την ευθανασία, μας λένε οι αρνητές της, η πρώτη μας υποχρέωση σύμφωνα με τις αρχές τόσο της ευεργετικότητας όσο και της

³⁷⁶ Mill, 1947, 104.

³⁷⁷ “Janet Adkins’ Suicide: Reexamining the Spectrum of Issues it Has Raised”, *Issues* 5(4), 1990, 1-7.

³⁷⁸ Conwell & Caine, 1991, 1100-1103.

³⁷⁹ Coyle, 1990, 75-78

³⁸⁰ Buchanan, 2007, 62.

αυτονομίας θα ήταν η διάγνωση, βελτίωση ή εξάλειψη αυτών των αιτιών θλίψης και πόνου του ασθενούς που τον ωθούν τελικά να ζητήσει ευθανασία. Η αντιμετώπιση αυτή είναι πιο ανθρωπιστική και προστατεύει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια περισσότερο από ό,τι η από πρόθεση διευκόλυνση του θανάτου του ασθενούς μέσω της ευθανασίας ή της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας³⁸¹.

2.2.4. Διαστρέβλωση της εμπιστοσύνης

Η εμπιστοσύνη είναι αναπόσπαστο κομμάτι της σχέσης γιατρού-ασθενούς³⁸². Ο πάσχων είναι αναγκασμένος να εμπιστεύεται τον γιατρό του αφού ο ίδιος δεν διαθέτει τις γνώσεις που είναι απαραίτητες για τη θεραπεία του και επειδή είναι ευάλωτος και δεν μπορεί να γίνει καλά χωρίς τη βοήθεια του γιατρού. Την κατάσταση αυτή επιτείνει ακόμη περισσότερο το γεγονός ότι ο γιατρός αποσπά την εμπιστοσύνη του ασθενούς όταν προσφέρεται να τον βοηθήσει. Στην προσφορά του αυτή, υπάρχει η υπόσχεση της επάρκειάς του, καθώς επίσης και η υπόσχεση ότι δεν θα εκμεταλλευθεί τη μειονεκτική θέση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής εξαιτίας της ασθένειάς του και της ανάγκης του για βοήθεια. Ο πάσχων εμπιστεύεται τον γιατρό ελπίζοντας ότι θα κάνει αυτό που είναι καλύτερο για τον ασθενή του, με βάση τη διάγνωση, την πρόγνωση και τις δυνατότητες θεραπείας που υπάρχουν. Όταν οι πάσχοντες ξέρουν ότι η ευθανασία αποτελεί μια νόμιμη επιλογή και ότι μερικοί γιατροί μπορεί να βλέπουν τη θανάτωση ως θεραπεία, γνωρίζουν ότι είναι ευάλωτοι στις παραβιάσεις αυτής της εμπιστοσύνης³⁸³.

Οι ακραίες παραβιάσεις περιλαμβάνουν τη μη αναφερόμενη ευθανασία, την ακούσια ή μη εκούσια ευθανασία των ηλικιωμένων, των βρεφών με σοβαρά προβλήματα, των ασθενών που βρίσκονται σε κώμα και των πνευματικά πασχόντων. Τις πιθανότητες αυτές δεν πρέπει να τις αγνοούμε, αφού υπάρχουν ενδείξεις ότι όντως συμβαίνουν στην Ολλανδία σήμερα³⁸⁴. Μάλιστα, μερικοί θεωρητικοί της ηθικής θεωρούν πραγματικά αυτό το είδος ενεργητικής ευθανασίας ηθική υποχρέωση, αφού ο γιατρός είναι ο μόνος που έχει τη δύναμη να ανακουφίσει τον ασθενή από το «μαρτύριο» του κατά αποτελεσματικό και «ήπιο» τρόπο³⁸⁵.

³⁸¹ Pellegrino, 2007, 248.

³⁸² Pellegrino, 1991, 69-92, Chadwick, 1997, 291-297.

³⁸³ «Εάν οι γιατροί και το νοσοκομειακό προσωπικό επιτρεπόταν να σκοτώνουν, τότε η θεμελιώδης εμπιστοσύνη από την οποία εξαρτάται η σχέση του ασθενούς με τον γιατρό θα πληττόταν ανεπανόρθωτα, εάν δεν καταστρεφόταν πλήρως». Buchanan, 1996, 32, Beauchamp & Childress, 1994, 233.

³⁸⁴ Fenigson, 1989, 522-530, Fenigson, 1990, 229-245

³⁸⁵ Van der Meer, 1988, 103-106.

Ένας πολύ πιο συνηθισμένος κίνδυνος σήμερα είναι η πιθανότητα οι αξίες³⁸⁶ του γιατρού και η αποδοχή της ευθανασίας από μέρους του να διαμορφώσουν ασυνείδητα το πόσο σθεναρά θα μάχεται για να σώσει τον ασθενή ή θα προτείνει στον πάσχοντα τη λύση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Πώς μπορεί να ξέρει ο ασθενής τότε ο γιατρός του προσπαθεί να τον πείσει ή ακόμη και να τον εξαναγκάσει έμμεσα να επιλέξει τον θάνατο; Ιδιαίτερα οι ηλικιωμένοι ασθενείς, που αισθάνονται περισσότερο ανασφαλείς, θα έβλεπαν στο πρόσωπο του γιατρού τους τον πιθανό δολοφόνο τους, που τους αντιμετωπίζει ως πιθανά θύματα ευθανασίας. «Οι μάσκες των γιατρών, θα συγχέονταν με τις μάσκες των δημίων»³⁸⁷.

Τα κίνητρα του γιατρού μπορεί ασυνείδητα να είναι η προαγωγή των πεποιθήσεών του ότι η ευθανασία είναι κοινωνικό αγαθό που προσφέρει ανακούφιση από τις απογοητευτικές δυσκολίες της φροντίδας του ασθενούς ή της ψυχικής δυσφορίας για την ποιότητα της ζωής που είναι αναγκασμένος να ζει ο πάσχων ή η προαγωγή της επιθυμίας εξοικονόμησης των πολύτιμων πόρων της κοινωνίας και ούτω καθεξής. Πώς θα είναι ποτέ σίγουρος ο ασθενής για το πραγματικό κίνητρο που θα υπάρχει πίσω από τις συστάσεις του γιατρού του; Και τότε υποβιβάζει ο γιατρός την αξία των διαθέσιμων μεθόδων ανακούφισης του πόνου ή πλήρους παρηγορητικής φροντίδας επειδή πιστεύει ότι ο πραγματικά «καλός» θάνατος είναι ο προγραμματισμένος θάνατος³⁸⁸;

Βάσει των παραπάνω λοιπόν, αν γινόταν δεκτή η πρακτική της θανάτωσης από πρόθεση από την ιατρική ηθική, θα διαστρέβλωνε την ηθική και τους σκοπούς της θεραπευτικής σχέσης τουλάχιστον σε τρεις διαστάσεις της: την ευεργετικότητα, την προστασία της αυτονομίας και την πίστη στη δυνατότητα του ασθενούς να εμπιστεύεται τον γιατρό³⁸⁹. Επιπλέον, η ευθανασία δεν συνάδει με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Για τους λόγους αυτούς, ισχυρίζονται οι πολέμιοι της ευθανασίας, η εν λόγω πρακτική πρέπει να απαξιωθεί ηθικά και να παραμείνει ποινικά κολάσιμη.

³⁸⁶ Κουτσελίνης, 1999, 198.

³⁸⁷ Μαθιουδάκης, 2004, διαθέσιμο στο: <http://www.pemptousia.gr> (ανακτήθηκε 10-4-2012), Ευαγγέλου, 2010, 234.

³⁸⁸ «Μας διαβεβαιώνουν ορισμένοι ότι μπορούμε να είμαστε σίγουροι ότι οι «καλοί» γιατροί δεν πρόκειται να ενεργούν έτσι. Αφού όμως ολοένα περισσότεροι γιατροί αρχίζουν να θεωρούν ότι ο θάνατος είναι συμφέρον για τον ασθενή κάτω από κάποιες συνθήκες, ο ορισμός του καλού γιατρού είναι συζητήσιμος». Pellegrino, 2007, 249.

³⁸⁹ Buchanan, 1996, 32, Pellegrino, 2007, 250, Pellegrino & Freeman 2007, 264.

2.3. Η ζωή ως ύψιστη αξία

Το γεγονός ότι η ζωή αντιμετωπίζεται ως απόλυτη αξία δεν χρήζει απόδειξης. Όλοι σχεδόν οι ηθικοί κώδικες και οι ηθικές θεωρίες, θρησκευτικές η κοσμικές, περιλαμβάνουν τη γενική απαγόρευση της αφαίρεσης ανθρώπινης ζωής από πρόθεση. Ο νόμος την προστατεύει ως ύψιστο αγαθό και αντιμετωπίζει την αφαίρεση της ζωής ως το βαρύτερο έγκλημα.

Στη ζωή μας υπάρχουν πολλά αντικείμενα, γεγονότα και αξίες τα οποία λογίζονται ως αγαθά, όπως η ευτυχία, η αξιοπρέπεια, η ελευθερία και άλλα, αλλά κανένα δεν θεωρείται θεμελιωδέστερο της ζωής. Τα πάντα εδράζονται πάνω σε αυτήν αφού λογικά χρονικά και οντολογικά προηγείται όλων. Η ζωή αναμφίβολα έχει αυτή την αναπόσπαστη αξία ως απαραίτητης προϋπόθεσης για την επιδίωξη των διαφόρων σκοπών και δραστηριοτήτων που δίνουν αξία και νόημα στη ζωή μας. Συνεπώς, η διατήρησης της ανθρώπινης ζωής έχει υπέρτατη αξία που απορρέει τόσο από τον οργανικό της ρόλο, όσο και από την ενδογενή αξία της- την επιθυμία που έχουν οι άνθρωποι για την ίδια τη ζωή, τη συνέχιση και μόνο της ύπαρξης αυτή καθεαυτήν³⁹⁰.

Το πόσο απόλυτα εκλαμβάνουμε την αξία της ζωής, αποδεικνύεται και από τον φόβο και την απέχθειά μας προς τον θάνατο. Σύμφωνα με τον Thomas Nagel απεχθανόμαστε τον θάνατο όχι επειδή ο ίδιος έχει κάποιες ποιότητες, αλλά επειδή στερεί από τον άνθρωπο κάτι ποθητό, τη ζωή, και όσες πιθανές προοπτικές αυτή ενσωματώνει³⁹¹. Όλοι εκείνοι που προβάλλουν τη ζωή ως υπέρτατη αξία αντιμετωπίζουν την ευθανασία σαν στέρηση του αγαθού αυτού, επί του οποίου εδράζονται όλες οι θετικές ή αρνητικές ποιότητες με τις οποίες μπορεί να περιβληθεί η ανθρώπινη υπόσταση. Θεωρούν, δηλαδή, την ευθανασία ως στέρηση της ίδιας της ουσίας της ανθρώπινης ύπαρξης.

Σύμφωνα με τον Ronald Dworkin πρέπει να αναρωτηθούμε πρωτογενώς για την αξία ή την απαξία της ευθανασίας με σημείο αναφοράς τις πεποιθήσεις μας για την «ιερότητα της ζωής», την εγγενή της αξία. Ακόμη και αν δεν βλέπει κανείς την ανθρώπινη ζωή ιερή ως θεόδοτη, η αξία της δεν μειώνεται γιατί η ζωή είναι πολυδιάστατη και έχει μεγάλη σπουδαιότητα από πολλές και διαφορετικές σκοπιές.

³⁹⁰ Brock, 2007, 206.

³⁹¹ «Δεν μας φοβίζει η ανυπαρξία, γιατί και η αναισθησία είναι μια μορφή της. Αυτό που μας προκαλεί απέχθεια για τον θάνατο δεν είναι η διαδικασία του θανάτου, διότι εάν δεν οδηγήσει στον θάνατο, δεν θα μας πείραζε καθόλου. Η αποστροφή μας πηγάζει επειδή γνωρίζουμε τι είναι αυτό που μας στερεί. Και αυτό που μας στερεί είναι η ζωή, η οποιαδήποτε μορφής ζωή, όσο βεβαρημένη και αν είναι αυτή». Nagel, 1986, 11-12.

Όπως ισχυρίζεται ο Dworkin, η ιερότητα της ζωής μας ενώνει και όταν ακόμη μας διαφοροποιεί το νόημα που ο καθένας δίνει σε αυτήν, διότι αυτό που μοιραζόμαστε είναι πολύ πιο ισχυρό³⁹². Η ηθική αξιολόγηση της ευθανασίας δεν θα πρέπει να παράγεται, λοιπόν, από δικαιώματα, αλλά πρωτογενώς από τις θέσεις μας πάνω στο απαραβίαστο της ζωής³⁹³. Υπό την έννοια αυτή δεν μπορεί να γίνει διάκριση ανάμεσα σε ενεργητική και παθητική μορφή ευθανασίας, αφού αυτό που καθορίζει την αξιολόγησή της είναι το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Η κριτική αναπτύσσεται πάνω σε δύο βασικούς άξονες. Αφενός σε σχέση με την επιλογή του πάσχοντος να τερματίσει τη ζωή του, και αφετέρου σε σχέση με ότι αφορά στην παρέμβαση του δεύτερου προσώπου.

Πρώτα απ' όλα πρέπει να λεχθεί ότι η επιλογή του θανάτου δεν αποτελεί δικαίωμα³⁹⁴ του ανθρώπου. Από τη στιγμή που είμαστε αναγκασμένοι να πεθάνουμε, αυτό δεν μπορεί να θεωρηθεί δικαίωμά μας³⁹⁵. Το οποιοδήποτε δικαίωμα δεν είναι δυνατόν να νοηθεί αποκομμένο από τη διακριτική ευχέρεια που παρέχει στον κάτοχό του να το ασκήσει αν επιθυμεί, όποτε και με όποιον τρόπο εκείνος προτιμά. Ο θάνατος αντίθετα είναι υποχρεωτικός για όλους, και βέβαια δεν μπορούμε να επιλέξουμε τον τρόπο και τη στιγμή που θα πεθάνουμε. Και αν στην ευθανασία φαίνεται πως ο άνθρωπος επιλέγει τον τρόπο και τη στιγμή του θανάτου του, αυτό δεν είναι τίποτε άλλο από απλή επίφαση, μια και ο τρόπος της διενέργειάς της είναι

³⁹² «Η ζωή, σε κάθε μορφή της, έχει εγγενή, ιερή αξία και οποιοσδήποτε επιλογές κάνουμε για τη ζωή ή τον θάνατο, πρέπει να γίνουν, όσο είναι δυνατόν, έτσι ώστε να γίνει σεβαστή και να μην ατιμαστεί αυτή η βαθιά αξία. Η ανθρώπινη ζωή πρέπει να είναι σεβαστή και να προστατεύεται λόγω της περίπλοκης δημιουργικής επένδυσής που αντιπροσωπεύει και λόγω του θαύματος που νιώθουμε μπροστά στη θεϊκή ή την εξελικτική διαδικασία που παράγει νέες ζωές από παλιές». Dworkin, 1993, IX.

³⁹³ Βλ. Dworkin, 1993, 11-12, 24-25, 28, 68.

³⁹⁴ Για ένα τέτοιο δικαίωμα έγινε πρώτη φορά λόγος το 1951 σε άρθρο με τίτλο «Το δικαίωμά μας να πεθάνουμε» και σταθμό στην προβολή του αποτέλεσε η μετονομασία της Αμερικανικής Εταιρείας Ευθανασίας το 1975 σε «Εταιρεία για το δικαίωμά μας να πεθάνουμε». Τότε έγινε έκκληση σε ένα τέτοιο δικαίωμα στην υπόθεση της Karen Quinlan, και από το 1990 άρχισαν να εμφανίζονται οι λεγόμενες «διαθήκες ζωής». Γρήγορα αναπτύχθηκε μια σημαντική βιβλιογραφία και το θέμα κατέστη επίκεντρο έντονης διαμάχης στο πλαίσιο συζητήσεων για την ευθανασία. Επικράτησε η διατύπωση «δικαίωμα να πεθάνουμε» (a right to die), δηλαδή «να επισπεύσουμε τον θάνατό μας» και όχι «δικαίωμα στον θάνατο» (a right to death), γιατί ο θάνατος είναι αναπόφευκτος και είναι οπωσδήποτε κατά το κοινό αίσθημα κάτι κακό, ώστε ένα «δικαίωμα στον θάνατο» να φαίνεται λογικά πιο αντιφατικό. Δραγώνα-Μονάχου, 2006b.

³⁹⁵ «1. Αν πρέπει να πεθάνουμε, το να το κάνουμε δεν αποτελεί δικαίωμα. 2. Μπορούμε μόνο να διατηρήσουμε το δικαίωμα να επιλέξουμε τη στιγμή του θανάτου μας. 3. Εάν ορίσουμε τον χρόνο του θανάτου ή συντομεύσουμε τη ζωή μας, η πράξη αυτή είναι αυτοκτονία και όχι φυσικός θάνατος. Επιπλέον, εμείς προκαλούμε τον θάνατο και όχι η ασθένεια...». Fletcher, 1989, 3.

άγνωστος στον ασθενή, όπως και η συνεπαγόμενη ποιότητα του θανάτου του³⁹⁶. Ο χρόνος της αναχώρησης από τη ζωή δεν αποτελεί επίσης επιλογή του ασθενούς, αλλά επιβάλλεται από την κατάστασή του ή πολλές φορές από τον γιατρό ή τους συγγενείς, όταν πια ο ασθενής δεν μπορεί να επικοινωνήσει με το περιβάλλον και να δηλώσει τη βούλησή του.

Το «δικαίωμα στον θάνατο», ωστόσο, που επικαλούνται οι θιασώτες της ευθανασίας, ως ηθικό δικαίωμα έχει θεωρηθεί από κάποιους με φιλοσοφικά κριτήρια λογικά ασυνεπές και αυτο-αντιφατικό και ως νομικό δικαίωμα ύποπτο έως και επικίνδυνο. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι τα δικαιώματα είναι από την αρχή της σύλληψης της ιδέας τους διεκδικήσεις θετικών αξιών και πρωτίστως της αξίας της ζωής και ότι οι θεμελιωτές της ιδέας των δικαιωμάτων απέρριπταν την αυτοκτονία³⁹⁷. Το γεγονός μάλιστα ότι γίνεται επίκληση του «δικαιώματος» αυτού σε οριακές καταστάσεις και πολλές φορές όχι από τον ίδιο τον ασθενή καταστρατηγεί την αρχή της αυτονομίας και θέτει σε παρένθεση την έννοια της αξιοπρέπειας. Σε πολλές μάλιστα περιπτώσεις, κυρίως όταν κάποιος δεν θέλει να επιβαρύνει τους οικείους του, γίνεται λόγος για «ένα καθήκον να πεθάνεις» και όχι για «δικαίωμα»³⁹⁸.

Δικαίωμα, λοιπόν, στον θάνατο δεν μπορεί να στοιχειοθετηθεί λογικά ή νομικά. Αυτό που μπορεί να αναγνωρισθεί ως δικαίωμα του ανθρώπου δεν είναι ο ίδιος ο θάνατος αλλά πιθανόν η στιγμή που αυτός θα συμβεί. Και πάλι όμως η άσκηση του δικαιώματος αυτού προϋποθέτει μια σύγκριση. Αυτός που αιτείται την ευθανασία, διατυπώνει ουσιαστικά την κρίση ότι η τωρινή του κατάσταση δεν είναι προτιμότερη από την κατάσταση της ανυπαρξίας. Η σύγκριση, όμως, αυτή είναι ανέφικτη, διότι ο πάσχων δεν γνωρίζει την κατάσταση της ανυπαρξίας³⁹⁹. Επομένως οι αιτήσεις για ευθανασία δεν είναι προϊόν λογικής εξέτασης των δεδομένων αλλά συναισθηματικές διατυπώσεις έντονης συγκινησιακής φόρτισης. Αυτό που εκφράζει ο αιτούμενος την ευθανασία δεν είναι τίποτε άλλο από την ανυπόφορη δυστυχία και

³⁹⁶ «Κάποιες φορές...μπορεί ένας ασθενής να πάρει μια θανάσιμη δόση ιατρικού σκευάσματος με τον συνιστώμενο τρόπο, και παρόλα αυτά είτε να μην πεθάνει είτε να βασανιστεί για μια ή και δύο ημέρες πριν πεθάνει...». Humphrey, 1991, 96.

³⁹⁷ «Η ελευθερία να παίρνω τη ζωή στα χέρια μου δεν αρκεί για να καθιερώσει το δικαίωμα της αφαίρεσης της ζωής (μου). Ένα πραγματικό δικαίωμα θα πρέπει να είναι η λιγότερο επιζήμια ελευθερία». Kass, 1999, 36-37.

³⁹⁸ Δραγώνα-Μονάχου, 2006b. Το 1984, ο κυβερνήτης του Colorado των ΗΠΑ διέτυψε τη θέση ότι «οι ασθενείς τελικού σταδίου έχουν το καθήκον να πεθάνουν και να φύγουν από τη μέση (get out of the way)». Βλ. "Elderly. Duty to die", *New York Times*, March 29, 1984.

³⁹⁹ Πελεγρίνης, 1985, 139.

τον βασανισμό που βιώνει καθώς και η ανάγκη του να απαλλαγεί από αυτή την κατάσταση⁴⁰⁰.

Έντονες όμως αντιδράσεις εγείρει και η αναγκαία παρεμβολή του γιατρού ή των οικείων του ασθενούς στη διαδικασία τερματισμού της ζωής. Και αυτό διότι η συμμετοχή σημαίνει αποδοχή της ορθότητας του αιτήματος. Αυτό με τη σειρά του προϋποθέτει μια ενυπάρχουσα αξιολόγηση της ζωής του ασθενούς. Αυτός που επιλέγει να συνδράμει τον πάσχοντα υιοθετεί την άποψη ότι η ζωή του δεν είναι άξια να βιωθεί. Η εκτίμηση, όμως της ποιότητας της ζωής ενός άλλου ανθρώπου συνεπάγεται τρομακτική ευθύνη⁴⁰¹. Εκτός αυτού, η εκτίμηση αυτή μόνο συμπτωματικά μπορεί να ταυτίζεται με εκείνη του ίδιου του πάσχοντος, διότι η ζωή, όπως και ο θάνατος, αποτελούν καθαρά προσωπική υπόθεση. Ενδέχεται, δηλαδή, να θεωρούμε παρατηρώντας την κατάσταση του ασθενούς, πως δεν θα θέλαμε στη θέση του να διατηρούμαστε στη ζωή. Για τον ίδιο τον πάσχοντα ωστόσο, μπορεί τα πράγματα να είναι διαφορετικά. Σε κρίσιμες καταστάσεις οι απόψεις του ανθρώπου σχετικά με έννοιες όπως η αξιοπρέπεια, η αυτονομία και η τιμή πιθανότατα είναι επιδεκτικές ριζικών αλλαγών ή μπορεί να μην έχουν καν σημασία⁴⁰².

Συμπερασματικά, η ευθανασία δεν μπορεί να δικαιωθεί ηθικά, επειδή αρνείται και προσβάλλει το ύψιστο αγαθό που ο άνθρωπος μπορεί να κατέχει, δηλαδή τη ζωή. Είναι προτιμότερο λοιπόν, ισχυρίζονται οι υπέρμαχοι του εν λόγω επιχειρήματος, «μπροστά στον κίνδυνο να αφαιρέσει κανείς άδικα μια ανθρώπινη ζωή προβαίνοντας σε μια πράξη ευθανασίας, να διατηρήσει άδικα μια ανθρώπινη ζωή, αποποιούμενος μια πράξη ευθανασίας»⁴⁰³.

⁴⁰⁰ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 141-142.

⁴⁰¹ «Είναι φοβερή, πραγματικά, τρομακτική ευθύνη να υπολογίσει κάποιος τη συνολική αξία της ζωής ενός άλλου ανθρώπινου όντος. Και η ιστορία αλλά και η τρέχουσα πρακτική αποκαλύπτουν πάρα πολλά παραδείγματα αυτής της κατάχρησης. Είναι κατανοητό γιατί κάποιοι θα επιθυμούσαν να αποφύγουν τον υπολογισμό, σφάλοντας εις βάρος όσων δεν επιθυμούν να τύχουν θεραπείας. Dresser & Whitehouse, 1994, 10.

⁴⁰² Dresser & Whitehouse, 1994, 11, Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 142-143.

⁴⁰³ Πελεγρίνης, 1985, 157. Όπως το έθεσε το Ανώτατο Δικαστήριο των Ηνωμένων Πολιτειών στην υπόθεση Cruzan: «μια εσφαλμένη απόφαση τερματισμού της ζωής δεν μπορεί να διορθωθεί. Αντιθέτως, μια εσφαλμένη απόφαση να μην τερματιστεί η ζωή έχει ως αποτέλεσμα τη διατήρηση της παρούσας κατάστασης πραγμάτων, στην οποία υπάρχει τουλάχιστον η πιθανότητα μια λανθασμένη απόφαση να διορθωθεί τελικά ή το αποτέλεσμά της να μετριαστεί από ένα γεγονός, όπως κάποια εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης ή ο απροσδόκητος θάνατος του ασθενούς». Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, 110 S. Ct. 2841 (1990).

2.4. Ωφελέειν ή μη βλάπτειν - *primum non nocere*

Μεγαλύτερη μορφή όλων των αιώνων θεωρείται ο Ιπποκράτης ο Κώος (460-377 π. Χ.), ο πατέρας της ιατρικής επιστήμης, ο οποίος απαλλάσσοντάς την από τις δεισιδαιμονίες της εποχής θεμελιώνει την ιατρική δεοντολογία και καθορίζει τις σχέσεις των γιατρών με τους ασθενείς τους μεταφέροντας «στην ιατρική το ήθος της κλασικής διανόησης»⁴⁰⁴.

Σύμφωνα με τον Ιπποκράτειο Όρκο επιβάλλεται πλήρης προστασία της ανθρώπινης ζωής⁴⁰⁵. Οι υποδείξεις του είναι σαφείς: «Δεν θα χορηγήσω θανατηφόρο φάρμακο σε κανένα και αν παρακληθώ, ούτε θα υποδείξω τέτοια συμβουλή...»⁴⁰⁶.

Ο ιπποκράτειος γιατρός, με τη συνοπτική ρήση «ωφελέειν ή μη βλάπτειν»⁴⁰⁷ («να ωφελείς παρά να βλάπτεις»), ή εκτενέστερα με την ένορκη δήλωση «διαιτήμασί τε χρήσομαι επ' ωφελείη καμνόντων κατά δύναμιν και κρίσιν εμήν, επί δηλήσει δε και αδική είρξειν»⁴⁰⁸ («Θα χρησιμοποιώ τη θεραπεία για να βοηθήσω τους ασθενείς κατά τη δύναμη και την κρίση μου, αλλά ποτέ για να βλάψω ή να αδικήσω»), τάσσεται ως θεματοφύλακας της ζωής του ανθρώπου και ουδέποτε δήμιός της, κάτω από οποιοσδήποτε συνθήκες⁴⁰⁹. Σε απόλυτη σύμπνοια με τον Ιπποκράτειο Όρκο βρίσκεται και η λατινική φράση «*primum non nocere*»: «πάνω απ' όλα μην βλάπτεις», η οποία ορίζει ως πρωταρχικό καθήκον του γιατρού την αποφυγή βλάβης στον ασθενή⁴¹⁰.

Περισσότερες από δύομισι χιλιετίες αφότου ο Ιπποκράτειος Όρκος έγινε ο επαγγελματικός κώδικας των αρχαίων Ελλήνων γιατρών, παραμένει ο ίδιος κώδικας ενσωματωμένος στον όρκο που παίρνουν σήμερα οι γιατροί να κρατούν, όπως έχουν κάνει διαμέσου των αιώνων. Αυτό είναι πράγματι ένα εκπληκτικό γεγονός. Η ιατρική έχει αλλάξει δραματικά από την κλασική εποχή μέχρι σήμερα όσον αφορά τα περιεχόμενα και των θεωρητικών και των πρακτικών συστατικών της. Ο Ιπποκράτειος Όρκος, εν τούτοις, συνεχίζει να διέπει αυστηρά την ιατρική ηθική,

⁴⁰⁴ Κουτσελίνης, 1999, 29.

⁴⁰⁵ Με τις βασικές διδαχές του Ιπποκράτειου Όρκου, εναρμονίζονται διεθνώς όλα σχεδόν τα ιατρικά νομοθετήματα. Ο Όρκος προβάλλεται ως Καταστατικός Χάρτης της Ιατρικής Ηθικής και ως πρότυπο Παγκοσμίων Διακηρύξεων. Βλέπε για παράδειγμα την αναδιατύπωση του Όρκου στη Διακήρυξη της Γενεύης του 1948. Αναπλιώτης, 2003, 45. Για τη σύγχρονη έκφραση του Ιπποκράτειου Όρκου βλ. Αναπλιώτου-Βαζαίου, 1993, 213.

⁴⁰⁶ Ιπποκράτης, Όρκος. Από τη διατύπωση αυτής της εντολής, προκύπτει η πρακτική της ιατρικής από την αρχαιότητα μέχρι τον 18^ο αιώνα, όπου ο γιατρός είχε τα δικά του φάρμακα τα οποία χορηγούσε στους ασθενείς του. Gourevitch, 1969, 505, Αναπλιώτης, 203, 45.

⁴⁰⁷ Ιπποκράτης, *Επιδημιών το πρώτον*, II, 5.

⁴⁰⁸ Ιπποκράτης, Όρκος.

⁴⁰⁹ Εμμανουήλ, 1969, 313-315, Αναπλιώτης, 2003, 46.

⁴¹⁰ Smith, 2005, 371-377, Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 144.

γεγονός που αποδεικνύει την αναμφισβήτητη υπερχρονική αξία του⁴¹¹. Ο λόγος γι' αυτό μπορεί να μην είναι δύσκολο να αναγνωρισθεί. Η ουσία του Όρκου αφορά στους στόχους της ιατρικής επιστήμης ή τέχνης ή σε κάποιες ευρύτερες ηθικές αντιλήψεις που είναι στο θεμέλιο των σκοπών του ιατρικού επαγγέλματος.⁴¹²

Συγκεκριμένα, η εντολή του Όρκου ενάντια στη συμμετοχή ενός γιατρού στον τερματισμό μιας ζωής, πηγάζει από μερικές βαθιά ριζωμένες πεποιθήσεις για την ίδια τη φύση ή τους σκοπούς της ιατρικής⁴¹³, που δεν είναι άλλοι από την παραγωγή της υγείας και την προάσπιση του αγαθού της ζωής, και των ευθυνών εκείνων που ορκίζονται να τους πραγματοποιήσουν. Η ευθανασία, συνεπώς, διαστρέφει βάνουσα την αποστολή του γιατρού. Όχι μόνο διότι επιφέρει τον θάνατο του ασθενούς, αλλά και διότι παραβιάζει ξεκάθαρη πρόβλεψη του Όρκου, αυτήν που αφορά στην άρνηση προσφοράς θανατηφόρου σκευάσματος από τον γιατρό ακόμη και αν του ζητηθεί. Η προστασία της ζωής του πάσχοντος αποτελεί πρώτιστο καθήκον του γιατρού⁴¹⁴.

Η σύγχρονη πραγματικότητα, ωστόσο, έχει δημιουργήσει καινούρια δεδομένα τα οποία δεν μπορούν να καλυφθούν από απόψεις και λεκτικές διατυπώσεις που χάνονται στα βάθη του χρόνου⁴¹⁵. Οι επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις, ιδιαίτερα στον τομέα της ιατρικής, μπορούν πλέον να επιτρέψουν την παράταση της ζωής για μεγάλο χρονικό διάστημα ανιάτως πασχόντων ή ανθρώπων που βρίσκονται σε μη αναστρέψιμη κατάσταση και χωρίς επαφή με το περιβάλλον. Έχει όμως αξία μια ζωή που εξαρτάται από τα μηχανήματα, όταν δεν υπάρχουν πιθανότητες για βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς; Ό,τι είναι ιατρικά εντυπωσιακό δεν σημαίνει κατ' ανάγκη ότι είναι και ηθικά αποδεκτό.

Είναι γεγονός πως, σε μερικές περιπτώσεις, η ευθανασία παρουσιάζεται ως πράξη ωφέλιμη για τον ασθενή. Αυτό συμβαίνει όταν ο πόνος είναι αφόρητος και κάθε ελπίδα ίασης και διατήρησης στη ζωή έχει εκλείψει. Ποια είναι τότε η δέουσα πρακτική, όταν οι θεραπείες δεν μπορούν να οδηγήσουν στους σκοπούμενους

⁴¹¹ Εμμανουήλ, 1969, 313, Λυπουρλής, 2007, 17.

⁴¹² Anagnostopoulos, 2007, 473-474.

⁴¹³ Σύμφωνα με το Κέντρο Hastings, τέσσερις βασικές αξίες πηγάζουν «από τις ηθικές παραδόσεις της ιατρικής και της νοσηλευτικής και από τις ηθικές, θρησκευτικές και νομικές παραδόσεις της κοινωνίας μας». Οι αξίες αυτές είναι η ευημερία του ασθενούς (αυτό που τον συμφέρει περισσότερο), η αυτονομία του ασθενούς (το δικαίωμά του στην αυτοδιάθεση), η ακεραιότητα του επαγγελματία της φροντίδας της υγείας και η δικαιοσύνη ή ισονομία. Βλ. The Hastings Center, 1987, 18-20. Πρβλ. Cranford, 2007, 215 και Beauchamp & Childress, 1994, 189.

⁴¹⁴ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 144-145, Anagnostopoulos, 2007, 474.

⁴¹⁵ Battin, 1983, 14-15.

στόχους⁴¹⁶; Στο σημείο αυτό εμφανίζονται τα ιατρικά διλήμματα. Πρέπει ο γιατρός να αφήσει τη φύση να επιτελέσει το έργο της αφήνοντας τον ασθενή εναγώνια να υποφέρει ή υπό τις δεδομένες συνθήκες αιτιολογείται η υποβοηθούμενη αυτοκτονία ή ευθανασία; Παραβιάζει ο γιατρός τον ιατρικό όρκο αν ωθούμενος από ανθρωπιστικά κίνητρα τερματίσει τη ζωή του πάσχοντος;

Οι υπέρμαχοι της ευθανασίας ισχυρίζονται ότι σε ορισμένες περιπτώσεις ο γιατρός δικαιολογείται να τερματίσει ή να μην παρατείνει μια ζωή, για να ανακουφίσει τον πόνο και την οδύνη ή να μην τους παρατείνει αφού ένας από τους σημαντικούς στόχους της ιατρικής είναι η ανακούφιση του πόνου⁴¹⁷. Ωστόσο, οι στόχοι της ιατρικής δεν μπορεί να είναι απλώς η ανακούφιση του πόνου ή της οδύνης με οποιαδήποτε μέσα κι οποιοδήποτε κόστος. Σε πολλές περιπτώσεις, η ανακούφιση του πόνου και της οδύνης θα μπορούσε να επιτευχθεί χωρίς τη βελτίωση ή την αποκατάσταση της υγείας, δηλαδή με ορισμένα φάρμακα που καλύπτουν τον πόνο και την οδύνη. Τέτοιοι στόχοι μπορούν να αποτελούν μέρος του σκοπού της ιατρικής αλλά όχι τον μοναδικό σκοπό. Ο λόγος για τον οποίο είναι μέρος της ιατρικής σκοπιμότητας είναι ότι μια ζωή χωρίς ή με λιγότερο πόνο ή οδύνη είναι προτιμότερη από μια ζωή με πόνο και οδύνη. Με άλλα λόγια, με το να στοχεύει να περιορίσει τον πόνο ή την οδύνη ο γιατρός επιδιώκει να βελτιώσει μια ζωή. Ο στόχος του είναι να αυξήσει ένα αγαθό, δηλαδή τη ζωή, και έτσι παραμένει μέσα στη στοχοθεσία της ιατρικής. Αλλά όταν κάποιος τερματίζει μια ζωή για να ανακουφίσει τον πόνο, σαφώς δεν αυξάνει το αγαθό της ζωής. Μάλλον, το καταστρέφει μαζί με τα κακά του πόνου και της οδύνης⁴¹⁸.

Επιπλέον, η ιατρική ηθική όπως περιγράφεται στον *Όρκο* του Ιπποκράτη, προβλέπει θετικά και αρνητικά καθήκοντα για τον γιατρό⁴¹⁹. Θετική υποχρέωσή του αποτελεί η παροχή βοήθειας στον ασθενή («ωφελείν»), που στην προκειμένη

⁴¹⁶ Σύμφωνα με την Προεδρική Επιτροπή των Ηνωμένων Πολιτειών για τη Μελέτη των Ηθικών Προβλημάτων στην Ιατρική και τη Βιοϊατρική και Συμπεριφοριστική Έρευνα, «η κύρια βάση για την ιατρική θεραπεία των ασθενών είναι η προοπτική ότι θα προαχθεί το συμφέρον κάθε ατόμου (και ειδικότερα το συμφέρον ευημερίας του). Συνεπώς, η θεραπεία κανονικά αποσκοπεί να ωφελήσει τον ασθενή, μέσω της διατήρησης της ζωής, της ανακούφισής του από τον πόνο και τις ταλαιπωρίες, της προστασίας του από τις αναπηρίες και της επαναφοράς του στη μέγιστη αποτελεσματική λειτουργικότητα». The President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research., 1983, 81.

⁴¹⁷ Battin, 1983, 14-15, Beauchamp & Childress, 1994, 189.

⁴¹⁸ Anagnostopoulos, 2007, 498-499.

⁴¹⁹ «Η σύλληψη της ιατρικής πρακτικής, τουλάχιστον από την εποχή του Ιπποκράτη, εμπεριέχει την απαγόρευση της βλάβης του ασθενούς, η οποία ερμηνεύεται ως πρόκληση οδύνης και απώλειας της ζωής. Παράλληλα απαιτεί την επωφελή δράση, η οποία ερμηνεύεται ως ανακούφιση ή πρόληψη του πόνου και διατήρηση της ζωής». Prado & Taylor, 1999, 177.

περίπτωση είναι η ανακούφιση από τον πόνο, ενώ αρνητικό του καθήκον η μη αφαίρεση της ζωής του («μη βλάπτει»). Όταν αρνητικά και θετικά καθήκοντα συγκρούονται, όταν δηλαδή η ανακούφιση του πάσχοντος μπορεί να επέλθει μόνο με τον θάνατο, οι αντιτιθέμενοι στην ευθανασία υποστηρίζουν ότι τα αρνητικά υπερισχύουν⁴²⁰. Η ηθική αξιολόγηση της συμμετοχής του γιατρού στη διενέργεια της ευθανασίας δεν επηρεάζεται ούτε από την κλινική κατάσταση του ασθενούς, ούτε από την ένταση της οδύνης και την απέλπιδα προοπτική του, ούτε βέβαια από τη συμπαθητική στάση του γιατρού και τα ανθρωπιστικά του ελατήρια. Η ευθανασία είναι αντίθετη στην ιατρική ηθική, διότι συνιστά σκόπιμο τερματισμό της ανθρώπινης ζωής, πράξη που έρχεται σε ευθεία αντίθεση με τον Ιπποκράτειο Όρκο και με την ύψιστη αποστολή της ιατρικής επιστήμης⁴²¹.

Μια άλλη έννοια που έχει επικρατήσει τα τελευταία χρόνια, εγείροντας σοβαρούς προβληματισμούς, είναι αυτή του «ανώφελου» ή «μάταιου» της θεραπευτικής αντιμετώπισης πασχόντων, οι οποίοι βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια ανίατων νοσημάτων⁴²². Η έννοια αυτή αντίκειται στην ιατρική ηθική, σύμφωνα με την οποία οι ιατρικές προσπάθειες θα πρέπει να συνεχίζονται με την ίδια ένταση, σοβαρότητα και ευθύνη, σε όλα τα στάδια της νόσου του πάσχοντος, παρά την υφιστάμενη σταδιακή επιβάρυνσή του. Παλιότερα είχε κριθεί νόμιμη η διακοπή ιατρικής βοήθειας από ασθενείς, οι οποίοι βρισκόταν σε συνεχή φυτική κατάσταση⁴²³. Ήδη το 1993 η Βουλή των Λόρδων στην Αγγλία αποφάσισε ότι οι γιατροί θα μπορούσαν νόμιμα να διακόψουν κάθε ιατρική βοήθεια, συμπεριλαμβανομένης και της τροφής και της υδροδότησης (παθητική ευθανασία) από τον Antony Bland⁴²⁴, ασθενή, ο οποίος βρισκόταν σε συνεχή και επίμονη⁴²⁵ φυτική κατάσταση. Ποιος όμως

⁴²⁰ Buchanan, 1996, 28, Brody, 2007, 137.

⁴²¹ Buchanan, 1996, 24.

⁴²² Callahan, 1991b, 30-35, Truog et al, 1992, 1560-1564.

⁴²³ Βλ. για παράδειγμα την περίπτωση της 41χρονης Terri Schiavo, η οποία προκάλεσε ιδιαίτερο θόρυβο στις ΗΠΑ, η οποία βρισκόταν σε άγρυπνο κόμα επί 15 χρόνια. Ο σύζυγός της ζητούσε από τη Δικαιοσύνη να επιτραπεί η αποσύνδεσή της από τον σωλήνα σίτισης, ενώ με το αίτημα αυτό διαφωνούσαν οι γονείς της. Τελικά ο σύζυγος επέτυχε να λάβει τη σχετική άδεια και ο σωλήνας αποσυνδέθηκε με αποτέλεσμα η ασθενής να πεθάνει την 31-3-2005. Βλ. Hall, 1997, Standler, 2005, 138-148.

⁴²⁴ House of Lords, 1993, 8.

⁴²⁵ Πρόσφατες εκθέσεις δείχνουν ότι ο χαρακτηρισμός «επίμονη» (“persistent”), για περιπτώσεις ασθενών που έχουν περιέλθει σε φυτική κατάσταση, δεν σημαίνει απαραίτητα «μόνιμη» (“permanent”). Για τον λόγο αυτόν, είναι ουσιαστικό να εξασφαλιστεί ότι η πρόγνωση είναι απέλπιδα πριν αποφασιστεί η απόσυρση της θεραπείας. Craig, 1994, 141.

μπορεί να είναι απολύτως βέβαιος για το αναπότρεπτο⁴²⁶ της επέλευσης του θανάτου, ή ακόμη και για την οριστική απώλεια των προϋποθέσεων του «ευ ζην» κάποιου άλλου;

Η έννοια του «ανιάτου» δεν στοιχειοθετεί δίκαιο για τον γιατρό, ώστε να εγκαταλείψει τις προσπάθειές του, ισχυρίζονται οι αρνητές της ευθανασίας, επειδή ο γιατρός ως το τέλος πρέπει να παραμένει αταλάντευτα πιστός στον όρκο του⁴²⁷. Κανένας δεν δικαιούται να προωθεί διαδικασίες ευθανασίας, όταν υπάρχει αφενός η πιθανότητα και για λανθασμένες εκτιμήσεις, και αφετέρου η ελπίδα, από τη μία στιγμή στην άλλη, η επιστήμη να μπορεί να συμβάλει αποτελεσματικότερα για την ποιότητα και τη διάρκεια ζωής του κάθε ανθρώπου⁴²⁸.

Η υπόθεση Bland, όπως παλιότερα και η υπόθεση Karen Ann Quinlan⁴²⁹ στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, έφεραν το θέμα της ευθανασίας εκ νέου στην επιφάνεια με την πιο οδυνηρή μορφή. Οι κατ' επανάληψη συζητήσεις, οι οποίες

⁴²⁶ Υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις «καταδικασμένων» ασθενών που επέζησαν ή επανήλθαν μετά από μακροχρόνιο κώμα διαψεύδοντας τη βεβαιότητα των ιατρικών προγνώσεων. Βλ. Μαργαρίτη, 2008, 83, Αβραμίδη, 2008, 262-265, Αναπλιώτη, 2003, 112 και Πανσεληνά, 2007.

⁴²⁷ Μία ακόμη υπόθεση που απασχόλησε τη δημοσιότητα στη γείτονα Ιταλία είναι η περίπτωση του 60χρονου ποιητή και ζωγράφου Piergiorgio Welby που βρισκόταν ακινητοποιημένος στο κρεβάτι από μυϊκή δυστροφία επί 20 χρόνια και ζητούσε ευθανασία. Το αρμόδιο Δικαστήριο της Ρώμης απέρριψε το αίτημά του, ενώ στη συνέχεια το Ανώτατο Συμβούλιο Υγείας απέρριψε επίσης το αίτημα αυτό κατά πλειοψηφία, αλλά ταυτόχρονα αποφάνθηκε ότι ο ασθενής έχει το δικαίωμα να μη συνεχίσει τις θεραπείες. Τελικά την ευθανασία έδωσε ο αναισθησιολόγος Mario Riccio το βράδυ της 20-12-2006, αποσυνδέοντας το μηχάνημα υποστήριξης της αναπνοής που κρατούσε τον ασθενή ζωντανό επί τόσα χρόνια. Fisher, 2006.

⁴²⁸ Απόδειξη είναι η επινόηση της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης με την οποία, άλλοτε «καταδικασμένοι» σε θάνατο άνθρωποι, επαναφέρονται τώρα στη ζωή με ευκολία και ρυθμούς «ρουτίνας». Άλλα τέτοια παραδείγματα προέρχονται από τις άλλοτε ανίατες και εξαιρετικά βασανιστικές αρρώστιες, λέπρα και σύφιλη, που τώρα όμως θεραπεύονται. Αβραμίδης, 2008, 270-271.

⁴²⁹ Στις 15 Απριλίου του 1975, η Karen Ann Quinlan, 21 ετών, σταμάτησε να αναπνέει για 15 λεπτά, πράγμα που της προκάλεσε σοβαρή εγκεφαλική βλάβη. Οι γιατροί διέγνωσαν μόνιμη κωματώδη κατάσταση (Persistent Vegetative State-PVS). Για τη διατήρησή της στη ζωή απαιτήθηκε η σύνδεσή της με αναπνευστήρα και η χρήση σωλήνα για τη διατροφή της. Όταν έγινε φανερό πως η σωματική και πνευματική κατάσταση της κόρης τους θα παρέμενε στάσιμη, οι γονείς της ζήτησαν την απόσυρση του αναπνευστήρα και του σωλήνα διατροφής, πράγμα που η υπεύθυνη ιατρική ομάδα αρνήθηκε. Ο πατέρας της, Joseph Quinlan, προσέφυγε σε δικαστήριο του New Jersey. Το δικαστήριο απέρριψε την αίτησή του, και έτσι προσέφυγε στο Ανώτατο Δικαστήριο του New Jersey. Το 1976 το New Jersey Supreme Court αποφάσισε υπέρ του Joseph Quinlan επί τη βάση του συνταγματικού δικαιώματος στην ατομικότητα (privacy), υποστηρίζοντας πως το έγγραφο αυτό δικαίωμα «είναι αρκετά ευρύ για να συμπεριλάβει την απόφαση ενός ασθενούς να αρνηθεί ιατρική βοήθεια κάτω από συγκεκριμένες καταστάσεις...αφού μπορεί να επιτρέψει σε μια γυναίκα... τη διακοπή μιας εγκυμοσύνης...» και πως «...τα δικαιώματα του υποκειμένου αυξάνονται όσο αυξάνεται η σωματική απειλή και η πρόγνωση δυσκολεύει...». Αναγνώρισε επίσης στον πατέρα της το δικαίωμα να ενεργήσει για λογαριασμό της κόρης του. Το σκεπτικό της απόφασης υπήρξε ένας σταθμός στη νομολογία, διότι το 1976 δεν υπήρχε προηγούμενο στη λήψη απόφασης για ευθανασία από πρόσωπο άλλο του πάσχοντος. Το σκεπτικό της απόφασης βρήκε αργότερα εφαρμογή σε υποθέσεις σε άλλες πολιτείες. Η γνώση των επιθυμιών του ασθενούς δεν είναι απαραίτητη, εάν δεν είναι δυνατό αυτές να εκφραστούν, αρκεί η συγκατάθεση της οικογένειας και των συγγενών. Έτσι, βέβαια, τα όρια ανάμεσα στην εκούσια και μη ευθανασία καθίστανται ασαφή. Βλ. Standler, 2005, 11-19. Πρβλ. Πρωτοπαπαδάκη, 1999.

πραγματοποιήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες και τις αγγλοσαξονικές χώρες, οδήγησαν στην άποψη, ότι η ευθανασία ή ευρύτερα η λήψη αποφάσεων περί της παράτασης ή μη της ζωής των ανίατα πασχόντων, αποτελεί φλέγον θέμα. Κι αυτό διότι, οι δυνατότητες μεταμόσχευσης οργάνων και κατ' επέκταση της παράτασης της ζωής άλλων ασθενών, οι οποίοι διατηρούν ακέραιη την ψυχονοητική λειτουργία τους αλλά απειλείται η επιβίωσή τους λόγω ανεπάρκειας ενός ή περισσότερων ζωτικών οργάνων τους, επιβάλλει την εξεύρεση μοσχευμάτων τα οποία μπορούν να ληφθούν από ασθενείς που βρίσκονται σε κατάσταση εγκεφαλικού θανάτου⁴³⁰. Η τοποθέτηση αυτή απέναντι στην ευθανασία σημαίνει σημαντική τροποποίηση των κριτηρίων της ιατρικής ηθικής και ίσως τροποποίηση και όλου του αξιολογικού συστήματος το οποίο αποτελεί το ουσιαστικό της περιεχόμενο⁴³¹.

Αν εξετάσουμε, στη συνέχεια, την περίπτωση των λιστών αναμονής για μεταμόσχευση, τίθεται το ερώτημα: θα ήταν ηθικά αποδεκτό να αποκλείονται από τις λίστες αυτές ηλικιωμένοι προκειμένου να ωφεληθούν νεότεροι ασθενείς; Η απάντηση είναι ασφαλώς αρνητική, αν και η μεταμόσχευση σε άτομα νεότερα είναι πιθανότερο να έχει καλύτερα αποτελέσματα για τον ίδιο τον πάσχοντα αλλά και για την κοινωνία. Στην περίπτωση όμως αυτή, ο γιατρός γίνεται πολιτικός περιπίπτοντας στον ωφελμισμό, την επιλογή δηλαδή της πρακτικής που θα ωφελήσει περισσότερο και θα βλάψει λιγότερο, ενώ παράλληλα αντιμετωπίζει τον ασθενή όχι ως σκοπό αλλά ως μέσο. Μια τέτοια όμως ηθική στάση δεν μπορεί να διέπει το ιατρικό λειτούργημα. Ο ωφελμισμός δεν μπορεί να λειτουργήσει ως κριτήριο ηθικής πράξης για έναν γιατρό, αφού αποστολή και καθήκον του είναι να αντιμετωπίζει τον ασθενή αποκλειστικά ως σκοπό. Η ιατρική ηθική δεν είναι δυνατόν να είναι ελαστική και να προσαρμόζεται στην εκάστοτε περίπτωση, αντίθετα πρέπει να διέπεται από σταθερές και ακλόνητες αξίες. Ο σεβασμός της ζωής του ασθενούς και η προσπάθεια διατήρησής της⁴³² με κάθε μέσον αποτελούν πρωταρχικό μέλημα και ύψιστο ηθικό καθήκον για τον γιατρό.

Η επιλογή της ευθανασίας ως τρόπου αντιμετώπισης μιας συγκεκριμένης κλινικής κατάστασης, δηλαδή της οδύνης στο τελικό στάδιο, επιφέρει τεράστιες αλλαγές στην ιατρική ηθική και πρακτική. Στερεί από τον γιατρό τη μόνιμη και σταθερή προσήλωση στον στόχο της διατήρησης της ζωής του ασθενούς με κάθε

⁴³⁰ Engelhardt, 1989, 1-3.

⁴³¹ Thomas, 1994, 383-394, Μπαλογιάννης, 2003, 214-215.

⁴³² «Ο γιατρός είναι υποχρεωμένος ηθικά να διατηρήσει τον ασθενή στη ζωή εκτός αν η αγωγή είναι ιατρικά άγονη, και σύμφωνα με εύλογη ιατρική εκτίμηση είναι απίθανο να επιτύχει το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα». Crippen, 1991, 264, Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 145-146.

μέσον, και καθιστά ιατρική επιλογή αυτό που η ιατρική εξ' ορισμού πολεμά, τον θάνατο⁴³³. Με τον τρόπο αυτό ο γιατρός επιφορτίζεται με τον ρόλο να κρίνει την ποιότητα και την ποσότητα της ζωής κάποιου και από θεραπευτής μετατρέπεται σε έμπορο θανάτου⁴³⁴.

Στην περίπτωση που ο γιατρός παραβεί τον όρκο του και διενεργήσει ευθανασία, δεν διαπράττει μόνο ηθικό προσωπικό παράπτωμα, αλλά η ενέργειά του αυτή έχει αντίκτυπο στο σύνολο του ιατρικού κόσμου. Ακόμη και η παραμικρή υπόνοια πως ο γιατρός δεν θα κάνει τα πάντα για να διατηρήσει στη ζωή τον ασθενή και να τον θεραπεύσει, μπορεί να φέρει ανεπανόρθωτη βλάβη στην εμπιστοσύνη⁴³⁵ που ο ασθενής δείχνει στον γιατρό και να μεταβάλλει δραστικά την εικόνα που πρέπει να έχει η κοινωνία για το ιατρικό λειτούργημα, ώστε να το περιβάλλει με εμπιστοσύνη. Είναι απαραίτητο οι ιπποκρατικές εντολές «επ' ωφελείη καμνόντων» και «ωφελείν ή μη βλάπτειν» να παραμείνουν σεβαστές, και η ευθανασία καθόλου δεν συμβάλλει σε αυτό⁴³⁶.

Τα παραπάνω καθιστούν φανερό πως το ιατρικό καθήκον επιβάλλει πολύ περισσότερα από τη συνταγογράφηση και την παρακολούθηση ασθενών. Στην ιατρική φροντίδα ενυπάρχει ένα κοινωνικό νόημα που ξεπερνά σε αξία ακόμη πολλές φορές και τη θεραπεία⁴³⁷. Με άλλα λόγια, η εντελώς απαραίτητη για τη σωστή ιατρική επέμβαση, θεραπευτική συμμαχία δεν μπορεί να εγκατασταθεί, αν δεν λειτουργεί σωστά η υγιής ευσπλαχνία. Η ευσπλαχνία αυτή είναι συνυφασμένη με την ευαισθησία για τον πόνο του άλλου⁴³⁸, η οποία δεν προκαλείται από οίκτο ή συμπόνια εκφραζόμενη από θέση ισχύος, αλλά φανερώνει τη συναίσθηση⁴³⁹ της κοινής μας αδυναμίας και ευαλωτότητας. Η ευθανασία, αντίθετα αφαιρεί από τον γιατρό τη δυνατότητα να φροντίσει τον ασθενή του, απογυμνώνοντας τον κυριολεκτικά από τον ρόλο του. Η διακοπή της ζωής του πάσχοντος μπορεί να γίνει εύκολα από τον οποιονδήποτε, η συμπαθητική φροντίδα και η ανακούφιση του ασθενούς όμως είναι

⁴³³ «Πόσο εύκολο είναι να φροντίζουν με αφοσίωση τους ασθενείς, όταν είναι πάντοτε δυνατό να σκεφτούν τη θανάτωσή τους ως “θεραπευτική επιλογή;”» Kass, 1989, 35.

⁴³⁴ Stuart et al, 1998, 22. Όπως στη γνωστή περίπτωση του Βρετανού γιατρού Cox, ο οποίος προκάλεσε τον εκούσιο θάνατο της ασθενούς του με ενδοφλέβια χορήγηση χλωριούχου καλίου. Hare, 1993b, 69. Βλ. και *Times* 1992, Sept. 22: 5.

⁴³⁵ Pellegrino, 2007, 249-250, Buchanan, 1996, 32.

⁴³⁶ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 148.

⁴³⁷ «Όσοι παρέχουν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη δεν θα έπρεπε να υποθέτουν πως με τη φροντίδα αυτή εκπληρώνουν την υποχρέωσή τους να φροντίσουν τον ασθενή. Τα κοινωνικά νοήματα που περιλαμβάνονται στην έννοια της φροντίδας του ασθενούς μπορεί να είναι πολύ περισσότερο σημαντικά από την ίδια την ιατρική φροντίδα». Slomka, 1995, 1262.

⁴³⁸ More, 1996, 245.

⁴³⁹ Αλιβιζάτος, 1980, 274, Πρωτοπρ. Αυγουστίδης, 2003, 108.

προνόμιο του γιατρού. Αυτό δεν σημαίνει, βέβαια, πως ο ασθενής πρέπει να υφίσταται άγονες⁴⁴⁰ θεραπείες όταν οι επιπλοκές της αγωγής είναι χειρότερες από το σύμπτωμα που σκοπεύουν να θεραπεύσουν. Η πρωταρχική, όμως αρχή παραμένει: «Ο θεραπευτικός στόχος πρέπει να επιτευχθεί με τον μικρότερο δυνατό κίνδυνο για τη ζωή του ασθενούς»⁴⁴¹.

Είναι συνεπώς φανερό, ισχυρίζονται οι υπέρμαχοι του επιχειρήματος, πως η ευθανασία σε όλες τις μορφές της είναι μια ενδογενώς εσφαλμένη πράξη, που έρχεται σε ευθεία αντίθεση με το ιατρικό καθήκον έτσι όπως περιγράφεται από τον όρκο του Ιπποκράτη και ισχύει χωρίς καμία παρέκκλιση έως τις ημέρες μας. Η ευθανασία παραβιάζει τον ηθικό⁴⁴² σκοπό της ιατρικής σχέσης και ανοίγει τον δρόμο για σοβαρές καταχρήσεις που δεν μπορούν να αναχαιτιστούν μέσω νομικών περιορισμών. Επιπλέον, το να επιτρέπουμε τη θανάτωση από πρόθεση σημαίνει ότι απαρνιόμαστε την ηθική υποχρέωση του γιατρού να παρέχει πλήρη παρηγορητική⁴⁴³ φροντίδα για τον πόνο και τις ψυχολογικές αιτίες που οδηγούν τους ασθενείς σε τόσο μεγάλη απόγνωση ώστε να ζητούν να τους θανατώσουμε⁴⁴⁴.

Αντί λοιπόν, της εύκολης και άγονης λύσης της ευθανασίας, ο γιατρός οφείλει να βελτιώσει την επαγγελματική του ικανότητα και να σκύψει πάνω στον θνήσκοντα ασθενή του επιδιώκοντας να καταστήσει το τέλος του ανώδυνο, αξιοπρεπές και γενικά ανθρώπινο κατά το δυνατόν⁴⁴⁵.

⁴⁴⁰ Cripem, 1991, 260.

⁴⁴¹ «Η απόσυρση των θεραπευτικών-υποστηρικτικών μέσων καθώς και η διακοπή της τροφής-υδροδότησης (παθητική ευθανασία) από τους ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο ανίατης ασθένειας ή έχουν περιέλθει σε κατάσταση φυτού ισοδυναμούν με φόνο. Συνακόλουθα, η πρακτική της “διπλής επίδρασης” (double effect), όταν δηλαδή ο γιατρός χορηγεί μια μεγάλη δόση αναλγητικών με σκοπό τον έλεγχο του πόνου, παρόλο που ο ασθενής πιθανότατα δεν θα επιβιώσει μιας τέτοιας δόσολογίας, είναι και αυτή αναντίρρητα καταδικαστέα». Craig, 1994, 140-141.

⁴⁴² Η Παγκόσμια Ιατρική Εταιρεία (World Medical Association-WMA) δηλώνει ότι «η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία όπως και η ευθανασία, ακόμα και αν αιτούνται από τον ίδιο τον ασθενή ή την οικογένειά του είναι ανήθικες και πρέπει να καταδικαστούν από τον ιατρικό κόσμο. Αυτό δεν εμποδίζει τον γιατρό από το σεβασμό της επιθυμίας ενός ασθενή να επιτρέψει στη φυσική διαδικασία του θανάτου να ακολουθήσει την πορεία της στην τελική φάση της ασθένειας». Βλ. WMA Declaration on Euthanasia, 1987.

⁴⁴³ «Παρηγορητική φροντίδα (palliative care) είναι μια προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και της οικογένειάς τους που υποφέρουν από νοσήματα πτωχής πρόγνωσης ή προοδευτικά επιδεινούμενα, μέσω της πρόληψης, εκτίμησης και αντιμετώπισης του πόνου και των λοιπών συνοδών συμπτωμάτων, καθώς και των ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών αναγκών τους». Βλ. Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization-WHO), 2002.

⁴⁴⁴ Freeman & Pellegrino, 2007, 264.

⁴⁴⁵ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 150.

2.5. Θρησκευολογική προσέγγιση της ευθανασίας

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες διαμόρφωσης της ηθικής του ατόμου είναι ασφαλώς και η θρησκευτική πίστη. Είναι αναμφισβήτητο, ότι ένα μεγάλο μέρος των ηθικών μας αντιλήψεων πηγάζει και ενισχύεται από τις επιταγές της θρησκείας. Ακόμη και όσοι είναι αποστασιοποιημένοι από αυτήν είναι πιθανόν να ενεργούν με γνώμονα τη θρησκευτική ηθική η οποία τους έχει μεταδοθεί από το κοινωνικό σύνολο και κυριαρχεί στο υποσυνείδητό τους.

Ένα σημαντικότατο επιχείρημα θρησκευτικής προέλευσης ενάντια στην ευθανασία στηρίζεται στην πεποίθηση πως η ζωή αποτελεί το μεγαλύτερο δώρο του Θεού στον άνθρωπο, προς το οποίο οφείλεται απεριόριστος σεβασμός. Για τον λόγο αυτόν, η βίαιη αφαίρεση της ζωής, η δολοφονία, η ευθανασία, ή ακόμη και η αυτοκτονία θεωρούνται θανάσιμα αμαρτήματα. Για τον ίδιο λόγο η σωτηρία της ζωής του πλησίον λογίζεται ως ύψιστη αρετή. Η πεποίθηση αυτή είναι θεμελιώδης στον Χριστιανισμό, και εύλογα έχει επηρεάσει τις ηθικές αντιλήψεις του δυτικού κόσμου⁴⁴⁶.

Για τις τρεις μονοθεϊστικές θρησκείες, τον Ιουδαϊσμό, τον Χριστιανισμό και το Ισλάμ ο άνθρωπος είναι δημιουργημα του Θεού, και επομένως η ζωή δεν ανήκει σε αυτόν, αλλά στα χέρια του δημιουργού του που τον έπλασε και τον έφερε στην ύπαρξη. Τόσο η Ιουδαϊκή θρησκεία όσο και ο Χριστιανισμός δέχονται ότι ο άνθρωπος δημιουργήθηκε «κατ' εικόνα» και καθ' ομοίωσιν» του Θεού, πράγμα που σημαίνει ότι προικίστηκε με λογική και ελευθερία βούλησης και είναι υπεύθυνος να αποφασίζει για τον εαυτό του και για το καλό της ανθρωπότητας⁴⁴⁷. Σε όλα τα κείμενα της χριστιανικής ηθικής αναφέρεται η απαγόρευση της αυτοδιάθεσης της ανθρώπινης ζωής. Ο απόστολος Παύλος διατυπώνει τη θέση ότι το σώμα μας είναι ναός του Θεού το οποίο πρέπει να φροντίζουμε για να δοξάζουμε τον δωρητή⁴⁴⁸.

Ο Θωμάς Ακινάτης, μεγάλος φιλόσοφος και άγιος της δυτικής εκκλησίας, αναπτύσσοντας τη σκέψη του αποστόλου Παύλου υποστηρίζει πως από τη στιγμή που η ζωή μας είναι θείο δώρημα, η αρχή και το τέλος της δεν μπορούν να μας ανήκουν⁴⁴⁹. Σύμφωνα με τη χριστιανική αντίληψη, η ανθρώπινη ζωή πρέπει να είναι

⁴⁴⁶ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 152, Αναπλιώτης, 2003, 190, Αβραμίδης, 2007 διαθέσιμο στο http://www.ecclesia.gr/greek/holysynod/committees/pastoral/avramidis_efthanasia.html (ανακτήθηκε 10-4-2012).

⁴⁴⁷ Παλαιά Διαθήκη, *Γένεσις*, 1: 26-28.

⁴⁴⁸ Καινή Διαθήκη, *Αποστόλου Παύλου, Α΄ Προς Κορινθίους*, 6: 19-20.

⁴⁴⁹ Στο έργο του *Summa Theologica*, ο Ακινάτης υποστηρίζει πως η αυτοκτονία είναι πάντοτε κακή διότι είναι ενάντια στη φύση και βλάπτει την κοινότητα. Επισημαίνει επίσης, ότι η ζωή μας είναι δώρο

αντικείμενο σεβασμού και προστασίας διότι έχει αξία κάτω από οποιοσδήποτε συνθήκες, όσο επώδυνες και αν αυτές φαίνονται ή είναι. Αυτό συμβαίνει διότι η αξία της ανθρώπινης ζωής δεν καθορίζεται από τις καταστάσεις και τις συνθήκες μέσα στις οποίες υφίσταται, αλλά από αυτό που απεικονίζει: τη θεία φύση του Δημιουργού της. Για τον λόγο αυτόν, κάθε πράξη αυτοκτονίας ή ευθανασίας είναι αμάρτημα και ηθικά καταδικαστέα. Το δικαίωμα στον θάνατο, κατά τη χριστιανική άποψη, δεν είναι δικαίωμα να προκαλέσει κανείς ή να ζητήσει από τους άλλους τον θάνατό του, αλλά το δικαίωμα να πεθάνει με ηρεμία, ειρήνη⁴⁵⁰ και αξιοπρέπεια, απολαμβάνοντας την αγάπη των ανθρώπων μέχρι τελευταίας πνοής. Υπό την έννοια αυτή, είναι δυνατόν η διακοπή ακραίων μέσων για τη συντήρηση της ζωής να θεωρηθεί ως ορθό μέτρο από την Εκκλησία, σε περιπτώσεις μη αναστρέψιμης διαδικασίας θανάτου⁴⁵¹.

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό, πως η ευθανασία απαξιώνεται ηθικά υπό το πρίσμα της θρησκευτικής ηθικής. Ο εσκεμμένος και πρόωρος θάνατος του ανθρώπου δεν μπορεί να δικαιολογηθεί σε καμία περίπτωση, όσο αγνό και αν είναι το κίνητρο του δράστη, ακριβώς επειδή κανένας σκοπός δεν μπορεί να ξεπεράσει ηθικά τη δεδομένη και αδιαμφισβήτητη αξία του αγαθού της ζωής. Επιπλέον, η προσφυγή στην ευθανασία καταρρακώνει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και δυναμιτίζει την ελευθερία του ανθρώπου. Ασκώντας ο άνθρωπος, ως ελεύθερο ον, το δικαίωμα να τερματίσει τη ζωή του αμαρτάνει, και συγχρόνως διαστρεβλώνει το νόημα της ελευθερίας του, καθιστώντας την πηγή εγκληματικής πρακτικής. Με τον τρόπο αυτόν, το θείο δώρο της ελευθερίας καταργείται, διότι ενώ του δόθηκε για να βελτιώσει τον εαυτό του και τους άλλους, γίνεται παράγοντας που οδηγεί την ανθρώπινη κοινωνία στον «πολιτισμό του θανάτου»⁴⁵².

Στις μεγάλες θρησκείες της Ανατολής, η αντίληψη για τον κόσμο και τη ζωή είναι τελείως διαφορετική από αυτή των τριών μονοθεϊστικών θρησκειών. Ο άνθρωπος θεωρείται μέρος του κόσμου και της αρμονίας του. Για τον Ινδοϊσμό⁴⁵³ και

του Θεού και το τέλος της δεν είναι στη δικαιοδοσία μας γι' αυτό έχουμε την υποχρέωση της διατήρησης της δικής μας ζωής όσο και των άλλων». Prado & Taylor, 1999, 49.

⁴⁵⁰ Η ευθανασία υπό την αρχική της έννοια, ως «ειρηνικός και γαλήνιος θάνατος», απαντάται συχνά ως το «εν ειρήνη τελειούται» Βλ. κ.κ. Νικολάου στο:

http://www.ecclesia.gr/greek/holysynod/eisigiseis/nikolaou_efthanasia.htm (ανακτήθηκε 10-5-2012) και Βούλγαρη, 2005, 59.

⁴⁵¹ Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος. Επιτροπή Βιοηθικής, 2007, 45-46.

⁴⁵² Ο όρος αυτός φαίνεται να πρωτοχρησιμοποιήθηκε από τον Πάπα Παύλο-Ιωάννη τον Β' στην εγκύκλιο του *Evangelium Vitae* το 1995. Παναγόπουλος, 2003, 47.

⁴⁵³ Βλ. Nimbalkar, 2007, 55-56.

τον Βουδισμό⁴⁵⁴ η έννοια της ευθανασίας κινείται στα όρια της θέσης του ανθρώπου στην παγκόσμια τάξη του σύμπαντος. Υπό την έννοια αυτή το βίαιο σταμάτημα της ζωής ενός ανθρώπου, είτε με αυτοκτονία είτε με ευθανασία, αποτελεί διατάραξη της τάξης του σύμπαντος και η πράξη αυτή έχει άμεσο αντίκτυπο όχι μόνον στη ζωή του θανόντος, αλλά και στη ζωή αυτού που τον υποβοηθά⁴⁵⁵.

Τα δύο μεγάλα φιλοσοφικά συστήματα της Κίνας⁴⁵⁶, ο Κομφουκισμός και ο Ταοϊσμός, έχουν τις δικές τους θεωρήσεις για τον άνθρωπο, την κοινωνία και τον κόσμο στην παγκόσμια τάξη του σύμπαντος. Για τον Κομφουκισμό η ευθανασία ως «αξιοπρεπής θάνατος» είναι μια εξαιρετικά περιορισμένη περίπτωση. Για τον Ταοϊσμό, και μάλιστα τον λαϊκό, ζητούμενο είναι η αθανασία του σώματος. Επομένως η ευθανασία είναι άρση του αιτήματος αυτού. Μια άλλη διάσταση έχουν τα πράγματα στην Ιαπωνία⁴⁵⁷, όπου δύο κύριες θρησκείες συνυπάρχουν, ο Σιντοϊσμός και ο Βουδισμός, και όπου οι συζητήσεις περί ευθανασίας που γίνονται εδώ και αρκετές δεκαετίες έχουν ως υπόβαθρο θέματα τιμής και ευθιξίας της ιαπωνικής παράδοσης και κοινωνίας. Οι παραδόσεις αυτές σε συνδυασμό με σύγχρονα δημογραφικά και ψυχολογικά προβλήματα, οδηγούν ένα μέρος της ιαπωνικής κοινωνίας να βλέπει με συμπάθεια το θέμα της ευθανασίας, ενώ ένα άλλο με επιφύλαξη.

Ωστόσο, η πρόωρη αφαίρεση της ζωής, είτε εκούσια (αυτοκτονία) είτε με πρόκληση ανώδυνου θανάτου ή επίσπευση αυτού προκειμένου να συντομευθεί η αγωνία του πάσχοντος από ανίατη ασθένεια (ευθανασία) δεν είναι στις προθέσεις καμιάς θρησκείας. Η θυσία της ζωής δικαιολογείται από τις μεγάλες θρησκείες του κόσμου μόνον για υπέρτατο σκοπό, δηλαδή ελευθερίας, ατομικής αξιοπρέπειας προς αποφυγήν ατίμωσης σε εμπόλεμες καταστάσεις, κοινωνικής δικαιοσύνης σε ολοκληρωτικά καθεστώτα, αλλά ποτέ για την αποφυγή μιας δεινής κατάστασης που οφείλεται στην ασθένεια ή το γήρας. Υπό την έννοια αυτή στις θρησκείες απαντούν ευχές για το καλό, ανώδυνο και ειρηνικό τέλος της ζωής του κάθε προσώπου, αλλά για το φυσικό τέλος και όχι την επίσπευση του θανάτου με ανθρώπινη πρωτοβουλία⁴⁵⁸.

⁴⁵⁴ Keown et al, 1995, 266. Για μια θεώρηση του βουδισμού σε θέματα βιοηθικής βλ. Nakasone, 1990, 312-318.

⁴⁵⁵ Ζιάκα, 2007, 23-28, 30-34.

⁴⁵⁶ Guo, 1995, 239-246

⁴⁵⁷ Noritoshi, 2000, 339-354.

⁴⁵⁸ Ζιάκα, 2009, 17.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι εμφανές ότι το ζήτημα της ευθανασίας, άρρηκτα δεμένο με το μυστήριο της ζωής και του θανάτου, απασχόλησε από πολύ νωρίς την ανθρώπινη διάνοηση και διέγειρε σοβαρότατους προβληματισμούς σε όλους τους πολιτισμούς διαχρονικά, αλλά και σε όλα τα θρησκευτικά ρεύματα. Αν και συγκεκριμένες υποτυπώσεις της μπορούν να εντοπιστούν στην ιστορική πορεία του ανθρώπου ήδη από την εποχή της αρχαίας Σπάρτης, η εμφάνιση του ζητήματος στο προσκήνιο του κοινωνικού ενδιαφέροντος τοποθετείται στον περασμένο αιώνα.

Ιδιαίτερα τις τελευταίες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα, το θέμα τέθηκε με μεγάλη έμφαση η οποία διαρκώς επιτείνεται, καθώς τα σύγχρονα επιστημονικά επιτεύγματα πολλαπλασίασαν θεαματικά τις δυνατότητες της ιατρικής. Έτσι σήμερα, η ζωή ασθενών που βρίσκονται σε τελικό στάδιο διαφόρων νόσων, ή οι ζωτικές τους λειτουργίες υποστηρίζονται με τεχνικά μέσα, ή βρίσκονται σε διαρκές κώμα, ή είναι εγκεφαλικά νεκροί, μπορεί να παρατείνεται για εξαιρετικά μεγάλο και απροσδιόριστο χρονικό διάστημα. Το γεγονός αυτό γεννά πάμπολλα φιλοσοφικά και δυσεπίλυτα βιοηθικά ζητήματα.

Ενώ ο επιστημονικός επί του θέματος διάλογος βρίσκεται στα πρώτα του βήματα, και σε κάθε περίπτωση μακριά από τη λύση, η ευθανασία εξαπλώνεται με ταχύτατους ρυθμούς έχοντας ήδη καθιερωθεί στην καθημερινή πρακτική. Ήδη σε κάποιες χώρες έχει νομιμοποιηθεί η ενεργητική ευθανασία, όπως στην Ολλανδία, το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο, ενώ στην Ελβετία και τις πολιτείες Όρεγκον, Ουάσινγκτον και Μοντάνα των Η.Π.Α. έχει νομιμοποιηθεί η υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Οι περισσότερες χώρες όμως αντιμετωπίζουν με ιδιαίτερο σκεπτικισμό ένα τέτοιο ενδεχόμενο. Στην Ελλάδα το θέμα της ευθανασίας δεν έχει ακόμη ρυθμιστεί νομικά και ως εκ τούτου οποιαδήποτε ιατρική πράξη επισπεύδει τον θάνατο ενός ασθενούς τελικού σταδίου είναι παράνομη και διώκεται, ακόμη και αν ο ασθενής ζητά επίμονα τον τερματισμό της ζωής του. Όμως η πράξη του γιατρού αντιμετωπίζεται επιεικέστερα, ως ανθρωποκτονία εξ οίκτου, σύμφωνα με το άρθρο 300 του Ποινικού Κώδικα. Παρόλα αυτά, ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ – ν. 3418/2005)- σε μια προσπάθεια συμβιβασμού της μέγιστης προστασίας της ατομικής αυτοδιάθεσης με τη μέγιστη δυνατή προστασία του ύψιστου εννόμου αγαθού της ανθρώπινης ζωής- εισήγαγε μια σοβαρή καινοτομία στα δύσκολα ζητήματα που αφορούν ιατρικές αποφάσεις κοντά στο «τέλος της ζωής». Καθιέρωσε τον κανόνα

που δεσμεύει τον γιατρό να ακολουθεί «παρηγορητική» (ανακουφιστική) αγωγή (palliative care), όταν «εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια». Με τη διάταξη αυτή, το κοινό μας δίκαιο φαίνεται ότι υποδέχθηκε τη λεγόμενη «παθητική ευθανασία», το να «αφήνεις κάποιον να πεθάνει», όταν ό,τι και να κάνεις είναι μάταιο (letting die).

Η ευθανασία βέβαια, είναι ένα ζήτημα που ανήκει στον τομέα της βιοηθικής και ως εκ τούτου ξεπερνά κατά πολύ την εμβέλεια δράσης ενός και μόνο επιστημονικού πεδίου. Αφορά σε μεγάλο βαθμό τη νομική επιστήμη, την Κοινωνιολογία, τη Θεολογία και την Πολιτική, ενδιαφέρει άμεσα την Ιατρική και την Ψυχολογία. Η επιστήμη, όμως, που χωρίς υπερβολή, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι συγκλονίζεται από την ευθανασία, είναι η Ηθική. Και τούτο διότι το σύγχρονο αυτό πρόβλημα έρχεται να κλονίσει ηθικές παραδοχές και αξίες με ισχύ αιώνων. Επιπλέον, οποιοδήποτε κοινωνικό σύστημα και πρακτική θεμελιώνεται χωρίς την ικανοποιητική υποστήριξη κάποιας ηθικής θεωρίας, στηρίζεται σε σαθρά θεμέλια. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ναζιστική «τελική λύση», η οποία, για μικρό ευτυχώς χρονικό διάστημα, επέβαλλε μια εντελώς αστήρικτη ηθικά κοινωνική πρακτική.

Η ευθανασία διακρίνεται με βάση δύο άξονες: την επιθυμία του πάσχοντος και τον τρόπο παρέμβασης του δευτέρου προσώπου. Βάσει του πρώτου άξονα διακρίνεται σε *εκούσια*, *μη εκούσια* ή *ευθανασία με εικαζόμενη συναίνεση* και *ακούσια*, ενώ με βάση τον δεύτερο άξονα σε *ενεργητική* και *παθητική*. Τα τελευταία χρόνια έχει προστεθεί και μια τρίτη κατηγορία, η οποία συνήθως αποκαλείται *ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία*. Είναι η μέθοδος του αμερικανού γιατρού Jack Kevoorkian, και συνίσταται στη χορήγηση στον ασθενή μιας συσκευής την οποία χειριζόμενος ο ίδιος ο πάσχων επιφέρει τον θάνατό του.

Η διάκριση βεβαίως αυτή είναι στην ουσία μια κατηγοριοποίηση της ευθανασίας με βάση εξωτερικά, τυπικά χαρακτηριστικά. Από ηθικής άποψης, είναι δύσκολο να κρίνουμε οποιαδήποτε άλλη μορφή ευθανασίας πλην της εκούσιας. Αυτό συμβαίνει διότι η θανάτωση ενός ανθρώπινου πλάσματος ενάντια στη θέλησή του ή χωρίς να είναι η θέληση αυτή γνωστή, όπως συμβαίνει στις περιπτώσεις της ακούσιας και μη εκούσιας ευθανασίας αντίστοιχα, μόνο ως δολοφονία μπορεί να αντιμετωπιστεί. Η διενέργεια ευθανασίας ενάντια ή χωρίς την επιθυμία του άμεσα ενδιαφερομένου, υποκρύπτει την παραδοχή πως κάποιος μπορεί να αξιολογήσει τη ζωή ενός ανθρώπινου όντος και να κρίνει εάν αυτή είναι άξια να βιωθεί ή όχι. Κάτι

τέτοιο όμως δεν μπορεί να γίνει ηθικά αποδεκτό, διότι η αντίληψη αυτή είναι ο ιδεολογικός άξονας του φόνου και, σε γενικευμένη μορφή, της γενοκτονίας.

Με βάση τα παραπάνω, σε ηθική αξιολόγηση υπόκειται μόνο η μορφή εκείνη της ευθανασίας η οποία περιγράφεται ως ικανοποίηση της σαφώς εκπεφρασμένης και αυθόρμητης επιθυμίας του διαυγούς και ικανού διανοητικά πάσχοντος να τερματιστεί η ζωή του, προκειμένου να επισπευσθεί ο βέβαιος και μαρτυρικός του θάνατος και να ανακουφιστεί από τον δυσβάσταχτο πόνο.

Σε ότι αφορά τη διαφοροποίηση της ευθανασίας σε ενεργητική και παθητική, ενώ περιγράφει επιτυχώς την πρακτική, ηθικά είναι αδιάφορη. Στην περίπτωση της ενεργητικής ευθανασίας ο γιατρός προβαίνει σε ενέργειες για τον τερματισμό της ζωής του ασθενούς, ενώ στην περίπτωση της παθητικής δεν λαμβάνει μέτρα για τη διάσωσή της. Θα μπορούσε, βέβαια να υποστηριχτεί πως η μη λήψη μέτρων αποτελεί και αυτή μια ενέργεια, μια επιλογή. Η θανάτωση με παράλειψη όσο και η θανάτωση με πράξη μπορούν να είναι σκόπιμες και μια αναλυτικότερη εξέταση συχνά αποδεικνύει πως το να αφήνεις κάποιον να πεθάνει στην πραγματικότητα είναι το ίδιο με το να τον βοηθάς να πεθάνει. Άλλωστε κρινόμαστε δυνάμει τόσο των πράξεων, όσο και των παραλείψεών μας. Και στις δύο περιπτώσεις αυτό που έχει σημασία είναι ο σκοπός που η πράξη εμπεριέχει. Και ο σκοπός είναι η μη διατήρηση της ζωής. Η ευθανασία, η οποία εξ ορισμού σκοπεύει στον τερματισμό της ζωής του πάσχοντος, μπορεί, λοιπόν, να διακριθεί σε ενεργητική και παθητική ως προς τη μεθοδολογία που κάθε φορά χρησιμοποιείται. Αυτό όμως είναι ένα καθαρά ιατρικό ζήτημα, και φαίνεται πως δεν μπορεί να έχει επίπτωση στην ηθική της αξιολόγησης.

Παρόλα αυτά, είναι δύσκολο να ισχυριστεί κανείς πως η επιλογή των μέσων δεν είναι επιδεκτική ηθικής αξιολόγησης. Πολλές φορές, η ενεργητική μορφή της ευθανασίας ανταποκρίνεται καλύτερα και με πιο άμεσο και ανθρωπιστικό τρόπο στις συνθήκες που την επιβάλλουν. Δεν υπάρχει αμφιβολία πως η παύση χορήγησης τροφής και νερού, η διακοπή της λειτουργίας του αναπνευστήρα, η αποσύνδεση από την καρδιακή υποστήριξη, έχουν σαν αποτέλεσμα έναν αργό και επώδυνο για τον ασθενή θάνατο. Αντίθετα, η χορήγηση στον πάσχοντα κάποιου θανατηφόρου σκευάσματος, όπως συμβαίνει στην ενεργητική ευθανασία, μπορεί να επιφέρει το ίδιο αποτέλεσμα αλλά ανώδυνα και άμεσα. Δεν μπορούμε λοιπόν να μην αναγνωρίσουμε ότι η ενεργητική ευθανασία υπερέχει της παθητικής σε ότι αφορά την ηθική της αξιολόγησης. Θετική ηθική αξία, όμως, πρέπει να αποδώσουμε και στον γιατρό εκείνον που, παρότι γνωρίζει τις ενδεχόμενες δυσμενείς για τον ίδιο επιπτώσεις,

επιλέγει να διενεργήσει ενεργητική ευθανασία στον ασθενή σκεπτόμενος αποκλειστικά και μόνο το βέλτιστο συμφέρον του πάσχοντος και όχι το δικό του. Παράλληλα, θα πρέπει να απαξιώσουμε τη στάση του γιατρού ο οποίος- φοβούμενος τις συνέπειες της πράξης του- διενεργεί στον ασθενή του παθητική ευθανασία, παρότι γνωρίζει πως αυτή θα τον οδηγήσει σε τέλος επώδυνο και απάνθρωπο. Παρόλα αυτά, και οι δύο μορφές της ευθανασίας εξυπηρετούν τον ίδιο σκοπό, και από την πλευρά του γιατρού η όποια προτίμηση δεν αποτελεί παρά στρατηγική επιλογή που ως στόχο της έχει τη θανάτωση του ασθενούς. Δεν υπάρχουν ηθικά μέσα όταν ο σκοπός είναι ανήθικος. Αν η ευθανασία πρέπει να απαξιωθεί ηθικά, τότε η διάκριση της ενεργητικής από την παθητική μορφή της δεν μπορεί παρά να είναι εντελώς αδιάφορη.

Η επιφύλαξη που δείχνουν οι κοινωνίες αλλά και οι διανοητές απέναντι στην ενεργητική μορφή της ευθανασίας, πολλές φορές φτάνει ακόμη και στην άρνησή της, ενώ την ίδια στιγμή σιωπηρά ή και εκπεφρασμένα αποδέχονται την παθητική της διάσταση. Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί ως ένα βαθιά ριζωμένο από αιώνες ενδιαφέρον για την προστασία της ζωής του ανθρώπου από οποιαδήποτε πράξη θα μπορούσε να την απειλεί. Αντίθετα, η παράλειψη, λιγότερο επικίνδυνος ή εμφανής τρόπος απειλής της ζωής, αντιμετωπίζεται ηπιότερα. Επιπλέον, η στάση της κοινωνίας απέναντι στην ενεργητική ευθανασία είναι αυτόματα αρνητική, διότι εκεί ο θάνατος του ασθενούς προβάλλεται ως άμεσο αποτέλεσμα της ενέργειας του γιατρού και η σχέση αιτίου-αποτελέσματος είναι προφανής, ενώ στην παθητική ευθανασία η σχέση αυτή λανθάνει, χωρίς αυτό να σημαίνει, βέβαια, πως δεν υπάρχει ή πως ανιχνεύεται σε μικρότερο βαθμό. Από την άλλη, η ενεργητική ευθανασία είναι ποινικά κολάσιμη από τα περισσότερα νομικά συστήματα και αντιμετωπίζεται ως κοινή ανθρωποκτονία, ενώ η παθητική έχει καθιερωθεί στη συνείδηση του ιατρικού κόσμου ως υποταγή στη δύναμη της φύσης και όχι ως φόνος, επισύροντας ταυτόχρονα μικρές έως ανύπαρκτες νομικές συνέπειες.

Κάθε ηθικό πρόβλημα όπως και κάθε εν γένει επιστημονικό ζήτημα παρουσιάζει επικριτές και υποστηρικτές. Έτσι και στο ζήτημα της ευθανασίας, τόσο οι υπέρμαχοι όσο και οι πολέμοι προβάλλουν ποικίλα ηθικά επιχειρήματα προσπαθώντας να εδραιώσουν τη θέση τους.

Σύμφωνα με τη θεωρία του ωφελιμισμού, η πράξη που θα αποφέρει τη μεγαλύτερη δυνατή ωφέλεια στον μεγαλύτερο αριθμό ανθρώπων δικαιώνεται ηθικά. Κατά τους υπέρμαχους, λοιπόν, της ευθανασίας, η υιοθέτηση και εφαρμογή της

επιφέρει στον ασθενή την ανακούφιση που επιζητεί, οπότε τον ωφελεί ή τουλάχιστον δεν τον βλάπτει, ενώ παράλληλα απελευθερώνει πόρους, ανθρώπινο δυναμικό και τεχνικά μέσα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε περιπτώσεις περισσότερο ελπιδοφόρες. Δεν είναι ηθικώς ορθό, κατά την πεποίθηση αυτή, να επιβάλλουμε σε έναν βασανιζόμενο ασθενή τελικού σταδίου μια άσκοπη φροντίδα που του είναι ανεπιθύμητη, στερώντας την από ανθρώπους που την επιθυμούν και χάριν αυτής θα μπορούσαν να σωθούν.

Από την ίδια θεωρητική αφετηρία ορμώμενο το επιχείρημα του ολισθηρού κατήφορου, καταλήγει σε διαμετρικά αντίθετο συμπέρασμα. Οι υποστηρικτές του θεωρούν πως η ηθικοποίηση της ευθανασίας και κατ' επέκταση η νομιμοποίησή της, θα ανοίξει τους ασκούς τους Αιόλου και για τις περιπτώσεις κατά τις οποίες η πρακτική αυτή είναι ανεπιθύμητη. Αυτό θα είναι μια άμεση απειλή για ανθρώπους τρίτης ηλικίας, των οποίων η περίθαλψη είναι ασφαλώς δυσκολότερη και περισσότερο επιβαρυντική οικονομικά από τη θανάτωσή τους. Απειλούνται επίσης ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες, όπως οι άνθρωποι με κινητικά προβλήματα ή με νοητική υστέρηση, οι ομοφυλόφιλοι, τα βρέφη με γενετικές ανωμαλίες και άλλες. Οι νωπές, ακόμη, μνήμες από τη ναζιστική θηριωδία ενισχύουν περισσότερο το εν λόγω επιχείρημα. Μπροστά στον γενικευμένο αυτόν κίνδυνο, είναι ηθικά απαράδεκτη οποιαδήποτε ηθική επιδοκιμασία της ευθανασίας, αφού οι επιπτώσεις της θα θίξουν μια πολύ μεγαλύτερη ομάδα ανθρώπων από αυτή που θα ωφελήσουν, οδηγώντας την κοινωνία σε επικίνδυνους ολισθηρούς κατήφορους.

Αλλά και η χρήση της καντιανής κατηγορικής προσταγής, σύμφωνα με την οποία ο άνθρωπος πρέπει να αντιμετωπίζεται πάντα ως σκοπός και ουδέποτε ως μέσο, δεν φαίνεται να ξεκαθαρίζει το θολό θεωρητικό πεδίο. Συγκεκριμένα, αντιμετωπίζοντας τον άνθρωπο ως σκοπό, είμαστε υποχρεωμένοι να αποδεχτούμε τις έλλογες επιθυμίες του και να τις ικανοποιήσουμε, κυρίως όταν αφορούν τον εσωτερικό υπαρξιακό του πυρήνα. Η επιθυμία του θανάτου, όταν διατυπώνεται υπό τις προϋποθέσεις που ήδη έχουν περιγραφεί, αναμφισβήτητα αποτελεί υπαρξιακή επιλογή. Ακόμη και αν η επιλογή αυτή έρχεται σε σύγκρουση με δικές μας αξίες και παραδοχές πρέπει να τη σεβαστούμε. Οποιαδήποτε άρνηση θα συνιστά αντιμετώπιση του απελπισμένου συνανθρώπου μας ως μέσον, είτε για να παραμείνουμε πιστοί στις ιδέες μας, είτε για να επιτύχουμε την προσωπική μας προστασία.

Οι επικριτές της ευθανασίας αντεπιχειρηματολογούν υποστηρίζοντας ότι η ανταπόκριση στην επιθυμία αυτή υποδηλώνει αυτό ακριβώς που η κατηγορική

προσταγή αποφάσκει. Στην ευθανασία, ισχυρίζονται, σκοπός δεν είναι παρά η διαφυγή, η νέκρωση του πόνου. Το πρόβλημα έγκειται στο γεγονός πως για την επίτευξη του σκοπού αυτού χρησιμοποιείται ως μέσον ο ίδιος ο άνθρωπος, αφού η δική του ζωή τερματίζεται. Αν θεωρητικό υπόβαθρο της διενέργειας της ευθανασίας είναι η κατηγορική προσταγή, τότε είναι μια πράξη εξόχως αντιφατική. Η ευθανασία δεν είναι παρά μια ανώδυνη και βολική λύση. Η πραγματική αντιμετώπιση του συνανθρώπου μας ως σκοπού επιβάλλει όχι την εύκολη αφαίρεση της ζωής του, αλλά την παρουσία στο πλευρό του την ώρα που η ζωή του οδεύει προς το τέλος της. Άλλωστε, κατά μία άποψη, οι αιτήσεις για ευθανασία δεν είναι τίποτε άλλο παρά κραυγές απελπισίας. Στην απελπισία αυτή μόνο ο ευπλαχνικός ανθρωπισμός μπορεί να δώσει απάντηση, και σε καμιά περίπτωση ένα θανατηφόρο σκεύασμα.

Η επίκληση στο ιατρικό καθήκον δεν μπορεί επίσης να δώσει ικανοποιητική απάντηση. Έννοια διαμορφωμένη εδώ και αιώνες, εκπεφρασμένη στον *Όρκο* του Ιπποκράτη, φαίνεται να καθορίζει με σαφήνεια την ιατρική ηθική σε όλες τις άλλες περιπτώσεις, πλην της ευθανασίας. Αποτελεί, πράγματι, καθήκον του γιατρού να προστατεύει τη ζωή του ασθενούς. Στην παραδοχή αυτή έχει βασιστεί η ιατρική πρακτική αλλά και η εμπιστοσύνη που η κοινωνία δείχνει στον ιατρικό κόσμο. Υπό την έννοια αυτή, η ευθανασία αντίκειται στην ιατρική ηθική διότι διαστρεβλώνει βάνανυσα τον ρόλο του γιατρού, μετατρέποντάς τον από θεραπευτή σε έμπορο θανάτου. Παράλληλα, βέβαια, συνυπάρχει και το καθήκον του γιατρού να ανακουφίζει τον πόνο, να λειτουργεί, σύμφωνα με τον *Όρκο* του Ιπποκράτη, «επ' ωφελεία καμνόντων». Όταν ο πόνος γίνεται αφόρητος και ανεξέλεγκτος, ταπεινώνοντας και εξευτελίζοντας κυριολεκτικά την ανθρώπινη ύπαρξη που ο γιατρός έχει ορκιστεί να υπηρετεί, τότε ο γιατρός οφείλει να σκοτώσει τον πόνο, ακόμη και αν οι ενέργειές του επιφέρουν άμεσα ή έμμεσα τον θάνατο του καταδικασμένου ασθενούς. Διαπιστώνουμε, λοιπόν, ότι ο γιατρός επιχειρώντας να μείνει πιστός στον όρκο του και στο ιατρικό του καθήκον, έρχεται αντιμέτωπος με δύο συγκρουόμενα μεταξύ τους καθήκοντα.

Η προβολή της ζωής ως ύψιστης αξίας, παραδοχής αρχέγονης, προσπαθεί με αξιώσεις να δώσει απάντηση στο ζήτημα της ευθανασίας. Ακούγεται, επομένως, ασυνήθιστο έως οξύμωρο ότι θα μπορούσε να αποτελεί ηθικό αγαθό κάτι το οποίο στρέφεται ενάντια στη ζωή. Με δεδομένο αυτό, οποιαδήποτε πρακτική πλήττει την ανθρώπινη ζωή έμμεσα ή άμεσα καταδικάζεται ηθικά. Στην κατηγορία αυτή εμπίπτει και η ευθανασία, αφού ανεξάρτητα από τις συνθήκες και τα κίνητρα που την

επιφέρουν, είναι μια πρακτική που ευθέως στρέφεται εναντίον της ζωής σχετικοποιώντας την- μέχρι σήμερα- απόλυτη αξία της. Κατά τους υποστηρικτές της ευθανασίας πάλι, το να αποδέχεται κάποιος τη ζωή ως απόλυτη αξία, δεν του απαγορεύει να προχωρήσει στη διενέργεια ευθανασίας. Διότι αυτό που απειλεί τη ζωή δεν είναι ο θάνατος, ο οποίος ούτως ή άλλως είναι αναπόφευκτος, αλλά οτιδήποτε εκμηδενίζει την αξία της απογυμνώνοντάς την από κάθε ποιότητα. Τέτοιες καταστάσεις είναι φυσικά ο έσχατος πόνος και η ταπεινωτική αδυναμία. Αυτό λοιπόν που επιτυγχάνει η ευθανασία, είναι να διασώσει την αξία της ζωής, διασώζοντας ταυτόχρονα την αξιοπρέπεια του ασθενούς, τον οποίο απαλλάσσει από ταπεινωτικές καταστάσεις πλήρους απώλειας της αυτονομίας του και έσχατης εξάρτησης.

Ωστόσο, είναι αμφίβολο, διατείνονται οι αρνητές της ευθανασίας αν η διατήρηση στη ζωή ενός ατόμου μπορεί ποτέ να θεωρηθεί πράξη που προσβάλλει την αξιοπρέπιά του. Αν, ειδικότερα, ως αξιοπρέπεια νοείται η απόδοση στον άνθρωπο της αξίας που του αρμόζει ως υποκειμένου της ιστορίας και η μη χρησιμοποίησή του ως απλού αντικειμένου για την εξυπηρέτηση οποιασδήποτε σκοπιμότητας, τότε, η διαδικασία του θανάτου, όσο επώδυνη και αν είναι, όχι απλώς δεν θίγει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, αλλά αντίθετα είναι συνυφασμένη με τις ιδιότητες που προσδιορίζουν την ανθρώπινη φύση. Ακόμη πιο αμφίβολο είναι το αν ένας άνθρωπος τόσο απελπισμένος που ζητάει να τον θανατώσουν μπορεί να ενεργεί αυτόνομα. Η ευθανασία, λοιπόν, διαστρεβλώνει βάνουσα τους σκοπούς της θεραπευτικής σχέσης, δηλαδή την ευεργετικότητα (ωφελείν), την αυτονομία και καταστρέφει την εμπιστοσύνη που είναι απαραίτητη στη σχέση γιατρού-ασθενούς.

Πολλοί επικαλούνται το ανθρωπιστικό επιχείρημα στην προσπάθειά τους να προσδώσουν ηθική αξία στην ευθανασία. Η κοινή ανθρώπινη φύση και η έμφυτη συμπόνια δεν μας επιτρέπουν να στεκόμαστε μακριά από τον ανθρώπινο πόνο. Η ευθανασία για τον άνθρωπο που τη ζητά στην οδύνη του είναι ένα δώρο ανθρωπισμού, η έκφραση της συμπαθητικής μας στάσης απέναντί του και η προσφορά μιας τελευταίας βοήθειας. Ο άνθρωπος που διενεργεί ευθανασία, συνήθως το πράττει υπό την απειλή νομικών κυρώσεων. Η στάση του, επομένως, δικαιώνεται ηθικά από το κίνητρό του, επειδή αυτό είναι ευγενές και συνάδει απόλυτα στην ανθρώπινη φύση του. Η ευθανασία, τέλος, απαξιώνεται ηθικά και υπό το πρίσμα της θρησκευτικής ηθικής. Ο εσκεμμένος και πρόωρος θάνατος του ανθρώπου δεν είναι στις προθέσεις καμιάς θρησκείας. Δεν μπορεί να δικαιολογηθεί σε καμία περίπτωση η πράξη της ευθανασίας, όσο αγνό και αν είναι το κίνητρο του δράστη, ακριβώς επειδή

κανένας σκοπός δεν μπορεί να ξεπεράσει ηθικά τη δεδομένη και αδιαμφισβήτητη αξία του αγαθού της ζωής.

Αν και στις μέρες μας τα επιτεύγματα της ιατρικής προσφέρουν αποτελεσματικότερο έλεγχο του πόνου, οφείλουμε να παρατηρήσουμε ότι ο αριθμός των διενεργούμενων ευθανασιών αυξάνεται ολοένα και περισσότερο. Άρα, οι διαρκώς αυξανόμενες αιτήσεις για ευθανασία, δεν αποκαλύπτουν ένα πραγματικό γεγονός ακατανίκητου σωματικού πόνου, αλλά μια συναισθηματική κατάσταση. Φαίνεται ότι κάτι άλλο συμβαίνει γύρω από το αίτημα της ευθανασίας και αυτό το κάτι αφορά τη θεραπευτική σχέση και ιδιαίτερα τις ελλειμματικές πτυχές της. Καλούμαστε, λοιπόν, να προβληματιστούμε ως θεράποντες και ως κοινωνία, σχετικά με το βαθύτερο νόημα που πιθανόν εκφράζει το αίτημα κάποιου για ευθανασία. Η απελπισία, η αίσθηση της εγκατάλειψης και η απώλεια του νοήματος της ζωής είναι που οδηγούν τον ασθενή στην αίτηση της ευθανασίας. Τα συναισθήματα αυτά που βιώνει ο ασθενής αποτελούν κόλαφο για τον ανθρωπισμό μας, αφού εκφράζουν την απάνθρωπη απομάκρυνση, τόσο του ιατρικού προσωπικού όσο και της κοινωνίας μας γενικότερα, από τον ανθρώπινο πόνο και την προσπάθεια μηχανιστικής αντιμετώπισής του. Υπό την έννοια αυτή, η ευθανασία δεν είναι μια πράξη ανθρωπισμού, αλλά το υποκατάστατό του, ένας δείκτης της απουσίας του ανθρωπισμού από τις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες. Η ευθανασία προσδιορίζει το μέγεθος της απαξίας του πολιτισμού μας.

Κρίνεται λοιπόν απαραίτητη η σοβαρή προσπάθεια μύησης των επαγγελματιών υγείας στα προβλήματα της προθανάτιας φροντίδας και στα θέματα δεοντολογίας, ιατρικής ηθικής και γενικότερα βιοηθικής. Αυτό, μάλλον, πρέπει να το λάβουν σοβαρά υπόψη οι συντάκτες των προγραμμάτων διδασκαλίας στα πανεπιστήμια, ώστε οι μελλοντικοί γιατροί να μη γίνουν μόνο ικανοί επιστήμονες, αλλά ταυτόχρονα να καλλιεργήσουν την ηθική ωριμότητα, την ενσυναίσθηση και την ευσπλαχνία, ποιότητες εξέχουσας σημασίας για την άσκηση του έργου τους, ιδιαίτερα για τους ασθενείς των τελικών σταδίων. Θα πρέπει να είναι ικανοί να χειρίζονται τα ηθικά διλήμματα, τα οποία, λόγω της αλματώδους εξέλιξης της επιστήμης και της τεχνολογίας, έχουν πολλαπλασιαστεί και οξυνθεί. Σημαντική βοήθεια προς αυτή την κατεύθυνση θα προσφέρει επίσης και η προσπάθεια για δημιουργία ιδρυμάτων παρηγορητικής φροντίδας διότι, προτεραιότητα έχει η βοήθεια κατά τον θάνατο έναντι της βοήθειας προς θάνατο.

Είναι δύσκολο ή ακόμη και επικίνδυνο να τοποθετηθεί κάποιος συνολικά απέναντι στο πρόβλημα της ευθανασίας. Ίσως μάλιστα συνολική τοποθέτηση σε ένα τέτοιο θέμα που ενέχει περισσότερα υποκειμενικά παρά αντικειμενικά γνωρίσματα να είναι εντελώς αδύνατη. Με βάση την παραδοχή αυτή, η προσέγγιση του ασθενούς πρέπει να εξατομικεύεται και να απευθύνεται σε κάθε μία περίπτωση ξεχωριστά, αφού στο επίκεντρο της όποιας προσέγγισης βρίσκεται πάντα ένα ανθρώπινο ον. Οι γενικές ηθικές αρχές είναι ίσως πολύ γενικές για να εφαρμοστούν σε επί μέρους περιπτώσεις. Αυτό που απαιτείται είναι η προσαρμογή της ηθικής στις ειδικές απαιτήσεις κάθε επιμέρους περίπτωσης.

Γεγονός, πάντως, είναι πως έστω και χωρίς τη δέουσα ηθική, νομική, θεολογική ή όποια άλλη συναίνεση, η ευθανασία έχει παγιώσει τη θέση της στην κοινωνική ηθική τουλάχιστον ως εναλλακτική επιλογή, ενώ η υιοθέτησή της αυξάνει διαρκώς, είτε μέσα σε κοινωνικές ομάδες, όπως αυτή των γιατρών, είτε σε κοινωνικά σύνολα, όπως φανερώνει η νομιμοποίησή της στις προαναφερόμενες χώρες. Είναι χρέος της ηθικής να εντείνει τον επιστημονικό διάλογο περί της ευθανασίας, προκειμένου να διαφυλαχτούν αξίες που ως τις μέρες μας διαμορφώνουν την ηθική μας σκέψη και την κοινωνική πρακτική. Η ευθανασία είτε δικαιωθεί ηθικά είτε απαξιωθεί, απειλεί να κλονίσει και να αμαυρώσει τις αξίες αυτές. Κάθε απόλυτη και μονομερής λύση θα οδηγούσε ίσως στο αποτέλεσμα αυτό. Σίγουρα πρέπει να προστατευτεί η ανθρώπινη αξιοπρέπεια και αυτονομία, αλλά αυτό δεν πρέπει να γίνει με τρόπο που θα σχετικοποιήσει την αξία της ζωής. Το μόνο σίγουρο είναι πως καμία πρακτική δεν μπορεί να καθιερωθεί πριν αξιολογηθεί ηθικά. Αυτό προσβάλλει και την πράξη και την ίδια την ηθική. Υπό την έννοια αυτή, δεν μπορούμε να δεχτούμε εκείνο που προβάλλουν μερικοί ως λύση, την ανοχή, δηλαδή, της ευθανασίας, χωρίς μια σαφή απέναντί της ηθική τοποθέτηση.

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε πως η ευθανασία αναδεικνύεται όχι ως απειλή για την ηθική αλλά ως πρόκληση. Για την ηθική διευθέτηση του ακανθώδους ζητήματος της ευθανασίας υπάρχει ακόμη πολύς δρόμος να διανυθεί. Οι πράξεις της υποβοηθούμενης από γιατρό αυτοκτονίας και της ευθανασίας είναι ηθικά αιτιολογημένες κάτω από κάποιες ακραίες συνθήκες. Προς το παρόν, ωστόσο, πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα επιφυλακτικοί όσον αφορά τη νομιμοποίησή τους διότι, κατά την προσωπική μου άποψη, απαιτείται πολύ περισσότερη συζήτηση και μεγαλύτερη εμπειρία στους τομείς αυτούς για να δρομολογήσουμε μια επίσημη δημόσια πολιτική που θα εγκρίνει τις πράξεις αυτές. Η ανθρωπότητα χρειάζεται ένα εύλογο χρονικό

διάστημα μέχρι να αποκτήσει την αναγκαία ωριμότητα, ώστε να προσεγγίσει ένα τόσο λεπτό ζήτημα με τη δέουσα ευαισθησία αλλά και τον αναγκαίο ρεαλισμό, χωρίς τον κίνδυνο να πέσει για άλλη μια φορά θύμα πρόωρων και αυθαίρετων γενικεύσεων. Τα ηθικά προβλήματα είναι πολλά και περίπλοκα, ενώ μια επιφανειακή αντιμετώπιση του θέματος δεν θα μπορούσε παρά να είναι ανεύθυνη όσο και καταστροφική.

Ας μη βιαστούμε να ηθικοποιήσουμε την ευθανασία. Ο έλεγχος και η καταστολή τόσο του σωματικού όσο και του ψυχικού πόνου ενδέχεται να αποτελούν απαντήσεις στα γενεσιουργά αίτια της ευθανασίας πολύ πιο αποτελεσματικές και ηθικώς αποδεκτές. Ενδεχομένως στην κατεύθυνση αυτή θα έπρεπε η ιατρική επιστήμη να στραφεί και να επενδύσει. Ας μη σπεύσουμε, όμως, να καταδικάσουμε και τον γιατρό που διενεργεί ευθανασία στον ασθενή του, που βιώνει με ευαισθησία την οδύνη του πάσχοντος και συντρίβεται από την ανεπάρκεια της επιστήμης του να δώσει απάντηση στον πόνο του ανθρώπου λίγο πριν το τέλος. Ας μην απαξιώσουμε με ευκολία ηθικά εκείνον που αγωνιά και πάσχει μαζί με τον θνήσκοντα. Αρνητική ηθική τιμή ας λάβει αυτός που αδιαφορεί για τον ανθρώπινο πόνο, αυτός που διενεργεί την ευθανασία για να απαλλαγεί από ένα ενοχλητικό και δυσάρεστο περιστατικό. Η αγάπη, ο οίκτος, ο ανθρωπισμός και η συμπάθεια δεν είναι δυνατόν σε καμία περίπτωση να θεωρηθούν σφάλματα ή ηθικά παραπτώματα.

Το πρόβλημα της ευθανασίας είναι ουσιαστικά πρόβλημα σύγκρουσης αξιών. Αυτές οι συγκρουόμενες αξίες, αυτά τα ηθικά διλήμματα δεν είναι αποκλειστικά ιατρικά, αλλά χρήζουν διεπιστημονικής προσέγγισης. Τελικός αξιολογικός κριτής της πράξης της ευθανασίας θα ήταν ολότελα εσφαλμένο να είναι αποκλειστικά το ιατρικό προσωπικό. Ο στοχασμός για τα θέματα ζωής και θανάτου βρίσκεται κυρίως έξω από την τεχνική ιατρική γνώση και είναι ηθικός στον χαρακτήρα. Για τον λόγο αυτόν είναι πολύ χρήσιμος ο ρόλος των Επιτροπών Βιοηθικής με συμμετοχή του ασθενούς, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, κοινωνικών λειτουργών αλλά και φιλοσόφων, θεολόγων και εκπροσώπων της πολιτικής κοινότητας.

Η ευθανασία, όπου και όταν διενεργείται, οφείλει να είναι πράξη αγάπης προς πάσχοντα συνάνθρωπο και να τίθεται πάνω στη βάση της συμπάθειας και της προσφοράς ανακούφισης. Δεν μπορεί να εκπορεύεται από υπολογιστικά μέτρα και σταθμά που σχετίζονται με το κόστος της περίθαλψης, τους πόρους των συστημάτων υγείας, ή οποιαδήποτε άλλη οικονομική ή τεχνοκρατική βάση. Κάτι τέτοιο απογυμνώνει την «προηγμένη» κοινωνία μας από κάθε ίχνος ανθρωπισμού και επαναφέρει στο προσκήνιο απευκτέες πολιτικές του άμεσου και του απώτερου

παρελθόντος.. Πρέπει, επίσης, να σταθμίζεται με ακρίβεια η διάγνωση ώστε η ευθανασία να μη μεταβληθεί σε επιστημονική δολοφονία και να έχουν υπολογιστεί τα θεραπευτικά μέσα, τουλάχιστον όσον αφορά το εγγύς μέλλον (που ίσως προλάβουν τον ασθενή). Η ανθρώπινη ζωή είναι ιερή και απαραβίαστη και γι' αυτό πρέπει να αντιμετωπίζεται με δέος και σεβασμό. Ομοίως και το δικαίωμα στην αυτοδιάθεση και στον αυτοκαθορισμό είναι προνόμιο κάθε έλλογου όντος, ενώ το δικαίωμα στη ζωή δεν μπορεί να εκπίπτει σε βασανιστική και καταναγκαστική υποχρέωση. Σε κάθε περίπτωση οφείλουμε να σεβαστούμε το γεγονός ότι κάθε άνθρωπος είναι κατά κάποιον τρόπο «συγγραφέας» της δικής του ζωής και ως συγγραφέας μόνο αυτός έχει τη δικαιοδοσία να καθορίζει τόσο την πλοκή και το περιεχόμενο, όσο και το τέλος του έργου του, δηλαδή της ζωής του. Ταυτόχρονα, όμως, είναι αναγκαίο να επισημανθούν και να κατοχυρωθούν όλες εκείνες οι ασφαλιστικές δικλείδες που θα προφυλάξουν το ανθρώπινο γένος από τους επίδοξους καταχραστές του δικαιώματος του ανθρώπου να διαχειρίζεται τη ζωή και τον θάνατό του σε ακραίες καταστάσεις.

Η ζωή είναι το υπόβαθρο όλων των σκοπών μας συμπεριλαμβανομένου και του ύψιστου. Αλλά όταν διαλογιζόμαστε για τον τερματισμό της ζωής, ο ρόλος τον οποίο το αγαθό της ζωής συνήθως παίζει στην περίσκεψη δεν μπορεί να είναι ο ίδιος. Εδώ επιζητούμε να αναγνωρίσουμε έναν άλλο σκοπό για να δικαιολογήσουμε την εξάλειψη του αγαθού σε σχέση με το οποίο συνήθως τείνουμε να βλέπουμε σχεδόν όλα τα άλλα αγαθά. Ένας τέτοιος διαλογισμός δεν είναι ασήμαντος. Και, όπως παρατηρεί ο Αριστοτέλης, δεν είναι ούτε εύκολος. **Το να καθορίσουμε το κατώφλι πέρα από το οποίο η ζωή παύει να είναι αγαθό είναι το πιο δύσκολο έργο.**

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΗΓΕΣ ΚΑΙ ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ

- Αποστόλου Παύλου, *Α΄ Προς Κορινθίους*. Η Καινή Διαθήκη. Μτφρ.-Σχόλ. Π. Ν. Τρεμπέλας, Αθήνα: Αδελφότης Θεολόγων «Ο Σωτήρ», 1982.
- Αριστοτέλης, *Πολιτικά*, Άπαντα, Τόμ. 3, Βιβλίο Η΄, Εισ. – Μτφρ. – Σχόλ. Μεταφραστική ομάδα Κάκτου, Αθήνα: Κάκτος, 1993.
- Aristotelis, *Politica*, (W. D. Ross), Oxford Classical Texts, New York: Oxford University Press, 1962².
- Αριστοτέλης, *Ηθικά Ευδήμεια*, Άπαντα, Τόμ. 6, Βιβλίο Γ΄, Εισ. – Μτφρ. – Σχόλ. Φιλολογική ομάδα Κάκτου, Αθήνα: Κάκτος, 1993.
- Aristotelis, *Ethica Eudemia*, Oxford Classical Texts, New York: Oxford University Press, 1991.
- Αριστοτέλης, *Ηθικά Νικομάχεια*, Βιβλία Α-Δ΄, Εισ. - Μτφρ. - Σχόλ. Δ. Λυπουρλής, Αθήνα: Ζήτρος, 2006.
- Aristotelis, *Ethica Nicomachea*, Oxford Classical Texts, New York: Oxford University Press, 1959.
- Αριστοτέλης, *Μετά τα Φυσικά*, 3 Άπαντα, Τόμ. 12, Εισ. – Μτφρ. – Σχόλ. Α. Μ. Καραστάθη, Αθήνα: Κάκτος, 1993.
- Aristotelis, *Metaphysica*. Lipsiae, Athenis: Papadimas.
- Bentham, J. *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, Oxford: Clarendon Press, 1907 (1789¹).
- Βούλγαρης, Ε. *Διατριβή περί Ευθανασίας και Διαθήκη*, Μτφρ. - Επιμ. - Σχόλ.: Γ. Δημολιάτης, Μ. Γαλανάκης, Αθήνα: Εξάντας, 2005 (1804¹).
- Διογένης Λαέρτιος, *Άπαντα*, Τόμ. 1, 3-4, Εισ.- Μτφρ.- Σχόλ. Μεταφραστική Ομάδα Κάκτου, Αθήνα: Κάκτος, 1994.
- Diogenes Laertius, *Vitae Philosophorum*, Thesaurus Linguae Graecae.
- Ελληνική Δημοκρατία, *Το Σύνταγμα της Ελλάδας*, Αθήνα: Βουλή των Ελλήνων, 2008.
- Επίκτητος, *Εγχειρίδιον*, Μτφρ. - Επιμ. Ν. Μ., Σκουτερόπουλος, Αθήνα: Στιγμή, 2004.
- Homeri, *Odyssea*, Vol. II, Lipsiae, Athenis: Papadimas, 1978.
- Homeri, *Ilias*, Vol. II, Lipsiae, Athenis: Papadimas, 1978.
- Ιπποκράτης, *Όρκος*, Άπαντα, Τόμ. Πρώτος, Εισ.- Μτφρ.- Σχόλ. Φιλολογική Ομάδα Κάκτου, Αθήνα: Κάκτος, 1993.

- Ιπποκράτης, *Περί Επιδημιών Α'-Δ'*, Άπαντα, Τόμ. Δέκατος Τρίτος, Εισ.- Μτφρ.- Σχόλ. Β. Μανδηλαράς, Ιατρική Επιμ. Τ. Κοντομέρκος, Αθήνα: Κάκτος, 1993.
- Kant, I., *Τα θεμέλια της Μεταφυσικής των Ηθών*, Εισ. - Μτφρ. - Σχόλ. Γ. Τζαβάρας, Αθήνα-Γιάννινα: Δωδώνη, 1984.
- Μάρκος Αυρήλιος, *Τα εις εαυτόν*, Επιμ. Κ. Καούκης, Μτφρ. Γ. Αβραμίδης, Θεσσαλονίκη: Θύραθεν, 2009.
- Mill, J. S., *Ωφελιμισμός*, Εισ. - Μτφρ. - Σχόλ. Φ. Παιονίδης, Αθήνα: Πόλις, 2002.
- Mill, J. S., *On Liberty*, New York: Appleton-Century-Crofts, 1947.
- Η Παλαιά Διαθήκη κατά τους εβδομήκοντα, Αθήνα: Αδελφότης Θεολόγων «Η Ζωή», 1969.
- Platonis, *Opera* Tomus. I', Oxford Classical Texts, New York: Oxford University Press, 1995.
- Platonis, *Opera*, Tomus IV', Oxford Classical Texts, New York: Oxford University Press, 1978.
- Πλάτων, *Τίμαιος*, Εισ. - Μτφρ. - Σχόλ. Β. Κάλφας, Αθήνα: Πόλις, 1995.
- Πλάτων, *Φαίδων*, Εισ. - Μτφρ. - Σχόλ. Ε. Π. Παπανούτσου, Αθήνα: Ζαχαρόπουλος, 1966.
- Πλούταρχος, *Βίοι Παράλληλοι, (Λυκούργος, Νουμάς)*, Τόμ. 4, Εισ. - Μτφρ. - Σχόλ.: Φιλολογική ομάδα Κάκτου, Αθήνα: Κάκτος, 1992.
- Ποινικός Κώδικας, Δεύτερο Βιβλίο, Ειδικό Μέρος, Δέκατο Πέμπτο Κεφάλαιο: «Εγκλήματα κατά της Ζωής».
- Sophoclis, *Tragoediae*, Lipsiae, Athenis: Papadimas.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβαγιανού, Α. (2000): «'Ευθάνατος θάνατος»: Το “καλώς θανείν” στην αρχαία Ελλάδα», στο: *Ευθανασία. Η σημαντική του “καλού” θανάτου*, σσ. 31-54. Αθήνα: Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών (Ε.Ι.Ε.).
- Αβραμίδης, Α. (2008): «Η παρέμβαση ενός ιατρού», στο: Κουράκης, Ν., Σπινέλλη, Κ. Δ. (Επιμ.), *Ευθανασία: Ένα ακανθώδες ζήτημα*, σσ. 261-272, Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.
- Αβραμίδης, Α. (2007): «Ευθανασία και... “Ευθανασία” (εκτός και εντός εισαγωγικών)» Ημερίδα της Ειδικής Συνοδικής Επιτροπής

επί Ειδικών Ποιμαντικών Θεμάτων και Καταστάσεων, Σεπτέμβριος 2007 (Ζόγκα-Αργους), διαθέσιμο στο:

http://www.ecclesia.gr/greek/holysynod/committees/pastoral/avramidis_efthanasia.html [ανακτήθηκε: 10-4-2012].

- Αβραμίδης, Α. (1995): *Ευθανασία*, Αθήνα: Ακρίτας.
- Αλαχιώτης, Σ. (2004): *Βιοηθική, Αναφορά στους γενετικούς και τεχνολογικούς νεωτερισμούς*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Αλιβιζάτος, Ι. Γ. (1980): «Η επικοινωνία γιατρού αρρώστου», *Ιατρική* 37: 273-276.
- Αναπλιώτης, Α. (2003): *Το δικαίωμα στην ευθανασία-αθανασία*, Αθήνα: Zymel.
- Αναπλιώτου-Βαζαίου, Ε (1993): *Γενικές Αρχές Ιατρικού Δικαίου*, Αθήνα: Σάκκουλας.
- Αυγουστίδης, Πρωτοπρ. Α. (2003): «“Ευσπλαχνία και ιατρική πράξη”: Ψυχολογική και ποιμαντική προσέγγιση» στο: *Το πρόβλημα της ευθανασίας*. Πρακτικά Επιστημονικού Συμποσίου για την Ευθανασία της Ειδικής Συνοδικής Επιτροπής Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος, 17-18 Μαΐου 2002 (Νεάπολη Θεσσαλονίκης), σσ. 211-229, Αθήνα: Αποστολική Διακονία.
- Βελλής, Γ. (2003): «Η Ευθανασία από τη σκοπιά του Ποινικού Δικαίου», στο: *Το πρόβλημα της ευθανασίας*. Πρακτικά Επιστημονικού Συμποσίου για την Ευθανασία της Ειδικής Συνοδικής Επιτροπής Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος, , σσ. 123-130, Αθήνα: Αποστολική Διακονία.
- Βιδάλης, Τ. (2007): «Η “εικαζόμενη συναίνεση”», *Επιθεώρηση Βιοηθικής*, 1 (1), Φθινόπωρο 2007/Χειμώνας 2008: 107-111.
- Βιδάλης, Τ. (2007): «Ευθανασία και Σύνταγμα» στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου (Επιμ.), *Ευθανασία*. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής – 3, σσ. 129-135, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
- Βιρβιδάκης, Σ. (2006): «Εφαρμοσμένη Ηθική», *Cogito* 05 (Νοέμβριος 2006): 27-28.
- Βούλτσος, Π., Τσούγκας, Μ. (2008): «Ευθανασία: Ένα νομοθετικά ακάλυπτο, πολύπτυχο και οριακό ζήτημα», *Ιατρικό Βήμα* 115, Οκτώβριος-Νοέμβριος 2008: 76-78.
- Βούλτσος, Π., Χατζητολιός, Α. (2008): «Η συναίνεση του ασθενούς στα πλαίσια του νέου κώδικα ιατρικής δεοντολογίας», *Ιατρικό Βήμα*, Φεβρουάριος-Μάρτιος-Απρίλιος 2008: 81-83.

- Γαλανάκης, Ε. (2007): «Η λυτρωτική θανάτωση στην ελληνική αρχαιότητα», *Σύγχρονη ουρολογία* 12: 24-29.
- Γεωργιάδης, Α. (2003): «Το δικαίωμα στο θάνατο» στο: *Το πρόβλημα της ευθανασίας*. Πρακτικά Επιστημονικού Συμποσίου για την Ευθανασία της Ειδικής Συνοδικής Επιτροπής Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος, σσ. 113-122, Αθήνα: Αποστολική Διακονία.
- Γεωργούλης, Κ. Δ. (1963): *Πλάτωνος Πολιτεία - Η περί Δικαίου Πολιτικός*, Αθήναι: Σιδέρης.
- Γκικόκα, Ε. (2008): «Ευθανασία: Πρόσφατες Νομοθετικές και Νομολογιακές Εξελίξεις σε Ευρωπαϊκό Επίπεδο», στο: Κουράκης, Ν., Σπινέλλη, Κ. Δ. (Επιμ.), *Ευθανασία: Ένα ακανθώδες ζήτημα*, σσ. 229-246, Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.
- Γκμπάντι, Ρ. (2007): «Ο πόνος και η σύγχρονη ιατρική αντιμετώπισή του», στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου (Επιμ.), *Ο άνθρωπος που υποφέρει: Ο πόνος στην ιατρική, το δίκαιο και τη λογοτεχνία*, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής – 5, σσ. 7-29, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
- Δεσποτόπουλος, Κ. (1978): *Μελετήματα Φιλοσοφίας*, Αθήνα: Παπαζήσης.
- Δραγώνα-Μονάχου, Μ (2009^a): *Σύγχρονη Ηθική Φιλοσοφία. Ο αγγλόφωνος στοχασμός*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Δραγώνα-Μονάχου Μ (2009^b): «Ηθική-Βιοηθική-Μεταβιοηθική», *Ευδικία* 9, Διαθέσιμο στο:
<http://www.kostasbeys.gr/articles.php?s=4&mid=1498&mnu=4&id=25673>
 [ανακτήθηκε: 10 /03/2012].
- Δραγώνα-Μονάχου, Μ. (2008): «Φιλοσοφία και ιατρική στην αρχαιότητα και οι απαρχές της ιατρικής ηθικής», *Νεύσις* 17: 64-79.
- Δραγώνα-Μονάχου, Μ. (2006^a): «Η “Οικουμενική Διακήρυξη για τη Βιοηθική και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα” και η ιστορία της», *Ιατρική και Φαρμακευτική Επιθεώρηση* 4: 56-68.
- Δραγώνα-Μονάχου, Μ. (2006^b): «Η πρόκληση της “βιομηχανίας των δικαιωμάτων”», *Το Βήμα*, 1-10-2006.
- Δραγώνα-Μονάχου, Μ. (2006^c): «Θάνατος, Αυτοκτονία και Ευθανασία στη Στωική Φιλοσοφία» στο *Vita Contemplativa (Βίος Θεωρητικός). Αφιερωματικός τόμος εις τον καθηγητήν Δημήτριον Ν. Κούτραν*, σσ. 111-135, Αθήνα: Ε.Κ.Π.Α.

- Δραγώνα-Μονάχου, Μ. (2002): «Ηθική και Βιοηθική», *Επιστήμη και Κοινωνία* 8-9: 1-26.
- Δραγώνα-Μονάχου, Μ. (1986): *Φιλοσοφία και Ανθρώπινα Δικαιώματα*, Τόμ. Α', Αθήνα: Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων.
- Ελαφρός, Γ. (2002): «Το δικαίωμα σε έναν αξιοπρεπή θάνατο», *Η Καθημερινή*, 21-4-2002.
- Εμμανουήλ, Κ. (1969): *Ιπποκράτης*, Αθήνα.
- Ευαγγέλου, Ι. (2010): *Ο άνθρωπος και ο θάνατος*, Αθήνα: Βερέττας.
- Ζιάκα, Α. (2009): «Η ευθανασία στις μείζονες θρησκείες», στο: *Ευθανασία*. Ημερίδα αφιερωμένη στον πρώτο πρόεδρο της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Γεώργιο Κουμάντο, 2 Δεκεμβρίου, 2009, σσ. 16-17, Αθήνα, Διαθέσιμο στο: <http://www.bioethics.gr/media/pdf/perilipseis.pdf> [ανακτήθηκε: 10-5-2012].
- Ζιάκα, Α. (2007): «Ευθανασία, θρησκεία και Πολιτισμοί» στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου (Επιμ.), *Ευθανασία*. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής – 3, σσ. 19-43, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
- Ζουμπουλάκης, Σ. (2010): «Δύο ερωτήματα για την ευθανασία», *Νέα Εστία* 168 (1836): 220-230.
- Θεοδωρακόπουλος, Ι. (1975): *Εισαγωγή στη Φιλοσοφία: Γνωσιολογία, Ηθική Φιλοσοφία, Αισθητική*, τόμ. Γ', Αθήνα: Βιβλιοπωλείο της "Εστίας".
- Θρησκευτική και Ηθική Εγκυκλοπαίδεια (1962-1968): λήμμα «ευθανασία», Τόμ. 5: 1027-1028, Αθήνα: Μαρτίνοσ.
- Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος. Επιτροπή Βιοηθικής (2007): «Βασικές θέσεις επί της Ηθικής της Ευθανασίας» στο: *Επίσημα Κείμενα Βιοηθικής. Μεταμοσχεύσεις, Ευθανασία, Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή*, σσ. 31-48, Αθήνα: Αποστολική Διακονία.
- Καζαντζάκης, Ν., Κακριδής, Ι. Θ. (1996): *Ομήρου Ιλιάδα*, Αθήνα: ΟΕΔΒ.
- Καίσαρης, Π. (1999): *Περί της Ευθανασίας*, Πάτρα: Αχαϊκές Εκδόσεις.
- Καπρίνης, Γ. (2007): «Ψυχιατρική προσέγγιση της έννοιας του θανάτου και της αποκαλούμενης ευθανασίας», στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου (Επιμ.), *Ευθανασία*. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής – 3, σσ. 115-121, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.

- Καράμπελας, Λ. (1987): *Η Ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο*, Αθήνα: Εκδοτική Εστία.
- Καρανικόλας, Γ. (2007): «Προβληματισμοί πάνω στην ηθική δικαιολόγηση της ποινικής καταστολής της ευθανασίας» στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου (Επιμ.), *Ευθανασία. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής – 3*, σσ. 77-85, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
- Κατάμης, Χ (2000): «Στρογγυλό τραπέζι με θέμα: “Ένα τέλος με αρετή ή ένα δυσάλητο τέλος;”», στο: *Ευθανασία. Η σημαντική του “καλού” θανάτου*, σσ. 85-124, Αθήνα: Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών (Ε.Ι.Ε.).
- Κατσαρέλλη, Σ. (2009): «Ευθανασία: "βοήθεια αυτοκτονίας" ή "θάνατος με αξιοπρέπεια";», *Cosmo.gr*, 24-9-2009.
- Κάτσας, Α. Γ. (2009): «Ευθανασία η μεγάλη χίμαιρα», *Ιατρική* 95 (5): 355-369.
- Κουτσελίνης, Α. (1999): *Βασικές Αρχές Βιοηθικής, Ιατρικής Δεοντολογίας και Ιατρικής Ευθύνης*, Αθήνα: Παρισιάνου.
- Κριάρη-Κατράνη (2003): «Ευθανασία και ατομικά δικαιώματα-Η προσέγγιση από πλευράς διεθνούς και συγκριτικού δικαίου», στο: *Το πρόβλημα της ευθανασίας. Πρακτικά Επιστημονικού Συμποσίου για την Ευθανασία της Ειδικής Συνοδικής Επιτροπής Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος, 17-18 Μαΐου 2002 (Νεάπολη Θεσσαλονίκης)*, σσ. 131-155, Αθήνα: Αποστολική Διακονία.
- Κωνσταντινίδης, Π. (2007): *Ευθανασία*, Εκλαϊκευμένη Νομική Βιβλιοθήκη, Γενική Εποπτεία: Ι. Σ. Σπυριδάκης, Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.
- Λυπουρλής, Δ. (2007): «“Ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον ουδέ υφηγήσομαι συμβουλίην τοιήνδε”»: Η “Ευθανασία” στην καθημερινή ζωή της αρχαιότητας;» στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου (Επιμ.), *Ευθανασία. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής – 3*, σσ. 11-18, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
- Μαθιουδάκης, Γ. (2004): «Ευθανασία: Πράξη ευσπλαχνίας ή διαχείριση θανάτου;», *Πεμπουσία* 14 (Απρίλιος-Ιούλιος 2004) διαθέσιμο στο: <http://www.pemptousia.gr> [ανακτήθηκε: 10/4/2012].
- Μάλιος, Ε. (2009): «Το Στρασβούργο αντιμέτωπο με τα διλήμματα βιοηθικής», *Δικαιώματα του ανθρώπου* 44: 1182-1191, Αθήνα: Σάκκουλας.

- Μαργαρίτης, Μ. (2008): «Η ευθανασία», στο: Κουράκης, Ν., Σπινέλλη, Κ. Δ. (Επιμ.), *Ευθανασία: Ένα ακανθώδες ζήτημα*, σσ. 73-90, Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.
- Μαρκαντωνάτος, Γ. (2004): *Σοφοκλέους Αντιγόνη*, Αθήνα: Gutenberg.
- Μαρωνίτης, Ν. (2006): *Ομήρου Οδύσσεια*, Θεσσαλονίκη: Ινστιτούτο Νεοελληνικών Σπουδών.
- Μπαλογιάννης, Σ. (2003): «Η ευθανασία: Κοινωνικοί και Ηθικοί προβληματισμοί» στο: *Το πρόβλημα της ευθανασίας*. Πρακτικά Επιστημονικού Συμποσίου για την Ευθανασία της Ειδικής Συνοδικής Επιτροπής Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος, 17-18 Μαΐου 2002 (Νεάπολη Θεσσαλονίκης), σσ. 211-229, Αθήνα: Αποστολική Διακονία.
- Νικόλαος, Σεβ. Μητροπολίτης Φθιώτιδος, «Η θέσις της Εκκλησίας επί του θέματος της Ευθανασίας» Διαθέσιμο στο:
http://www.ecclesia.gr/greek/holysynod/eisigiseis/nikolaou_efthanasia.htm
 [ανακτήθηκε: 22 /03/2012].
- Νίτσε, Φ. (2010): *Το Ανεκτό των Ειδώλων*, Μτφρ. Ζ. Σαρίκας, Θεσσαλονίκη: Πανοπτικόν.
- Παναγόπουλος, Ε. (2008): «Ευθανασία: Η άποψη ενός ιατρού» στο: Κουράκης, Ν., Σπινέλλη, Κ. Δ. (Επιμ.), *Ευθανασία: Ένα ακανθώδες ζήτημα*, σσ. 91-97, Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.
- Παναγόπουλος, Ε. (2003): «Ευθανασία. Ορισμός και ιστορική εξέλιξη. Αρχές Ιατρικής Ηθικής-Όρκος Ιπποκράτη», στο: *Το πρόβλημα της ευθανασίας*, Πρακτικά Επιστημονικού Συμποσίου για την Ευθανασία της Ειδικής Συνοδικής Επιτροπής Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος, σσ. 37-52, Αθήνα: Αποστολική Διακονία.
- Παναγοπούλου-Κουτνατζή, Φ. (2010): «Σκέψεις αναφορικά με το δικαίωμα διακοπής της ανθρώπινης ζωής», *Εφημερίδα Διοικητικού Δικαίου*, 1/2010: 122-127.
- Πανούσης, Ι. (2003): «Στρογγυλό τραπέζι με θέμα: “Ένα τέλος με αρετή ή ένα δυσάλητο τέλος;”», στο: *Ευθανασία. Η σημαντική του “καλού” θανάτου*, σσ. 85-124, Αθήνα: Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών (Ε.Ι.Ε.).
- Πανσεληνά, Ε. (2007): «Βγήκε από κόμα 19 χρόνια μετά», *Έθνος*, 4-6-2007.
- Παντελίδου, Κ. (2003): «Ευθανασία και ζητήματα ιατρικής ευθύνης» στο: *Το πρόβλημα της ευθανασίας*, Πρακτικά Επιστημονικού Συμποσίου για την Ευθανασία της Ειδικής Συνοδικής Επιτροπής Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου

- της Εκκλησίας της Ελλάδος, 17-18 Μαΐου 2002 (Νεάπολη Θεσσαλονίκης), σσ. 231-243, Αθήνα: Αποστολική Διακονία.
- Παπαϊωάννου, Χ. (2009): «Αν ήμουν άρρωστος θα γινόμουν τουρίστας αυτοκτονίας» *Ελευθεροτυπία*, 26-8-2009.
- Παπανούτσος, Ε.Π. (1956): *Ηθική*, Αθήνα: Ίκαρος.
- Πελεgrίνης, Θ. (2009): *Ιατρική Ηθική*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Πελεgrίνης, Θ. (1998): *Οι πέντε εποχές της Φιλοσοφίας*, Αθήνα.
- Πελεgrίνης, Θ. (1997): *Ηθική Φιλοσοφία*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Πελεgrίνης, Θ. (1985): *Η Ανθρώπινη Υπαρξη*, Αθήνα: Καρδαμίτσα.
- Πετράκη, Ζ. (2008): «Η ηθική του θανάτου: Ευθανασία», στο: *Σύγχρονα Ηθικά Προβλήματα*. Πρακτικά Ημερίδας, 12 Μαΐου 2007 (Μελιγαλάς-Μεσσηνίας), σσ. 69-73, Καλαμάτα: Έλυτρον.
- Πέτρου, Ι. (2007): «Η ελευθερία του ανθρώπου και τα ηθικά προβλήματα του τέλους της ζωής» στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου (Επιμ.), *Ευθανασία*. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής – 3, σσ. 61-73, Αθήνα-Θεσσαλονίκη-Σάκκουλας.
- Πρωτοπαπαδάκης, Ε. (2008): «Ενεργητική και Παθητική Ευθανασία: Υπάρχει Ηθική Διαφοροποίηση;», *Φιλοσοφία και Παιδεία* 47-48: 23-26.
- Πρωτοπαπαδάκης, Ε. (2006): «Η Ολισθηρή Πλαγιά Αντιμέτωπη με τον Εαυτό της», *Ηθική* 2, Σεπτέμβριος 2006: 26-40.
- Πρωτοπαπαδάκης, Ε. (2005): «Ευθανασία: Ένα Ηθικό Πρόβλημα», *Μ' ενδιαφέρει*, *Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία* 43, Μάρτιος-Απρίλιος: 72-78.
- Πρωτοπαπαδάκης, Ε. (2003): *Η Ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη Βιοηθική*, Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.
- Πρωτοπαπαδάκης, Ε. (1999): «Ευθανασία (Σύντομη Επισκόπηση)» διαθέσιμο στο: <http://www.protopapadakis.gr/articlesgr.htm> [ανακτήθηκε: 10/03/2012].
- Σκούρτης, Χ. (2007): «Ενεργητική Ευθανασία», στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου-Καστανίδου, Ε. (Επιμ.), *Ευθανασία*. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής – 3, σσ. 91-102, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
- Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών, 4 Νοεμβρίου 1950, Ρώμη, σσ. 3-24 διαθέσιμο στο: <http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/E4317264-DB27-42FE-873E-1ECCACABB045/0/GreekGrec.pdf> [ανακτήθηκε 10-4-2012].

- Συμεωνίδου-Καστανίδου, Ε. (2007): «Η Ευθανασία στο Ποινικό Δίκαιο», στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου-Καστανίδου, Ε. (Επιμ.), *Ευθανασία. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής* – 3, σσ. 137-162, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
- Συμεωνίδου-Καστανίδου, Ε. (2001²): *Εγκλήματα κατά της ζωής: Άρθρα 299-307 Π.Κ.*, Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
- Τσαϊτουρίδης, Χ. (2002): «Η ευθανασία ως συνταγματικό δικαίωμα του ασθενούς», *Το Σύνταγμα* 3: 1-21.
- Φαράντος, Μ. (2002): «Επιστήμη και Θρησκεία», *Θεολογία* 66 (1): 30-85.
- Χαραλάμπους, Γ. (2006): «Ιατρική συνδρομή στην αυτοκτονία: Μια ηθική θεώρηση», *Cogito* 05 (Νοέμβριος 2006): 46-48.
- Χατζηθεοδώρου, Γ. (2008): «Νομικές διαστάσεις της ευθανασίας», στο: Κουράκης, Ν., Σπινέλλη, Κ. Δ. (Επιμ.), *Ευθανασία: Ένα ακανθώδες ζήτημα*, σσ. 99-228, Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ

- Anagnostopoulos, G. (2007): « Ευθανασία και ο ρόλος του γιατρού: Στοχασμοί πάνω σε μερικές απόψεις της Αρχαίας Ελληνικής παράδοσης», στο: Kuczewski M. G., Polansky, R. (επιμ.), *Βιοηθική: Αρχαία θέματα σε σύγχρονους προβληματισμούς*, Ελλην. Μτφρ.: Μ. Κατσιμίτσης, σσ. 457-525, Αθήνα: Τραυλός.
- Bartz, R. (2007): «Ενθυμούμενοι τους Ιπποκρατικούς: Γνώση, Πρακτική και Ήθος στους Αρχαίους Έλληνες Γιατρούς-Θεραπευτές», στο: Kuczewski M. G., Polansky, R. (επιμ.), *Βιοηθική: Αρχαία θέματα σε σύγχρονους προβληματισμούς*, Ελλην. Μτφρ.: Μ. Κατσιμίτσης, σσ. 35-79, Αθήνα: Τραυλός.
- Beauchamp, T. L. (2007): «Εισαγωγή», στο: Beauchamp, T. L. (ed.) *Ευθανασία. Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις*, Ελλην. Μτφρ. Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, σσ. 15-44, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
- Brock, D. W. (2007): «Οριακές περιπτώσεις ηθικά αιτιολογημένης αφαίρεσης ζωής στην ιατρική», στο: Beauchamp, T. L. (ed.) *Ευθανασία. Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις*, Ελλην. Μτφρ. Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, σσ. 189-214, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.

- Buchanan, A. (2007): «Ευθανασία: Η δομή του προβλήματος και προτεινόμενες λύσεις», στο: Beauchamp, T. L. (ed.) *Ευθανασία. Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις*, Ελλην. Μτφρ. Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, σσ. 45-70, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
- Caron, A. M. (2007): «Πρέπει κάποιες ηθικά αποδεκτές πράξεις θανάτωσης και πράξεις με τις οποίες αφήνουμε κάποιον να πεθάνει να απαγορεύονται και να τιμωρούνται από το νόμο;» στο: Beauchamp, T. L. (ed.) *Ευθανασία. Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις*, Ελλην. Μτφρ. Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, σσ. 267-280, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
- Chambers, T. (2007): «Εξομολογήσεις ενός αμετανόητου σοφιστή», στο: Kuczewski M. G., Polansky, R. (επιμ.), *Βιοηθική: Αρχαία θέματα σε σύγχρονους προβληματισμούς*, Ελλην. Μτφρ.: Μ. Κατσιμίτσης, σσ. 189-214, Αθήνα: Τραυλός.
- Cranford, R. E. (2007): «Ο ρόλος του γιατρού στη θανάτωση και τη σκόπιμη απόσυρση της θεραπείας», στο: Beauchamp, T. L. (ed.) *Ευθανασία. Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις*, Ελλην. Μτφρ. Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, σσ. 214-232, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
- Daniels, N. (2007): «Περί του επιτρεπτού του θανάτου με στόχο τη διατήρηση οικονομικών πόρων», στο: Beauchamp, T. L. (ed.) *Ευθανασία. Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις*, Ελλην. Μτφρ. Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, σσ. 293-303, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
- Davis, A. (2007): «Το δικαίωμα άρνησης της θεραπείας», στο: Beauchamp, T. L. (ed.) *Ευθανασία. Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις*, Ελλην. Μτφρ. Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, σσ. 161-188, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
- Eser, A. (1985): *Ιατρικό καθήκον διατηρήσεως της ζωής και διακοπή της θεραπείας*, απόδοση Π. Μ. Βασιλακοπούλου, Α. Ζιώγα-Σακκά, Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.
- Freeman J. M., Pellegrino, E. D. (2007): «Αντιμετώπιση των ατόμων που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους: Διάλογος σχετικά με το σκοπούμενο θάνατο» στο: Beauchamp, T. L. (ed.), *Ευθανασία. Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις*, Ελλην. Μτφρ. Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, σσ. 261-265, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
- Gillon, R. (2007): «Σκοπούμενος ή επιτρεπτός θάνατος με στόχο τη διατήρηση οικονομικών πόρων» στο: Beauchamp, T. L. (ed.), *Ευθανασία. Ηθικές,*

- Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις*, Ελλην. Μτφρ. Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, σσ. 281-292, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
- Huxley, A. (1988): *Θαυμαστός καινούριος κόσμος*, Μτφρ. Α. Αποστολίδης, Αθήνα: Μέδουσα.
- Kalokaírinou, E. (2007): «Επίμετρο. Η επίδραση της αρχαίας ελληνικής σκέψης στη σύγχρονη βιοηθική» στο: Kuczewski M. G., Polansky, R. (επιμ.), *Βιοηθική: Αρχαία θέματα σε σύγχρονους προβληματισμούς*, Ελλην. Μτφρ.: Μ. Κατσιμίτσης, σσ. 527-584, Αθήνα: Τραυλός.
- London, A. J. (2007): «Ο Θρασύμαχος και η διαχείριση της περίθαλψης: Πώς να μη σκεφτόμαστε την τέχνη της ιατρικής», στο: Kuczewski M. G., Polansky, R. (επιμ.), *Βιοηθική: Αρχαία θέματα σε σύγχρονους προβληματισμούς*, Ελλην. Μτφρ.: Μ. Κατσιμίτσης, σσ. 251-292, Αθήνα: Τραυλός.
- Macklin, R. (2007): «Τι είναι αυτό που καθιστά ανατιολόγητη τη θανάτωση από πρόθεση;», στο: Beauchamp, T. L. (ed.) *Ευθανασία. Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις*, Ελλην. Μτφρ. Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, σσ. 87-101, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
- McDowell, D.M. (1988): *Σπαρτιατικό Δίκαιο*, Μτφρ. Κονομή, Αθήνα: Παπαδήμας.
- Pellegrino, E. D. (2007): «Η θέση της πρόθεσης στην ηθική εκτίμηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της ενεργητικής ευθανασίας», στο: Beauchamp, T. L. (ed.), *Ευθανασία. Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις*, Ελλην. Μτφρ. Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, σσ. 233-260, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
- Pellegrino, E. D., Freeman, J. M. (2007): «Αντιμετώπιση των ατόμων που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους: Διάλογος σχετικά με το σκοπούμενο θάνατο», στο: Beauchamp, T. L. (ed.), *Ευθανασία. Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις*, Ελλην. Μτφρ. Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, σσ. 261-265, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
- Windelband, W., Heimsoeth, H. (2001): *Εγχειρίδιο Ιστορίας της Φιλοσοφίας*, τ. Α΄ Μτφρ. Ν. Μ. Σκουτερόπουλος, Αθήνα.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Admiraal, P. (1996): "Euthanasia and Assisted Suicide", in Thomasma, D., Kushner, T. (Eds.), *Birth to Death: Science and Bioethics*, pp. 207-230, Cambridge: Cambridge University Press.
- AGS Ethics Committee (1995): "Physician Assisted Suicide and Voluntary Active Euthanasia" *Journal of American Geriatrics Society* 43 (5): 579-580.
- Aly, G., Chroust, P. and Pross, C. (1994): *Cleansing the Fatherland: Nazi Medicine and Racial Hygiene*, Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Amundsen, D. W. (1996): *Medicine, Society and Faith in the Ancient and Medieval Worlds*. USA: The Johns Hopkins University Press.
- Angell, M. (1988): "Euthanasia", *New England Journal of Medicine* 319: 1348-1350.
- Back A. L., Wallace J. (1996): "Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in Washington State", *Journal of the American Medical Association* 275 (12): 917-923.
- Baird R., St. Baum (1989): *Euthanasia: The moral issues*, New York: Prometheus Books.
- Battin, M. (1992_a): "Assisted Suicide: Can We Learn from Germany?", *Hastings Center Report* 22 (2) (Marc.-Apr. 1992): 44 -51.
- Battin, M. (1992_b): "Voluntary euthanasia and the risks of abuse: can we learn anything from the Netherlands?" *Law, Medicine & Health Care* 20 (1-2): 133-143.
- Battin, M. (1983): "The Least Worst Death", *Hastings Center Report* 13 (2) (April 1983): 13-16.
- Baume, P., O' Malley, E. and Bauman, A. (1995): "Professed Religious affiliation and the practice of euthanasia", *Journal of Medical Ethics* 21: 49-55.
- Beauchamp, T. L. (1999): "Ethical Theory and Bioethics" in T. L. Beauchamp, L. Walters (Eds), *Contemporary Issues in Bioethics*, pp. 18-23, Belmont: Wadsworth.
- Beauchamp, T. L. (1996): *Intending death: The ethics of assisted suicide and Euthanasia*, New Jersey: Prentice-Hall.
- Beauchamp T. L., Childress, J. F. (1994⁴): *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford: Oxford University Press.

- Bernardi, P. J. (1996): *The truth about physician assisted suicide*, Linguori: Linguori Publications.
- Biggs, H. (2001): *Euthanasia, Death with Dignity and the Law*, Oxford-Portland Oregon: Hart Publishing.
- Bojan P. (2007): “Swiss suicide clinics ‘helping depressives die’”, *The Telegraph*, Jun. 3, 2007.
- Boyle, J. (1991): “Who is Entitled to Double Effect?”, *Journal of Medicine and Philosophy* 16 (5): 475- 494.
- British Medical Association (1993): *Medical Ethics Today*, London, BMA.
- Brock, D. (2002): “Voluntary Active Euthanasia”, in W. Glannon, *Contemporary Readings in Biomedical Ethics*, pp. 335-350, Fort Worth: Harcourt.
- Broeckaert, B. 2001: “Belgium: Towards a Legal Recognition of Euthanasia”, *European Journal of Health Law* 8: 95-107.
- Buchanan, A. (1996): “The structure of the problem and proposed solutions” in Beauchamp, T. L. (ed.), *Intending Death: The Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*, pp. 26-51, N. Jersey: Prentice Hall.
- Callahan, D. (1991_a): «“Aid-in-Dying”: The Social Dimensions», *Commonweal* 118 (14 Suppl.): 476-80.
- Callahan, D. (1991_b): “Medical futility, medical necessity: The-problem-without-a-name”, *Hastings Center Report* 21(4): 30–35.
- Capron, A. M. (2001): “Advance Directives”, in H. Kuhse, P. Singer (ed.), *A Companion to Bioethics*, pp. 299-311, Oxford: Blackwell.
- Carrick, P. (2001): *Medical Ethics in the Ancient World*. USA: Georgetown University Press.
- Cassell, C. K., Meier, D. E. (1990): “Morals and Moralism in the Debate Over Euthanasia and Assisted Suicide”, *New England Journal of Medicine* 323: 750-752.
- Chadwick, R. (1997): “The Future of Professional Ethics” *Ethical Perspectives* 4 (2): 291-297.
- Chappell, P., King, R. (1992): “Final Exit and the Risk of Suicide”, *Journal of the American Medical Association* 267 (22): 3027.
- Cohen-Almagor, R., D., Phil (2009): “Euthanasia Policy and Practice in Belgium: Critical Observations and Suggestions for Improvement”, *Issues in Law & Medicine* 24 (3), pp. 187-218, available at:

- <http://www.hull.ac.uk/rca/docs/articles/euthanasia-belgium.pdf> [accessed: 8/4/2012].
- Cohen-Almagor, R. (2001): «"Culture of Death" in the Netherlands: Dutch Perspectives», *Issues in Law & Medicine* 17 (2): 1-14, available at: <http://hcc.haifa.ac.il/~rca/articles/Culture%20of%20Death%20in%20the%20Netherlands-%20Dutch%20Perspectives%20.pdf> [accessed: 8/4/2012].
- Conolly, M. E. (1989): "Alternative to Euthanasia: Pain Management", *Issues in Law & Medicine* 4: 497-507.
- Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: *Convention on Human Rights and Biomedicine* (1997): Oviedo, May 4th, available at: <http://www.conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Word/164.doc> [accessed: 8/4/2012].
- Conwell, Y., Caine, E. (1991): "Rational Suicide and the Right to Die", *New England Journal of Medicine* 325: 1100-1103.
- Council of Europe, Steering Committee on Bioethics (CDBI) (2003): "Replies to the questionnaire for member states relating to euthanasia", Strasburg, 20 January 2003, available at: http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/activities/09_euthanasia/INF%282003%298e_replies_euthanasia.pdf [accessed: 8/4/2012].
- Coyle, N. (1990): "The Last Weeks of Life", *American Journal of Nursing* 1990: 75-78.
- Craig, M. G. (1994): "On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far?", *Journal of medical ethics* 20: 139-143.
- Crippen, D. (1991): "Practical aspects of life support withdrawal: a critical care physician's opinion", *Clinical Intensive Care* 2: 260-265.
- Davey, M. (2007): "Kevorkian speaks after his release from prison", *The New York Times*, Jun. 4, 2007.
- Davies, C. (2012): "Locked-in syndrome sufferer begins high court battle for right to die", *The Guardian*, Jan. 23, 2012.
- Dresser, R., Whitehouse, P. J. (1994): "The Incompetent Patient on the Slippery Slope", *Hastings Center Report* 24 (July-August 1994): 6-12.
- Dworkin, R. (1993): *Life's Dominion-An argument About Abortion, Euthanasia and Individual Freedom*, London: Harper Collins.

- Dyck, A. (1992): "Physician Assisted Suicide: Is it Ethical?", *Harvard Divinity Bulletin* 21 (4): 16-17.
- Economist (1989): "A time to die", *The Economist*, August 5: 19.
- Edelstein L. (1967): "The Hippocratic Oath: Text, Translation and Interpretation", in O. Temkin, C.L. Temkin (eds.), *Ancient medicine. Selected papers of Ludwig Edelstein*, pp. 3-64, Baltimore & London: Johns Hopkins University Press.
- Emanuel, E. (1999): "What is the Great Benefit of Legalizing Euthanasia of Physician-Assisted Suicide?", *Ethics* 109 (3): 629-642.
- Emanuel, E. (1994): "Euthanasia. Historical, Ethical and Empirical Perspectives", *Archives of Internal Medicine* 154 (7): 1890-1901.
- Encyclopedia of Religion and Ethics (1917): lemma "Old Age", Vol. IX, W. Woodhouse.
- Engelhardt, HT Jr. (1989): "Brain life, brain death, fetal parts", *The Journal of Medicine and Philosophy* 14 (1): 1-3.
- Fenigson, R. (1990): "Euthanasia in the Netherlands", *Issues in Law and Medicine* 6 (3): 229-245.
- Fenigson, R. (1989): "A Case Against Dutch Euthanasia", *Hastings Center Report* 19 (1): 522-530.
- Ferngren, G. B. (1989): "The Ethics of Suicide in the Renaissance and Reformation", in B. A., Brody (Ed.), *Suicide and Euthanasia: Historical and Contemporary Themes*, pp. 155-181, Dordrecht, the Netherlands: Kluwer.
- "Final Report of the Netherlands State Commission on Euthanasia: An English Summary" (1987), *Bioethics* 1 (2): 163-174.
- Fisher, L. (2006): "Euthanasia Advocate in Italy Dies", *New York Times*, December 21, 2006.
- Fletcher, J. (1989): "The Right to Choose When to Die", *Hemlock Quarterly*, Jan. 1989: 3.
- Foot, P. (1978): "Euthanasia", in *Virtues and Vices and other Essays in Moral Philosophy*, Oxford: Blackwell.
- Frankena, W., (1973²): *Ethics*, Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Gourevitch, D. (1969): «Suicide among the sick in Classical Antiquity», *Bulletin of the History of Medicine* 43: 505-512.
- Grubb, A. (2001): Euthanasia in England-A Law Lacking Compassion?, *European Journal of Health Law* 8 (2): 89-93.

- Grubb, A. (1997): "The Persistent Vegetative State: A Duty (Not) to Treat and Conscientious Objection", *European Journal of Health Law* 4: 157-178.
- Gruzalski, B. (1981): "Killing by Letting Die", *Mind* 90 (357): 91-98.
- Guo, Z. (1995): "Chinese Confucian Culture and Medical ethical tradition", *Journal of Medical Ethics* 21 (4): 239-246.
- Hall, C. (1997): "Judge allows brain damaged woman to die", *The Telegraph*, Marc. 22, 1997.
- Hardwing, J. (1997): "Dying at the right time: Reflections on Un(Assisted) Suicide", in H. LaFollette (ed.), *Ethics in Practice. An Anthology*, pp. 48-60, Oxford: Blackwell.
- Hare, R. M. (1993_a): «"Medical Ethics": Can the Philosopher Help?», in Hare R. M., *Essays on Bioethics*, pp. 1-14, Oxford: Clarendon Press.
- Hare, R. M. (1993_b): "Is Medical Ethics Lost?", *Journal of Medical Ethics* 19: 69-70.
- Harris, J. (2001): *Bioethics*, Oxford: Oxford University Press.
- Harris, W., J. S., Levey (1975): *The New Columbia Encyclopedia*, New York: Columbia University Press.
- Henk, ten Have (2003): "Why (not) legalize euthanasia and physician-assisted suicide?", *European Journal of Palliative care* 10 (2) Supplement, pp. 21-28.
- House of Lords, Law Report (1993): "Withdrawal of medical treatment from hopeless case not unlawful", *The Times*, Feb 5, 1993: 8.
- Humphrey, D. (1991): *Final Exit*, Oregon: The Hemlock Society.
- Hurst, S. A., Mauron, A. (2003): "Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians" *British Medical Journal* 326 (7383), Feb. 1, 2003: 271-273.
- "Janet Adkins' Suicide: Re-examining the Spectrum of Issues it has Raised", *Issues* 5(4), July-August, 1990: 1-7.
- Johnson, K. (2009): "Montana Court to Rule on Assisted Suicide Case", *The New York Times*, Aug. 31, 2009.
- Johnston, C., Liddle, J. (2007): "The Mental Capacity Act 2005: a new framework for healthcare decision making", *Journal of Medical Ethics* 33 (2): 94-97.
- Kass, L. R. (1993): "Is there a right to die?" *Hastings Center Report* 23 (January/February) 1993: 34-43.
- Kass, L. R. (1989): "Neither for love nor money": Why doctors must not kill", *The Public Interest* 94: 25-46.

- Kenneth, V., Iserson et al. (1986): *Ethics in Emergency Medicine* with a legal introduction by A. M. Capron, Baltimore : Williams & Wilkins.
- Keown, D., Keown, J. (1995): "Killing, Karma and caring: euthanasia in Buddhism and Christianity", *Journal of Medical Ethics* 21 (5): 265-269.
- Kevorkian, J. (1991): "The Goodness of a Planned Death: An Interview with Jack Kevorkian", *Free Inquiry*, Fall 1991: 14-18.
- Kimsma, G., Leeuwen, E. (1993): "Dutch Euthanasia: Background, Practice, and Present Justifications", *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2 (1): 19-35.
- Koop, C. E. (1989): "The Challenge of Definition", *Hastings Center Report*, 19: 2-3.
- Kottow, M. (1988): "Euthanasia after the Holocaust - Is it Possible?: A Report from the Federal Republic of Germany", *Bioethics* 2 (1): 58-69.
- Kuhse, H. (1996): "Voluntary euthanasia and other medical end-of-life decisions: Doctors should be permitted to give death a helping hand", *Australian Rationalist* 42, Summer 1996 – 97: 26 - 32.
- Kuhse H. (1986): "The Case for Active Voluntary Euthanasia", *Law Medicine and Health Care* 14 (3-4): 141-157.
- Lachs, J. (1990): "Active Euthanasia", *Journal of Clinical Ethics* 1 (2): 113-115.
- Lamp, D. (1988): *Down the Slippery Slope: Arguing in Applied Ethics*, New York: Croom Helm.
- Lauter, H., Meyer, J.-E. (1982): "Mercy killing without consent. Historical comments on a controversial issue", *Acta Psychiatrica Scandinavica* 65 (2): 134-141.
- Lifton, R. J. (1986): *The Nazi Doctors, Medical Killing and the Psychology of Genocide*, New York: Basic Books.
- Logue, B. J. (1994): "When Hospice Fails: The Limits of Palliative Care", *Omega The Journal of Death and Dying* 29 (4): 291-301.
- Lundin, L. (2009): "YOUthanasia", *Criminal Brief*, Aug. 2, 2009.
- Macklin, R. (1992): "Which Way Down the Slippery Slope? Nazi Medical Killing and Euthanasia Today" in A. L. Caplan (ed.), *When Medicine Went Mad: Bioethics and the Holocaust*, pp. 173-200, Clifton, NJ: Humana Press.
- Materstvedt L. J., Clark D., Ellershaw J., Forde R., Gravgaard A. M., Muller-Busch H.C., Rapin C. H. (2003): "Euthanasia and physician assisted suicide: a view from an EAPC ethics Task force", *Palliative Medicine* 17: 97-101.

- Miller, P. J. (1987): "Death with Dignity and the Right to Die: Sometimes Doctors have a duty to Hasten Death", *Journal of Medical Ethics* 13 (2): 81-85.
- More, E. S. (1996): "Empathy as a Hermeneutic Practice", *Theoretical Medicine* 17: 243-254.
- Morris, A. (1996): «Life and Death Decisions: "Die, my dear doctor? That's the last thing I shall do!"», *European Journal of Health Law* 3 (1): 9-28.
- Nagel, T. (1986): "Death" in P. Singer (ed.), *Applied Ethics*, Oxford: Oxford University Press.
- Nagel, T. (1982⁴): *Moral Questions*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Nakasone, R. Y. (1990): "Buddhism" in *Encyclopaedia of Bioethics*, pp. 312-318, London: Macmillan.
- Nimbalkar, N. (2007): "Euthanasia: The Hindu Perspective", National Seminar on Bioethics, 24h & 25h Jan. 2007, Joshi-Bedekar College, Thane, pp. 55-58 / website: www.vpmthane.org
- Noakes, J., Pridham, G. (eds. 1988): "Foreign Policy, War and Racial Extermination. A Documentary Reader", *Nazism 1919-1945*, Vol. 3, Exeter Studies in History, No 13, Exeter: University of Exeter Press.
- Noritoshi, T. (2000): "The view of religions toward euthanasia and extraordinary treatments in Japan", *Journal of Religion and Health* 39 (4), Tokyo Dec. 2000: 339-354.
- Nowell-Smith, P. (1989): "Euthanasia and the doctors-a rejection of the BMA's report", *Journal of Medical Ethics* 15 (3): 124-128.
- Oreopoulos, D. G. (2001): "Compassion and Mercy in the Practice of Medicine", *Peritoneal Dialysis International* 21 (6): 539-542.
- Pakes, F. (2005): "Under Siege: The Global fate of Euthanasia and Assisted-Suicide Legislation", *European Journal of Crime, Criminal Law and Criminal Justice* 13 (2): 119-135.
- Pellegrino, E. D. (1994): "Patient and Physician's Autonomy: Conflicting Rights and Obligations in the Physician-Patient Relationship", *Health Law and Policy* 10: 47-68.
- Pellegrino, E. D. (1991): "Trust and Distrust in Professional Ethics", in Pellegrino, E. D., et al (eds.), *Ethics, Trust and the Professions*, pp. 69-72, Washington DC: Georgetown University Press.

- Pijnenborg L., Van der Maas P. J., Van Delden J. J. M., Looman, C. W. N. (1993): "Life Terminating Acts without Explicit Request of Patient", *Lancet* 341: 1196-1199.
- Prado, C., Taylor, J. (1999): *Assisted Suicide*, New York: Humanity Books.
- Pridgeon, J. L. (2006): "Euthanasia Legislation in the European Union: Is a Universal Law Possible?", *Hanse Law Review* 2 (1): 45-60.
- Proctor, R. N. (1988): *Racial Hygiene: Medicine Under the Nazis*, Cambridge M.A.: Harvard University Press.
- Quill, T. E. (1994): "Incurable Suffering", *Hastings Center Report* 24, March/April, 1994: 45.
- Quill, T. E. (1993): "Doctor, I want to Die, Will you Help Me?", *Journal of the American Medical Association* 270 (7): 870-873.
- Quill T., Cassell C., Meier D. (1992): "Care of the Hopelessly Ill – Proposed Clinical Criteria for Physician Assisted Suicide", *New England Journal of Medicine* 327 (19): 1380-1384.
- Quill, T. E. (1991): "Death and Dignity: A Case of Individualized Decision Making", *New England Journal of Medicine* 324, March 7, 1991: 691-694.
- Rachels, J. (1979³): *Moral Problems*, New York: Harper and Row.
- Rachels, J. (1975): "Active and Passive Euthanasia", *New England Journal of Medicine* 292, January 1975: 78-80.
- Rodway, A. (1995): "Pro-euthanasia lobby represents the minority view in Britain", *British Medical Journal* 310 (6992): 1466.
- Roy, P. (1996): "Buddhism, euthanasia and the sanctity of life", *Journal of Medical Ethics* 22 (5): 309-313.
- Savulescu, J. (1994): "Treatment Limitation Decisions under Uncertainty: The Value of Subsequent Euthanasia", *Bioethics* 8 (1): 49-73.
- Scheper, T., Duursma, S. (1994): "Euthanasia: The Dutch Experience", *Age and Aging* 23: 3-8.
- Singer, P. (1993²): *Practical Ethics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Singer, P. (1986): *Applied Ethics*, Oxford: Oxford University Press.
- Slomka, J. (1995): "What Do Apple Pie and Motherhood have to Do with Feeding Tubes and Caring for the Patients?", *Archives of Internal Medicine* 155: 1258-1263.

- Smith, C. M. (2005): "Origin and Uses of Primum Non Nocere - Above All, Do No Harm!", *The Journal of Clinical Pharmacology* 45 (4): 371–377.
- Smith, W. J. (1997): *The Slippery Slope: From Assisted Suicide to Legalized Murder*, New York: Times Books.
- Sommerville, A. (1995): "Remembrance of conversations past: oral advance statements about medical treatment", *British Medical Journal* 310 (6995), June 24, 1995: 1663- 1665.
- Standler, R. B. (2005): "Annotated Legal Cases Involving Right-to-Die in the USA", pp. 11-148, available at: <http://www.rbs2.com/rtd.pdf> [accessed: 8-4-2012].
- Stuart G., Curter W., Demy, T. (1998): *Suicide and Euthanasia*, Grand Rapids: Kregel Publications.
- Sulmasy, D. P. (1994): "Death and Human Dignity", *Linacre Quarterly* 61(4): 27-36.
- "The Belgian Act on Euthanasia of May, 28th 2002", *Ethical Perspectives* 9 (2-3): 182-188, available at: <http://www.kuleuven.be/ep/viewpic.php?LAN=E&TABLE=EP&ID=59> [accessed: 8/4/2012].
- The Hastings Center (1987): *Guidelines on the termination of life-sustaining treatment and the care of the dying*, New York: Briarcliff Manor.
- The President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (1983): *Deciding to forego life-sustaining treatment*, U.S. Government Printing Office, Washington, DC.
- Thomas, L. (1994): "Must we care about morality?", *Philosophical Psychology* 7: 383-394.
- Toulmin, S. (1986): "How Medicine Saved the Life of Ethics", in De Marko, J. P. and Fox, R. M. (Eds.), *New Directions in Ethics: The Challenge of Applied Ethics*, pp. 265-281. New York: Routledge & Kegan Paul.
- Truog R. D., Brett A. S., and Frader, J. (1992): "The Problem with Futility", *The New England Journal of Medicine* 326: 1560-1564.
- Van der Maas P..J., Van Delden J. J. M., Pijnenborg L., Looman, C.W.N. (1991): "Euthanasia and other Medical Decisions Concerning the End of Life" *Lancet* 338: 669-674.
- Van der Meer, C. (1988): "Euthanasia: A Definition and Ethical Conditions", *Journal of Palliative Care* 4 (1-2): 103-106.

- Van Hoof, A. J. L. (1990): *From Autothanasia to Suicide. Self-killing in Classical Antiquity*, New York: Routledge.
- Van Leeuwen, E., Kimsma, G. K. (1993): «“Acting or Letting Go”: Medical Decision Making in Neonatology in the Netherlands», *Cambridge Quarterly of Health Care Ethics* 2 (3): 265-269.
- Velleman, D. J. (1999): “A right of Self-Termination?”, *Ethics* 109 (3): 606-628.
- Vernant, J. P. (1991): *Mortals and Immortals. Collected Essays*, Princeton: Princeton University Press.
- Wanzer S. H., Federman D.D., Adelstein S. J., et al (1989): “The Physician’s Responsibility Towards Hopelessly Ill Patients: A Second Look”, *New England Journal of Medicine* 320: 844-849.
- Weisbard, A., Siegler, M. (1989³): “On Killing Patients with Kindness: An Appeal for Caution”, in Arras J. D., Rhoden N. K. (Eds.), *Ethical Issues in Modern Medicine*, pp. 213-232, Mountain View, CA: Mayfield publishing Company.
- World Medical Association (1987): “WMA Declaration on Euthanasia” Adopted by the 39th World Medical Assembly, Madrid, Spain, October 1987 and reaffirmed by the 170th Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005.
- Zinn, C. (1997): “Australian voluntary euthanasia law is overturned”, *Pub Med* 314 (7086), Apr. 5, 1997: 994.
- Zinn, C. (1996): “Doctor aids first legal euthanasia act”, *Pub Med* 313 (7061), Oct. 5, 1996: 835.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- <http://www.nvve.nl/assets/nvve/english/EuthanasiaLaw.pdf> [The Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act]
- <http://www.kuleuven.be/ep/viewpic.php?LAN=E&TABLE=EP&ID=59> (The Belgian Act on Euthanasia of May, 28th 2002)
- http://en.wikipedia.org/wiki/Euthanasia_in_Switzerland (τελευταία ενημέρωση: 2-11-2011)
- http://www.assistedsuicide.org/suicide_laws.html (τελευταία ενημέρωση: 1-3-2011)
- http://www.finalexit.org/assisted_suicide_world_laws_page2.html (τελευταία ενημέρωση: 28-8-2010)

<http://www.newstime.gr/?i=nt.el.article&id=8938> (ημερ. δημοσίευσης: 24-7-2010)

<http://www.guardian.co.uk/world/2011/may/15/zurich-voters-reject-assisted-suicide-ban>

<http://www.hanselawreview.org/pdf3/Vol2No1Art04.pdf>

http://www.humanlife.org/publications/Imposed_Death_2009.pdf

<http://news.bbc.co.uk/2/hi/programmes/panorama/1971527.stm>

http://www.bbc.co.uk/ethics/euthanasia/overview/asstdyingbill_1.shtml

<http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/8270516.stm>

<http://www.echr.coe.int> (European Court of Human Rights)

<http://www.coe.int> (Council of Europe)

<http://www.finalexit.org/> (Final Exit)

<http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/E4317264-DB27-42FE-873E-1ECCACABB045/0/GreekGrec.pdf> (Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών).

www.echr.coe.int/eng/Press/2002/apr/Prettyjudepress.htm.

<http://www.cosmo.gr/body-and-mind/Soma/Ygeia/eythanasia-vohtheia-aytoktonias-h-thanatos-me-aksioprepeia.1278995.html?service=print>

http://www.nytimes.com/2009/09/01/us/01montana.html?_r=1

<http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/statute.pdf> (The Oregon Death with Dignity Act)

<http://www.deathwithdignity.org/history/facts/> (Death with Dignity Organization)

<http://apps.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=70.245> (The Washington Death with Dignity Act)

http://en.wikipedia.org/wiki/Rights_of_the_Terminally_Ill_Act_1995#cite_note-BMJ-0 (Rights of the Terminally Ill Act 1995)

<http://www.guardian.co.uk/world/2008/dec/12/luxembourg-monarchy>

http://www.nytimes.com/2007/06/04/us/04kevorkian.html?_r=1&ref=jack_kevorkian

<http://www.conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Word/164.doc> (Η Σύμβαση του Οβιέδο).

<http://www.who.int/en/> (World Health Organization-WHO)

<http://www.unesco.org>

<http://www.euthanasia.cc/cases.html> (Euthanasia: Right-to-Die Cases)

<http://www.euthanasia.com>

www.exandas.gr (Θεός για μια μέρα)