

3

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

Πολυχρόνης Βούλτσος

3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΑ-ΕΠΙΣΤΗΜΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η Κλινική Βιοηθική είναι ένας **αυτοδύναμος** και συνεχώς αναπτυσσόμενος επιστημονικός κλάδος, περίπου ηλικίας 40 ετών. Είναι ένας **δι-επιστημονικός κλάδος και πολύ-επιστημονικός κλάδος**, όπου εμπλέκονται επιστημονικοί κλάδοι όπως Ιατρική, Φιλοσοφία, Ψυχολογία, Κοινωνιολογία, Οικονομικές επιστήμες, Θεολογία, Νομική, Πολιτικές επιστήμες κ.α.). Ενδεικτικά, η Ψυχολογία απαιτείται για τη μελέτη του τρόπου λήψης αυτόνομων αποφάσεων, η Κοινωνιολογία δανείζει τα ερευνητικά της εργαλεία (π.χ. για τη διεξαγωγή εμπειρικών ερευνών), η Οικονομολογία τη θεωρία της για τη διανεμητική δικαιοσύνη όσον αφορά τους πόρους στον τομέα της υγείας, η Πολιτική επιστήμη για τη διαμόρφωση των προτεραιοτήτων στον χώρο της πολιτικής της υγείας. Κύριοι πυλώνες της Κλινικής Βιοηθικής είναι οι ιατροβιολογικές επιστήμες (science) και η Ηθική η οποία αποτελεί πρακτική φιλοσοφία (philosophy). Σημαντικός είναι ο ρόλος της επιστήμης του Δικαίου. Η Κλινική Βιοηθική βρίσκεται σε διαλεκτική σχέση και αλληλο-επικαλύπτεται με την επιστήμη του Δικαίου. Η Κλινική Βιοηθική τροφοδοτεί το Δίκαιο αλλά και τροφοδοτείται από αυτό. Για παράδειγμα η Κλινική Βιοηθική μπορεί να διαμορφώνει την ηθική ratio των νομοθετικών ρυθμίσεων αλλά και να «ακούει» τη θέση του δημοκρατικά εκλεγμένου νομοθέτη. Επιπλέον μπορεί να συμπληρώνει τα κενά του Δικαίου τα οποία αυξάνονται συνεχώς καθώς η βιο-τεχνολογία αναπτύσσεται ραγδαία και ανακλύπτουν διαρκώς νέα βιοηθικά ζητήματα, αλλά και βοηθάει στην ερμηνεία και εφαρμογή των υπάρχοντων νομοθετικών διατάξεων κατά την αντιμετώπιση συγκεκριμένων ηθικών διλημ-

μάτων που αφορούν συγκεκριμένα περιστατικά.

Η Βιοηθική αναπτύχθηκε κατά την περίοδο των κοινωνικών κινημάτων (φεμινιστικό, ειρηνιστικό, αντι-πυρηνικό, σεξουαλικής απελευθέρωσης κ.λ.π.). Και αυτό δεν είναι τυχαίο. Η γέννηση της Βιοηθικής είχε έντονα οικολογικό χαρακτήρα. Η βιοτεχνολογία άρχισε από την εμφάνισή της να απειλεί το ανθρώπινο γένος ως σύνολο αλλά και τα ατομικά δικαιώματα του κάθε ανθρώπου χωριστά. Και με αυτή την έννοια η γέννηση της Βιοηθικής είχε και πολιτικό χαρακτήρα (με την οικουμενική-πανανθρώπινη διάσταση του όρου). Η ραγδαία ανάπτυξη της βιο-τεχνολογίας η οποία βρίσκεται σε διαλεκτική σχέση με τους γρήγορους μετασχηματισμούς των κοινωνικών δομών (π.χ. η παραδοσιακή πυρηνική ετεροφυλόφιλη οικογένεια έχει χαλαρώσει με τα σύμφωνα συμβίωσης, έχει διευρυνθεί και έχει περιλάβει ομόφυλα ζευγάρια, αυξήθηκε σημαντικά ο αριθμός και η κοινωνική αποδοχή των μονογονεϊκών οικογενειών) συνετέλεσε ουσιαστικά στην ανάπτυξη του ξεχωριστού κλάδου της Κλινικής Βιοηθικής. Ενδεικτικά, ανακύπτουν αβίαστα ερωτήσεις του τύπου: Τι εννοούμε ακριβώς όταν μιλάμε για κάποια δικαιώματα; Μπορεί η βιο-τεχνολογία να παραβιάζει τη «φυσικότητα» του ανθρώπου για χάρη της «υγείας» και «ευεξίας» του ανθρώπου; Η ιατρική «δικαιούται» να εφαρμόζει ό,τι είναι τεχνικά εφικτό; Η ιατρική έχει υποχρέωση να εφαρμόζει ό,τι είναι τεχνικά εφικτό;

Ενώ η επιστήμη (π.χ. Ιατρική, Βιολογία) παραθέτει γεγονότα τα οποία διαπιστώνει με βάση τις ενδείξεις και την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας, **η Βιοηθική ασχολείται με την αξιολόγηση των διαφόρων πρακτικών και συμπεριφορών στα πλαίσια της άσκησης της επιστήμης**. Είναι η συστηματική ηθική προσέγγιση και ανάλυση των επιτευγμάτων της επιστήμης (των ιατρο-βιολογικών επιστημών). Σημαντικό είναι όμως ότι όλα τα βιοηθικά ζητήματα και τα διλήμματα που εγείρονται ανάγονται στις πρωταρχικές και μη περαιτέρω αναλυόμενες σε επιμέρους συστατικά εξής έννοιες: **Καλό, σωστό/δίκαιο και αληθινό**. Αυτές οι έννοιες είναι οικουμενικές και ενδεχομένως συμπαντικές. Ωστόσο, διαμορφώνονται και εκφράζονται (εκλογικευμένες ή μη) στον ανθρώπινο εγκέφαλο, ο οποίος όμως μπορεί να επηρεάζεται από νόσους ή από εξωτερικές επιδράσεις. Η νευροφυσιολογία του κεντρικού νευρικού συστήματος του ανθρώπου μπορεί να μελετάται και να επηρεάζεται δια των νευροεπιστημών οι οποίες γνωρίζουν ιδιαίτερη ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια αν και ασχολούνται με ένα ιδιαίτερα περίπλοκο και αβέβαιο αντικείμενο. Έτσι οι νευροεπιστήμες μπορούν π.χ. να αναγιγνώσκουν την ανθρώπινη σκέψη ή να επηρεάζουν τη λειτουργία των δομών του εγκεφάλου ενδυναμώνοντας κάποιες φυσιολογικές λειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος (Κ.Ν.Σ.) όπως η μνήμη ή το IQ, ή ακόμη να επηρεάζουν τη διαδικασία λήψης κάποιων αποφάσεων, ή κρίσεων ή αξιολογήσεων, με ό,τι αυτό συνεπάγεται σε επίπεδο βασικών βιοηθικών εννοιών, ανθρωπίνων δικαιωμάτων αλλά και πολιτικής. Σήμερα γίνεται λόγος για τη Βι-

οηθική των νευροεπιστημών και για τις νευροεπιστήμες της Βιοηθικής. Η Βιοηθική των νευροεπιστημών μελετάει τα ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν από την εφαρμογή των νευροεπιστημών. Όπως συμβαίνει και με άλλους κλάδους της Βιοηθικής π.χ. τη βιοηθική της αναπαραγωγής. Οι νευροεπιστήμες της Βιοηθικής όμως μελετούν τους βασικούς νευροφυσιολογικούς μηχανισμούς που υποστηρίζουν τη διαμόρφωση των βασικών εννοιών της βιοηθικής στον ανθρώπινο εγκέφαλο. Με άλλα λόγια, **οι νευροεπιστήμες μπορεί να κλονίσουν τα θεμέλια της (Βιο)Ηθικής.**

Η Βιοηθική δεν είναι στατική. Διακρίνεται από «μετα-ηθική σχετικότητα» και σαφώς επηρεάζεται από τον ιστορικό πλουραλισμό που υπάρχει σε κάθε χώρα (Azambuja and Garrafa, 2020). Ωστόσο, είναι γεγονός ότι οι άνθρωποι μοιράζονται κοινές ηθικές αρχές και αξίες παρόλο που υπάρχουν διάφορες αποχρώσεις σε ατομικό, κοινοτικό ή εθνικό επίπεδο. Πράγματι, όλοι οι άνθρωποι, τουλάχιστον εκείνοι που έχουν μια σοβαρή στάση απέναντι στην έννοια της ηθικής, έχουν μια προ-θεωρητική συνείδηση (“pre-theoretical awareness”) των ηθικών κανόνων (διαισθητικά ή με άλλο τρόπο απόκτησης της σχετικής γνώσης). Πρόκειται για τη λεγόμενη “κοινή ηθικότητα” (common morality) (Veatch, 2003). Σε συνάφεια με αυτό το ζήτημα επισημαίνεται ότι για άλλον έναν λόγο η Βιοηθική αναζητάει τι είναι αληθινό. Και αυτό μπορεί να είναι μια βάση πάνω στην οποία μπορεί να δομηθεί παγκόσμια Βιοηθική (Global Bioethics) αλλά και να διαμορφωθούν βιοηθικές απόψεις και θέσεις στο υπάρχον βιοηθικό περιβάλλον.

Αν και η Βιοηθική αποτελεί σαφώς αυτόνομο επιστημολογικά κλάδο, τα όριά της παραμένουν ρευστά και το πεδίο της διαρκώς διευρύνεται. Είναι δε σημαντικό από πλευράς ιατρικής εκπαίδευσης να σημειωθεί ότι **η Κλινική Βιοηθική αποτελεί το ένα από τα δύο σκέλη της ιατρικής παιδείας.** Το ένα είναι η απόκτηση επιστημονικών γνώσεων, κλινικής εμπειρίας, και η ανάπτυξη δεξιοτήτων στην κατεύθυνση της εφαρμογής των επιστημονικών γνώσεων στην πράξη. Το άλλο είναι η απόκτηση ηθικών γνώσεων και η ανάπτυξη της ικανότητας του ιατρού να ανιχνεύει τα ηθικά διλήμματα στην πραγματική τους διάσταση, να τα επεξεργάζεται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο και να δίνει την καλύτερη δυνατή λύση. Τονίζεται και η ανάγκη ανάπτυξης δεξιοτήτων και εκμάθησης τεχνικών επικοινωνίας στον τομέα της Κλινικής Ηθικής (με τους συναδέλφους και το λοιπό προσωπικό, αλλά και με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους). Υπηρετώντας έτσι το λεγόμενο μοντέλο της ασθενο-κεντρικής ιατρικής και τις αρχές της λεγόμενης “καλής ιατρικής πρακτικής” (“Good Medical Practice”).

Όσον αφορά τα διλήμματα σχετικά με το επιτρεπτό ή μη της εφαρμογής (ή μη εφαρμογής) μιας μεθόδου η οποία είναι εφικτή εξαιτίας της βιοτεχνολογικής προόδου, θα πρέπει δε να τονιστεί ότι είναι απλουστευτική προσέγγιση (reductionism) να περιορίζεται η επίλυση των με βάση μόνο το Δίκαιο (π.χ. τη δογματική του Ποινικού Δικαίου) χωρίς την εμπλοκή της Βιοηθικής. Ιδιαίτερα όταν πρό-

κειται για την επίλυση ηθικών διλημάτων τα οποία εγείρονται σε καταστάσεις περίπλοκες με υψηλό ποσοστό αβεβαιότητας, όπως π.χ. στο πεδίο της ιατρικής αντιμετώπισης νεογνών τα οποία γεννήθηκαν στα όρια της βιωσιμότητας (perivable). Το μοντέλο της προσέγγισης με βάση την επαγγελματική υπευθυνότητα (professional responsibility) υπερτερεί της προσέγγισης με βάση μόνον το Δίκαιο η οποία είναι απλουστευτική (reductionist) προσέγγιση. Για την ορθή δε εφαρμογή των βιοηθικών αρχών και standards απαιτείται η καλλιέργεια της ενσυναίσθησης και των επικοινωνιακών δεξιοτήτων του επαγγελματία υγείας (συμπεριλαμβανομένων των τεχνικών ελέγχου των συναισθημάτων του). Άλλωστε, και σε θεωρητικό επίπεδο η Βιοηθική είναι γεμάτη από ασαφείς (γκρίζες) οριοθετικές γραμμές και έννοιες οι οποίες αναγνωρίζεται ότι υπάρχουν αλλά είναι δύσκολο (ή και αδύνατο) να οριστούν με σαφήνεια. Π.χ. η σύγχρονη ευρεία έννοια της ιατρικής ματαιότητας, αν και γίνεται αντιληπτή διαισθητικά δύσκολα ορίζεται με αδιαμφισβήτητο και κοινά αποδεκτό ορισμό. Το ίδιο συμβαίνει και με άλλες έννοιες της Βιοηθικής (π.χ. ατομική ή σχεσιακή αυτονομία) ή και όχι μόνον της Βιοηθικής (π.χ. αγάπη ή Τέχνη).

3.2 ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

Οι Beauchamp και Childress διατύπωσαν εδώ και κάποιες δεκαετίες τις βασικές αρχές της Βιοηθικής οι οποίες ισχύουν και σήμερα και αποτελούν τα θεμέλια του λεγόμενου πρινσιπαλισμού (principlism). Ο πρινσιπαλισμός είναι η εφαρμοσμένη ηθική η οποία προσεγγίζει τα ηθικά διλήματα βασιζόμενη στην εφαρμογή των συγκεκριμένων ηθικών αρχών. Αποτελεί την κυρίαρχη βιοηθική θεωρία, αν και έχουν υποστηριχθεί και άλλες θεωρίες οι οποίες όμως κατά την άποψη του γράφοντος μπορεί να λειτουργήσουν επικουρικά σε ακραίες περιπτώσεις όπου ο πρινσιπαλισμός αδυνατεί να παρέχει λύση σε κάποια ηθικά διλήματα. **Οι τέσσερις θεμελιώδεις βιοηθικές αρχές οι οποίες αποτελούν τα θεμέλια του πρινσιπαλισμού είναι οι εξής: Α) Η αρχή της αυτονομίας (η οποία έχει δεσπόζουσα θέση μεταξύ των αρχών), Β) Η αρχή της ωφέλειας/ευεργεσίας, Γ) Η αρχή του μη-βλάπτειν και Δ) Η αρχή της δικαιοσύνης (με κύριο συστατικό στοιχείο την κοινωνική δικαιοσύνη).** Από τις αρχές αυτές απορρέουν δευτερεύουσες αρχές όπως της εμπιστευτικότητας και της αλληλεγγύης. Κατά καιρούς έχουν προταθεί και επιπλέον αρχές (όπως π.χ. η αρχή της ακεραιότητας του ιατρικού επαγγέλματος) οι οποίες όμως δεν κατόρθωσαν να ενσωματωθούν μόνιμα στις θεμελιώδεις αρχές της βιοηθικής. Όταν προσεγγίζεται ένα ηθικό δίλημμα, δύο ή περισσότερες θεμελιώδεις βιοηθικές αρχές έρχονται σε σύγκρουση. Για παράδειγμα, όταν ένα άτομο ώριμης ηλικίας με χρόνια προβλήματα υγείας διεκδικεί την πρόσβασή του σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με σκοπό να αποκτήσει βιολογικούς απογόνους, συγκρούεται η αρχή της (αναπαρα-

γωγικής) αυτονομίας με την αρχή μη βλάβειν. Επίσης, στην περίπτωση της περιορισμένης ενημέρωσης ενός ασθενή ο οποίος είναι ικανός να αποφασίζει για τη θεραπεία που θα του επιβληθεί όμως έχει ιδιαίτερα νευρο-ψυχιατρικά προβλήματα, συγκρούεται η αρχή της αυτονομίας με την αρχή της ωφέλειας/ευεργεσίας.

Δεν είναι πάντα εύκολο να δοθεί συνεπής (coherent) λύση σε περιπτώσεις σύγκρουσης μεταξύ των θεμελιωδών βιοηθικών αρχών. Στην περίπτωση της σύγκρουσης μεταξύ δύο ή περισσότερων βιοηθικών αρχών διερευνάται το «ειδικό βάρος» της κάθε μιας από τις αρχές που εμπλέκονται στη σύγκρουση, στις συγκεκριμένες περιστάσεις. Δεν είναι εύκολο να αποφύγει κανείς στην περίπτωση αυτή μια βιαστική υποκειμενική λύση η οποία έχει ληφθεί a priori. Έτσι, στην περίπτωση που αναφέρθηκε του ατόμου με πολλά χρόνια προβλήματα υγείας που θέλει να αναπαραχθεί όπως και στην περίπτωση της ώριμης έφηβης κοπέλας στην οποία πρόκειται να τοποθετηθεί αντισυλληπτικός μηχανισμός και οι γονείς της που προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά συστήματα έχουν δύο διαφορετικές απόψεις ενώ η ίδια που μεγάλωσε στην Ελλάδα έχει μια τρίτη διαφορετική γνώμη, μπορεί ο πρινσιπαλισμός να μη μπορεί μας δώσει λύση. Δηλαδή να μη μπορούμε να δώσουμε μια προτεραιότητα σε κάποια από τις βιοηθικές αρχές που συγκρούονται. Στην περίπτωση αυτή, η λύση μπορεί να δοθεί δια της λεγόμενης **βιοηθικής της αρετής (virtue ethics)** η οποία έχει αρχαία Ελληνική καταγωγή (από Ιπποκράτη, Πλάτωνα, Αριστοτέλη) και ανδρώθηκε ιστορικά στη νότια Ευρώπη και ευρύτερη λεκάνη της Μεσογείου κάτω από την επιρροή των τριών μονοθεϊστικών θρησκειών: Του Χριστιανισμού, του Ιουδαϊσμού και του Μωαμεθανισμού. Σύμφωνα με την ηθική της αρετής το κριτήριο για την ηθικότητα μιας πράξης ή παράλειψης δεν αναζητείται στους κανόνες και τις αρχές αλλά στον χαρακτήρα του ιατρού. Πάντως θα πρέπει να αναφερθεί ότι μια άλλη αρχή η οποία έχει προταθεί ως πέμπτη θεμελιώδης βιοηθική αρχή μαζί με τις άλλες τέσσερις είναι η «αρχή της αμοιβαιότητας» (“mutuality principle”) η οποία είχε διατυπωθεί από τον DeMarco (2005). Σύμφωνα με την αρχή αυτή θα πρέπει να γίνεται η μέγιστη δυνατή προσπάθεια ώστε στην περίπτωση σύγκρουσης μεταξύ των θεμελιωδών βιοηθικών αρχών να μην εξαλείφονται κάποιες αρχές αβασάνιστα και με ευκολία και με βάση προειλημμένες αποφάσεις, αλλά να διατηρούν την παρουσία τους όλες οι εμπλεκόμενες αρχές. Για αυτό αποτελεί ηθική υποχρέωση (τουλάχιστον) να αναζητούνται και να εφαρμόζονται τρόποι είτε αποφυγής είτε παράκαμψης των συγκρούσεων. Π.χ. στην περίπτωση του υποψήφιου γονέα με τα πολλά και χρόνια προβλήματα υγείας να δημιουργούνται υποδομές που θα μπορούσαν να υποστηρίξουν την ανατροφή παιδιών στην περίπτωση θανάτου ή βαριάς ανικανότητας του γονέα στο μέλλον.

Ένα βιοηθικό δίλημμα μπορεί να προσεγγίζεται είτε δεοντολογικά (deontological approach) (δηλαδή με βάση τους επιτακτικούς ή απαγορευτικούς κανόνες που ισχύουν) ή συνεπειοκρατικά (consequentialist approach) (δηλαδή με γνώμονα την ωφέλεια των περισσοτέρων μελών μιας κοινότητας με βάση τις συνέπειες από την εφαρμογή της μιας ή της άλλης λύσης του ηθικού διλήμματος). Η ωφελμιστική (utilitarian) βιοηθική προσέγγιση επιδιώκει το μεγαλύτερο καλό για τον μεγαλύτερο αριθμό ατόμων μιας κοινωνίας. Π.χ. η δημόσια υγεία έχει αυτόν τον χαρακτήρα και για αυτό μπορεί να περιορίζονται τα συμφέροντα ή τα δικαιώματα των ατόμων (πολιτών). Θα πρέπει βέβαια να έχει κανείς στο μυαλό του ότι μπορεί να προβάλλονται συνεπειοκρατικά επιχειρήματα ενώ κάτω από τα επιχειρήματα αυτά υποκρύπτονται προσκολλήσεις σε δεοντολογικές αρχές οι οποίες μπορεί μάλιστα να βασίζονται σε προκαταλήψεις. Έτσι, κάτω από την άρνηση της ηθικότητας της πρόσβασης ομόφυλων ζευγαριών ή μετα-εμμηνοπαυσιακών γυναικών σε τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με το επιχείρημα των «πολύ πιθανών σοβαρών αρνητικών συνεπειών» για το παιδί μπορεί να υποκρύπτεται η βασισμένη σε κοινωνική προκατάληψη προσκόλληση στη δεοντολογική αρχή της μη παραβίασης της φυσικότητας.

Η αρχή της αυτονομίας έχει καταγωγή από τη διάνοηση του Kant, η αρχή της ωφέλειας έχει καταγωγή από τον Miller, η αρχή του μη βλάπτειν έχει καταγωγή από τη θεωρία της κοινής ηθικότητας (common morality των Clouser and Gert) και η αρχή της δικαιοσύνης έχει καταγωγή από τη σκέψη του Rawls⁴⁹.

3.3 Η ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ

Είναι βασική, ίσως η πλέον βασική έννοια της Κλινικής Βιοηθικής. **Η αυτονομία είναι σαφώς διαφορετική έννοια (αν και σχετική) με την ενημερωμένη συναίνεση (informed consent)**. Η προϋπόθεση της ενημερωμένης συναίνεσης η οποία έχει κεντρικό ρόλο στην κλινική πράξη είναι ο “φύλακας” και η εγγύηση

49. Πάντως, οι αρχές της ωφέλειας και του μη βλάπτειν έχουν μακρινή Ιπποκρατική καταγωγή και μπορεί κανείς να θεωρήσει ότι είναι δύο όψεις του ίδιου νομίσματος. Οι αρχές της ωφέλειας και του μη βλάπτειν έχουν να κάνουν με το τι είναι καλό. Οι αρχές της δικαιοσύνης έχει να κάνει με το τι είναι σωστό και δίκαιο. Οι αρχές της αυτονομίας και του μη βλάπτειν μπορούν να ικανοποιούνται όταν γίνονται σεβαστές πλήρως. Αντίθετα, οι αρχές της ωφέλειας/ευεργεσίας και της δικαιοσύνης δεν ικανοποιούνται ποτέ. Συνεχώς απαιτούν προσπάθεια η οποία δεν είναι ποτέ αρκετή. Σε έναν κόσμο που δεν είναι ιδανικός, όπου υπάρχουν πάντα άτομα που χρειάζονται βοήθεια και όπου δεν επικρατεί η δικαιοσύνη. Ένα σύστημα Βιοηθικής που ρίχνει το βάρος στις αρχές της αυτονομίας και του μη βλάπτειν είναι μινιμαλιστικού τύπου Βιοηθική. Ένα σύστημα Βιοηθικής που ρίχνει το βάρος στις αρχές της ωφέλειας/ευεργεσίας και του της δικαιοσύνης είναι μαξιμαλιστικού τύπου Βιοηθική. Και εγείρεται το ερώτημα: τι είδους Βιοηθική θέλουμε;

του σεβασμού προς την αυτονομία του ασθενή.

Ενώ η έννοια της ενημερωμένης συναίνεσης είναι πιο σαφής και πιο πρακτικού-φορμαλιστικού χαρακτήρα, η έννοια της αυτονομίας είναι καθαρά φιλοσοφική έννοια (με καταγωγή από τον ατομοκεντρισμό του Kant) και **αρκετά ασαφής έννοια**. Ωστόσο, είναι τελείως κεντρικός ο ρόλος της στην Κλινική Βιοηθική. Στη νομική επιστήμη θεωρείται ότι η βούληση του ατόμου η οποία δεν πάσχει από ελαττώματα βουλήσεως (πλάνη, απάτη, απειλή) είναι έγκυρη. Και σωστά θεωρείται έτσι για λόγους ασφάλειας των συναλλαγών. Άλλως, θα αναστρέφονταν εύκολα πωλήσεις, συμβάσεις, γάμοι κ.λ.π. Στην Κλινική Βιοηθική όμως, έχουμε να κάνουμε με τις λεπτές αποχρώσεις της ανθρώπινης ψυχής στα πλαίσια μιας βαθύτατα ανθρωπιστικής προσέγγισης. Δεν μπορούμε να βλέπουμε μόνο την κορυφή του παγόβουνου αλλά θα πρέπει να ασχολούμαστε με όλο το παγόβουνο. Για αυτό η αυτονομία θα πρέπει να προσεγγίζεται με την ευρεία-φιλοσοφική έννοια. Τη φιλοσοφική προσέγγιση της αυτονομίας οποία δεν μπορούμε να την αποφύγουμε γιατί τα ζητήματα που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε και να επιλύσουμε είναι πρακτικά (π.χ. κλινική πράξη) κι εμείς συχνά καλούμαστε να απαντήσουμε στο ερώτημα: Το συγκεκριμένο Α γεγονός καταργεί την αυτονομία του ατόμου (π.χ. ασθενή) ή όχι;

Πολλοί ορισμοί (accounts) έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς όμως κανείς δεν υπερτερεί. Οι ορισμοί αυτοί αλληλο-επικαλύπτονται. Επιχειρώντας μια αδρή ιστορική αναδρομή διαπιστώνει κανείς ότι η αυτονομία πέρασε από τον 'ατομοκεντρισμό' του Kant⁵⁰, στην φιλελεύθερη-ατομοκεντρική θεώρηση της αυτονομίας (η οποία είναι και η κυρίαρχη αντίληψη)⁵¹ και πιο πρόσφατα, παράλληλα με την ατομοκεντρική προσέγγιση της αυτονομίας, στη σχεσιακή σύλληψη του προσώπου και της αυτονομίας⁵².

Η προσωπική/ατομοκεντρική αυτονομία συνδέθηκε έντονα στη βιβλιογραφία με τις έννοιες ανεξαρτησία, αυθεντικότητα και αυτο-διακυβέρνηση (self-governance) σύμφωνα με την οποία αυτονομία είναι η δυ-

50. Σύμφωνα με τον οποίο ο άνθρωπος έχει ενδογενή (intrinsic) αξία ως σκεπτόμενο όν, είναι αυτοσκοπός και δεν μπορεί να αντικειμενοποιείται ως μέσον, είναι αυτόνομος όταν ως σκεπτόμενο όν (rational being) δρα σύμφωνα με τους παγκόσμιους νόμους (categorical imperative) που είναι ίδιοι για όλα τα σκεπτόμενα όντα ανεξάρτητα από τις επιθυμίες τους, είναι ικανός να παραμερίζει για αυτό τις εσωτερικές και εξωτερικές επιρροές που δέχεται) (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2004; Kant, 1976; Kant, 1998; Kant 1785/1948).

51. Ο οποίος αναγνωρίζει στο άτομο πλήρη αποφασιστική αυτοδυναμία, αλλά, με βάση την αυτοκυριαρχία και αυτό-διακυβέρνησή του (self-governance), κυριαρχώντας στις δικές του προτιμήσεις, αξίες και στόχους).

52. Σύμφωνα με την οποία το άτομο δεν θεωρείται ότι έχει από μόνο του πλήρη ικανότητα να αποφασίζει κρατώντας αποστάσεις από εξωτερικές και εσωτερικές επιρροές, και το βάρος πέφτει στην επικοινωνία και στις σχέσεις).

νατότητα κάποιου να θέτει τους στόχους του με βάση τις σταθερές δικές του αξίες και προτιμήσεις του, με βάση αυτό που εκείνος θεωρεί ως «καλή ζωή» ή «ζωή με νόημα», και να μπορεί να επιδιώκει ή και να πετυχαίνει αυτούς τους στόχους. Οι προτιμήσεις, οι επιθυμίες του ατόμου διακρίνονται σε πρώτης και δεύτερης τάξης. Θα πρέπει να είναι σε συμφωνία μεταξύ τους για να είναι το άτομο αυτόνομο⁵³. Η ισορροπία ανάμεσα σε εσωτερικές παρορμήσεις και εξωτερικές επιρροές είναι αναγκαία για να μιλάμε για αυτονομία. Για να επιτευχθεί αυτό σημαντικό είναι ο ρόλος της ισχυρής (strong όχι weak) θέλησης (will). Η εξασθενημένη (weakened) βούληση είναι δεκτική εξωτερικών και εσωτερικών επιδράσεων. Κανείς ωστόσο δεν είναι απόλυτα αυτόνομος. **Η απόλυτη αυτονομία είναι ουτοπία.** Θα έπρεπε να ζούσαμε στο κενό ενώ ταυτόχρονα θα είχαμε άπειρες επιλογές!!! Ποιος είναι απόλυτα ανεπηρέαστος από εξωτερικές επιρροές (περιβαλλοντικές, του στενού ή ευρύτερου κοινωνικού ή πολιτισμικού περιβάλλοντός του) ή από εσωτερικές επιρροές (π.χ. παρορμήσεις ή καταναγκασμούς); Από την άλλη πλευρά κανείς δεν μπορεί να αρνηθεί ότι κάποιες αποφάσεις θα πρέπει να θεωρούνται αυτόνομες. Η αυτονομία βρίσκεται κάπου στο ενδιάμεσο ανάμεσα στην απόλυτη αυτονομία και την έλλειψη αυτονομίας. Είναι δύσκολο να καθοριστεί το σημείο εκείνο όπου οι επιρροές που (όπως όλοι μας καθημερινά στον κόσμο που ζούμε) δεχόμαστε ανάγονται σε καταναγκασμό ή βιώνονται ως καταναγκασμός από ένα άτομο το οποίο είναι ικανό να αποφασίζει για ηθικά ζητήματα που το αφορούν (διαθέτει δηλαδή «robust moral agency»), και άρα η ικανότητά του να εκφράζει την έγκυρη και αυτόνομη βούλησή του ακυρώνεται.

Ενδιαφέρουσα προσέγγιση είναι η λεγόμενη «σχεσιακή αυτονομία» (“relational autonomy”) (Christman, 2004; Oshana, 2005): Το άτομο δεν μπορεί μόνο του να παίρνει αυτόνομες αποφάσεις (δεν είναι self-sufficient) αλλά μόνο ως μέλος του πλέγματος των σχέσεων όπου τοποθετείται και στα πλαίσια του οποίου συλλαμβάνεται η έννοια του προσώπου (person) (Taylor, 2005). «Σχεσιακή αυτονομία» είναι ο όρος που αποδίδεται στην επαναπροσδιορισμένη έννοια της αυτονομίας από τη σκοπιά των φεμινιστών (και όχι μόνον) φιλοσόφων, οι

53. Πρώτης τάξεως επιθυμία (first-order desire) σημαίνει αποφασίζω π.χ. να συμμορφωθώ με κάποιους κανόνες ή να κάνω κάτι χωρίς να εξαναγκάζομαι για αυτό. Αυτό όμως δεν είναι βαθύτερη επιθυμία μου. Το κάνω για να πετύχω κάτι άλλο (επιθυμία δεύτερας τάξεως, second-order desire) για το οποίο και πάλι δεν εξαναγκάζομαι αλλά είναι η βαθύτερη, η ουσιαστικότερη και η πραγματική επιθυμία μου (Loughrey, 1998). Κοντολογίς, πρώτης τάξεως επιθυμία σημαίνει να θέλεις το Α ενώ δεύτερης τάξεως επιθυμία σημαίνει να επιθυμείς να θέλεις το Α. Έτσι, η επιθυμία δεύτερας τάξεως (second-order desire) είναι πολύ σημαντική και εκεί εμπίπτει ιδιαίτερη βαρύτητα. Αυτόνομος είναι όποιος έχει αυτονομία και πρώτης και δεύτερας τάξεως (Frankfurt, 1988; Frankfurt, 2003). Η επιθυμία, η προτίμηση ενός ατόμου είναι αυτόνομη κατά την άποψη αυτή εφόσον το άτομο αυτό την υποστηρίζει ολόψυχα (wholeheartedly) (Frankfurt, 1988).

οποίοι αμφισβήτησαν και αρνήθηκαν το ότι η αυτονομία απαιτεί αυτό-επάρκεια (self-sufficiency) (Mackenzie and Stoljar, 2000). Οι άνθρωποι είναι τοποθετημένοι στο ιστορικό κοινωνικό τους πλαίσιο. Δεν βιώνουν έναν μεταφυσικό ατομισμό και απομόνωση η οποία συσχετίζεται με τον ιδανικό χαρακτήρα του «αυτοδημιούργητου» ανθρώπου (“self-made man” ή “self-independent” man), έτσι ώστε να μπορούν να λαμβάνουν αποφάσεις οι οποίες πηγάζουν καθαρά από τον εαυτό τους (‘pure self’). Φάσεις της ανθρώπινης ζωής όπου γίνεται εμφανής ο σχεσιακός χαρακτήρας της αυτονομίας είναι η εφηβεία και η περίοδος πριν το τέλος της ζωής, τότε που το άτομο γίνεται ιδιαίτερα ευαίσθητο σε επιρροές από άτομα του περιβάλλοντός του: φίλους, συγγενείς, ιατρούς και επαγγελματίες υγείας (Gómez-Vírveda, de Maeseneer and Gastmans, 2020). Ο τρόπος σύλληψης της έννοιας της αυτονομίας επαναπροσδιορίζεται θεωρώντας το άτομο όχι ως αυτοδύναμο αλλά μαζί και μέσα στο σχεσιακό περιβάλλον στο οποίο μεγάλωσε και ζει και προσδιορίζεται.

Το γεγονός ότι η βιβλιογραφία που επιχειρεί να προσδιορίσει τη λεγόμενη σχεσιακή αυτονομία είναι μια ένδειξη ότι η θεμελιώδης βιοηθική έννοια της αυτονομίας επιδέχεται επαναδιαμόρφωση. Η σχεσιακή αυτονομία δεν επικεντρώνει στην ανεξαρτησία (in-dependence) όπως η ατομική αυτονομία αλλά στην αλληλεξάρτηση (inter-dependence). Με άλλα λόγια, δεν επικεντρώνει στο άτομο ως ξεκομμένη οντότητα από το περιβάλλον του, ικανό να αυτοελέγχεται και να παίρνει μόνο του αποφάσεις, (“self-sufficient” individual, “self-rule” individual, “in-control agent”), αλλά στις σχέσεις μεταξύ των ατόμων (Walter και Ross, 2014). Αναδεικνύεται η κοινωνική θέση του ατόμου και η έννοια της ηθικής υπευθυνότητας. Ωστόσο, η έννοιες της ατομικότητας και της σχεσιακότητας δεν αλληλοαποκλείονται. Δεν υπάρχει σχεσιακότητα χωρίς ατομικότητα. Η έννοια της σχεσιακής αυτονομίας έχει συλληφθεί με διαφορετικό τρόπο από τα διάφορα φιλοσοφικά ρεύματα (π.χ. φεμινισμός, περσοναλισμός, κοινοτισμός). Ωστόσο, δεν έχει αναπτυχθεί ακόμη επαρκώς η έννοια της σχεσιακής αυτονομίας σε θεωρητικό επίπεδο, ώστε να είναι και λειτουργική σε πρακτικό επίπεδο (Gómez-Vírveda, de Maeseneer, Gastmans, 2020). Στην κλινική πράξη, κατά τη διαδικασία της «από κοινού λήψης ιατρικής απόφασης» θα πρέπει σύμφωνα με την σχεσιακή προσέγγιση της αυτονομίας να λαμβάνεται υπόψη και ο ρόλος ατόμων με τα οποία σχετίζεται ο ασθενής (ιδιαίτερα σε καταστάσεις όπως όταν ο ασθενής βρίσκεται στο τέλος της ζωής του ή είναι στην εφηβεία). Αυτό βέβαια, δεν θα πρέπει να σημαίνει ότι στους τρίτους αναγνωρίζεται ρόλος στη διαδικασία λήψης της απόφασης ισότιμος με τον ίδιο τον ασθενή ο οποίος (συν)αποφασίζει για τη θεραπεία στην οποία πρόκειται να υποβληθεί (Gómez-Vírveda, de Maeseneer, Gastmans, 2020). Τρίτα πρόσωπα του περιβάλλοντος του ασθενή μπορεί να τον βοηθήσουν ώστε να ενδυναμωθεί, να ενεργοποιηθεί, να «αυτό-ενδοσκοπηθεί» και να συμμετάσχει ουσιαστικά στη λήψη ιατρικής απόφασης με βάση όμως τις δικές του αξίες, προσανατολισμένος στο δικό του «άριστο συμφέρον» (“best interest”).

Μπορούμε να περιορίζουμε την αυτονομία κάποιου (π.χ. ενός ατόμου με διαταραχές ψυχικής υγείας) ή να ανεχθούμε κάποια ανασφάλεια ως προς τη διαπίστωση της ύπαρξης αυτονομίας για ένα συγκεκριμένο άτομο (π.χ. του υπότροπου φυλακισμένου επί μακρόν παιδόφιλου ο οποίος επιζητεί τον ευνουχισμό του) με σκοπό να τη διευρύνουμε και να την ενδυναμώσουμε σε μετέπειτα φάση; Μπορούμε προκαθορίζουμε την αυτονομία ενός ατόμου προς (το μακροπρόθεσμο) όφελος του? (π.χ. καθορίζοντας το γενετικό προφίλ των παιδιών μας;). Πάντως, η ατομική αυτονομία μπορεί να περιορίζεται θεμιτά στο μέτρο της αναλογικότητας μεταξύ των μελών μιας κοινότητας για χάρη της κοινωνικής συμβίωσης και της αξίας της «κοινωνικής ειρήνης» η οποία ίσως αποτελεί την πρωταρχική (κατά τη γνώμη του γράφοντος) απόλυτη αξία ακόμη και σε μια κοινωνία όπου κυριαρχεί ο πλουραλισμός των ιδεών και των ατομικών αξιών. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι σε κοινωνίες όπως οι βορειοευρωπαϊκές όπου κυριαρχεί η **ατομοκεντρική βιοηθική προσέγγιση** και η αυστηρή προσκόλληση στα ισχυρά ατομικά δικαιώματα μπορεί να θεωρείται ότι η αυτονομία δεν είναι «σημαντικά κατώτερο σε είδος και σπουδαιότητα» έννομο αγαθό σε σχέση με το υπέρτατο ιεραρχικά αγαθό της ανθρώπινης ζωής. Η άποψη αυτή δεν ευνοεί την άρση του τελικού αδικού (και απαλλαγή από την ποινική ευθύνη με βάση τον μηχανισμό της κατάστασης ανάγκης που αίρει το άδικο, άρθρο 25 του Ελληνικού Ποινικού Κώδικα) της πράξης του ιατρού ο οποίος παρά την έγκυρη άρνηση του ασθενή προχώρησε σε θεραπευτική παρέμβαση και του έσωσε τη ζωή. Αντίθετα, στις λιγότερο ατομοκεντρικού χαρακτήρα χώρες της λεγόμενης μεσογειακής βιοηθικής ζώνης (όπου ανήκει η χώρα μας), όπου υπάρχουν στοιχεία από την **λεγόμενη μεσογειακή βιοηθική όπου ο πολίτης θεωρείται ως συν-κοινωνός**, η ανθρώπινη ζωή μπορεί να θεωρείται «σημαντικά ανώτερη σε είδος και σπουδαιότητα» σε σχέση με το έννομο αγαθό της αυτονομίας και του αυτοκαθορισμού, οπότε η άποψη αυτή ευνοεί την άρση του τελικού αδικού (και απαλλαγή από την ποινική ευθύνη με βάση τον μηχανισμό της κατάστασης ανάγκης που αίρει το άδικο, άρθρο 25 του Ελληνικού Ποινικού Κώδικα) της πράξης του ιατρού ο οποίος παρά την έγκυρη άρνηση του ασθενή προχώρησε σε θεραπευτική παρέμβαση και του έσωσε τη ζωή. Σημειωτέον όμως ότι η διαφοροποίηση ανάμεσα σε περισσότερο ατομοκεντρικής αντίληψης χώρες (π.χ. βορειοευρωπαϊκές) και λιγότερο ατομοκεντρικής αντίληψης χώρες (π.χ. νοτιοευρωπαϊκές) δεν αποτελεί παρά μόνο μια διαφορετική απόχρωση στον τρόπο με τον οποίο εφαρμόζεται η κοινώς αποδεκτή πλέον (τουλάχιστον στον δυτικό κόσμο) βιοηθική θεωρία του πρινσιπαλισμού (principlism).

Θα πρέπει να γίνει σαφές ότι η αυτονομία ενός ατόμου μπορεί να μεταβάλλεται μέσα στον χρόνο και κάτω από τις εκάστοτε περιστάσεις, όπως και ότι η κάποιος μπορεί να διαθέτει αυτονομία προς συγκεκριμένες κατευθύνσεις ενώ προς κάποιες άλλες όχι. Τυπικό παράδειγμα είναι τα τοξικο-εξαρτώμενα άτομα τα

οποία σε φάση έντονης επιθυμίας για χρήση της ουσίας (craving) μπορεί να χάνουν την αυτονομία τους στην κατεύθυνση της αναζήτησης της ουσίας ενώ μπορεί ταυτόχρονα να διατηρούν την αυτονομία τους για άλλα θέματα-τομείς της ζωής τους. Επίσης, μπορεί κάποιος να διατηρεί την αυτονομία του αναφορικά με τη λήψη αποφάσεων για κοντοπρόθεσμα, καθημερινά ζητήματα (δηλαδή να διαθέτει αυτό που περιγράφεται ως “τοπική αυτονομία”) ενώ ταυτόχρονα να μη λειτουργεί αυτόνομα αναφορικά με τη λήψη αποφάσεων ζωής (δηλαδή να μη διαθέτει αυτό που περιγράφεται ως “προγραμματική αυτονομία”) όπως π.χ. η δημιουργία οικογένειας.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι πρόσφατα έχει παρατηρηθεί στη βιοηθική τάση υποχώρησης του απόλυτα κυρίαρχου ρόλου της αυτονομίας γιατί άρχισε να γίνεται συνειδητό ότι η υπερβολική προσκόλληση στην ατομική-προσωπική αυτονομία μπορεί τελικά να αποβεί σε βάρος του ασθενή είτε άμεσα (π.χ. υπονομεύοντας την εμπιστευτική σχέση ιατρού ασθενή ή παρεμποδίζοντας τη χορήγηση θεραπείας π.χ. ψυχιατρικής στον ασθενή), είτε έμμεσα π.χ. παρεμποδίζοντας τη διεξαγωγή της ιατρικής έρευνας σε σημαντικό και συχνά αδικαιολόγητο βαθμό (O’Neill, 2011).

Ένα πολύ λεπτό, πολύπλοκο αλλά και κομβικό σημείο για την εγκυρότητα μιας απόφασης κάποιου έγκειται στο να εξακριβωθεί εάν υπήρξε τελικά εξαναγκασμός που να ακυρώνει την αυτονομία ενός ατόμου και συνεπώς το κύρος της συναίνεσής του. Κατά την άποψη του γράφοντος κομβική σημασία για τη λύση του προβλήματος είναι ο κατά περίπτωση έλεγχος της ικανότητας εκείνου που δέχεται την προσφορά να αποφασίζει αυτόνομα για ηθικά ζητήματα (δηλαδή εάν υπάρχει “robust moral agency”) στις συγκεκριμένες κάθε φορά περιστάσεις.

Ιδιαίτερο σχολιασμό αξίζουν δύο έννοιες οι οποίες σχετίζονται με το κατά πόσον επηρεάζεται η ικανότητα του ατόμου να αποφασίζει αυτόνομα.

A. Η λεγόμενη εξαναγκαστική προσφορά (coercive offer). Η άποψη ότι η πληρωμή χρημάτων για συμμετοχή σε έρευνα μπορεί να συνιστά καταναγκασμό (coercion) είναι μάλλον διαισθητική και είναι διαδεδομένη μεταξύ των μελών επιτροπών βιοηθικής. Ωστόσο, η ανάλυση της έννοιας του εξαναγκασμού από ηθικο-φιλοσόφους και βιο-ηθικιστές έχει οδηγήσει πολλούς από αυτούς να υποστηρίξουν την άποψη ότι η πληρωμή για τη συμμετοχή σε έρευνα δεν αποτελεί εξαναγκασμό ο οποίος ακυρώνει τη συναίνεση του συμμετέχοντος σε έρευνα. Θεωρούν σε γενικές γραμμές ότι ο εξαναγκασμός περιλαμβάνει απειλή ενώ η καταβολή πληρωμής αποτελεί απλώς προσφορά (offer). Το ότι η πληρωμή αποτελεί κίνητρο για τη συμμετοχή θεωρείται ότι δεν επαρκεί για να συνιστά εξαναγκασμό. **Η προσφορά (offer) αυξάνει απλώς τις επιλογές που έχει κάποιος χωρίς να χειροτερεύει τη θέση του αποστερώντας τον από δικαιώματά του**

(π.χ. από παροχή υπηρεσιών για τις οποίες έχει δικαίωμα) (Wertheimer and Miller, 2008). Αντίθετα, ο εξαναγκασμός αποστερεί ή απειλεί να αποστερήσει το άτομο από δικαιώματα τα οποία ήδη είχε⁵⁴.

Ένα άλλο βιοηθικό ζήτημα το οποίο όπως η (εξαναγκαστική;) προσφορά χρημάτων σε κάποιον προκειμένου να συμμετέχει σε έρευνα φέρνει και αυτό στο προσκήνιο το ζήτημα του ορισμού της έννοιας της εξαναγκαστικής προσφοράς (coercive offer) είναι η προσφορά εκ μέρους του κράτους (της νομοθεσίας) της επιλογής του οικειοθελούς (χημικού ή χειρουργικού) ευνουχισμού ενός υπότροπου ή καθ' έξιν παιδόφιλου (sex offender γενικότερα) του οποίου η ζωή έχει καταστραφεί από τις αλλεπάλληλες φυλακίσεις, χωρίς αυτή η επιλογή να προσφέρεται ως προϋπόθεση μείωσης της ποινής (τουλάχιστον σε θεσμικό και κανονιστικό επίπεδο – de jure) (Voultsos, 2020). Πάντως, υποστηρίζεται ότι το γεγονός ότι η προσφορά (π.χ. οικονομική προσφορά σε εκείνον που θα συμμετάσχει σε ιατρική έρευνα) λειτουργεί ως κίνητρο για μια συμπεριφορά κάποιου δεν σημαίνει αναγκαστικά και εξαναγκασμό. Σε σχέση με αυτό, αναφέρονται στη βιβλιογραφία δύο υποθετικές περιπτώσεις, οι οποίες δίνουν αφορμή για

54. Έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι εξαναγκασμός υπάρχει όταν ο δεχόμενος την πρόταση δεν έχει άλλη εύλογη εναλλακτική λύση (reasonable alternative). Αυτό μπορεί να έχει δύο μορφές: την περίπτωση όπου η διαφορά ανάμεσα στις δύο εναλλακτικές είναι τόσο μεγάλη ώστε θα ήταν παράλογο να απορρίψει κανείς την καλύτερη προσφορά, και την περίπτωση κατά την οποία η απόρριψη της προσφοράς θα άφηνε αυτόν που τη δέχεται σε δύσκολη κατάσταση (in dire straits). Ωστόσο και στις δύο αυτές περιπτώσεις οι Wertheimer and Miller (2008) επισημαίνουν στη δημοσίευσή τους στο έγκυρο βρετανικό περιοδικό *Journal of Medical Ethics* ότι μπορεί κανείς να απορρίψει τις προτάσεις εφόσον διατηρεί την αποφασιστική του ικανότητα ως άτομο που μπορεί να κρίνει και να αποφασίζει για ηθικά ζητήματα (ως moral agent). Μόνο όταν προκληθεί ελάττωση αυτής της ικανότητας τότε μπορεί η πρόταση να θεωρείται ως ικανή να ακυρώνει τη συναίνεση του ατόμου για τη συμμετοχή του στην έρευνα. Επειδή ακριβώς τότε πρόκειται κατά τους ως άνω συγγραφείς για ανεπίτρεπτη επιρροή του τρόπου λειτουργίας των εγκεφαλικών λειτουργιών του συμμετέχοντα στην έρευνα (undue inducement). Το ζήτημα πάντως απασχολεί την βιοηθική διανόηση επί σειράν ετών. Σχετικά πρόσφατα (2019) οι Millum and Garnett δημοσίευσαν στο αμερικανικό περιοδικό *American Journal of Bioethics* ενδιαφέρουσα (ευρεία) προσέγγιση της έννοιας του εξαναγκασμού (coercion) η οποία δέχτηκε μια σειρά από –επίσης ενδιαφέρουσες– κριτικές (Millum and Garnett, 2020). Οι Millum and Garnett διακρίνουν δύο σαφώς διακριτές αλλά και αλληλοεπικαλυπτόμενες έννοιες του εξαναγκασμού (coercion): τον εξαναγκασμό που ακυρώνει την συναίνεση (consent-undermining coercion) και τον εξαναγκασμό ως υπαγωγή (coercion as subjection). Σύμφωνα με τους συγγραφείς, ενώ η καταβολή πληρωμής κανονικά δεν αποτελεί εξαναγκασμό που ακυρώνει τη συναίνεση, σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να συνιστά εξαναγκασμό ως υπαγωγή. Στην περίπτωση του εξαναγκασμού ως υπαγωγή, ο δεχόμενος τον εξαναγκασμό υποκύπτει στη βούληση του άλλου ο οποίος εκμεταλλεύεται την εύαλωτη θέση του εξαναγκαζόμενου (Millum and Garnett, 2019).