

## Η έννοια της ικανότητας στην ψυχική υγεία: νέες προσεγγίσεις

Τ. Γκαράνη-Παπαδάτου,<sup>1</sup> Δ. Πλουμπίδης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Νομικός, Τομέας Δημόσιας Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

<sup>2</sup>Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

*Ψυχιατρική* 2005, 16:257–268

Αντικείμενο αυτής της εργασίας αποτελεί η σκιαγράφηση πλευρών της έννοιας της ικανότητας, κυρίως διαμέσου των νεωτέρων απόψεων της αγγλοσαξωνικής σχολής, οι οποίες στην πλειονότητά τους βρίσκονται έξω από το υπάρχον νομικό πλαίσιο. Πρόκειται για απόψεις οι οποίες, τουλάχιστον σε επίπεδο προβληματισμού, έχουν σημαντική βαρύτητα σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Οι συγγραφείς ήλθαν σε επαφή με αυτές τις θεωρίες κατά τη διάρκεια της συμμετοχής τους στο Ευρωπαϊκό ερευνητικό πρόγραμμα “EPICC: Ethicists and Practitioners in Collaboration in Capacity - QLRT-2001-00037 (2001-2003)». Οι απόψεις αυτές, αντίθετα με την παραδοσιακή προσέγγιση εκτίμησης της ικανότητας, η οποία βασίζεται κυρίως σε γνωστικά κριτήρια, επικεντρώνονται σε μία λειτουργική εκτίμηση της ικανότητας που λαμβάνει υπ’ όψιν της το ρόλο των συναισθημάτων, τη βιογραφία του ασθενούς και τη σημασία της ικανότητας ως έννοιας σχέσεων και περιβάλλοντος. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαπέντε ετών, οι αναζητήσεις αυτές άρχισαν να παίρνουν μορφή σε διάφορες χώρες με στόχο την ανάπτυξη νέων ηθικών προσεγγίσεων της εκτίμησης της αποφασιστικής ικανότητας, την προαγωγή ισορροπημένης λήψης αποφάσεων από τους γιατρούς και τη συμβολή στην εξέλιξη νέων νομοθετικών πλαισίων, τα οποία θα ενσωματώνουν τα κύρια σημεία των περιγραφείσων εναλλακτικών προσεγγίσεων, με στόχο την καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενούς.

**Λέξεις ευρητηρίου:** *συγκατάθεση, ικανότητα, ψυχική υγεία, δικαιώματα ασθενών, κριτήρια εκτίμησης ικανότητας.*

### Ικανότητα και συγκατάθεση

Το δικαίωμα των ασθενών να λαμβάνουν αυτόνομα έγκυρες αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία τους, αποτελεί μία βασική αρχή της Ιατρικής Ηθικής, που

αναγνωρίζεται πλέον από τα δικαιικά συστήματα όλων των ανεπτυγμένων χωρών. Μία αναδρομή στο χρόνο δείχνει ότι το νομικό πλαίσιο έτεινε περισσότερο προς την προστασία της υγείας παρά της αυτονομίας, αν και η συγκατάθεση του ασθενούς δεν

ήταν άγνωστη, ακόμα και στην αρχαιότητα.<sup>1</sup> Οι σύγχρονες αντιλήψεις για την ικανότητα είναι στενά συνδεδεμένες με το ιδεώδες του αυτο-καθορισμού, ιδεώδες το οποίο κυριαρχεί στις Δυτικές κοινωνίες, που προάγουν τη δυνατότητα της ατομικής επιλογής.<sup>2</sup> Σε ό,τι αφορά στους ασθενείς, το σχετικό δικαίωμα εκφράζεται με την υποχρέωση παροχής συγκατάθεσης από τον ασθενή για κάθε πράξη και παρέμβαση που αφορά την υγεία του. Το δικαίωμα αυτό δεν είναι απόλυτο, καθώς ο σεβασμός της ατομικότητας πρέπει να συγκερασθεί με το καθήκον της Πολιτείας να προστατεύσει ορισμένα μέλη της. Όταν διαπιστωθεί ανικανότητα, η συγκατάθεση πρέπει να δοθεί από τρίτο άτομο. Πρόκειται για μία απόκλιση του δικαίου, η οποία συνιστά λόγο μεγαλύτερης προστασίας των ατόμων που πάσχουν — και όχι δικαιολόγηση περιορισμού των δικαιωμάτων τους.

Ένα βασικό ερώτημα, που τίθεται συχνά, αφορά στην ενδιάμεση, «γκρίζα» περιοχή μεταξύ της σαφούς ύπαρξης και της σαφούς απουσίας ικανότητας. Παλαιότερα, επικρατούσε η άποψη του καθολικού (global) χαρακτήρα της ικανότητας: το άτομο την διαθέτει για όλα ή δεν την διαθέτει — *all or nothing approach*.<sup>3,4</sup> Αυτό οδήγησε σε μίαν *a priori* αδυναμία ολόκληρων ομάδων πληθυσμού να λαμβάνουν ή να συμμετέχουν στη λήψη απλών αποφάσεων που αφορούν στην καθημερινή διαβίωση και τη συγκατάθεσή τους στην εφαρμογή θεραπειάς. Σήμερα γίνεται δεκτό ότι η ικανότητα — ή η έλλειψή της — δεν έχει μόνιμο χαρακτήρα, αλλά αποτελεί ιδιότητα που πρέπει να επανεκτιμάται πριν από κάθε σημαντική απόφαση.<sup>5</sup> Εξακολουθούν όμως να υπάρχουν σημαντικά κενά. Η κυρίαρχη «γνωστική» προσέγγιση έχει δεχθεί κριτική, κυρίως για την εμμονή της στην έννοια του ορθολογισμού, καθώς η έμφαση στις γνωστικές ικανότητες του ασθενούς συχνά υποτιμά το ρόλο των συναισθημάτων, της βιογραφίας του ασθενούς, της διαδικασίας της παροχής φροντίδας<sup>6</sup> και της έννοιας της προσωπικής ταυτότητας (personal identity), η οποία αποτελεί διευρυνόμενο πεδίο έρευνας.

Οι προσπάθειες πληρέστερου καθορισμού της ικανότητας έφεραν στην επιφάνεια πληθώρα κενών

και προβλημάτων (π.χ. η αντιμετώπιση ενός ψυχικά ασθενούς, αλλά *ικανού* ατόμου με τρόπο που δεν συνιστά διακριτική μεταχείριση εις βάρος του), τα οποία οδήγησαν κάποιες ομάδες ψυχιάτρων, δικηγόρων και φιλοσόφων στην αναζήτηση προσεγγίσεων της ψυχικής ικανότητας όχι απλώς ως κατηγορικής / γνωστικής, αλλά κυρίως ως λειτουργικής έννοιας. Αν και οι έννοιες της συνειδητής συγκατάθεσης και της ικανότητας είναι στενά συνδεδεμένες, η συγκατάθεση και οι εναλλακτικοί τρόποι παροχής της στις περιπτώσεις που το άτομο θεωρείται ως μη ικανό έχουν αποτελέσει πολύ ευρύτερο αντικείμενο μελέτης απ' ό,τι η ίδια η έννοια της ικανότητας, η βασική δηλαδή προϋπόθεση παροχής ή μη συγκατάθεσης, γεγονός που πιθανόν να εξηγείται από τη σημασία που απέκτησε στο πέρασμα του χρόνου η συγκατάθεση στο νομικό πλαίσιο. Στο άρθρο-ορόσημο των Roth και συν.<sup>7</sup> για την έννοια της ικανότητας, τονίζεται ότι ολόκληρο το οικοδόμημα της ακούσιας νοσηλείας στηρίζεται σε μια υπεραπλούστευση των καταστάσεων και όχι σε μία βαθύτερη διερεύνηση της ικανότητας και όροι όπως «*υπεύθυνος*», «*λογικός*», «*συνειδητά*», «*κατανόηση*» δεν διασαφηνίζονται επαρκώς, με εξαίρεση γραπτά ακαδημαϊκού ενδιαφέροντος. Η «*προκαθορισμένη βεβαιότητα*» των λέξεων, όταν μεταφέρεται στο επίπεδο της κλινικής πράξης, μπορεί να οδηγήσει σε υπεραπλούστευση που δέχεται έντονες κριτικές.<sup>8</sup>

Παρά τα πολύπλοκα ερωτήματα που προκύπτουν στην κλινική πράξη, τόσο σε ηθικό όσο και σε νομικό επίπεδο κάποιες βασικές συνιστώσες απορρέουν από το γεγονός πως οι αρχές στις οποίες βασίζεται η διαδικασία εκτίμησης της ικανότητας πρέπει να βρίσκονται σε ιδεολογική συνέπεια με τις αρχές που καθορίζουν τη συμπεριφορά προς έναν «κανονικό» ασθενή και απλώς να επεκτείνονται και να προσαρμόζονται στις ανάγκες όσων πάσχουν από ψυχικές ασθένειες.

## Η νομική έννοια της ικανότητας

Η ικανότητα λήψης αποφάσεων καθώς και οι διαφορές μέθοδοι εκτίμησής της αποτελούν ακανθώδη

προβλήματα στο χώρο της Ψυχιατρικής, εφόσον συνδεθούν και με την έννοια της αυτονομίας. Παρά τη σημασία της λειτουργικής μορφής της ικανότητας στις αποφάσεις για την καθημερινή ζωή ενός ατόμου, έμφαση έχει δοθεί στην ικανότητα ως *νομική οντότητα*: συνήθως η εκτίμηση της ικανότητας ενός ασθενούς αποτελεί μέρος της σχέσης του με τον γιατρό, όταν όμως αυτή αμφισβητείται η ανάγκη εκτίμησής της λαμβάνει άλλες διαστάσεις. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ρόλος του νόμου στάθηκε ιδιαίτερα σημαντικός, καθώς η ικανότητα μπορούσε επισήμως να καθορισθεί και να τεθεί σε *μετρήσιμα* πλαίσια μόνον με νομικά κριτήρια, τα οποία διαμορφώθηκαν με το πέρασμα του χρόνου κατά τέτοιον τρόπο, ώστε η μη πλήρωσή τους να συνεπάγεται ανικανότητα του ατόμου.<sup>9</sup> Το θέμα όμως — εκτός από τις νομικές — έχει σαφώς και φιλοσοφικές προεκτάσεις, καθώς η έννοια της ικανότητας όχι μόνον «... καθορίζεται ιστορικά και εξελικτικά και πρέπει να θεωρείται ως το ιστορικό, χρονικό πλαίσιο της δομής του εαυτού»,<sup>10</sup> αλλά σχετίζεται επίσης με την έννοια του Άλλου και του Διαφορετικού.<sup>11</sup>

Η απόφαση ότι ένα άτομο δεν διαθέτει ικανότητα, το στερεί από βασικά δικαιώματα καθοριστικά για την πορεία της ζωής του. Τόσο στο νομικό όσο και στο ηθικό επίπεδο, στην ελληνική γλώσσα χρησιμοποιείται ο όρος *ικανότητα*, ενώ στην αγγλοσαξονική βιβλιογραφία συναντώνται δύο όροι, *capacity* και *competence*, οι οποίοι, ως επί το πλείστον, χρησιμοποιούνται ταυτόσημα.<sup>(1)</sup> Η τάση διαφοροποίησής τους, όμως, κερδίζει συνεχώς έδαφος: σύμφωνα με τους Tan και συν.<sup>12</sup>, με τον όρο *capacity* νοούνται τα νομικά κριτήρια εκτίμησης της ικανότητας λήψης μίας αυτόνομης και έγκυρης απόφασης, ενώ ο όρος *competence* υποδηλώνει την κλινική έννοια της ικα-

νότητας λήψης έγκυρων αποφάσεων. Οι συγγραφείς τονίζουν ότι η έννοια της *capacity* καθορίζεται σαφώς με νομικά κριτήρια, τα οποία σχετίζονται με την ικανότητα γνώσης και κατανόησης των πληροφοριών, ενώ, αντιθέτως, η έννοια της *competence*, όπως εκφράζεται από τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, δεν καθορίζεται με σαφήνεια, αλλά στην πράξη περιλαμβάνει και άλλα στοιχεία, όπως η συνέπεια της εκπεφρασμένης απόφασης μέσα στο χρόνο, η συνέπεια της απόφασης με τους λόγους που οδήγησαν σε αυτήν, η παρούσα συναισθηματική κατάσταση του ατόμου ή οι ψυχοπαθολογικές επιπτώσεις της διανοητικής διαταραχής (π.χ. όταν ένα άτομο με ψυχωτική συμπτωματολογία πιστεύει ότι οι γιατροί συνεργάζονται με τους διώκτες του).

Στο ελληνικό νομικό πλαίσιο, η γενική έννοια της ικανότητας ταυτίζεται με την ικανότητα για συγκατάθεση, η οποία συμπίπτει με την ικανότητα για δικαιοπραξία σύμφωνα με το Αστικό Δίκαιο ή την ικανότητα για καταλογισμό σύμφωνα με το Ποινικό Δίκαιο. Η ελληνική νομοθεσία, στο πλαίσιο κατοχύρωσης των δικαιωμάτων των ασθενών, αναγνωρίζει το δικαίωμά τους να παρέχουν τη συγκατάθεσή τους ή να αρνούνται την προτεινόμενη θεραπεία, εφόσον διαθέτουν ικανότητα. Έτσι, σύμφωνα με το άρθρο 47 του Ν. 2071/92: «Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του».<sup>(2)</sup>

Αξίζει να αναφερθεί ότι ο Ν. 2071/92 θέτει ως προϋπόθεση της εκούσιας νοσηλείας την ύπαρξη ικανότητας,<sup>(3)</sup> ενώ παραδείγματος χάριν ο προηγού-

(1) Είναι χαρακτηριστικό ότι ο ένας όρος χρησιμοποιείται για να εξηγήσει τον άλλο. Π.χ.: «First, we consider the extent to which treatment may be lawfully given to an individual who is incompetent, i.e. lacks the capacity to consent». Και παρακάτω: «The incompetent include those who fail to meet the criteria.. in that they lack the capacity to consent in law by reason of lack of understanding, those who by reason of mental illness also lack understanding...»<sup>13</sup>

(2) Ν. 2071/92 *Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας*, ΦΕΚ Α' 123, 15.7.1992.

(3) Ν. 2071/92, άρθρο 94 § 2: «Προϋποθέσεις για την εκούσια νοσηλεία είναι: α) ο ασθενής να είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του...». Άρθρο 95 § 2.1.: «Προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία είναι:... β) [ο ασθενής] να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του.»

μενος αγγλικός νόμος βασίζεται μόνο στη διάγνωση.<sup>(4)</sup>

Η Διακήρυξη για τα Δικαιώματα των Ασθενών στην Ευρώπη<sup>(5)</sup> αναγνωρίζει τη σημασία του θέματος της ικανότητας των ασθενών, αναφερόμενη σε θέματα πληροφόρησης, συγκατάθεσης, αντιπροσώπευσης και έρευνας (παράγραφοι 2.4, 3.3, 3.4, 3.5, 3.7, 3.10). Η Σύμβαση Βιοϊατρικής του Συμβουλίου της Ευρώπης, η οποία αποτελεί πλέον μέρος του ελληνικού Δικαίου,<sup>(6)</sup> περιλαμβάνει την έννοια της ικανότητας σε τέσσερα βασικά άρθρα (άρθρα 5, 6, 17 και 20). Σύμφωνα με το πνεύμα της Σύμβασης, εάν ένα άτομο θεωρείται (βάσει της νομοθεσίας κάθε κράτους) ικανό να δώσει συγκατάθεση σε μία παρέμβαση, τότε θεωρείται ικανό να εκφράσει και την άρνησή του. Εάν όμως δεν θεωρείται ικανό προς συγκατάθεση, δεν μπορεί να εκφράσει ούτε έγκυρη άρνηση, μπορεί όμως να εκφράσει τη λεγόμενη αντίθεση (objection), η οποία πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν στη συγκεκριμένη περίπτωση. Η σχέση ικανότητας, συγκατάθεσης, ακούσιας νοσηλείας και εφαρμογής θεραπείας αποτελεί ένα από τα πιο ακανθώδη σημεία κάθε νομοθετικής ρύθμισης: αν και είναι γενικά αποδεκτό ότι η ύπαρξη ψυχικών διαταραχών μπορεί

να επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου να πάρει αποφάσεις που αφορούν στην υγεία του, δεν είναι εύκολο να εκτιμηθεί σε ποιον βαθμό φθάνει η επήρεια αυτή. Αποτελεί δε και ένα σημαντικό πρόβλημα ορθής ψυχιατρικής πρακτικής, καθώς οι ψυχίατροι καλούνται περισσότερο συχνά από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων να υποβάλουν σε θεραπεία άτομα, τα οποία δεν συγκατατίθενται. Επί πλέον, το πρόβλημα μπορεί να πάρει διττή μορφή: είτε το άτομο να αρνείται θεραπεία που θα το ωφελούσε είτε να συναινεί σε κάτι το οποίο, αν μπορούσε πραγματικά να κατανοήσει, δεν θα το δεχόταν. Αν και τα γενικά κριτήρια αποτίμησης της ικανότητας είναι αποδεκτά, υπάρχουν ακόμη σημεία τριβής, όπως η έννοια του κινδύνου: ορισμένοι υποστηρίζουν ότι όταν η επιλογή του ασθενούς τον εκθέτει σε κινδύνους, τότε απαιτείται υψηλότερο κριτήριο εκτίμησης της ικανότητας,<sup>14,15</sup> ενώ άλλοι δεν δέχονται αυτή τη διάκριση.<sup>16,17</sup> Η αμφισβήτηση παραμένει έντονη, όταν η διαπίστωση της ύπαρξης ικανότητας δεν αφορά στην παροχή θεραπείας, αλλά στην άρνηση της συγκατάθεσης σε αυτήν. Η άρνηση π.χ. ενός καταθλιπτικού ατόμου δεν εκτιμάται με τον ίδιο τρόπο, όπως η άρνηση ενός ψυχωτικού ασθενούς, καθώς η επίδραση της κάθε μορφής ασθένειας στη σταθερότητα των προτιμήσεων και επιλογών του ατόμου, ενδέχεται να διαφέρει.<sup>(7)</sup> Στο σημείο αυτό καθίσταται εμφανής η διαφοροποίηση αντιμετώπισης της φυσικής από την ψυχική ασθένεια: η άρνηση ενός ασθενούς που πάσχει από μία σωματική νόσο να υποβληθεί σε θεραπεία, ανεξάρτητα από το ζημιόγONO αποτέλεσμα της επιλογής αυτής, γίνεται πολύ πιο εύκολα αποδεκτή σε σχέση με την άρνηση στο πλαίσιο μιας ψυχικής ασθένειας, ακόμη και εάν υπάρχει ικανότητα. Αυτή η βαθιά διαφοροποίηση συνδέεται και με την έννοια του «στίγματος» της ψυχικής νόσου.

<sup>(4)</sup> Mental Health Act 1983. Το σχετικό νομοθετικό πλαίσιο στην Αγγλία βρίσκεται σε φάση μεγάλων ζυμώσεων και τροποποιήσεων, καθώς το θέμα της ικανότητας στην ψυχική υγεία ήρθε στην επιφάνεια το 1989 (Conference of the Mental Health Act Subcommittee), συζητήθηκε δημοσίως από το 1991 έως το 1995 (Law Commission) και επανήλθε από την κυβέρνηση Blair το 1997. Μία από τις κύριες κριτικές ενάντια στην ισχύουσα νομοθεσία στην Αγγλία αφορά στο γεγονός ότι, καθώς ο αγγλικός νόμος είναι ενάντια στη συγκατάθεση δι' αντιπροσώπου, καταλήγει σε διακριτική μεταχείριση εις βάρος των ατόμων που δεν διαθέτουν ικανότητα. Η έλλειψη νομοθετικής ρύθμισης της ανικανότητας, όπως ισχυρίζονται πολλοί στην Αγγλία σήμερα, έρχεται σε αντίθεση με την Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου [Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms], η οποία πρόσφατα ενσωματώθηκε στο νομοθετικό πλαίσιο της Αγγλίας [Human Rights Act 1998].

<sup>(5)</sup> Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe, WHO, 1994.

<sup>(6)</sup> Convention on Human Rights and Biomedicine, Council of Europe, 1997 [N. 2619/98 Σύμβαση για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και ιατρικής].

<sup>(7)</sup> Σύμφωνα με τον Rudnick, η άρνηση από καταθλιπτικούς ασθενείς δεν έχει ερευνηθεί αρκετά και ως θέμα δεν συμπεριλαμβάνεται καν στην πιο πρόσφατη έκδοση του κλασσικού για την ψυχιατρική ηθική βιβλίου των Bloch, Chodoff και Green.<sup>18</sup> Η κρατούσα τάση στην περίπτωση των καταθλιπτικών ατόμων, πάντως, είναι η σύνδεση της ικανότητας για άρνηση με τη βαρύτητα της κατάθλιψης.

Η πιο πρόσφατη Σύσταση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την ψυχική υγεία<sup>(8)</sup> προβλέπει τις προϋποθέσεις που πρέπει να συντρέχουν για την παροχή *θεραπείας* παρά τη θέληση του ασθενούς, μία από τις οποίες είναι η συνεκτίμηση της γνώμης του ίδιου του ασθενούς. Η Σύσταση αναφέρεται σε περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει ικανότητα και ο ασθενής εκφράζει *άρνηση* (refusal) και σε περιπτώσεις στις οποίες δεν υπάρχει ικανότητα και ο ασθενής εκφράζει *αντίθεση* (objection) στην εισαγωγή ή την παροχή *θεραπείας*. Η εισαγωγή σε νοσοκομείο και η *θεραπεία* παύουν να είναι ταυτόσημα θέματα και η ακούσια νοσηλεία δεν συνεπάγεται πάντα ανικανότητα του ατόμου να συναινέσει στη *θεραπεία* του.

Τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς ισχύει γενικά ένα *τεκμήριο ικανότητας*: η παρουσία μιας διαταραχής δεν συνεπάγεται αυτομάτως την ύπαρξη ανικανότητας, γεγονός που υποδηλώνει σεβασμό στην προσωπικότητα του ατόμου και αναγνωρίζει την ανικανότητα ως ειδική κατάσταση, ως «ακραία έκφραση της έκπτωσης της λειτουργικότητας του ατόμου».<sup>19</sup> Η ικανότητα συναίνεσης είναι ζήτημα πραγματικό που πρέπει να εξετάζεται βάσει των δεδομένων κάθε περίπτωσης χωριστά.<sup>20</sup> Η παραδοχή αυτή βρίσκει την έκφρασή της στις προσπάθειες που γίνονται στις ανεπτυγμένες χώρες, για να διατηρείται όσο το δυνατόν μικρότερος ο αριθμός των ατόμων, τα οποία, σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο, δεν θεωρούνται ικανά, και να παρέχεται αναγκαστική προστασία μόνον σε έσχατες περιπτώσεις. Σχετικός στην Ελλάδα είναι ο θεσμός της πλήρους ή μερικής δικαστικής συμπαράστασης, ο οποίος προβλέπεται από τον Αστικό Κώδικα και ρυθμίζει τις περιπτώσεις ατόμων, τα οποία λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής ή λόγω σωματικής αναπηρίας ή ασωτίας, τοξικομανίας ή αλκοολισμού δεν μπορούν να φροντίσουν μόνα τους τις υποθέσεις τους ή εκθέτουν την οικογένειά τους στον κίνδυνο της στέρ-

σης.<sup>(9)</sup> Οι νομοθετικές αυτές ρυθμίσεις απορρέουν από το γεγονός ότι στους ιατρικούς και νομικούς κύκλους, τόσο σε ελληνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο, έχει αποκρυσταλλωθεί τα τελευταία χρόνια η άποψη, η οποία δέχεται ότι η ικανότητα γενικά είναι *κυμαινόμενη* έννοια, που εξαρτάται από πολλές μεταβλητές του περιβάλλοντος. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, η τυπική αναγνώριση πλήρους ανικανότητας είναι θεωρητικά δύσκολη και απαιτεί βάσιμες ενδείξεις αμφισβήτησης της νοητικής ικανότητας ενός ατόμου. Παλαιότερη Σύσταση του Συμβουλίου της Ευρώπης ορίζει ότι «το νομοθετικό πλαίσιο πρέπει, όσο αυτό είναι δυνατόν, να αναγνωρίζει ότι είναι δυνατόν να υπάρχουν διαφορετικοί βαθμοί ικανότητας και ότι η ανικανότητα μπορεί να ποικίλλει μέσα στο χρόνο. Κατά συνέπεια, τα προστατευτικά μέτρα δεν πρέπει να οδηγούν αυτομάτως σε πλήρη κατάργηση της νομικής ικανότητας. Πρέπει όμως να είναι δυνατός ένας πιθανός περιορισμός της νομικής ικανότητας, όταν αυτό είναι αναγκαίο, για την προστασία του συγκεκριμένου ατόμου».<sup>(10)</sup> Στη συνέχεια, όμως, η Σύσταση επεξηγεί ότι αυτά τα προστατευτικά μέτρα δεν πρέπει αυτομάτως να στερούν το άτομο από το δικαίωμα ψήφου, το δικαίωμα να συνάπτει διαθήκη, το δικαίωμα να *συγκατατίθεται* ή να *αρνείται* οποιαδήποτε παρέμβαση στο χώρο της υγείας ή να λαμβάνει οποιαδήποτε άλλη απόφαση προσωπικού χαρακτήρα, όταν η ικανότητά του το επιτρέπει. Θεσπίζει επίσης την αρχή της αναλογικότητας, ορίζοντας ότι η εφαρμογή ενός προστατευτικού μέτρου, όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο, πρέπει να είναι *ανάλογη του βαθμού ικανότητας* του ατόμου στο οποίο αφορά και να προσαρμόζεται στις συγκεκριμένες συνθήκες και ανάγκες.

(9) Ν. 2447 της 20/30.12.96 (ΦΕΚ Α' 278). Κύρωση ως Κώδικα του σχεδίου νόμου «Υιοθεσία, επιτροπεία και αναδοχή ανηλίκου, δικαστική συμπαράσταση, δικαστική επιμέλεια ξένων υποθέσεων και συναφείς ουσιαστικές, δικονομικές και μεταβατικές διατάξεις». Το άρθρο 13 του Νόμου αυτού αποτελεί σήμερα το 16ο κεφάλαιο του Αστικού Κώδικα (άρθρα 1666–1688: Δικαστική συμπαράσταση).

(10) Recommendation R(99)4 of the Council of Europe on "Principles concerning the legal protection of incapable adults".

(8) Recommendation (2004) 10 «Protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder».

## Η ηθική διάσταση της ικανότητας

Η διερεύνηση του θέματος της ικανότητας απαιτεί λεπτομερή κατανόηση των σκοπούμενων, αλλά και των μη σκοπούμενων κοινωνικών συνεπειών της αναγνώρισής της. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν δύο από τους σημαντικότερους συγγραφείς στον χώρο της Βιοηθικής, «*οι κρίσεις για την ύπαρξη ικανότητας προϋποθέτουν ένα ορισμένο πλαίσιο (context)... Μερικά άτομα, τα οποία θεωρούνται νομικώς ως μη ικανά, μπορεί να είναι ικανά να διαχειρισθούν τις προσωπικές υποθέσεις τους ή και το αντίστροφο*».<sup>21</sup> Αν και ο νόμος έχει συμβάλει σημαντικά στη διαμόρφωση κριτηρίων εκτίμησης της ικανότητας, ακόμη και στο νομικό πεδίο τα πράγματα δεν είναι πάντα σαφή, καθώς και η ίδια η νομική θεωρία διακρίνει σε διαφορετικά επίπεδα και κατηγορίες ικανότητας. Αντίστοιχα, στο χώρο της υγείας η ανάγκη εκτίμησης της ικανότητας αφορά σε περιπτώσεις με σημαντικές διαφοροποιήσεις, όπως στους ηλικιωμένους με γνωσιακά προβλήματα (cognitively impaired adults), στους νοητικά αναπήρους, στα άτομα που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες και στα παιδιά.<sup>22,23</sup> Η ανάγκη εκτίμησης π.χ. της ικανότητας ενός ηλικιωμένου ατόμου με αρχόμενη άνοια, το οποίο χρήζει ιατρικής θεραπείας για σωματικό πρόβλημα, αποτελεί ένα πολύ συχνό και δύσκολο πρόβλημα της καθημερινής ιατρικής πράξης, παρότι οι τάσεις «πατερναλιστικής» συμπεριφοράς εκ μέρους των ιατρών καλύπτουν την πραγματική έκτασή του.

Οι διαδικασίες αυτές σχετίζονται άμεσα με τις δύο κυρίως από τις τέσσερις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής ηθικής, δηλαδή την αρχή της αυτονομίας και την αρχή της ωφέλειας και κυρίως με την ανάγκη εξισορρόπησης τους, πεδία στα οποία δεν υπάρχει επαρκής εκπαίδευση στα πλαίσια του ελληνικού ιατρικού συστήματος. Οι δυσκολίες στη διαδικασία εκτίμησης ικανότητας δεν είναι μόνον νομικές, αλλά και ηθικές, συχνά δε κρύβουν σημαντικές αξιολογικές κρίσεις ή επιλογές πολιτικής.<sup>21</sup> Οι Fulford και Hope,<sup>24</sup> σε μία ενδελεχή κριτική της άποψης των Beauchamp και Childress (βασισμένη στη διάκριση η-

θικής θεωρίας και εμπειρικής γνώσης, καθώς και στις έννοιες αρρώστιας και ασθένειας) υποστηρίζουν πως στο καθαρά επιστημονικό μοντέλο, το οποίο ακολουθούν οι Beauchamp και Childress στη θεωρία τους για τις βασικές αρχές της Βιοηθικής, η εφαρμογή αξιολογικών κρίσεων δεν είναι προβληματική, καθώς γίνεται με κριτήρια βασισμένα σε μία διαγνωστική / σωματική προσέγγιση, η οποία δεν αμφισβητείται. Το μοντέλο αυτό, όμως, χωρίς να είναι λανθασμένο, δεν επαρκεί στην Ψυχιατρική, ανεπάρκεια που γίνεται εμφανής σε ιδιαίτερα προβληματικές καταστάσεις, όπως οι διαταραχές προσωπικότητας, οι σεξουαλικές διαταραχές, το άγχος και η κατάθλιψη. Η κριτική των συγγραφέων βασίζεται στην ιδέα ότι, ενώ η παραδοσιακή επιστημονική άποψη αναλύει την ασθένεια χρησιμοποιώντας τον όρο *λειτουργική αδυναμία*, η αξιολογική προσέγγιση αναλύει την εμπειρία του ασθενούς υπό το πρίσμα της *έλλειψης ικανότητας*.

Χαρακτηριστικές περιπτώσεις δυσκολίας στην εκτίμηση της ικανότητας των ασθενών, με ιδιαίτερες ηθικές προεκτάσεις, είναι η κατάθλιψη με άρνηση θεραπείας, η κατάθλιψη με άρνηση συμμετοχής σε έρευνα, η ικανότητα των ατόμων με μαθησιακές δυσκολίες κ.λπ.

## Εκτίμηση και κριτήρια ικανότητας

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών έχει γίνει μία σημαντική προσπάθεια διερεύνησης της ικανότητας λήψης αποφάσεων, καθώς και του ρόλου τους στο σχετικό δικαϊκό χώρο. Μία από τις πρώτες απόπειρες χρησιμοποίησης κάποιων συγκεκριμένων δοκιμασιών για την εκτίμηση της ικανότητας έγινε πριν από περίπου 25 χρόνια από τους Roth και συν. Οι δοκιμασίες αυτές ταξινομήθηκαν σε πέντε κατηγορίες: (α) διενέργεια επιλογής, (β) λογικό αποτέλεσμα της επιλογής αυτής, (γ) επιλογή η οποία στηρίζεται σε ορθολογικά κριτήρια, (δ) ικανότητα κατανόησης και (ε) πραγματική κατανόηση της διαδικασίας. Σύμφωνα με τους Roth και συν., «*Η έννοια της ικανότητας, όπως η έννοια της επικινδυνότητας, είναι κοινωνική και νομική και όχι απλώς ψυχιατρική ή*

ιατρική... μία χρήσιμη δοκιμασία για την ικανότητα είναι εκείνη, η οποία... γίνεται σε ένα επίπεδο ικανό να διατηρήσει αποδεκτή ισορροπία ανάμεσα στη διατήρηση της προσωπικής αυτονομίας και την παροχή της αναγκαίας ιατρικής φροντίδας».<sup>7</sup> Στη συνέχεια, οι Roth και Appelbaum πρότειναν τέσσερα πιθανά κριτήρια για την εκτίμηση της ικανότητας: εκδήλωση της επιλογής από τον ασθενή (evidencing a choice), κατανόηση των πραγματικών δεδομένων της περίπτωσης (factual understanding of issues), ορθολογική διαχείριση των πληροφοριών (rational manipulation of information) και εκτίμηση / αξιολόγηση της φύσης της κατάστασης (appreciation of the nature of the situation).<sup>25</sup> Όπως αναφέρει ο ίδιος ο Appelbaum, τα κριτήρια αυτά βασίστηκαν στην προσέγγιση που ακολουθεί η δικαστική πρακτική και δεν απέτελεσαν μίαν *a priori* προσπάθεια δημιουργίας ενός θεωρητικού ιδανικού μοντέλου λήψης αποφάσεων.<sup>2</sup>

Η Προεδρική Επιτροπή της Αμερικής<sup>(11)</sup> για τη μελέτη των ηθικών προβλημάτων στην Ιατρική, σε έκθεσή της (1983) αναφέρθηκε στην ικανότητα ως εξής: «Κάθε καθορισμός της ικανότητας πρέπει να σχετίζεται με τις προσωπικές δυνατότητες του ασθενούς, τις ανάγκες της συγκεκριμένης πράξης που πρέπει να γίνει και τις πιθανές συνέπειες. Η ικανότητα λήψης αποφάσεων απαιτεί, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, (α) γνώση ενός συνόλου αξιών και στόχων, (β) ικανότητα επικοινωνίας και κατανόησης πληροφοριών, (γ) ικανότητα του ατόμου να σκέπτεται λογικά για τις επιλογές του». Η Επιτροπή δεν υιοθέτησε τα κριτήρια των Roth και Appelbaum (αν και επέμεινε στην εκδήλωση προτίμησης και στο λογικό αποτέλεσμα της απόφασης του ασθενούς), αλλά θεωρήθηκε σημαντική η αναφορά σε αξίες και στόχους ως συστατικών της έννοιας της ικανότητας λήψης αποφάσεων.

(11) President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioural Research: "Making Health Care Decisions" (1983). Η Επιτροπή αυτή συστήθηκε από τον Πρόεδρο Carter. Παρότι στη δεκαετία του 1980 το έργο της είχε αναγνωρισθεί ως εξαιρετικά σημαντικό, η κυβέρνηση Reagan αποφάσισε να μην παρατείνει τη θητεία της. Σήμερα, οι εκθέσεις της Επιτροπής αποτελούν σε διεθνές επίπεδο ιδιαίτερα χρήσιμα κείμενα αναφοράς στα σχετικά θέματα.

Οι Appelbaum και Grisso επισημαίνουν πως, πέρα από τα κριτήρια που σχετίζονται με την κατανόηση και επεξεργασία των πληροφοριών, ιδιαίτερα σημαντική είναι και η ικανότητα επικοινωνίας των επιλογών του ατόμου.<sup>9</sup> Η δυνατότητα έκφρασης των επιθυμιών είναι τόσο αυτονόητη, ώστε πολλές φορές δεν αναφέρεται καν ως προϋπόθεση ύπαρξης της ικανότητας, συμπεριλαμβάνεται όμως στα κριτήρια άλλων μεθόδων, όπως π.χ. του MacArthur Test.

Μία βαθύτερη προσέγγιση των διαφόρων κριτηρίων που έχουν προταθεί για την εκτίμηση της ικανότητας δείχνει τον αξιολογικό χαρακτήρα τους. Αν και στην αρχή μοιάζουν αντικειμενικά, κάθε απόπειρα εφαρμογής τους αποκαλύπτει τη συμμετοχή υποκειμενικών στοιχείων του θεραπευτή, γεγονός που τονίζει την ανάγκη προσεκτικής εφαρμογής της.<sup>26</sup> Υποστηρίζεται επίσης πως τα κριτήρια αυτά είναι κυρίως γνωστικής φύσεως, ενώ θετικό ή αρνητικό ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων μπορούν να παίξουν και συναισθηματικοί παράγοντες ή παράγοντες σχετικοί με τα κίνητρα του ατόμου, όπως π.χ. η ελπίδα ή ο φόβος.<sup>27</sup> Τα γνωστικά κριτήρια, υποστηρίζει ο Rudnick, αναφέρονται στις εκροές (έκφραση) και στη διαδικασία (κατανόηση, εκτίμηση και λογική σκέψη), αλλ' όχι στις εισροές (πληροφορίες και προτιμήσεις) της διαδικασίας λήψης αποφάσεων. Ιδιαίτερη σημασία έχει η συνοχή των προτιμήσεων, το αν δηλαδή ο ασθενής εκφράζει επιθυμίες που συμφωνούν με αυτά που συνήθως ήθελε. Η συνοχή θεωρείται ως ένας παραμελημένος παράγων στην ικανότητα συγκατάθεσης και αποκτά μεγαλύτερη βαρύτητα σε περιπτώσεις, όπως π.χ. η βαρεία μη ψυχωτική κατάθλιψη. Τη σημασία των συναισθηματικών παραγόντων τονίζει και ο Charland, σχολιάζοντας ότι τα συναισθήματα αναφέρονται στη βιβλιογραφία, κυρίως διότι πιστεύεται ότι επιδρούν αρνητικά στην ικανότητα, εμποδίζοντας ή υπονομεύοντας το γνωστικό υπόβαθρό της.<sup>28</sup> Ο ίδιος πιστεύει ότι οι αντιλήψεις για την ικανότητα θα έπρεπε να συμπεριλαμβάνουν τη δυνατότητα βίωσης συναισθημάτων, ως θετικό παράγοντα. Ο Charland επανέρχεται έτσι στο θέμα της εκτίμησης/αξιολόγησης, στο οποίο είχε σταθεί και η Αμερικανική Προεδρική Επιτροπή και

το οποίο εμπεριέχει σημαντικά συναισθηματικά στοιχεία, που όμως σπανίως αναγνωρίζονται. Την προσεκτική τεκμηρίωση της προσέγγισης του Charland αναγνωρίζουν<sup>2</sup> και οι επικριτές του.<sup>(12)</sup>

Ο Welie<sup>29</sup> κάνει μία σημαντική καταγραφή των διαφορετικών μεθοδολογιών, οι οποίες οδήγησαν στη δημιουργία εργαλείων μέτρησης και εκτίμησης της ικανότητας, όπως το UTD (Understanding Treatment Disclosures), το POD (Perceptions of Disorder), το TRAT (Thinking Rationally About Treatment), το SICIATRI (Structured Interview for Competency Incompetency Assessment Testing and Ranking Inventory) και το MacCAT-T (Mac Arthur Competence Assessment Tool-Treatment) που συγκεντρώνει πολλές προτιμήσεις. Το Mac Arthur Research Network on Mental Health and the Law<sup>(13)</sup> δημιουργήθηκε το 1988, με στόχο τη δημιουργία μίας εμπειρικής βάσης για «την επόμενη γενιά νόμων ψυχικής υγείας», νόμων οι οποίοι θα εγγυώνται τα δικαιώματα και την ασφάλεια των ατόμων και της κοινωνίας. Ο διπλός ρόλος του Δικτύου αυτού συνίσταται στη διαμόρφωση νέων γνώσεων για τη σχέση ψυχικής υγείας και δικαίου και στη μετατροπή των γνώσεων αυτών σε εργαλεία και κριτήρια εκτίμησης των ατόμων και υποβοήθησης στη λήψη αποφάσεων. Η εφαρμογή βέβαια αυτών των κριτηρίων δεν αποτελεί πανάκεια, π.χ. η περίπτωση των ασθενών με *anorexia nervosa*. Ορισμένοι ψυχίατροι πιστεύουν ότι κάποιος ανορεξικός ασθενής μπορεί να καταλήξουν σε λογικές αποφάσεις, οι οποίες πρέπει να γίνουν σεβαστές, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι η αντίστασή τους στην τροφή είναι αποτέλεσμα της ασθένειάς τους. Η αντιμετώπιση περιπλέκεται συνή-

θως και από το εάν η νομοθεσία μίας χώρας επιτρέπει ή όχι την αναγκαστική νοσηλεία των ασθενών αυτών.<sup>30</sup>

Στην Ολλανδία και την Αγγλία, ψυχίατροι και νομικοί έχουν εντυφλήσει περισσότερο στην έννοια της ικανότητας. Στη διάρκεια συζητήσεων που έγιναν στην ολλανδική Βουλή σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών, έγινε φανερό ότι ήταν απαραίτητη η έκδοση οδηγιών για την εκτίμηση της ικανότητας των ψυχικά ασθενών. Τα ολλανδικά Υπουργεία Υγείας και Δικαιοσύνης όρισαν μία Επιτροπή, η οποία πρότεινε έναν ορισμό της ικανότητας, βασικό σημείο του οποίου ήταν η κατανόηση των πληροφοριών από τον ασθενή. Επί πλέον, η Επιτροπή τόνισε την ανάγκη προσαρμογής των πληροφοριών στις ανάγκες κάθε ασθενούς.<sup>31</sup>

Στην Αγγλία, ο Βρετανικός Ιατρικός Σύλλογος και ο Σύλλογος Βρετανών Νομικών το 1995<sup>32</sup> εξέδωσαν από κοινού πρακτικές οδηγίες, προκειμένου να παράσχουν καθοδήγηση σε νομικούς και επαγγελματίες υγείας, αλλά και σε όσους φροντίζουν άτομα με ψυχικές ασθένειες. Στις οδηγίες αυτές ορίζεται ότι η ικανότητα δεν συνδέεται με την έκβαση της απόφασης του ασθενούς, αλλά με τη διαδικασία σκέψης που βρίσκεται πίσω από μία απόφαση, ενώ προτείνεται ότι η ύπαρξη νοητικής αναπηρίας (mental disability) είναι αναγκαία, αλλ' όχι επαρκής συνθήκη ανικανότητας. Οι οδηγίες αυτές, όπως και η έκθεση της Ολλανδικής Επιτροπής, περιλαμβάνουν συμβουλές σχετικά με το νομικό και πρακτικό πλαίσιο της εκτίμησης της ικανότητας. Στη Γερμανία, την Ιταλία, την Ελλάδα και τη Σουηδία δεν υπάρχουν τέτοιες οδηγίες. Όσον όμως αφορά στη Γερμανία, πρέπει να αναφερθεί πως οι Volmann και συν., στο Βερολίνο, πραγματοποίησαν μία σημαντική προσπάθεια προς την κατεύθυνση αυτή, μεταφράζοντας το MacCAT-T στα γερμανικά και δοκιμάζοντας το σε ασθενείς με άνοια (dementia), κατάθλιψη και σχιζοφρένεια.<sup>33</sup>

#### Διατήρηση και προστασία της υπάρχουσας ικανότητας

Οι συνέπειες των ψυχικών διαταραχών μπορούν να έχουν σημαντική επίδραση, κυρίως αρνητική

(12) Ο Charland αντλεί τις ιδέες του από τις θεωρίες του ψυχολόγου Richard Lazarus. Σύμφωνα με τις απόψεις αυτές, πριν ένα ερέθισμα προκαλέσει στους ανθρώπους κάποια συναισθήματα, πρέπει να προηγηθεί μία διαδικασία εκτίμησης [appraisal]. Ο Appelbaum απαντά πως η διαδικασία αυτή μπορεί να είναι πρωτογενώς γνωστικής φύσης, αλλά δεν είναι απαραίτητο να γίνεται συνειδητά (Appelbaum 1998). Αυτό συνιστά ένα βασικό σημείο διαφοροποίησης των απόψεων σχετικά με τη σημασία και τον βαθμό του ρόλου των συναισθημάτων στη διαμόρφωση της ικανότητας.

(13) <http://www.macarthur.virginia.edu/mentalhome.html>



στην ιδιωτική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή του πάσχοντος ατόμου και το πρόβλημα αυτό οξύνεται, επειδή οι λεγόμενες ελαφρές διαταραχές εγγίζονται όλο και μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού. Γι' αυτό, σε διεθνές επίπεδο, γίνεται προσπάθεια κατοχύρωσης και προστασίας των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων και αποφυγής διακριτικής μεταχείρισής τους.

Ο καθορισμός ενός ατόμου ως μη ικανού το θέτει αυτομάτως σε ένα πλαίσιο προστασίας και λήψης αποφάσεων από τον νόμιμο εκπρόσωπό του. Καθώς όμως γίνεται αποδεκτό ότι η ικανότητα είναι κυμαινόμενη έννοια, άτομα τα οποία *διαθέτουν* ικανότητα να αποφασίσουν σχετικά με την παροχή ή μη της συγκατάθεσής τους για μία συγκεκριμένη πράξη, ενδέχεται σε μία συγκεκριμένη περίπτωση (π.χ. επείγον ψυχιατρικό περιστατικό, άγνοια γλώσσας) να μη μπορούν να ασκήσουν την ικανότητα αυτή, δημιουργώντας ειδικές ανάγκες διακριτικής μεταχείρισης και προστασίας. Άτομα, τα οποία βρίσκονται σε κάποιο ίδρυμα και επίσης διαθέτουν ικανότητα, είναι πιθανόν να υπάγονται στην εποπτεία ατόμων με μεγαλύτερη εξουσία και διαφορετικά συμφέροντα. Η εξάρτηση επίσης από ένα ισχυρό μέλος της οικογένειας του πάσχοντος ατόμου μπορεί να το καθιστά ιδιαίτερα ευάλωτο, παρά την ύπαρξη ικανότητας. Ο «τρωτός» χαρακτήρας της ύπαρξης αυτών των ατόμων μπορεί να εμφανίζεται και στο ιατρικό περιβάλλον με τη μορφή θεραπευτικών υποσχέσεων ή εκμετάλλευσης, ιδίως στις περιπτώσεις για τις οποίες δεν υπάρχουν τυποποιημένες θεραπείες. Ευάλωτες, παρά την ύπαρξη ικανότητας, είναι και ορισμένες συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού (εθνικές μειονότητες, ξένοι κ.ά.). Επίσης, η ανδρική ομοφυλοφιλία, παρ' όλο που σύμφωνα με τα διεθνή ταξινομικά συστήματα δεν συνιστά ψυχική διαταραχή, μπορεί να οδηγήσει σε διακριτική μεταχείριση και να συντελέσει στην εμφάνιση κάποιας διαταραχής, όπως η κατάθλιψη.<sup>(14)</sup> Υπάρχουν ακόμη περιπτώσεις που ένα άτομο δεν διαθέτει ικανότητα παροχής συγκατάθεσης στην αρχή της θεραπείας, αλλά η ικανότητα αυτή μπορεί να αποκατασταθεί σταδιακά· π.χ., εάν τη συγκατάθεση είχε δώσει ο νόμιμος αντιπρόσωπος

και αποκατασταθεί η νομική θέση του ατόμου, πρέπει το ίδιο να συναινέσει στη θεραπεία.

### Προτάσεις για νέες προσεγγίσεις

Όσον αφορά στα χαρακτηριστικά της σωστής και υπεύθυνης εκτίμησης της ικανότητας, υπάρχει σχετική συμφωνία: θεωρείται ότι η ικανότητα σχετίζεται με τις αποφάσεις που πρέπει να ληφθούν και ποικίλλει ανάλογα με την πολυπλοκότητα της συγκεκριμένης πράξης/καθήκοντος, στο οποίο αφορά. Αναγνωρίζεται επίσης ότι η ικανότητα διαφέρει στο χώρο και στο χρόνο. Στα πλαίσια αυτών των αναζητήσεων, η Ευρωπαϊκή Ένωση χρηματοδότησε ένα ερευνητικό πρόγραμμα, με τον τίτλο "EPICC: Ethicists and Practitioners in Collaboration in Capacity", στο οποίο μετείχαν και οι συγγραφείς. Αντικείμενό του ήταν η διερεύνηση νέων ηθικών προσεγγίσεων στην εκτίμηση της ικανότητας λήψης αποφάσεων σε τρεις περιοχές άσκησης της ψυχιατρικής: την ψυχογηριατρική, την παιδοψυχιατρική και την ψυχιατρική ενηλίκων. Οι νέες αυτές εναλλακτικές προσεγγίσεις βασίζονται κυρίως στις έννοιες της αφήγησης και της ερμηνείας. Η *αφηγηματική* ηθική (narrative ethics) έχει ως πυρήνα την έννοια της ιστορίας/βιογραφίας του πάσχοντος ατόμου. Η κεντρική ιδέα αυτής της προσέγγισης συνίσταται στο ότι οι άνθρωποι προσδίδουν νόημα και δημιουργούν την ταυτότητά τους μέσω των ιστοριών που ζουν και διηγούνται για τον εαυτό τους, ιστορίες οι οποίες αποτελούν τη βάση της ηθικής κατανόησης του εαυτού μας και των πράξεών μας.<sup>34</sup> Προσφέρει με αυτό τον τρόπο ένα διαφορετικό συμπληρωματικό πλαίσιο κατανόησης και παροχής φροντίδας στους ασθενείς. Η *ερμηνευτική* ηθική (hermeneutics) αναπτύσσεται γύρω από την έννοια της ερμηνείας. Πρεσβεύει ότι οι άνθρωποι ζουν σε ένα περιβάλλον, το οποίο πρέπει συνεχώς να κατανοούν και να ερμηνεύουν. Η θεωρία αυτή τονίζει τη σημασία του διαλόγου, η ερμηνευτική εκδοχή του οποίου μπορεί να εφαρμοσθεί και στις σχέσεις γιατρού και ασθενούς, τονίζοντας τη συνεργασία και την εμπιστοσύνη.<sup>35</sup> Στο ερμηνευτικό πλαίσιο τονίζεται η ανάγκη βελτίωσης και της ερμηνευτικής *ικανό-*

τητας του θεραπευτή.<sup>36</sup> Μία άλλη ομάδα προσεγγίσεων βασίζεται στη λεγόμενη *φεμινιστική* ηθική (*feminist ethics*), συλλογικό όρο ο οποίος αναφέρεται στις ιστορικές του καταβολές και περιλαμβάνει ένα σύνολο θεωρητικών προσεγγίσεων με κοινό παρονομαστή τη δημιουργία του εαυτού μέσω της σχέσης του ατόμου με τους άλλους. Η άποψη αυτή εμφανίζεται κυρίως στη νοσηλευτική βιβλιογραφία, συσχετίζεται συχνά με την «ηθική της φροντίδας» (*ethics of care*), ενώ επικεντρώνεται λιγότερο στα δικαιώματα των αυτόνομων ασθενών και περισσότερο στην εξελισσόμενη σχέση μεταξύ αυτού που παρέχει την φροντίδα και αυτού που την λαμβάνει. Έτσι, στην εκτίμηση της ικανότητας, εκτός των γνωστικών όρων, θα πρέπει να συνυπολογίζονται όροι «συναισθηματικής νοημοσύνης» και όροι που αφορούν στις καταστάσεις σύναψης σχέσεων. Στο επίκεντρο αυτών των προσεγγίσεων βρίσκεται η άποψη ότι η ικανότητα δεν μπορεί να βασίζεται μόνον στην εκτίμηση των γνωστικών ικανοτήτων, αλλά περιλαμβάνει τη βιογραφία ενός ατόμου, τις συναισθηματικές και επικοινωνιακές πλευρές της ταυτότητάς του, καθώς και διάφορα συμπληρωματικά στοιχεία που αφορούν στις σχέσεις του με τους άλλους.<sup>37</sup> Το νόημα της ικανότητας εμπλουτίζεται σε επίπεδο περιβάλλοντος και επίπεδο σχέσεων, γεγονός το οποίο αγνοεί η αμιγής γνωστική εκτίμηση. Η γνώση αυτών των εναλλακτικών προσεγγίσεων περιορίζεται σε χώρους βιοηθικών και φιλοσόφων και δεν έχει ακόμη αγγίξει την ίδια την ψυχιατρική πρακτική, παρά σε ελάχιστο βαθμό. Όμως, το δυναμικό τους είναι σημαντικό, καθώς στόχος τους δεν είναι να αναιρέσουν, αλλά να εμπλουτίσουν και να συμπληρώσουν τις παραδοσιακές μεθόδους εκτίμησης της ικανότητας, να υπερβούν τη διχοτόμηση μεταξύ απόλυτης ύπαρξης ή απουσίας της ικανότητας και να προστατεύσουν τα δικαιώματα του ατόμου κατά τη διάρκεια της ψυχιατρικής παρέμβασης.

## Συμπέρασμα

Σκοπός αυτής της παρουσίασης της σύγχρονης προβληματικής για την έννοια της ικανότητας δεν είναι η αντίκατάσταση του κυρίαρχου γνωστικού, λειτουργικού μοντέλου εκτίμησης της ικανότητας με εξειδικευμένες εναλλακτικές προτάσεις, π.χ. συναισθηματικής και αφηγηματικής κατεύθυνσης, αλλά ο προβληματισμός γύρω από τους περιορισμούς του και η δυνατότητα εισαγωγής συμπληρωματικών παραγόντων και κριτηρίων. Πρέπει βέβαια να λαμβάνεται υπ' όψιν ότι κάθε απόπειρα διευρυμένης προσέγγισης της έννοιας της ικανότητας θέτει αναπόφευκτα ερωτήματα σχετικά με την πρακτική των δικαστηρίων και τις νομικές παραδοχές για την έννοια της ικανότητας. Οι αλλαγές που ενδεχομένως θα επέφερε ο συνυπολογισμός και άλλων παραμέτρων προσδιορισμού της ικανότητας και η εισαγωγή πιο ευέλικτων σχημάτων θα πρέπει να αποσκοπούν σε μεγαλύτερο όφελος των ατόμων και μεγαλύτερο σεβασμό της αυτονομίας τους — και όχι στην κατάργηση ενός επαρκούς νομικού προστατευτικού πλαισίου. Η παραδοχή ότι οι επιλογές ενός ατόμου πρέπει να γίνονται *a priori* και πάντα σεβαστές δεν μπορεί να έχει απόλυτη ισχύ και είναι απαραίτητη η εξισορρόπηση των ατομικών δικαιωμάτων και των θεραπευτικών αναγκών των ατόμων με ελαττώμενη ικανότητα. Είναι προφανές ότι οι νέες αυτές αντιλήψεις, εισάγοντας μια σειρά διαφορετικών, συμπληρωματικών, κριτηρίων και ενδιάμεσων καταστάσεων μεταξύ της ύπαρξης και της απουσίας ικανότητας, καθιστούν το πλαίσιο παροχής φροντίδας στους ψυχικά ασθενείς πολύπλοκο και απαιτούν σημαντικές αναθεωρήσεις της τρέχουσας πρακτικής. Σε ό,τι π.χ. αφορά στην έννοια του επειγόντος ή στα κριτήρια χρήσης της αναγκαστικής νοσηλείας, όπου η ανάγκη προστασίας των δικαιωμάτων του ασθενούς, της θεραπείας και της προστασίας του ίδιου και των οικείων του αποτελούν διακριτούς πόλους μιας πρακτικής, που δεν θα έπρεπε όμως να χάσει τη συνοχή της ή να γίνει εξαιρετικά πολύπλοκη. Από αυτή την προβληματική έχει να κερδίσει τόσο η θεραπευτική προσπάθεια, θεωρημένη στην εξέλιξη της μέσα στον χρόνο και το περιβάλλον, όσο και η προστασία των δικαιωμάτων του ασθενούς, τα οποία συχνά ακυρώνονται στο όνομα της θεραπείας.

(14) Η περιπτώσιολογία αυτή περιλαμβάνεται στην Εισηγητική Έκθεση της Σύστασης 2004 (10) του Συμβουλίου της Ευρώπης σχετικά με την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας ατόμων με διανοητικές διαταραχές.