



ANNETTE DUFNER–KŐMÜVES SÁNDOR–RÓZSA ERZSÉBET

Az autonómia és határai

Kortárs német és magyar
bioetikai írások



AZ AUTONÓMIA ÉS HATÁRAI
Kortárs német és magyar bioetikai írások

DUPress

MEDITOR
BIOETIKAI SOROZAT
6.

Sorozatszerkesztők:
RÓZSA ERZSÉBET, KŐMÜVES SÁNDOR, KOVÁCS JÓZSEF

DUPress

Az autonómia és határai

Kortárs német és magyar bioetikai írások



Debreceni Egyetemi Kiadó
Debrecen University Press
2016

Szerkesztették:
Annette Dufner, Kőműves Sándor, Rózsa Erzsébet

Borító:
Novák Péter János terveinek felhasználásával készült

Technikai szerkesztés:
Hornyák Péter István

ISSN 2064-034X
ISBN 978-963-318-566-7

© Debreceni Egyetemi Kiadó Debrecen University Press,
beleértve az egyetemi hálózaton belüli elektronikus terjesztés jogát is

Kiadta a Debreceni Egyetemi Kiadó Debrecen University Press
www.dupress.hu

Felelős kiadó: Karácsony Gyöngyi
Készült a Debreceni Egyetem sokszorosítóüzemében, 2016-ban

TARTALOM

Előszó	7
EMBEREKEN VÉGZETT GYÓGYÁSZATI ENHANCEMENT – ÚJ UTAK A BOLDOGSÁGHOZ?	
Johann S. Ach–Beate Lüttenberg: <i>Az ember medicinális tökéletesítésének vitájához</i>	13
Kurt Bayertz–Birgit Beck–Barbara Stroop: <i>Mesterséges boldogság?</i> ..	27
Thomas Gutmann: <i>Útlerövidítések a boldogsághoz</i>	57
„SAJÁT JÓL FELFOGOTT ÉRDEKEDBEN” – A PATERNALIZMUS PROBLÉMÁI	
Martin Hoffmann–Bettina Schöne-Seifert: <i>A potenciális saját haszonnal járó gyermekeken végzett kutatás: az etikai megengedhetőség kritériumai</i>	81
Michael Kühler: <i>Szeretet, autonómia és a tájékoztatáson alapuló beleegyezés</i>	113
PLURALIZMUS ÉS POLITIKAI NÉZETELTÉRÉSEK A BIOPOLITIKÁBAN	
Manon Westphal: <i>Egyetértés a pluralizmus feltételei mellett: a „konfliktusos konszenzus” gondolata</i>	131
Sebastian Laukötter: <i>Just well-being – mennyi jól-létet bír el egy igazságosságelmélet?</i>	149

Annette Dufner: *Maximális paternalizmus-ellenállás – a javak szubjektív elméleteinek vívmánya* 171

ÖNRENDELKEZÉS A KORTÁRS NÉMET ORVOS-PÁCIENS KAPCSOLATBAN

Kórmüves Sándor: *Demencia és önrendelkezés* 199

Rózsa Erzsébet: *Orvos-beteg/páciens kapcsolat – változó medicinális és társadalmi kontextusban* 219

ELŐSZÓ

Jelen kötetünk néhány olyan bioetikai tanulmányt gyűjtött össze, melyek Németországban a *Normamegalapozás a medicinális etikában és a biopolitikában* (*Normenbegründung in Medizinethik und Biopolitik*) nevű kutatócsoportban születtek. A tanulmányok példaszerűen dolgozzák fel általában a modern bioetika, s közelebről a münsteri kutatócsoport néhány különösen jellegzetes kutatási területét. A münsteri csoport állandó tagjai közé tartozik dr. Johann Ach (filozófia), prof. dr. Kurt Bayertz (filozófia), prof. dr. Thomas Gutmann (jogtudomány és filozófia), prof. dr. Michael Quante (filozófia), prof. dr. Reinold Schmücker (filozófia), prof. dr. Bettina Schöne-Seifert (orvostudomány és filozófia), prof. dr. Ludwig Siep (filozófia) és prof. dr. Ulrich Willems (politikatudomány és teológia). Hozzájuk csatlakoznak a világ minden tájáról nagy számban tudományos munkatársak és vendégkutatók. A csoport nagyságára való tekintettel sajnos nem volt lehetséges mindegyiküket saját tanulmánnyal képviseltetni jelen kötetben. A válogatás azzal az igénnyel lép fel, hogy bár csupán néhány, de annál inkább reprezentatív témát vonjon be a diszkurzusba. A münsteri kutatócsoport szoros kapcsolatot ápol bioetikai érdeklődésű magyarországi kutatókkal. Így például a Debreceni Egyetemről a filozófus és Hegel-szakértő prof. dr. Rózsa Erzsébet több alkalommal tartózkodott vendégkutatóként Münsterben. Dr. Kőműves Sándor (filozófia és magatartástudományok) is kutatóként vesz részt a csoportban. A német–magyar közös munka keretein belül 2011. november 4–5. között a Debreceni Egyetemen *German–Hungarian Dialogue of Bioethical Issues* címmel került megrendezésre az a konferencia, amelyhez kapcsolódva egyetemi vezetők, a tudományos rektorhelyettesek hivatalos együttműködési megállapodást írtak alá a münsteri és a debreceni egyetem között.

Jelen kötetünk négy részből áll. Az első részben az ember medicinális eszközökkel történő öntökéletesítéséről (Selbstverbesserung) esik szó. Az „öntökéletesítés” alatt itt a csupán betegségekkel kapcsolatos terápián túlmutató emberi tulajdonságok és képességek tökéletesítése értendő. Az ehhez kapcsolódó vita alapkérdését az jelenti, hogy – ha és amennyiben igen – milyen mértékben számíthatnak etikailag legitimnek a szóban forgó technológiai tökéletesítések. A témában az első tanulmány Johann Ach és Beate Lüttenberg cikke. Tanulmányuk a problémába való bevezetés, s megvilágítja azt, hogy mennyiben járulhat hozzá az esztétikai sebészet, a sport területén használt dopping, a farmakológia, a mágneses, illetve elektromos stimuláció, a neuroprotézis vagy az agy-computer interface ahhoz, hogy tökéletesítsék az ember képességeit, lassítsák az öregedési folyamatait, illetve radikálisan meghosszabbítsák az élet-tartamát. Az első rész második felének szerzői, Kurt Bayertz, Birgit Beck és Barbara Stroop annak a filozófiai kérdésnek az oldaláról vizsgálják meg ezeket a fejlesztéseket, hogy vajon a szóban forgó eljárások elő-mozdítják-e az érintettek jóllétét vagy épp a boldogságukat. Végezetül jogi megközelítésű írásában Gutmann annak a kérdésnek jár utána, hogy a beleegyezés milyen messze ható testi és pszichológiai változásokkal járhat együtt a gyógyászati beavatkozások terén még akkor is, ha az tény-legesen jogszerű, s emellett jogszerű is akar lenni.

A kötet második része az autonómia és a paternalizmus közti feszültségviszonnyal foglalkozik a medicinális etika területén. Míg korábban az a nézet volt az uralkodó, hogy az orvos az, aki legjobban tudja, mi a páciens számára a jó, addig napjainkban a liberális bioetikusok rendszerint azt a gondolatot képviselik, hogy az orvos-páciens viszonynak lényegesen kiegyensúlyozottabbnak kell lennie. Így ezek a bioetikusok rendszerint a páciens tájékoztatáson alapuló beleegyezésében – tehát a páciens szabad és autonóm döntésében – látják a gyógyászati kezelések morális legitimációjának legfontosabb kritériumát. A kötet ezen részének írásai így annak a kérdése körül forognak, hogy a jó élet filozófiai elméleteinek szemszögéből egyáltalán adódhatnak-e olyan helyzetek, ahol medicinális kontextusban megengedhető-e egy, a jó szándék talaján álló individuum számára a másik individuum fölött való rendelkezés.

Bettina Schöne-Seifert és Martin Hoffmann tanulmányukban egy különösen nehéz kérdést vizsgálnak: milyen keretekben belül lehetséges egyáltalán felnőtteknek arról rendelkeznie, hogy a gyógyászati kutatás alanyai gyermekek legyenek? Egyrészt úgy tűnik, a gyermekek kutatásban való részvételével kapcsolatos sorozatos visszaélések története következtében annak tilalmáról kell beszélnünk, másrészt azonban a tilalom következtében a gyermekeket fenyegeti a medicinális fejlődéstől való leszakadás. Michael Kühler viszont azt a kérdést teszi fel a tanulmányában, hogy vajon lehet-e a szereteten alapuló személyes jellegű szoros kapcsolat az a terület, ahol azokat a paternalista intézkedéseket lehetne igazolni, melyek noha az adott személy jóllétét hivatottak előmozdítani, azonban ennek során elmaradhat az illető önmeghatározása/önrendelkezése (Selbstbestimmung). Ehhez kapcsolódóan beszél az ún. „relacionalista autonómia” kutatási területéről. A második rész utolsó tanulmánya újra visszakanyarodik a jó élet filozófiai elméleteihez, hogy megvizsgálja: az idevágó filozófiai pozíciók közül melyek paternalisták, s a paternalizmusból következő személyes autonómiát megsértő eljárásokat milyen mértékben kell és lehet engedélyezni.

A kötet harmadik része a politikai filozófia kérdéseivel foglalkozik. Manon Westphal a pluralizmus feltétele melletti politikai döntéshozatal problémáit vizsgálja elsősorban John Rawls *Political Liberalism* című kötetének kijelentései mentén. A sort Sebastian Laukötter zárja a második rész témakomplexumához való visszakanyarodással, amennyiben azt a kérdést boncolgatja, hogy mennyiben hivatkozhatnak a jóllét és a jó élet elképzeléseire az igazságosságelméletek ott, ahol – mint a modern társadalomban – a témát illetően rendszerint sok és nagyon különböző vélemény létezik.

A kötet negyedik részében a münsteri projekt fent említett két debreceni vendégkutatója tett közzé tanulmányokat. Kőműves Sándor a demens betegek ellátásának azt a filozófiai – alapvetően kantiánus – megalapozását ismerteti, melyet a Német Etikai Tanács a demencia és az önrendelkezés kapcsolatáról 2011-ben kiadott állásfoglalása adott elő. A tanulmányfüzért Rózsa Erzsébet *Orvos-beteg/páciens kapcsolat – változó medicinális és társadalmi kontextusban* című írása zárja. A szerző elsősorban a német szakirodalomra támaszkodik, részben azzal a szándék-

kal, hogy a magyar bioetikusok körében és a bioetika iránt érdeklődők számára ismertté tegyen német kutatási eredményeket és aktuális vitákat a címben jelzett tématerületen. Tanulmányában több összefüggésben kitér az orvos-beteg kapcsolat magyarországi vonatkozásaira, mindennek előtt az előttünk álló civilizációs kihívásokra a személy önmeghatározása és az emberi méltóság elveit illetően.

Reméljük, hogy a kötet¹ kiindulópontként szolgál a német és a magyar bioetikusok közti további termékeny munkához.

Annette Dufner

Bayreuth, 2016. február 16.

¹ A kötet a Westfälische Wilhelms-Universität Münster KFG-projektjének támogatásával került kiadásra.

Embereken végzett gyógyászati
enhancement – új utak a boldogsághoz?

DUPRESS

AZ EMBER MEDICINÁLIS TÖKÉLETESÍTÉSÉNEK VITÁJÁHOZ

I.

Az ember testi vagy szellemi teljesítményjegyeinek gyógyszerészeti, sebészeti vagy biotechnikai módosításai néhány éve az emberi képességek javításáról zajló roppant kontroverz (bioetikai) vita tárgyává váltak. Ez a vita az „ember medicinális tökéletesítésének (enhancement)” címszava alatt folyik. Annak függvényében beszélünk az ember genetikai javításáról, testi, és idegi tökéletesítéséről, hogy a test mely részén, illetve milyen célstruktúrában történik beavatkozás. Példaként említhető az esztétikai sebészet;¹ a doping a sportban; a pszichofarmakonok, az úgynevezett intelligens gyógyszerek (smart drugs) vagy a boldogságtabletták (happy pills), amelyeket azzal a céllal alkalmaznak, hogy hassanak az ember kognitív képességeire, illetve érzelmi állapotára és viselkedésmódjára;² vagy az öregedés elleni (anti-aging) eljárások, amelyeknek az a célja, hogy az ember öregedését lassítsák, illetve élettartamát növeljék.³

Az ember medicinális tökéletesítésének tekintetében napjainkban tárgyalt, illetve alkalmazott eszközök és eljárások túlnyomó részben orvosi

* Az enhancement terminus az eredeti német szövegben mindenhol angolul szerepel. A magyar fordításban a szerzők privát instrukciója szerint részben az „ember medicinális tökéletesítése” formulát használtam, ami magyarul jobban működik, mint németül, részben meghagytam az eredeti angol terminust. Ennek oka egyrészt az volt, hogy a szöveg görbülékenysége helyenként nyilvánvalóan csorbult volna, s a magyarra körülírással átültetett formula nehézkesnek hatott volna, másrészt a terminus jelentéstartományának gazdagsága nem adható vissza teljes egészében magyarul, illetve eredeti angol formájában már a magyar szakirodalomban és diskurzusban is honos és használatos. *A fordítók megjegyzéseit a továbbiakban *-gal jelöljük.*

¹ Lüttenberg–Ferrari–Ach 2011.

² Schöne-Seifert et al. 2009.

³ Knell–Weber 2009.

területről származnak és egy parciális, többé-kevésbé világosan vázolt célt szolgálnak, mellékhatásaik pedig inkább mérsékeltek. Az olyan anyagokat, mint például a fluoxetin (Prozac®), vagy az olyan készítményeket, mint a Modafinil® vagy a Ritalin® (metilfenidát), orvosi összefüggésben preventív vagy terápiás célból fejlesztették ki. Mint enhancementeszközöknek, azaz az ember medicinális tökéletesítésére szolgáló eszközöknek hangulatjavítókként kell hatniuk, illetve egészséges emberekben éberség, és figyelemfokozó hatást kell kiváltaniuk. Azonban mindannak alapján, ami ma tudható, ezek az eszközök csupán alacsony hatásfokot mutatnak. Ez a helyzet viszont – legalábbis hosszú távon – vélhetően meg fog változni. A vitákban nem kevesen vizionálják a radikális enhancementopcióknak, az ember radikális medicinális tökéletesítési opcióinak a fejlődését: „Az ember medicinális tökéletesítésének második fázisú technológiai multifunkcionálisak, van egy autokatalitikus aspektusuk, ami gyorsuló fejlődéshez vezet és összetett, sokrétű technológiák és technológiai platformok konvergenciáját involválja.”⁴ Ez nem csupán az enhancementlehetőségek spektrumának, az ember medicinális tökéletesítése spektrumának drámai, egészen a tökéletesítés *NBIC Convergence* néven tárgyalt formájáig történő kiszélesítését jelentené,⁵ hanem mindezekelőtt a komoly transzformációs potenciálú nagy hatékonyságú tökéletesítési opciók fejlődését.

II.

Az enhancement szó szerinti fordításban annyit tesz, mint „növelés”, „potenciálemelés”, „optimalás”, „fokozás”, „megerősítés”, „tökéletesítés”, „gazdagítás” vagy „megedzés”. Napjaink vitáiban nincs egységes álláspont azzal kapcsolatban, hogy milyen eszközök és eljárások, illetve kezelések és módosítások számíthatnak értelmes módon az ember medicinális tökéletesítéseinek. Ennek nem csupán a tárgy heterogenitása az oka, amely a mellnagobbítástól a nanoalapú agy-gép adapterig (brain-

⁴ Khushf 2008.

⁵ Roco–Bainbridge 2003.

machine interfaces, BMI) terjed, hanem az is, hogy a vonatkozó rendelkezések minden szabályozásban már eleve magukban hozzozzák az értékelés és normatív szabályozás szándékát, és ennyiben minden másnak nevezhető, csak „ártatlannak” nem. Némileg leegyszerűsítve azt mondhatjuk: három javaslat különíthető el, amelyek (1) területalapú meghatározást, (2) eszközalapú meghatározást és amelyek (3) célirányalapú meghatározást foglalnak magukban.

(1) *Területalapú meghatározás.* Azon háttér alapján, hogy sok, az ember tökéletesítésére vagy teljesítménynövelésére napjainkban tárgyalt, illetve alkalmazott eszköz kezdetben orvosi területen preventív, terápiás vagy esetleg fájdalomcsillapító céllal lett kifejlesztve és került alkalmazásra, s csak másodlagosan kezdték egészséges embereknél teljesítménynövelő céllal használni, kézenfekvő, hogy olyan beavatkozásokat nevezünk az „embert medicinálisan tökéletesítő” (enhancement) beavatkozásoknak, amelyek kívül esnek a gyógyítás körén. Az ilyen tökéletesítő eljárások tehát, követve ezen interpretációt, akképp jellemezhetőek, hogy ezek a „terápián kívül”⁶ egészséges embereken kerülnek alkalmazásra. Amint azt Eric T. Juengst világossá tette, a megkülönböztetés terápia és tökéletesítés között háromféle módon rekonstruálható. Vagy a betegség-fogalomra támaszkodik, vagy a gyógyítás professzionális céljaira, vagy a „fajspecifikus működés” teoretikus mércéire hivatkozik.⁷ Mindenesetre jó okkal kételkedhetünk abban, hogy a megfelelő rekonstrukciós kísérletek célravezetőek. Abban pedig tényleg kételkedhetünk, hogy egy beavatkozás morális státusza függetleníthető attól, hogy esetében a terápia egy adott formájáról, vagy pedig egy „terápián kívüli” beavatkozásról van szó.⁸

(2) *Eszközalapú meghatározás.* Ellentétben a hagyományos teljesítménynövelő eszközökkel, mint például a tanulás, a nevelés, vagy az edzés, a teljesítményfokozó gyógyszerészeti, sebészeti vagy biotechnikai

⁶ President’s Council 2003.

⁷ Juengst 2009.

⁸ Ach-Lüttenberg 2011.

eljárásokhoz sokan szkeptikusan vagy bizalmatlanul viszonyulnak. Ezt az intuíciót követve a tulajdonképpeni probléma ezen beavatkozásokkal maga a használt eszköz. Egy további, a vitában gyakran felmerülő javaslat szerint az enhancementbeavatkozásokat más „tökéletesítő” beavatkozásoktól ezen eszközök alapján kellene megkülönböztetni. Ám az, hogy ezt a követelményt valóban teljesítik-e azok az érvek, amelyeknek a gyógyszerészeti, sebészeti vagy biotechnikai enhancementeszközök különös státuszát kellene megalapozniuk, ugyancsak kérdéses. Miért kellene a teljesítményfokozás gyógyszerészeti, sebészeti vagy biotechnikai eszközeinek (morálisan) problematikusabbaknak lenniük, mint a „konvencionális” metódusoknak? Az erre a megalapozásra kandidáló két leggyakrabban emlegetett érv, nevezetesen a természetesség-, illetve az invazivitás-kritérium, mindenesetre aligha alkalmas. A rendkívüli kivételt képező (excepcionális) pozíció azon eszközök tekintetében, amelyek az ember medicinális tökéletesítésének (enhancement) területén alkalmazásra kerülnek, ekképp tehát nem tűnik plauzibilisan megalapozhatónak.⁹

(3) *Célalapú meghatározás.* A harmadik javaslat szerint a célok a meghatározóak. John Harris értelmezésében például minden, ami az ember tökéletesítését szolgálja, az az enhancement egy formája: „Az enhancement világosan valami olyasmi, ami jobbá tesz.”¹⁰ Ezen javaslat logikája szerint tehát „búvóhely, tanulás és tanítás, eszközhasználat, testdíszítés, ruházkodás, gyűjtögetés és vadászat, főzés, tárolás, együttműködés, földművelés, állattartás és szelídítés, mezőgazdaság, társadalmi berendezkedés, nyelv és oktatás”, mind az enhancement példái.¹¹ Harris számára ennél fogva az új gyógyszerészeti, sebészeti vagy biotechnikai eljárások, amelyek az ember teljesítményjegyeinek tökéletesítését szolgálják, nem minőségileg új lépést, csupán további metódusokat jelentenek, amelyek lehetővé teszik az ember számára, hogy tökéletesítse magát, és sor-

⁹ Ach–Lüttenberg 2011.

¹⁰ Harris 2007, 36

¹¹ Harris 2007, 13.

sát pozitívan befolyásolja.¹² Úgy is mondhatnánk, ezek csupán az ember változatos, sokféle próbálkozásainak folytatásai, hogy individuális boldogságát, illetve társadalmi jólétét növelje – csak éppen új, lehetőség szerint talán hatékonyabb eszközökkel.

Arról bizonyosan eltérő vélemények lehetnek, hogy célravezető-e a különböző, Harris által felvezetett cselekvéseket és készségeket mint enhancementet jelölni. Függetlenül a részletektől, Harris meghatározása legalábbis egy dolgot világossá tesz: aki enhancementról beszél, az – individuálisan vagy szociálisan kítűzött – célokról beszél, amelyek megvalósításra várnak. Ez még inkább érvényes számos az ember medicinális tökéletesítéséről zajló vita, az enhancementvita kontextusában előszere-ttel használt német fogalomra: példának okáért ha „optimálást” (Optimierung), vagy „perfekcionálást” (Perfektionierung) emlegetnek, akkor ez úgy tűnik, azt foglalja magába, hogy adva van egy kijelölt és bizonyos értelemben „természet adta” cél, egy „optimális” vagy „perfekt” állapot, amelyre a változtatás eljárása irányul. S a német „tökéletesítés” (Verbesserung) kifejezésnek is van egy pozitív konnotációja. Valamely beavatkozás „tökéletesítésként” jelölése azt foglalja magába, hogy a kérdésben szereplő tulajdonságnak vagy képességnek a cselekvéssel összekapcsolt módosítását, bővítését vagy fokozását „jóként” értékelik, vagy legalább egy korábban meghatározott cél elérésére alkalmasként veszik számításba.¹³

E háttér alapján Fabrice Jotterand megfontolásainak fonalát felvéve, Armin Grunwald a gyógyászati beavatkozások, a dopping, a tökéletesítés és az átalakítás megkülönböztetését javasolta. Felvetése értelmében a „gyógyászati beavatkozások” az átlagosan egészséges ember elismert sztenderdjéhez viszonyított individuális hiányosságok megszüntetésére szolgálnak. A „dopping” kapcsán az individuális teljesítőképesség fokozására irányuló, nem gyógyítási célzatú beavatkozásokról kell beszélni, amelyek esetében a beavatkozás által befolyásolt teljesítmény még azon keretek között marad, amelyek között az a szokásos emberi teljesítőké-

¹² Harris 2007, 9.

¹³ Vö. Grunwald 2008, 249 skk.

pesség viszonyában még mint „normális” képzelhető el, illetve fogható fel. A „tökéletesítések” (enhancements) Grunwald számára azon képességeken túlmutató teljesítményfokozások formái, amely képességek az egészséges és teljesítményképes, valamint teljesítményre kész emberek körében optimális körülmények mellett „normálisan” elérhetőnek tekinthetők. „Átalakítás” (alteration) Grunwald szerint akkor áll fönn, ha a beavatkozás az emberi jelleg módosítására irányul.¹⁴

Ezek a megkülönböztetések, miként azt Grunwald maga is világossá teszi, semmi esetre sem egzaktan, élesen elválaszthatóak. Mindenekelőtt azonban interpretációra szorulnak: Mikor lép egy átalakítás annak a mértékén túl, ami „még mint normális képzelhető el”? Mikor alakítja át egy beavatkozás az ember „jellegét”? Ha azonban eltekintünk ezektől a problémáktól, akkor ezek a megkülönböztetések azt mutatják, hogy az ember medicinális tökéletesítésének eljárásai, az enhancementbeavatkozások más beavatkozásoktól csak a célok tekintetében különböztethetőek meg. Ez tűnik a tulajdonképpeni nyereségnek számunkra. Ezeket a célokat kettős viszonylagosság jellemzi: a „tökéletesítő” beavatkozások céljairól csak egy korábban definiált kiindulási pont és egy normatív irányelv viszonylatában lehet értelmesen beszélni.

Ennélfogva filozófiai perspektívából az ember medicinális tökéletesítésének, a human enhancementnek a lehetőségei legalább kettős kihívást jelentenek. Etikai perspektívában gondosan és kritikusan vizsgálni kell azokat a célokat, amelyekkel az emberi teljesítményjegyek „tökéletesítésének” változatos és sokféle lehetőségei szolgálnak. Antropológiai perspektívában pedig a vita emberi önértelmezésünk kérdésével szembesít bennünket.

III.

Még ha az ember medicinális tökéletesítését célzó beavatkozások, az enhancementbeavatkozások most tárgyalásra kerülő céljainak etikai megítéléséhez elkerülhetetlenek is az egyes eseteket önállóan tárgyaló

¹⁴ Grunwald 2008, 255.

elemzések (*case-by-case-Analyse*), néhány alapvető megkülönböztetést mégis tehetünk. Aszerint kell a megítélésnek differenciálódnia, hogy (1) „reverzibilis” vagy „irreverzibilis”, hogy (2) „kompetitív” vagy „nemkompetitív”, vagy hogy (3) „moderált” vagy „radikális” medicinális tökéletesítésről (*enhancement*) van-e szó.

(1) *Reverzibilis/irreverzibilis enhancement*. Az ember medicinális tökéletesítését célzó beavatkozások, az *enhancement*beavatkozások megítélésének egyik fontos és jelentős problémája abban rejlik, hogy jövőbe látó képességeink roppant korlátozottak. Ez nem csupán a lehetséges kockázatok tekintetében van így, amelyek együtt járnak a beavatkozásokkal, hanem azon prognózisok tekintetében is, hogy milyen érzés lesz az érintett számára, illetve mit fog kezdeni azzal, hogy más tulajdonságai és képességei lesznek, mint a beavatkozás előtt. Ez már a viszonylag moderált gyógyszerészeti beavatkozásokra is érvényes. A radikális eljárások – például teljesen új képességek megszerzése – következményei, kihatásai ennél sokkal inkább megjósolhatatlanok. Ez ügyben hiányzik minden összehasonlítási alap ismert jelenségekkel, amelyekre prognózisokat alapozhatnánk. Ennélfogva az irreverzibilis *enhancement*beavatkozásokkal szemben hatványozottan szigorúbbak a követelmények az előny-hátrány mérlegelés, valamint a tájékoztatás és a felvilágosítás tekintetében, mint a reverzibilis beavatkozásokkal szemben.

(2) *Kompetitív/nemkompetitív enhancement*. A jelen összefüggésben további releváns megkülönböztetés a „kompetitív” és a „nemkompetitív” medicinális tökéletesítések megkülönböztetése. Számos „tökéletesítő” beavatkozás azzal a céllal születik, hogy versenyelőnyt biztosítson másokkal szemben. A fokozott figyelem, a csökkentett alvásigény vagy a szellemi koncentrációs készség különböző területeken képes az egyes ember számára egyértelmű versenyelőnyöket biztosítani. Más medicinális tökéletesítő eljárások ezzel szemben „nemkompetitívek” abban az értelemben, hogy az azt igénybe vevő nem vár tőlük versenyelőnyt, hanem csak – ha úgy tetszik: intrinzikus – előnyt. Ez lehet például az, hogy zenei vagy irodalmi műveket intenzívebben legyen képes megélni. Másképp fogalmazva tehát az ember medicinális tökéletesítése révén elért előnyök

esetében minden további nélkül lehet szó abszolút javakról (eltérően a pozicionálisaktól). Azon érvek, amelyek a tökéletesítési eszközök használata miatti lehetséges társadalmi elutasításnak szólnak, ebben az esetben nem fognak különösebb szerepet játszani. A tökéletesítési eszközöknek elsősorban szocioökonómiai egyenlőtlenségek elkerülésére irányuló korlátozása ezért azzal a veszéllyel járna, hogy ez az intrinzikus célok realizálásának a lehetőségét is megghiúsítja.¹⁵

(3) *Moderált/radikális enhancement.* Még ha gyaníthatóan nem is vagyunk képesek valamely élesen lehatárolt kritériumot megnevezni, az eddigi megkülönböztetések alapján mégis lehetségesnek tűnik különbséget tenni az ember medicinális tökéletesítésének „moderált” és „radikális” formái között. A figyelem lépcsőzetes fokozását például sokkal inkább „moderálnak” érezhetnénk, ezzel szemben az érzékelés valamely teljesen új lehetőségének becsatolását (mint valami hetedik, illetve nyolcadik érzékét) „radikálisnak” tartanánk. Az ember medicinális tökéletesítésének ilyen „radikális” formáit sem vetjük el minden körülmények között, vagy nem tudjuk például jogilag tiltani. Mindenesetre a „radikális” enhancementbeavatkozásokkal szemben az előny-hátrány mérlegelés tekintetében megint csak hatványozottan szigorúbb követelményeket kell felállítanunk. Ez – individuáletikai perspektívában – azon alapszik, hogy az ilyen beavatkozások hatásai az érintettre alig kiszámíthatóak; másrészt pedig – társadalometikai perspektívában – azon, hogy a „radikális” átalakítások lehetősége a társadalom szétesésével fenyeget, az új formák utat nyitnak az elnyomásnak és a diszkriminációnak. Mi több: sokan az emberi nem határainak „poszthumán” meghaladásától félnek – vagy éppen reménykednek abban.

IV.

Az ember medicinális tökéletesítésének (enhancement) lehetőségei azonban nemcsak egy sor konkrét alkalmazott etikai kérdést és problémát

¹⁵ Vö. Brock 2009.

vetnek föl, hanem az ember önértelmezésének kérdéseit is. Ennélfogva ha átsiklanánk afölött, hogy az emberi teljesítményjegyek célzott manipulálásának lehetőségével több forog kockán, mint az egyes ember vagy a társadalom lehetőségei és kockázatai, akkor nem ragadnánk meg a vita magvát, és az ember medicinális tökéletesítésének (enhancement) jelensége nem kapná meg a megfelelő figyelmet.

Mint azt korábban már érzékeltettük, aki az ember „optimalásáról”, vagy „tökéletesítéséről” beszél, az – úgy tűnik – implicite mindenkor eleve számol valamilyen az ember „természetéről” vagy „lényéről” alkotott elképzeléssel. Bár fordított előjellel, de ugyanez érvényes azokra is, akik óvnak az ember „tökéletesítésétől”.¹⁶ Az ember medicinális tökéletesítésének nem kevés kritikusa valójában explicite is számol egy ilyen elképzeléssel. Hogy példát hozunk erre: Francis Fukuyama számára „ember voltunk” forog kockán: „Míg teljességgel legitím a beláthatatlan következmények és a megjósolhatatlan költségek miatt aggódni, addig az a mélységes félelem, amelynek az emberek ezen technológia kapcsán hangot adnak, közel sem utilitáris természetű. Arról a félelemről van szó, hogy a biotechnológia valamiképpen abba a helyzetbe hoz minket, hogy elveszítjük »ember voltunkat«. Vagyis egy lényeges kvalitást, amely mindenkor alapjául szolgált arról való felfogásunknak, hogy kik is vagyunk és merre tartunk. S ez minden látszólagos átalakítás ellenére is így van, amely átalakítást az emberi viszonyokban a történelem folyamán megtapasztalhattuk.”¹⁷ Az ember „lényegével” vagy „természetével” érvelni azonban több szempontból is problematikus. Egyrészt azért, mert az „emberi természet” fogalma reménytelenül sokértelmű, másrészt pedig azért, mert ha egyáltalán célravezető is a használata, normatív feltévésektől függ, amelyek a maguk részéről roppant ellentmondások.

A *President's Council on Bioethics* (Elnöki Bioetikai Tanácsadó Testület) jelentésének szerzői az ember medicinális tökéletesítése lehetőségének kapcsán egészében véve ugyan nem tartják veszélyeztetettnek az ember „lényegét” vagy „természetét”, ám aggódnak amiatt, hogy a tökéletesítő beavatkozások normatív önértelmezésünk centrális aspektusait

¹⁶ Sandel 2008.

¹⁷ Fukuyama 2004, 146 sk.

fenyegethetik, vagy akár szét is rombolhatják azt. Az ember öregedési folyamatának lassítására és élettartamának növelésére vonatkozó lehetőséget például a jelentésben azzal az érveléssel kritizálják, hogy fontos értékeink vannak, amelyek elválaszthatatlanok az öregedési folyamattól, amely folyamatnak az emberi test alá van vetve. Ebből fakadóan a folyamat lassítása végül kioldaná az emberi életet természetes „ciklikusságából”, amely nélkül különösen nehezen tudnánk időnek, kornak és változásoknak értelmet tulajdonítani.¹⁸ Hasonló megközelítésből állítja Sandel, hogy az egyfajta „viszonyulás a világhoz”, amely az ember medicinális tökéletesítésében (enhancement) megnyilvánul: „az uralom és a hatalom egy viselkedésmódja, amely nem képes rá, hogy az emberi képességek és sikerek karakterét mint adottságot becsülje, s átsiklik a szabadság azon osztályrésze fölött, amely az adottal való kitartó küzdelemben áll”.¹⁹ A Michael Sandel és mások által előadott érvelés a tökéletesség ellen természetesen pozitív fordulattal is értelmezhető: az emberi esetlegesség, tökéletlenség vagy sérülékenység normatív felértékeléseként, sőt apológiájaként.²⁰

Függetlenül attól, hogy részleteiben hogyan viszonyulunk a felvetett kérdésekhez és érvekhez, az világos, hogy az ember medicinális tökéletesítésének vitája, az enhancementvita arra készítet bennünket, hogy az emberi teljesítményjegyek „tökéletesítésének” új lehetőségei tekintetében újra bizonyosságát adjuk emberi önértelmezésünk központi fogalmainak és kategóriáinak.

V.

Az ember medicinális tökéletesítéséről zajló vita, mint azt ez a néhány megjegyzés is mutatja, jelenleg még az elején jár. Hogy nyitottan, előítéletmentesen és nyilvánosan folytassuk, az nem csak azért fontos, mert így alakulhat ki az a közeg, amelyben a konkrét enhancement-

¹⁸ Sandel 2008, 103.

¹⁹ Sandel 2008, 103.

²⁰ McKenny 1995.

eljárásokban rejlő lehetőségekre és kockázatokra rá lehet világítani és azokat fel lehet tárni. Ezentúl azért is kívánatos, mert a tökéletesítési opciók minden realizálhatóságától függetlenül tanulhatunk valamit saját magunkról, saját társadalmunkról, amelyben élünk – illetve a világról, amelyben élni szeretnénk.

Egy ilyen vita értelmében szükséges, hogy óvakodjunk a fonákságoktól és az egyoldalúságoktól: az ember medicinális tökéletesítésének konvencionális metódusai is hordoznak magukban egészségügyi, „az életutat veszélyeztető” vagy szociális kockázatokat, amelyeket fel kell tárni és figyelembe kell venni. Az ember medicinális tökéletesítése nemcsak a törekvők és könyöklők táborát szolgálhatja, hanem „intrinzikus” célok realizálását is. A medicinális tökéletesítést (enhancement) igénybe vevők nem feltétlenül bírnak jobb teljesítményjegyekkel, mint mások (talán egyszerűen csak „normális” teljesítményjegyekkel bírnak), és egyáltalán nem biztos, hogy agytrösztök vagy supermanek lesznek. A választás eszköze, szemben az esetleges társadalmi elutasítással mint teljesítménykényszer vagy szociális egyenlőtlenség, csakis magában a társadalommodell átalakításában állhat, nem pedig egyes metódusok vagy eljárások tiltásában.

S végezetül: a liberális jogállamokban az *In dubio pro libertate!* elve érvényesül. Így kétséges esetekben megalapozásra nem az ember medicinális tökéletesítésének egyes lehetséges esetei szorulnak, hanem annak a szabadságnak a korlátozása, hogy ezt tehessük. Igazolásra tehát azok szorulnak, akik azt gondolják, jó okok léteznek arra, hogy az ember medicinális tökéletesítésének eljárásait, az enhancementeljárásokat korlátozzuk vagy akár betiltsuk.

Jánosfalvi Péter fordítása

Irodalom

- Ach, J. S. 2006. Komplizen der Schönheit. In Ach, J. S.–Pollmann, A. (szerk.) *No body is perfect. Baumaßnahmen am menschlichen Körper. Bioethische und Ästhetische Aufrisse*. Transcript, Bielefeld. 187–206.
- 2009. Enhancement. In Thies, C.–Bohlken, E. (szerk.). *Handbuch Anthropologie. Der Mensch zwischen Natur, Kultur und Technik*. Metzler, Stuttgart–Weimar. 107–114.
- Ach, J. S.–Lüttenberg, B. 2011. Ungleich besser? Zwölf Thesen zur Diskussion über Neuro-Enhancement. In Wiehöfer, W.–Wehling, P. (szerk.) *Entgrenzung der Medizin – Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen*. Transcript, Bielefeld. 231–250.
- Brock, D. W. 2009. Enhancement menschlicher Fähigkeiten: Anmerkungen für Gesetzgeber. In Schöne-Seifert–Talbot (szerk.) *Enhancement. Die ethische Debatte*. Mentis, Paderborn. 48–71.
- Fukuyama, F. 2004. *Das Ende des Menschen*. Dt. Taschenbuch-Verlag, München (angol kiadás: *Our Posthuman Future: Consequences of the Biotechnology Revolution*. Farrar Straus & Giroux, 2002.). Magyarul: *Pozsthumán jövődöntés: a biotechnológiai forradalom következményei*. Ford. Tomori, G. Európa, Budapest, 2003.
- Habermas, J. 2001. *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?* Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Knell, S.–Weber, M. (szerk.) 2009. *Länger leben? Philosophische und biowissenschaftliche Perspektiven*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Khushf, G. 2008. Stage two enhancements. In Fabrice J. (szerk.) *Emerging Conceptual, Ethical, and Policy Issues in bionanotechnology*. Springer, Dordrecht. 203–218.
- Lüttenberg, B.–Ferrari, A.–Ach, J. S. (szerk.) 2011. *Im Dienste der Schönheit? Interdisziplinäre Perspektiven auf die Ästhetische Chirurgie*. Lit, Berlin.

President's Council 2003. *Beyond therapy. Biotechnology and the Pursuit of Happiness. A Report of the President's Council on Bioethics.* Dana Press, New York–Washington.

Roco, M. C.–Bainbridge, W. S. (szerk.) 2003. *Converging Technologies for Improving Human Performance. Nanotechnology, Biotechnology, Information Technology and Cognitive Science.* Springer, Dordrecht.

Sandel, M. 2008. *Plädoyer gegen die Perfektion. Ethik im Zeitalter der genetischen Technik.* University Press, Berlin.

Schöne-Seifert, B.–Talbot, D.–Opolka, U.–Ach, J. S. (szerk.) 2009. *Neuro-Enhancement. Ethik vor neuen Herausforderungen.* Mentis, Paderborn.

Schöne-Seifert, B.–Talbot, D. (szerk.) 2009. *Enhancement. Die ethische Debatte.* Mentis, Paderborn.

MESTERSÉGES BOLDOGSÁG?

A biotechnikai enhancement: a jó élethez vezető út állítólagos lerövidítése

„Minden ember boldog akar lenni!” Természetesen nem ér minket váratlanul az a tény, hogy külön teoretikusok ezt a tételt is kétségbe vonták. E tézis esetében mégis azon ritka példák egyikével találkozunk, amikor nemcsak (szinte) minden filozófiai kiindulás, hanem ráadásul még a józan ész is egyetért ezzel a tétellel. Mindenesetre nem valami sokatmondó ez az állítás; és amint feltesszük a kérdést, mit is értünk alatta, megszűnik az egyetértés. E két alapkérdésre: „Mi a »boldogság«?”, valamint „Hogyan lesz az ember boldog?”, az etikai gondolkodás hosszú története során nagy számban születtek olyan válaszok, amelyek különbözőek és részben széttartóak is. E sokféleség rendszerezésére az egyik lehetőségünk az, hogy különbséget teszünk az erre vonatkozó felfogások között. Az első szerint a boldogság a véletlen eredménye, a Sors adománya vagy isteni kegy, tehát a boldogság szerencse dolga. A második felfogás azt feltételezi, hogy az ember kisebb-nagyobb mértékben befolyással bír boldogságára, tehát a boldogságot „alakíthatónak” tartja. Az etikai gondolkodás Szókratész óta azokból az előfeltételezésekből indul ki, amelyekhez az utóbbi nézet is tartozik. Ez a nézet lényeges a(z) – Arisztotelészt követően máig e kifejezéssel megnevezett – „gyakorlati filozófia” szempontjából,¹ ugyanis a filozófia csak akkor lesz *gyakorlati*, ha feltételezzük, hogy a boldogság alakítható.

¹ Arisztotelész több helyen is kiemeli a boldogság „alakíthatóságának” gondolatát, például a *Nikomachoszi etika*ban (I,10 1099b 9–24) vagy az *Eudémuszi etika* első könyvében (1215a 8–19). A legújabb empirikus boldogságkutatás is hangsúlyozza a boldogság aktív

De mit jelent a boldogság „alakíthatósága”? Bizonyára magától értetődő, hogy a boldogság alakíthatósága esetében valami másról van szó, mint sok más szép dolog, például egy csésze kávé vagy egy tükörtojás esetében. Nem az a probléma, hogy egy csésze kávé egyszerűen elkészíthető, ellenben a boldogság nehezen alakítható ki. Egy televíziókészülék elkészítése szintén nehéz (legalábbis azok számára, akik nem szakemberek), mégis sok minden szól amellett, hogy alakíthatóságát tekintve közelebb áll a csésze kávéhoz, mint a boldogsághoz. Egy fontos különbséget kell itt számításba venni: a közvetlen és közvetett alakíthatóság különbségét. A csésze kávé és a televízió megegyezik abban, hogy mindkettő emberi cselekvések sorának közvetlen terméke. Azonban az már kevésbé világos, és ennek következtében komoly viták tárgya, hogy ugyanez érvényes-e a boldogságra is. Az egyik oldalon állnak azok az elméletek, amelyek elutasító választ adnak a boldogság közvetlen alakíthatóságának gondolatára anélkül, hogy emiatt kétségbe vonnák, hogy az az emberi cselekvés hatótávolságán belül található. Szerintük a boldogság abban különbözik a csésze kávétól, a televíziókészüléktől és egyéb termékektől, hogy nem közvetlenül, hanem csak közvetve alakítható: megfelelő emberi cselekvés „mellékkövetkezményeként” jön létre. Aki például olyan foglalkozást végez, amit értelmesnek érez, aki kielégítő társadalmi kapcsolatokat tart fenn, aki sportol vagy zenél, aki állampolgári kötelességét teljesíti, annak mindezek folytán jó kilátásai vannak egy teljes és boldog életre. Aminek itt fontos szerepe van, az az értelmes célok autonóm megfogalmazása, amelyeket aztán az adott személy önfegyelem segítségével teljesíteni próbál. Az e célok megvalósítására irányuló törekvés, valamint azok elérése révén pedig alakítja és jobbítja magát. A boldogság eszerint egy olyan termés, amely csak akkor érik meg, ha az élet szántóföldjét fáradtságos és gondos munkával művelték.

Úgy tűnik, ez a felfogás jelentős követelményeket támaszt, és inkább jár kemény munkával, mint boldogsággal. Az ellentétes oldalon álló teoretikusok éppen ezért bizalmatlanok az itt felvázolt rögzös úttal szemben, és hatékonyabb lehetőségeket keresnek a boldogság vágyott gyümölcse-

befolyásolásának lehetőségét, vö. pl. Veenhoven áttekintése (2011). Az antik etikának a moderne gyakorolt hatásáról: Bayertz 2005.

nek elérésére. A hedonizmus (legalábbis modern változataiban) a boldogsághoz vezető közvetlen út keresésének a legismertebb és legelterjedtebb változata, mivel az öröm közvetlenül alakítható. Az erre alkalmas eszközök régóta ismertek: egy jó étel, egy pihentető alvás, egy éjszaka egy jóképű férfival vagy egy vonzó nővel, és természetesen egy pohár vagy egy üveg bor. És ha már a bornál tartunk, nem vagyunk messze az olyan szerektől, amelyek – még ha csak átmenetileg is – azokba a „mesterséges Mennyországokba” ragadnak el minket, amelyeket többek között Charles Baudelaire mutatott be és magasztalt.² Ha a filozófiában ez a boldogsághoz vezető farmakológiai *lerövidített út (shortcut)* mindig is csak az outsiders számára járható szűk ösvény maradt, akkor annak többek között az az oka, hogy nem vezet tartós eredményhez: a kábulat rövid, és sok kellemetlen társadalmi és orvosi következménnyel jár. A közvetett út protagonistái a tartósság hiányát mindig a közvetlen út elleni központi érvként hozták fel.³ Nehezen vitathatnánk, hogy mindeddig ez egy nyomós érv volt.

Lehetséges azonban, hogy ez az érv egy olyan előfeltételezésen alapul, amelynek meg vannak számlálva a napjai. Hiszen érvényessége azoktól az eszközöktől függ, amelyeket a boldogsághoz vezető közvetlen út érdekében eddig alkalmaztak. Ezek viszonylag kezdetlegesek voltak, és ma is azok. A közelmúltban egyértelműen gyarapodtak az ember (központi) idegrendszerének működési módjára vonatkozó ismereteink, és ezzel együtt kiszélesedett azoknak a lehetőségeknek a tárháza, amelyek annak technikai befolyásolására szolgálnak. Mindezek olyan lehetőségek birtokába juttathattak minket, vagy juttathatnak a jövőben, amelyek a boldogság érdekében is használhatóak. Ha alapvetően érvényes, hogy annak a gondolatnak köteleztük el magunkat, mely szerint a természet technikai kontrollja szabadabbá tehetné és gazdagíthatná életünket,⁴ akkor miért éppen a boldogság iránti törekvés legyen a kivétel ez alól?

Másként fogalmazva: a modern orvostudomány és biotechnológia által kínált lehetőségeket a mai napig elsősorban a betegségek gyógyítására

² Baudelaire 1991.

³ Rendszeres áttekintést ad pl. Bimbacher 2005.

⁴ Vö. Briggie–Brey–Spence 2012, 2.

és a betegségek okozta panaszok enyhítésére használják. Elvileg azonban ugyanúgy használhatóak lennének egészséges emberek fizikai vagy pszichikai állapotának és természetileg adott képességeinek a tökéletesítésére is. Ennek megnevezésére az angol „enhancement” (= „Verbesserung”, „Steigerung” vagy „Erhöhung”)* kifejezés honosodott meg. És ahogyan a sportorvoslásban elterjedt a testi teljesítmények „enhancementje”, ugyanúgy megvannak már a pszichikai enhancement (az egyének intellektuális és emocionális performance-ának [teljesítőképességének] tökéletesítése) számára is az opcióink. Az összpontosítás tökéletesítésére vagy az alaphangoltság fokozására szolgáló farmakológiai lehetőségek már évek óta léteznek, és kézenfekvő az ilyen lehetőségeket az egyéni boldogság előmozdítására is használni. Egy „boldogabb élet” ezért technikailag „alakíthatóan” tűnik,⁵ és az ennek megnevezésére szolgáló fogalom a „neuroenhancement”.

A „mesterséges boldogság” biotechnikai enhancement révén történő létrehozásának efféle lehetőségei rövid időn belül fokozottan a nyilvános figyelem fókuszába kerültek, ám sok oldalról szkeptikusan ítélik meg azokat. Mindenekelőtt azokra a túlzó empirikus elvárásokra figyelmeztetnek, amelyeket tudományos nézőpontból egyszerűen nem lehet bevonni. Stephan Schleim például abból indul ki „hogy – legalábbis jelenleg – még nem áll rendelkezésre »receptre felírt boldogság« vagy »gyógyszerrel elérhető boldogság»”.⁶ Azonkívül a vitát igazságtalanul hevítik olyan nem bizonyított és nem igazolható feltevések, amelyek az enhancement-eljárások egy már meglévő széleskörű elterjedtségével kapcsolatosak.⁷ De még ha be is igazolódna a fogyasztás hipotetikusán előfeltételezett hatékonysága és gyakorisága, kifejezésre jut a félelem, hogy egy efféle gyógyszeriparilag (pharmazeutisch) előidézett „boldogság” csak „látszólagos”⁸ lehetne. Az elterjedt nézet szerint azok, akik példának okáért egy

* ang. enhancement: „fokozás”; ném. Verbesserung: „tökéletesítés”; ném. Steigerung: „fokozás”; ném. Erhöhung: „növelés”

⁵ Schleim 2011, 383.

⁶ Schleim 2011, 386.

⁷ Vö. Schleim 2010, 182 sk.

⁸ Vö. President’s Council on Bioethics, 2003, 212.

„biomedicinális lerövidítéstől”⁹ (Abkürzung) képességeik erőfeszítésmentes tökéletesítését várják, legalábbis prudenciálisan a hedonizmus tévútján járnak – ha éppen nem minősítik őket nemes egyszerűséggel tisztességtelen „hamiskártyásoknak”.¹⁰

A jelen tanulmány összefoglaló jellegű, és célja, hogy boldogságelméleti nézőpontból megvilágítsa az enhancementról folytatott vita vonatkozó érveit. További célkitűzése, hogy ezáltal képet adjon a farmakológiai vagy technikai eszközökkel előidézett „mesterséges boldogság” sikerének kilátásaira vonatkozó filozófiai értékelés jelenlegi állásáról.

1. Enhancement – definíció, eszközök és célok, standard érvek

Az „enhancement” fogalma, amely egy egységes fordítás hiányában *terminus technicus*ként honosodott meg a német nyelvű vitában is, „a bioetikában rendszerint olyan beavatkozások megnevezésére használatos, amelyek az ember testi felépítését vagy teljesítőképességét tökéletesítik olyan mértékben, amely már túl van az egészség megőrzéséhez vagy helyreállításához szükséges mértéken”.¹¹ Ez a(z) – érvényben lévő, és a standard felfogásnak még mindig megfelelő – definíció tehát az enhancementet a tisztán terápiás eljárásokkal szemben álló fogalomként értelmezi. Eközben két jelentés között ingadozik: egyrészt tisztán *deskriptív* értelemben az „enhancementet” kérdéses intézkedések körülhatárolására használják; másrészt azonban a fogalomnak gyakran egy *normatív* konnotációt is tulajdonítanak. Ez utóbbi szerint enhancementnek számítanak mindazok a beavatkozások, amelyek nem tartoznak az engedélyezett és/vagy ajánlott orvosi intézkedések területére, tehát sem „az orvostudomány megfelelő céljainak” („proper goals of medicine”) nem felelnek meg, sem egy közösségi egészségügyi ellátásnak nem kell magára vállalnia azokat.¹²

⁹ Juengst 2009, 37.

¹⁰ Fink 2010, 11.

¹¹ Juengst 2009, 25.

¹² Runkel 2010, 9. Az enhancement fogalmának jogi jelentőségéhez vö. Merkel 2009.

Számtalan alkalommal utalnak alapvető fogalmak (pl. „emberi természet”, „egészség”, „betegség” és „normalitás”¹³) standard definíciójának pontatlanságára,¹⁴ valamint a besorolás határeseiteire (pl. megelőző intézkedések, mint amilyen az oltások vagy az ADHD [figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar] esetei felnőtteknél¹⁵). Ennek ellenére módszertani-pragmatikus okokból számos szerző ragaszkodik a treatment/enhancement deskriptív megkülönböztetéséhez, azért, hogy a vizsgálandó tárgyterületet mint olyat azonosítani tudják.¹⁶ Roland Kipke szerint „nemcsak életidegen, hanem szükségtelen is egy olyan megkülönböztetés követelése, amely minden esetben precíz és mindenkor érvényes”.¹⁷ Mindamellett más területeken homályos fogalmakat is viszonylag problémamentesen kezelhetnénk. Ezenfelül azt is megállapítja, hogy még azok a szerzők is, akik a terápia és az enhancement megkülönböztetését tartalmilag elutasítják, „végül implicit vagy explicit módon kitartanak amellett, és a fogalmak mellett”.¹⁸ Véleménye szerint ezért nem a deskriptív, módszertani megkülönböztetésről kellene lemondani, hanem ugyanannak egy reflektálatlan, normatív tartalommal való feltöltéséről: „Lehetséges, hogy a betegség fogalma a betegekkel való bánásmód számára normatív kifejezőerővel rendelkezik. A betegség kezelésének kötelessége azonban nem indokolja meg az enhancement-intézkedések kizárását. Abból, hogy az egyik morális szempontból kétségbevonhatatlan (unzweifelhaften Moralität), nem vonható le az a következtetés, hogy a másik kívül esik a moralitás tartományán (Unmoralität des anderen). A terápia és (neuro)enhancement deskriptív elhatárolásával az utóbbi etikai értékelésének kérdése tehát koránt sincs megoldva.”¹⁹

Ennek ellenére állandó kritika tárgya az enhancement és a terápia elhatárolása, nem utolsósorban annak legalább „impliciten meglévő nor-

¹³ Vö. Heilinger 2010, 62–71; Nagel 2010, 174–180; Savulescu–Sandberg–Kahane 2011, 4 skk. Synofzik 2009; Schramme 2012.

¹⁴ Fink 2010, 14.

¹⁵ Vö. Schermer–Bolt 2011.

¹⁶ Vö. Kipke 2011, 29.

¹⁷ Kipke 2011, 31.

¹⁸ Kipke 2011, 34.

¹⁹ Kipke 2011, 35.

matív dimenziója” miatt, ami „elkerülhető zavarok oka” lehet.²⁰ Julian Savulescu, Anders Sandberg és Guy Kahane a besorolásnak ezt a stratégiáját „nem orvostudományi» megközelítésnek” („»not-medicine« approach”²¹) nevezik, és csak egy lehetséges tipológiának tartják a többi között. Az enhancementet különválasztják „*funkcionális* enhancementre” („*functional* enhancement”) és „*emberi* enhancementre” („*human* enhancement”). Az előbbi pusztán sajátos képességek fokozására vonatkozik, míg az utóbbi célja „egy emberi lény – egészként felfogott – életének” tökéletesítése (auf die Verbesserung „of a human being’s life” als Ganzem abzielt).²² Ennek megfelelően egy, az „*emberi enhancement jóléti definíciója*” („*welfarist definition of human enhancement*”) mellett érvelnek. E definíció szerint az enhancement nem más, mint „bármely olyan módosítás egy személy biológiai vagy pszichológiai adottságaiban, amely növeli annak esélyeit, hogy az illető a releváns körülmények között jó életet élhessen”.²³

Ebből a szemszögből tehát enhancementnek számít minden beavatkozás, és csak az számít annak, amely a megfelelő személy számára ténylegesen jó.²⁴ Ennek megfelelően a (sikeres) terápiát is enhancementnek tartják: „A terápia sokkal inkább a lehetséges enhancementek egy *részhal-mazának* bizonyulhat, amely esetében egyértelmű meghatározás gyakran nem lesz lehetséges”.²⁵ A *jóléti definíció* (*welfarist definition*) értelmében az enhancement általában figyelembe veszi azt, hogy egy személy életének értékét növelje: „Az emberi enhancement kontextusában az az érték, ami rögvest szóba kerül, a személy életének jósága, azaz a személy jólléte”.²⁶ Mindazonáltal a definícióból közvetlenül nem tudható meg, mi is az, ami egy személynek jó, mi alkotja jólétét (és pontosan hogyan lenne az fokozható). Az sem derül ki, melyik episztemológiai perspektíva – magának a személynek a szubjektív perspektívája, egy interszjektív

²⁰ Heilinger 2010, 59.

²¹ Savulescu–Sandberg–Kahane 2011, 4.

²² Savulescu–Sandberg–Kahane 2011, 3.

²³ Savulescu–Sandberg–Kahane 2011, 7.

²⁴ Ebben az értelemben foglal állást Harris is 2009, 131.

²⁵ Heilinger 2010, 70. Vö. még Savulescu–Sandberg–Kahane 2011, 8.

²⁶ Savulescu–Sandberg–Kahane 2011, 7.

résztevőperspektíva vagy egy „objektív” megfigyelőperspektíva – a leginkább alkalmas e kérdés megválaszolásához. A *jóléti definíciót* (*welfarist definition*) tehát sem egy sajátos boldogságelmélet nem jellemzi, sem egy kitüntetett értékelő nézőpont, amelyből egy beavatkozást egyáltalán enhancementként lehetne értékelni.

Jan-Christoph Heilinger egyike annak a néhány német nyelvű szerzőnek, aki – módosított formában – a *jóléti definícióhoz* csatlakozik. Célja az, „hogya az »enhancementnek« egy lehetőleg semleges definícióját dolgozza ki, amely normatív előfeltevések és előzetes ítéletek nélkül is használható”.²⁷ Az enhancementról adott „dinamikus minimáldefiníciója” a következőképpen hangzik: „Az enhancement olyan beavatkozás az ember – materiálisan organizált és mentálisan reprezentált – funkcióinak összefüggésébe, amely meghatározott változások céljából történik, szándékos, és amelynek szubjektív értékelése pozitív.”²⁸

Ez a definíció ugyancsak nagyon széles határolja körül az enhancement fogalmát. Beletartozna ugyanis a „már bevett enhancement” („old-style enhancement”²⁹) minden lehetséges fajtája is. (Például a kávéivás az összpontosítás fokozása érdekében, az orbáncfű fogyasztása nyugtató hatása miatt, valamint „akár a kocogás, a testékszerek vagy az egészséges táplálkozás”³⁰ vagy „az elegendő alvás, az olvasás és a tanulás”.³¹) Az enhancement következőképp magában foglalná az összes olyan cselekedetet, amelynek célja, hogy az ember tulajdonságait és képességeit tökéletesítse, és amelynek eredményét az egyén szubjektív szempontból úgy értékeli, hogy azok hozzájárulnak jó közérzetének (Wohlbefinden), illetve jólétének (Wohlergehen) tényleges fokozásához. Heilinger ezért két empirikus pótkritériumot ad az aktuális „bioetikai problématerület” pontosabb leszűkítése érdekében: a vitatott beavatkozások esetében csak olyanokról lehet szó, amelyek „(a) újfajta biotechnikai

²⁷ Heilinger 2010, 59 skk.

²⁸ Heilinger 2010, 92.

²⁹ Nagel 2010, 183.

³⁰ Heilinger 2010, 95.

³¹ Schleim 2010, 180. A neuroenhancement egy tágabb fogalmához vö. még Anderson 2009.

eszközöket” használnak és amelyeknek „(b) hosszú távú kihatásai” vannak.³²

Heilinger koncepciójában a szubjektív perspektíva elsőbbséggel rendelkezik episztemikus és értékelői szempontból. Számára arról van szó, „hogy nem szabhatjuk meg valaki más helyett, hogy állítólagosan objektív alapon mit kell enhancementnek tartania”.³³ Heilinger teoretikus nehézségekre hivatkozva elutasítja az enhancement objektív definícióját: ha szándékunkban állna egy ilyen meghatározás, akkor azt a kötelezettséget kellene magunkra vállalnunk, hogy a jóról egy abszolút kötelező elméletet kelljen javasolnunk vagy feltételeznünk.³⁴ Azonban ha egy rögzített értékrend mellett köteleznénk el magunkat, az éppen az enhancement céljaira és eszközeire vonatkozó „tárgyilagos és elfogulatlan morális értékelésnek”³⁵ ártana.

Az enhancement etikai értékelését illetően Thomas Runkel egy szorosabb „orvosetikai” és egy „szociáletikai” perspektíva között tesz különbséget. Emellett az enhancement kérdéskörének alapvetően etikai, illetve antropológiai szemléletéből indul ki.³⁶ Az etikai-antropológiai perspektívából felmerül a „kérdés, hogy az ember tökéletesítése a biotechnológiák segítségével elvileg legitim-e etikai szempontból. Arra kell választ találni, hogyan érintik a személyes, valamint az antropológiai önmegértést (amelyhez hozzátartozik az autonómiáról és a jó életről kialakított koncepció is) azok a beavatkozások, amelyek az önmegértés természetes felépítését változtatják meg.”³⁷

A testi jellemvonások (pl. attraktivitás, erő vagy állóképesség) módosítása (*testi* enhancement) mellett az aktuális vitában főként inkább az intellektuális kompetenciák (pl. figyelem, összpontosítás és az emlékezet teljesítőképességének fokozásáról (*kognitív* enhancementról), valamint az érzelmek, emóciók vagy az alaphangoltság tökéletesítéséről (affektív,

³² Heilinger 2010, 92.

³³ Heilinger 2010, 95. 42. lábjegyzet.

³⁴ Heilinger 2010, 95.

³⁵ Heilinger 2010, 95.

³⁶ Runkel 2010, 8. Az utóbbi perspektívához vö. Heilinger 2010.

³⁷ Runkel 2010, 9. Vö. még Parens 2005.

emocionális, ill. *moodenhancement*ről [*hangulatfokozásról*]) van szó.³⁸ Egyes esetekben vitáznak az empátikus és altruista adottságok lehetséges tökéletesítéséről (a morális *enhancement*ről) is.³⁹ Az effajta célok elérésére szolgáló különféle eszközöknek gyógyszeres, hormonális, sebészeti vagy géntechnológiai módjai merülnek fel.⁴⁰

Nem egyértelmű, hogy az *enhancement*re szolgáló modern lehetőségeket az öntökéletesítés hagyományos formáihoz képest kategorikusan teljesen újnak kell-e értékelnünk, vagy elfogadhatjuk, hogy az ember öntökéletesítés iránti törekvéseinek „eszközei és céljai kontinuosak”?⁴¹ Habár a tökéletesítés vágya bizonyítottan végigkövethető az emberiség és a filozófia történetén, a kontinuitás téziséét teljesen kritikusan szemlélik. Ugyanis differenciálatlannak látják, ezért nem tudja rendelkezésre bocsátani a „megfelelő alapot az értékelés számára”.⁴² Bármelyik oldalhoz is szeretnénk csatlakozni ebben a kérdésben, annyi legalább kétségbevonhatatlan, hogy eddig mindenekelőtt a plasztikai sebészet, a doppingolás, a pszichofarmakonok, valamint az öregedést gátló orvostudomány (Anti-Aging-Medizin) alkotják azt a területet, ahol az ember „funkcióinak összefüggésébe” történő drasztikus beavatkozások lehetségesek.⁴³

Egy ideje főleg a *neuroenhancement*ről szól a vita.⁴⁴ Az effajta beavatkozások iránti etikai érdeklődés rendkívüliségének magyarázata először is az, hogy az ilyen intézkedések számos szerző véleménye szerint „közvetlenül a személyiségbe avatkoznak be”.⁴⁵ Másrészt úgy vélik, hogy már rendelkezésre állnak: „az ember géntechnikai tökéletesítése mindaddig még nem elérhető, ellenben az agyba történő farmakológiai beavatkozás már valóság. Az emlékezetet, az összpontosítást, a hangulatot, a »boldogságot« befolyásoló tabletták (Gedächtnispillen, Konzentrationspillen,

³⁸ Vö. áttekintésként Nagel–Stephan 2009; valamint Ach–Lüttenberg tanulmánya a jelen kötetben.

³⁹ Vö. Douglas 2011; Persson–Savulescu 2012; Harris 2013.

⁴⁰ Runkel 2010, 8.

⁴¹ Vö. Heilinger 2010, 33–41. Az *enhancement*vita történelmi és irodalmi előzményeihez vö. pl. Coenen et al. 2010.

⁴² Woyke 2010, 23. A kontinuitás téziséét vonja még kritika alá Schleim 2011, 386.

⁴³ Heilinger 2010, 92.

⁴⁴ Vö. Merkel et al. 2007; Nagel 2010.

⁴⁵ Kipke 2011, 11.

Stimmungspillen, Glückspillen), pl. Ritalin, Modafinil és Prozac nemcsak elgondolások, hanem már a rendelkezésünkre állnak, és nagy mennyiségben fogyasztják is azokat.”⁴⁶

A kognitív enhancementtel való elsődleges foglalkozás hosszabb időszaka után különösen az ún. moodenhancement⁴⁷ emberi boldogsággal és jóléttel kapcsolatos implikációival való etikai foglalkozás nyomul újból előtérbe. Guy Kahane ebben az összefüggésben az érzelmek, emóciók és hangoltságok közt tesz különbséget: „Az érzelmek a tudat epizódjai. Létezik valami olyan érzés, hogy dühösek vagy szomorúak vagyunk. Az érzelmek tágabb viselkedési diszpozíciók, amelyek magukban foglalnak bizonyos érzésekre, valamint bizonyos viselkedésre, gondolkodásra való hajlamot, illetve bizonyos viselkedésre, gondolkodásra, vagy létezési módra való diszpozíciókat. [...] A hangulatok még tágabb diszpozíciók, amelyek bizonyos ideig irányítják egy személy teljes érzelmi irányultságát.”⁴⁸ A „moodenhancement” ennek megfelelően mindezen affektív állapotok és diszpozíciók mindenkori tökéletesítésének gyűjtőfogalmaként fogható fel.

Főképpen a pszichofarmakonok, különösen a gyógyszeripari (pharmazeutisch) antidepresszánsok (szelektív szerotoninvisszavételgátlók, SSRI) *off-label* alkalmazásáról beszélnek úgy, mint olyan intézkedésekről, amelyek lehetőséget jelentenek az érzelmek, az emóciók és a hangoltság tökéletesítésére. Egy időközben elhíresült példa erre a – Németországban *Fluctin* néven megvásárolható – *Prozacban* (USA) található hatóanyag, a fluoxetin. Ezenkívül a transzkraniális mágneses stimuláció és a mély agyi stimuláció enhancementeszközként való (jövőbeli) használhatóságáról folynak még találgatások.⁴⁹ Azonban Elisabeth Hildt azt hangsúlyozza, hogy az invazív intézkedéseknek általában mint „sebészeti és neurotechnológiai úton elérhető enhancementeknek az alkalmazására jelenleg gyakorlatilag nem” gondolhatunk. Ennek oka, hogy „a mindenkori művelet összetett, a kockázat/haszon arány kedvezőtlen,

⁴⁶ Uo. 11 skk.

⁴⁷ Vö. Savulescu–ter Meulen–Kahane 2011, III. rész.

⁴⁸ Kahane 2011, 167.

⁴⁹ Vö. Kammer 2010; Berghmans et al. 2011, 154–157.

és orvosi nézőpontból kérdéses az eljárás indokolhatósága”.⁵⁰ Éppen a mély agyi stimuláció az, ami véleménye szerint a nevezett okokból enhancement-intézkedésként a jövőben is „alapvetően nem megengedett”.⁵¹

A moodenhancementről szóló vitában olyan érvelési modellek fordulnak elő, amelyek részben hasonlóak azokhoz, mint amelyek a fizikai és a kognitív enhancementról folytatott vitákból már ismertek.⁵² A költség-haszon analízise során mindenekelőtt a beláthatatlan kockázatokra és mellékhatásokra figyelmeztetnek. Ezenkívül felvetődik az a kérdés is, hogy az orvostudomány legitim feladatainak hol vannak a határai, és ezek hogyan indokolhatóak meg.⁵³ Ebben a kontextusban éppúgy megfogalmazódnak olyan aggályok is, amelyek a „normális” állapotok és magatartásmódok növekvő medikalizációjával, valamint azzal kapcsolatosak, hogy kontraproduktív módon farmakológiai „megoldások” kerülnek középpontba az emocionális és/vagy társadalmi problémák megoldása során. Végül az igazságosság kérdései kerülnek szóba: figyelmeztetnek például arra, hogy az egyenlő hozzáférés és az esélyegyenlőség további aláásása végső soron társadalmi feszültségek kiéleződéséhez vezethet.⁵⁴

Mindezek mellett szerepet játszanak antropológiai alapfeltételezések és a természetességre vonatkozó normatív megfontolások.⁵⁵ Ezenfelül előfordulnak utalások az ilyen intézkedések eredményeinek hiányzó „hitelességére”⁵⁶ és a „személyes identitás” ebből adódó lehetséges veszélyeztetettségére. Az efféle félelmek kifejezésre juttatják a gyakran nehezen érthető intuíciókat arról, mit jelent „egészségesnek és teljesnek lenni, értelmes munkát végezni, és értékelni az emberi életet a maga tökéletlenségében”,⁵⁷ és ezért továbbra is interpretációt igényelnek.⁵⁸ Az önmagá-

⁵⁰ Hildt 2012, 89.

⁵¹ Hildt 2012, 79.

⁵² Vö. áttekintésként Schöne-Seifert 2009.

⁵³ Vö. Talbot 2009.

⁵⁴ Vö. Gesang 2010.

⁵⁵ Vö. Bayertz 2005a; Birnbacher 2006; Heilinger 2010; Nagel 2010, 303–312.

⁵⁶ Vö. Schmidt-Felzmann 2009; Krämer 2011.

⁵⁷ Berghmans et al. 2011, 153.

⁵⁸ Vö. Galert 2009; Runkel 2010.

hoz való etikai-egzisztenciális vonatkozásában az is a félelem tárgya, hogy az enhancement „az ígéreték ellenére [...] nem több, hanem éppen kevesebb *ön-létet (Selbstsein)*” kínál, valamint „kevesebb összefüggést magában és magával (Zusammenhang in und mit sich), kevesebb önismertetet és önmegértést (Sich-selbst-Kennen und Verstehen)”.⁵⁹

Az aggály végeredményben abban a tekintetben marad fenn, hogy autonómok-e az enhancement melletti döntések, amelyeket nem utolsósorban kifinomult társadalmi nyomás veszélyeztethetne? Valamint ennek fordítottjára vonatkozóan, vagyis hogy az enhancementnek milyen kihatásai lehetnek a felhasználó autonómiaképességére vonatkozóan?⁶⁰ Ezenkívül az emberek az eddiginél magasabb mértékben lennének alávetve egy „boldogságdiktátumnak”: „Érdemes tudatában lenni azon előnyök hátrányának, amelyek látszólag a boldogsághoz való nagyobb hozzáfértést biztosítanak számunkra. Fel lehet róni egyénnel szemben, hogy boldogtalanok.”⁶¹

A moodenhancement elleni érvek eddig lényegesen nem különböznek azoktól, amelyeket hasonló kontextusokban fogalmaznak meg. Úgy tűnik, hogy a jelenlegi irodalomban azok a sajtósbabb ellenvetések, amelyek az e módszerekkel történő „mesterséges boldogság-létrehozással” szemben fogalmazódnak meg, rendszerint erőteljesen követik a hedonizmus hagyományos kritikáját, valamint annak az elméletnek a kritikáját, amely szerint a jólét a vágy teljesüléseként fogható fel. Ennek megfelelően ezeknek az ellenvetéseknek a lényege két pontban foglalható össze:

1. A valódi boldogság több a pozitív mentális állapotoknál vagy (rövid ideig tartó és/vagy adaptív, ill. inautentikus) vágyaink beteljesülésénél: „Mivel az, hogy a vágyakozás pillanatában abból indulunk ki, hogy valamit igazán kívánunk, semmiféle biztosítékot nem jelent arra, hogy a vágy megvalósulása esetén még mindig azonosulunk a vágygal. Tévedhetünk vágyainkat illetően.”⁶² A valódi boldogságnak sokkal inkább objektív

⁵⁹ Kipke 2011, 272. skk.

⁶⁰ Vö. Bublitz–Merkel 2009.

⁶¹ Nagel 2010, 80.

⁶² Kipke 2011, 240.

előfeltételei vannak, amelyek fennállását szükségszerű feltételnek, *conditio sine qua non*nak kell tekintenünk.

2. A boldogság nem hozható létre közvetlenül, legmegbízhatóbban közvetett úton érhető el. E – kezdetben már vázolt – felfogás szerint a valódi és maradandó boldogság – eltérően a rövid ideig tartó jó érzelmeiktől – csak folyamatos erőfeszítés és belső és külső ellenállások leküzdése árán, személyes „önalakítás”⁶³ során nyerhető el. Az öntökéletesítés e módja egyet jelent a személyek önmagukhoz való dinamikus gyakorlati viszonyával, egy „komplex önmagára vonatkoztatott cselekvési formával” (komplexe selbst-bezogene Handlungsform), melynek az a célja, hogy „egy vagy több személyiségjegy megváltoztatását vagy célirányos megóvását” idézzék elő.⁶⁴ Ez a gyakorlat előfeltételezi a(z) (kezdeményezőség, a tájékozottság és az önkéntesség értelmében vett) autonómiát, „megköveteli a fokozott önfegyelmet és önszabályozást, többé-kevésbé hosszú ideig tart, gyakorlásokban megy végbe, és a cselekvő személy számára jelentős erőfeszítést jelent”.⁶⁵ Ennélfogva az antik világban – és még sokáig azután – az a felfogás uralkodott, hogy boldog élet csak az *erények* kialakítása alapján lehetséges, és szükségképpen *aktív* életnek kell lennie. Az empirikus boldogságkutatás e felfogást látszik megerősíteni, ám ez a tény az *enhancement*vitákban még túl kevés figyelmet kap. Különböző tanulmányok azt mutatják, hogy kölcsönös összefüggésben vannak egymással a jellembeli erősségek (= *erények*), és az, hogy az ember elégedettebb az életével: „Minél erősebb egy jellem, annál nagyobb megelégedettségről számoltak be.”⁶⁶ Ha ez a felfogás helyes, a boldogsághoz vezető rövid út (*kurze Weg*) – amivel a *neuroenhancement* kecsegtet – mindig csak egy *hedonista szalmalángot* hozhat létre.

⁶³ Vö. Kipke 2011, 37 skk.

⁶⁴ Kipke 2011, 91.

⁶⁵ Uo.

⁶⁶ Brdar–Anić–Rijavec 2011, 154.

2. Az enhancement mint a boldogsághoz vezető út lerövidítése?

Az enhancementról folytatott vitában számos szerző egyértelműen kiemeli, hogy érvelésükhöz nem szolgál alapul semmilyen sajátos elmélet a jó életről, ill. hogy argumentációjuk különböző elméletekkel kompatibilis.⁶⁷ Roland Kipke például munkája számára igényt tart „a jó emberi élet koncepciójának azon elemeire, amelyek annyira alapvetőek, hogy individuális elképzelések sokaságát fedik le, és nagymértékben egyetértésre találnak”.⁶⁸ Az önformáláshoz és a neuroenhancementhez kapcsolódó tanulmányában vizsgálódásának „etikai látószögeként” és az „értékelés mértékéeként” adja meg „a jó élet eszméjét”, és arra az etikai kérdésre irányítja figyelmét, hogy „Mi jó a számunkra?”.⁶⁹ Mégsem szeretné ebben az összefüggésben „a jó élet szisztematikus elméletét” kialakítani, és emellett „semmilyen létező kiinduló tételt” nem kíván alapul venni, azért, hogy ne „terhelje” magát „egy átfogó etikai elmélet bonyolult problémáival”.⁷⁰ Az enhancementtel való etikai foglalkozás számára egyenesen paradigmaticusnak tekinthető ez az eljárási mód. A támogatók és kritikusok rendszerint elkerülik az érték- és boldogságelméleti premiszáaik explicit és pontos kifejtését. Nagyobb szerepet játszanak olyan – részben ellentétes – intuíciók, amelyek az enhancement jó életre gyakorolt hasznosságával és káros voltával, valamint az ember jólétének megfelelő kritériumaival kapcsolatosak.

Dietmar Mieth szerint az enhancementintézkedéseket segítségül hívó biotechnikai tökéletesítés arra törekszik, hogy leküzdjön egy hiányosnak érzett van-állapotot (Ist-Zustandes), és elérjen egy jobb legyen-állapotot (Soll-Zustand). Ezt az elérni kívánt állapotot két tényező alakítja. Egyrészt a boldogságról alkotott egyéni elképzelések, a személyes „boldogságra való törekvés” („*pursuit of happiness*”) uralkodó normájával együtt. Másrészt a legkülönbözőbb tökéletesítések kínálata, amely tudományos,

⁶⁷ Vö. pl. Heilinger 2010, 97; Savulescu–Sandberg–Kahane 2011, 10.

⁶⁸ Kipke 2011, 274.

⁶⁹ Kipke 2011, 18.

⁷⁰ Kipke 2011, 19. A jó élet különböző koncepcióihoz vö. Dufner tanulmányával a jelen kötetben.

technikai és gazdasági erők összjátéka révén állna rendelkezésre.⁷¹ Mindazonáltal azoknak a tökéletesítéseknek a sokfélesége, amelyek elérhetőek és állítólag megalapozzák a boldogságot, nem hasonlítható össze egy *totum bene vivere* „mindenre kiterjedő bőségével”.⁷² A biomedicinálisan előidézett optimálással avizált jólét alkotóelemei túl elszigeteltek és összefüggéstelenek.

Azonban még ha feltételezzük is, hogy az enhancement nem képes a teljes életet átható boldogságot biztosítani, attól még továbbra is fennáll a lehetőség az egyes boldogságot konstituáló tulajdonságok tökéletesítésére. Az enhancementvitában részt vevő néhány szerző egyike Thomas Runkel, aki egyértelműen egy sajátos – az ő esetében objektív – boldogságelmélet támogatójának bizonyul.⁷³ Ő is hangsúlyozza, hogy „a jó vagy sikeres életről alkotott” mindenkori „elképzelés nagy jelentőségű az enhancement etikai vizsgálatával kapcsolatban”.⁷⁴ Ebben az összefüggésben fennáll a kérdés, hogy képesek-e a moodenhancement biotechnikai intézkedései közvetett vagy közvetlen hatást gyakorolni egy személy jólétére: „Ha a pszichofarmakonok lehetőségeit vitatjuk meg, akkor az eszköz irányulhat *közvetlenül* a boldogság fokozására, vagy ígérhet közvetetten boldogságot azáltal, hogy egy olyan másik fontos dolgot befolyásol, amely viszont több boldogsághoz vezet.”⁷⁵

A jólét közvetlen előmozdításának lehetőségét Guy Kahane szerint gyakran a boldogság hedonista koncepciójára való hivatkozással fogadják el. Erre vonatkozóan bevezeti a „hedonista okok” fogalmát, mely okok enhancementintézkedések alkalmazását indokolhatnák számunkra: „Tehát abból fakadóan, hogy a pozitív hangulatfokozók miatt jobban érezzük magunkat, hedonista indokaink egyértelmű lépésre sarkallnak: Vegyük be a tablettát! [...] A hangulat biomedicinális fokozásának számos támogatója explicit vagy implicit módon ilyen hedonista okokhoz fordul álláspontjának megalapozására.”⁷⁶

⁷¹ Vö. Mieth 2011, 369.

⁷² Uo.

⁷³ Vö. Runkel 2010, 102.

⁷⁴ Runkel 2010, 95.

⁷⁵ Schleim 2011, 384.

⁷⁶ Kahane 2011, 167.

Ahhoz, hogy plauzibilissé tehesük a hedonisztikus állapotok gyógyszeripari-vegyszertani befolyásolással történő létrehozását, feltételeznünk kell annak lehetőségét, hogy „az átélt emberi boldogságot le tudjuk fordítani az emberi agy neuronális aktivitásának mintázatára”,⁷⁷ még ha tekintettel is vagyunk arra, hogy a boldogság „nem farmakológiai kategória”.⁷⁸ Pusztán az „öröm, pozitív megerősítés vagy kívánság” operacionálizálható paraméterek. Mint ahogy ezenkívül szintén nem világos a „jutalmazásrendszer» (Belohnungssystem) átfogóbb értelemben vett összefüggése a boldogsággal”.⁷⁹ Azonban tény: „Ha a hangulatfokozó drogok működnek, akkor azt az emberi agyra kifejtett hatásuk által tesszük”.⁸⁰

A beavatkozás „közvetlensége” többféle módon értelmezhető:

1. mint *azonnal megvalósuló hatás*: „a neuroenhancement azáltal tűnik ki, hogy a kívánt hatás nem sokkal a mindenkori intézkedést (pl. egy tablettát/gyógyszert bevitelét) követően következik be”,⁸¹

2. mint beavatkozás a központi idegrendszerbe *a személy kognitív és egyéb képességeinek megkerülésével*: „Például egy antidepresszáns bevétele nagyobb lelki felszabadultsághoz és társadalmi gátlástalansághoz vezethet, kizárólag neuropszichológiai hatásai miatt. A tablettát lenyeléséhez semmilyen belső aktivitásnak nem kell kapcsolódnia.”⁸²

Mindkét interpretáció felhívja a figyelmet a „lerövidítésről” (Abkürzung) alkotott képre, amely szerint az nem igényel erőfeszítést és (ezért) nem megengedett. A neuroenhancementet továbbra is gyakran ilyennek tekintik.⁸³ Egy ilyen, az egyik vagy a másik módon „közvetlenül” létrehozott boldogság nyilvánvalóan nem fogadható el egy felvilágosult vágyteljesülés-elmélet kereteiben. De egy közvetlenül létrehozott boldogság az emberi jóléthez szükséges vagy elégséges kritériumként felfogott boldogság egy objektív listaelméletben sem elfogadható. Grit

⁷⁷ Hein 2011, 374.

⁷⁸ Schleim 2011, 384.

⁷⁹ Uo.

⁸⁰ Brülde 2012, 254.

⁸¹ Kipke 2011, 77.

⁸² Uo.

⁸³ Vö. Hildt 2012, 98.

Hein ezért arra mutat rá, hogy ambivalensek az eredményei azoknak a tanulmányoknak, amelyek a neurális „jutalmazási rendszer” működésével foglalkoznak a boldogságfogalommal kapcsolatban. „Egyrészt arra engednek következtetni, hogy a drogok által előidézett szubkortikális aktiválást mindenekelőtt a hedonista boldogsággal társítják. Másrészt arra utalnak, hogy e területek dopamin által közvetített aktiválásai nem magát a jutalmazást reprezentálják, hanem inkább egy pozitív esemény *megelőlegezését*. Ez aligha összeegyeztethető a hedonista boldogságfogalommal, amely az öröm közvetlen pillanatát helyezi előtérbe.”⁸⁴ Ezenkívül a tanulmányok megmutatták, hogy nemcsak a boldogság pozitív létrehozása, hanem az amygdala lassított befolyásolása, mint a szubjektív boldogtalanság korrelátuma is hozzájárul a jólét fokozásához. Egy olyan boldogság azonban, amely például egy dózis oxytocin – amely állítólag szociális területen több bizalmat vált ki⁸⁵ – által előidézhető lenne, „kétes, mert valótlan boldogság”⁸⁶ lenne. Összességében azonban az a körülmény, hogy „az eddig használatos paradigmák legtöbbje inkább hedonisztikus, mint eudaimonisztikus értelemben foglalkozik a boldogsággal [...], a klasszikus idegtudományi módszerek mérési elveinek (Messprinzip) *adósa*, és nem értendő egy redukcionista boldogságfogalomra való utalásként.”⁸⁷

Mivel azonban nem sok szerző képvisel tiszta hedonizmust, ezért csak kevesen érvelnek a jólétnek az enhancementtel történő, kizárólag hedonista módon indokolt fokozása mellett. Guy Kahane abból indul ki, hogy „hedonista okainkon” túlmenően, azok kiegészítéseként „affektív okaink” is vannak arra, hogy meghatározott szituációkban megfelelő érzelmeket érezzünk.⁸⁸ Matthew Liao és Rebecca Roache is hangsúlyozza e körülményt: „társadalmi szabályaink és kapcsolataink elvárhatják vagy megkövetelhetik, hogy bizonyos érzéseket érezzünk”.⁸⁹ Kahane egy személyes veszteség esetét hozza fel példaként. Egy ilyen helyzetben a bánat

⁸⁴ Hein 2011, 376.

⁸⁵ Vö. Kosfeld et al. 2005.

⁸⁶ Hein 2011, 377.

⁸⁷ Hein 2011, 380.

⁸⁸ Vö. Kahane 2011, 167.

⁸⁹ Liao–Roache 2011, 246.

átérzését indokló affektív okoknak nagyobb súlyt adunk, mint a rosszul-lét elkerülését indokló hedonista okoknak: „Kevesen vannak közülünk azon az állásponton, hogy ha egy szép vakációval megelőzhető lenne egy szeretett személy elvesztése miatt érzett gyász, akkor helyes volna nyaralni mennünk.”⁹⁰ Nézete szerint azonban túlzottan hosszú vagy intenzív bánat esetén a fájdalom megkönnyítését indokló hedonista okoknak ismét elsőbbséget adnánk. Az érzelmek megfelelő volta tehát az adott körülményektől és a társadalmi konvencióktól függ. Ennek fordítottjaként néhány helyzetben eszerint teljesen megengedett vagy akár kívánatos lehet enhancement útján pozitív érzelmeket gerjeszteni: „Az emberek gyakran hajlamosak olyankor is rosszul érezni magukat, amikor erre semmilyen affektív okuk sincs. Vagy amikor meg vannak ilyen okaik, akkor rendszerint még rosszabbul vannak és hosszabb ideig is, mint kellene – érzelmeik nincsenek arányban a történésekkel.”⁹¹ A tisztán hedonista affektív okok prioritásának feltételezése mellett teljesen indokolt lehetne tehát az enhancementet elfogadhatónak tekinteni.

Kahane egy további ellenvetést is tárgyal a moodenhancementtel szemben: adott esetben egy gyógyszer bevételeének köszönhetően képesek vagyunk ugyan *okainknak megfelelően* érezni (pusztán igazodunk okainkhoz), mindamellettt okaink nem *döntő jelentőségűek* érzelmeink számára: „[a pozitív hangulatfokozók] meggátolják, hogy érzéseinkre hiteles módon *reagálhassunk*. Jól érezzük magunkat, amikor jól kellene érezni magunkat, de nem *azért, mert* jól kellene érezni magunkat.”⁹² Kahane azonban visszautasítja ezt az ellenvetést az arra való utalással, hogy mégiscsak jobb az enhancement által gerjesztett elfogadható érzelmekkel rendelkezni, mint teljesen képtelennek lenni arra, hogy egy helyzetben egyáltalán emocionálisan adekvátan reagáljunk. Ilyen körülmények között egy társadalmilag elvárt emocionális kifejezés különféle pszichológiai és/vagy fiziológiai okokból fakadóan elmaradhat. Az irodalomban kedvelt példa az a szituáció, amikor valaki – például munkahe-lyi stressz miatt – nem képes arra, hogy egy barátnője esküvőjére a meg-

⁹⁰ Kahane 2011, 169.

⁹¹ Uo.

⁹² Kahane 2011, 170.

felelő – mégpedig boldog – hangoltságba kerüljön.⁹³ Egy efféle helyzetben az enhancement felhasználása affektív okokból indokolt lehet: „Ilyen esetekben is még reagálunk [...] affektív okainkra, csak nem közvetlenül. Úgy reagálunk, hogy olyan intézkedéseket teszünk, amelyek valószínűleg azt eredményezik, hogy a megfelelő mentális állapotba kerülünk.”⁹⁴

Ezenkívül a moodenhancement alkalmazása *indirekt* módon segíthetne minket, hogy affektív okainkra összességében érzékenyebben és megbízhatóbban reagáljunk: „Lehetséges, hogy segítenek minket jobban *értékelni* az életben lévő jó dolgokat – lehet, hogy csak könnyebbé teszik a pozitív affektív okok felismerését és az azokra adott választ.”⁹⁵ Kahane a pozitív affektív okoknak – tehát olyanoknak, amelyek segítenek a jó érzelmeket megfelelőként értékelni – ismét elsőbbséget ad a negatív affektív okokhoz képest – tehát az olyanokhoz képest, amelyek segítenek a rossz érzelmeket megfelelőként értékelni. Azzal igazolja ezt az előzetes elrendezést, hogy életünk általában a jóhoz igazodik: „úgy tűnik számomra, hogy vannak *intrinzikus* affektív okok, melyek támogatják, hogy életünket a jó felé irányítsuk. [...] Amennyiben valóban létezik egy ilyen normatív prioritás, akkor a pozitív hangulatfokozók mindent egybevetve támogatandók, olyan dolgok, melyek affektív orientációnkat pontosan a *megfelelő* irányba vezetik.”⁹⁶ Kipke is hangsúlyozza ezt a tendenciát: „Még ha általánosságban tudomásunk is van a negatív tapasztalat értékéről, akkor is folyton el akarjuk azokat kerülni, és az ellentétüket keressük. Senki nem keresi tudatosan a szomorúságot, csalódottságot és kudarcot azzal a céllal, hogy azokból értékes tapasztalatokat szerezzen.”⁹⁷

Az érveket egy olyan indirekt boldogságfokozás mellett, amely az enhancement segítségével, az élethez való összességében pozitív viszonyulás lehetővé tétele által történik, a vita kezdete óta tárgyalják, amit Peter Kramer *Listening to Prozac*⁹⁸ című nagy hatású könyve indított el. Az ilyen esetekben tipikusan félénk és introvertált személyekről van szó,

⁹³ Vö. Liao–Roache 2011, 246.

⁹⁴ Kahane 2011, 171.

⁹⁵ Kahane 2011, 172.

⁹⁶ Kahane 2011, 173.

⁹⁷ Kipke 2011, 264. Vö. még Kramer 2000.

⁹⁸ Kramer 1993.

akiknek általában kevés örömük van az életben, és a klinikai depresszió hatásán állnak. Ezek az emberek szeretnék erősebben érezni, hogy ők maguk is értékesek (Selbstwertgefühl), hogy szociális kapcsolatokat alakíthassanak ki és ápolhassanak, és képesek legyenek, hogy leküzdjék személyes gyengeségeiket e területen. Hildt ebben az összefüggésben arra figyelmeztet, hogy „a hangoltság enhancementjének közvetett következményei nem feltétlenül határolhatóak el egyértelműen a teljesítőképesség tökéletesítésétől”.⁹⁹ Habár Kipke általánosságban inkább szkeptikus a neuroenhancementtel szemben, ő is felhívja a figyelmet arra, hogy enhancementintézkedésekkel lehetőségünk van egy meghatározott önkép átalakítására. „Ha része a magamról kialakított tervnek (Selbstentwurf) az, hogy szélsőségesen teljesítőképés, összpontosított, kitartó és kreatív legyek, megfelelően hatásos farmakológiai vagy technikai eszközök szolgálnának eme ideál megvalósítására.”¹⁰⁰ Ezenkívül ő is látja a Hildt által szóba hozott összefüggést: „A kognitív kompetenciák tökéletesítésére szolgáló eszközök a boldogság témája számára relevánsak lennének, amennyiben a boldogságról kialakított személyes elképzelések elérését szolgálnák.”¹⁰¹ A kognitív, motivációs és moodenhancement közötti szigorú különbségtétel szemmel láthatóan „nem lehetséges” a magasabb céloknak – végső soron egy személy szerint jóként értékelt élet megvalósításának – konvergenciája miatt, valamint a „számos átfedés következtében”.¹⁰²

Mindazonáltal nincs a jó élet hedonista koncepciójához kötve egy ilyen út a boldogság felé. Az enhancementeljárások sokkal inkább indirekt módon, a boldogság sajátos összetevőinek módosításán keresztül mozdítanak elő az egyéni boldogságot. (Mint például a szakmai siker elérése az intelligencia vagy az öntudatosság fokozásának segítségével.) Ez az elképzelés a boldogság enhancementtel véghezvitt indirekt fokozásáról összeegyeztethető egy vágyteljesülés-elmélettel is és a boldogság objektív elméletével is. A vágyteljesülés-elmélet szerint például a bio-

⁹⁹ Hildt 2012, 91.

¹⁰⁰ Kipke 2011, 236.

¹⁰¹ Kipke 2011, 263.

¹⁰² Hildt 2012, 90.

technikai enhancement jó szolgálatot tehet sajátos (pl. az attraktivitás vagy a nyitottság iránti) vágyak teljesülésének, és ezáltal közvetetten a szóban forgó személy boldogságát fokozhatja: „[A] vágyteljesülés-elméletek és a technológia közti kölcsönhatás dinamikus. A technológia segíthet a vágyak *kielégítésében*, ezáltal pedig jobbá teheti az életet.”¹⁰³ Egy objektív listaelméletet feltételezve az enhancement ahhoz járulhatna hozzá, hogy lehetőség szerint szert tegyünk a mindenkori lista számos intrinzikus javára. Mindazonáltal a vonatkozó enhancementintézkedések az objektív listaelméletekkel összhangban tulajdonképpeni értelemben nem jelentenek lerövidített utat a boldogsághoz. Sokkal inkább alapot és jobb feltételeket teremtenek a boldogság előmozdítása számára annak komponensein keresztül.

Az erre vonatkozó túl optimista elvárás azonban túlzóan hathat, hiszen „frissebb metaanalízisek [...] feltárták az újabb gyógyszerek sikerét/eredményét. [...] Ha tehát gyakran már az olyan betegeknek sem segítenek a gyógyszerek, mint amilyenek a depressziósok, akiknek már nincs semmi örömük az életükben, akkor egészségeseknél igazán nem várhatunk el semmiféle csodát.”¹⁰⁴ Azonban nem csak empirikus bizonytalanságok miatt intenek óva a naiv optimizmustól. Azok a szerzők, akik a moodenhancement sikerével szemben szkeptikusak, sokkal inkább szeretnék elvi okokból is „azt tanácsolni, hogy jól felfogott saját érdekünkben ne, vagy csak nagyobb elővigyázatossággal használjuk a neuroenhancementet”.¹⁰⁵ Ennek egyik oka az az aggály, hogy a moodenhancementre mindenekelőtt akkor lehet törekedni, és akkor lehet igénybe venni azt, „ha az emberek azt érzik, hogy életminőségük már úgy lecsökkent, hogy az az elvárt követelményeknek már nem felel meg.”¹⁰⁶

¹⁰³ Tupa 2012, 139.

¹⁰⁴ Schleim 2011, 385; hasonló Hildt 2012, 91.

¹⁰⁵ Kipke 2011, 286.

¹⁰⁶ Schleim 2011, 386.

3. Összegzés

Hogy tekinthető-e az enhancement a (mesterséges) boldogsághoz vezető „lerövidített útnak” vagy eszköznek, és ha igen, mennyiben, többek között attól a boldogságról alkotott koncepciótól függ, amelyet – legalábbis impliciten – előfeltételezünk. Jóllehet állítása szerint a legtöbb szerző nem szeretné elkötelezni magát a jóról alkotott sajátos elmélet mellett, bizonyos tendenciák mégis körvonalazódnak azok alapján a sajátos előfeltételezések alapján, amelyeket az ember jóllétével kapcsolatban vázolnak fel.

Egy tisztán hedonista elméletet majdnem minden szerző elutasít. Sokan ennek során egy olyan követelményre támaszkodnak, amely a valósággal kapcsolatos: „A boldogság érzetének erősítését illetően az a veszély fenyeget, hogy (a neuroenhancement) elvéti azt, ami számunkra tulajdonképpen fontos. A valódi boldogság, azaz a boldogság az, amelyik esetében a boldogságérzetek megfelelnek a valóságnak.”¹⁰⁷ Úgy tűnik, hogy a pártolók inkább egy felvilágosult vágyelméletet vesznek alapul, amelynél a dinamikus és kreatív „önmegteremtés” értelmében véve nagy szerepet játszik a tökéletesítés iránti vágy autonómiája és hitelessége. Ezeknek a kritériumoknak azonban egy másfajta interpretációban – mégpedig inkább abban az értelemben, hogy „hú lenni önmagunkhoz” –, egy objektív boldogságelmélet keretein belül ugyancsak van relevanciája. Jóllehet úgy tűnik, hogy az enhancementet elutasító álláspont gyakran egy objektív boldogságelmélet alapján áll,¹⁰⁸ egy ilyen álláspont nem zárja ki általánosságban a tökéletesítő technológiák pozitív hatásainak elismerését. Ahogy Thomas Runkels értékelése is mutatja: „Ha a pszichofarmakon felhasználásának eredménye egy olyan individuum, amelyik a megváltozott identitását a sajátjának tudja tekinteni, amelyik tehát azzal pozitív módon azonosul, akkor az önmaga autentikus transzformációjáról beszélhetünk.”¹⁰⁹

További empirikus kérdés, hogy bizonyos javak, amelyeket a boldogság összetevőjének vagy a boldogságot szolgálónak tartanak (mint pl. in-

¹⁰⁷ Kipke 2011, 266.

¹⁰⁸ Vö. pl. President’s Council on Bioethics, 2003.

¹⁰⁹ Runkel 2010, 282.

telligencia, vonzó külső, teljesítőkéesség stb.), ténylegesen mennyiben mozdítják előre tartósan az egyéni boldogságot? Ennek fényében értelmesnek tűnik, hogy a filozófiai szempontú enhancementvitát szorosabban összekapcsoljuk az empirikus boldogságkutatással, ill. a pozitív pszichológiával. A témához kapcsolódó aktuális irodalomban ennek csak a kezdő lépéseit találjuk meg: „Az a kísérlet, hogy az emberi boldogság misztériumát megragadjuk, szükségessé teszi a természet- és szellemtudományi kiindulások integrálását – egy olyan potenciált, amelyet jobban ki kellene használni.”

Kovács Gábor fordítása

Irodalom

- Baudelaire, C. 1991. Die künstlichen Paradiese. Opium und Haschisch. In *Sämtliche Werke/Briefe in acht Bänden* (szerk. Kemp, F.–Pichois, C.–Drost, W.) 6. kötet. Carl Hanser, München. 53–102.
- Bayertz, K. 2005. Antike und moderne Ethik. Das gute Leben, die Tugend und die Natur des Menschen in der neueren ethischen Diskussion. *Zeitschrift für philosophische Forschung* 59, 1, 114–132.
- (szerk.) 2005a. *Die menschliche Natur. Welchen und wieviel Wert hat sie?* Mentis, Paderborn.
- 2010a. Eine Wissenschaft vom Glück? Teil 1: Was ist Glück? *Zeitschrift für philosophische Forschung* 64, 3, 410–429.
- 2010b. Eine Wissenschaft vom Glück? Teil 2: Die Vermehrung des Glücks der großen Zahl. *Zeitschrift für philosophische Forschung* 64, 4, 560–578.
- Berghmans, R.–ter Meulen, R.–Malizia, A.–Vos, R. 2011. Scientific, Ethical, and Social Issues in Mood Enhancement. In Savulescu–ter Meulen–Kahane 2011, 153–165.
- Birnbacher, D. 2005. Philosophie des Glücks. In *Philosophie der Psychologie*. 2005 március, <http://www.jp.philo.at/texte/BirnbacherD1.pdf> (2013. 11. 03.) Rövidített formában újrakiadva: *Information Philosophie* 2006/1, 7–20.
- 2006. *Natürlichkeit*. De Gruyter, Berlin.
- Brdar, I. (szerk.) 2011. *The Human Pursuit of Well-being*. Springer, Dordrecht.
- Brdar, I.–Anić, P.–Rijavec, M. 2011. Character Strengths and Well-being: Are There Gender Differences? In Brdar 2011, 145–157.
- Brey, P.–Briggle, A.–Spence, E. (szerk.) 2012. *The Good Life in a Technological Age*. Routledge, New York.
- Briggle, A.–Brey, P.–Spence, E. 2012. Introduction. In Brey–Briggle–Spence 2012, 1–11.
- Brülde, B. 2012. Human Enhancement and Well-being. In Brey–Briggle–Spence 2012, 251–259.
- Bublitz, J. C.–Merkel, R. 2009. Autonomy and Authenticity of Enhanced Personality Traits. *Bioethics*, 23, 6, 360–374.

- Coenen, C.–Gammel, S.–Heil, R.–Woyke, A. (szerk.) 2010. *Die Debatte über »Human Enhancement«. Historische, philosophische und ethische Aspekte der technologischen Verbesserung des Menschen.* Kézirat, Bielefeld.
- Douglas, T. 2011. Moral Enhancement. In Savulescu–ter Meulen–Kahane 2011, 467–485.
- Fink, H. 2010. Einleitung. Zwischen Falschspieler und Übermensch. In Fink–Rosenzweig 2010, 9–28.
- Fink, H.–Rosenzweig, R. (szerk.) 2010. *Künstliche Sinne, gedoptes Gehirn. Neurotechnik und Neuroethik.* Mentis, Paderborn.
- Galert, T. 2009. Wie mag Neuro-Enhancement Personen verändern? In Schöne-Seifert–Talbot–Opolka–Ach 2009, 159–187.
- Gesang, B. 2010. Starke Hirne – gute Chancen? Zur sozialetischen Bewertung von Enhancement. In Fink–Rosenzweig 2010, 209–239.
- Harris, J. 2009. Enhancements are a Moral Obligation. In Savulescu–Bostrom 2009, 131–154.
- 2013. ‘Ethics is for bad guys!’ Putting the ‘Moral’ into Moral Enhancement. *Bioethics* 27, 3, 169–173.
- Heilinger, J.-C. 2010. *Anthropologie und Ethik des Enhancements.* De Gruyter, Berlin.
- Hein, G. 2011. Glück in den Neurowissenschaften. Was zeigen bildgebende Verfahren? In Thomä–Henning–Mitscherlich–Schönherr 2011, 374–383.
- Hildt, E. 2012. *Neuroethik.* Reinhardt, München.
- Juengst, E. T. 2009. Was bedeutet Enhancement? In Schöne-Seifert–Talbot 2009, 25–45.
- Kahane, G. 2011. Reasons to Feel, Reasons to Take Pills. In Savulescu–ter Meulen–Kahane 2011, 166–178.
- Kammer, T. 2010. Transkranielle Magnetstimulation: Hokuspokus oder Therapie der Zukunft? In Fink–Rosenzweig 2010, 169–177.

- Kipke, R. 2011. *Besser Werden. Eine ethische Untersuchung zu Selbstformung und Neuro-Enhancement*. Mentis, Paderborn.
- Knoepffler, N.–Savulescu, J. (szerk.) 2009. *Der neue Mensch? Enhancement und Genetik*. Alber, Freiburg–München.
- Kosfeld, M.–Heinrichs, M.–Zak, P. J.–Fischbacher, U.–Fehr, E. 2005. Oxytocin Increases Trust in Humans. *Nature* 435, 673–676.
- Kramer, P. 1993. *Listening to Prozac*. Penguin Books, London.
- 2000. The Valorization of Sadness. Alienation and the Melancholic Temperament. *Hastings Center Report* 30, 2, 13–18.
- Krämer, F. 2011. Authenticity Anyone? *Neuroethics* 4, 51–64.
- Liao, S. M.–Roache, R. 2011. After Prozac. In Savulescu–ter Meulen–Kahane 2011, 245–256.
- Lüttenberg, B.–Ferrari, A.–Ach, J. S. (szerk.) 2011. *Im Dienste der Schönheit? Interdisziplinäre Perspektiven auf die Ästhetische Chirurgie*. LIT, Berlin.
- Merkel, R.–Boer, G.–Fegert, J.–Galert, T.–Hartmann, D.–Nuttin, B.–Rosahl, S. 2007. *Intervening in the Brain. Changing Psyche and Society*. Springer, Berlin–Heidelberg.
- Merkel, R. 2009. Mind doping? Eingriffe ins Gehirn zur „Verbesserung“ des Menschen: Normative Grundlagen und Grenzen. In Knoepffler–Savulescu 2009, 177–212.
- Mieth, D. 2011. Glück durch Biotechnik? Die Debatte über die biologische Verbesserung des Menschen (*enhancement*). In Thomä–Henning–Mitscherlich–Schönherr 2011, 369–373.
- Nagel, S. K.–Stephan, A. 2009. Was bedeutet Neuro-Enhancement? Potentiale, Konsequenzen, ethische Dimensionen. In Schöne–Seifert–Talbot–Opolka–Ach 2009, 19–47.
- Nagel, S. K. 2010. *Ethics and the neurosciences. Ethical and Social Consequences of Neuroscientific Progress*. Mentis, Paderborn.
- Parens, E. 2005. Authenticity and Ambivalence. Towards Understanding the Enhancement Debate. *Hastings Center Report* 35, 3, 34–41.
- Persson, I.–Savulescu, J. 2012. *Unfit for the Future. The Need for Moral Enhancement*. Oxford University Press, Oxford–New York.

- President's Council on Bioethics. 2003. *Beyond Therapy. Biotechnology and the Pursuit of Happiness*. Dana Press, New York.
- Runkel, T. 2010. *Enhancement und Identität*. Mohr Siebeck, Tübingen.
- Savulescu, J.–Bostrom, N. (szerk.) 2009. *Human Enhancement*. Oxford University Press, Oxford–New York.
- Savulescu, J.–ter Meulen, R.–Kahane, G. (szerk.) 2011. *Enhancing Human Capacities*. Wiley-Blackwell, Chichester.
- Savulescu, J.–Sandberg, A.–Kahane, G. 2011. Well-being and Enhancement. In Savulescu–ter Meulen–Kahane 2011, 3–18.
- Schermer, M.–Bolt, I. 2011. What's in a Name? ADHD and the Gray Area between Treatment and Enhancement. In Savulescu–ter Meulen–Kahane 2011, 179–193.
- Schleim, S. 2010. Cognitive Enhancement – Sechs Gründe dagegen. In Fink–Rosenzweig 2010, 179–207.
- 2011. Glück in der Psychopharmakologie. Affektives und kognitives Enhancement. In Thomä–Henning–Mitscherlich–Schönherr 2011, 383–387.
- Schmidt-Felzmann, H. 2009. Prozac und das wahre Selbst: Authentizität bei psychopharmakologischem Enhancement. In Schöne-Seifert–Talbot–Opolka–Ach 2009, 143–158.
- Schöne-Seifert, B. 2009. Neuro-Enhancement: Zündstoff für tiefgehende Kontroversen. In Schöne-Seifert–Talbot–Opolka–Ach 2009, 347–363.
- Schöne-Seifert, B.–Talbot, D. (szerk.) 2009. *Enhancement. Die ethische Debatte*. Mentis, Paderborn.
- Schöne-Seifert, B.–Talbot, D.–Opolka, U.–Ach, J. S. (szerk.) 2009. *Neuro-Enhancement. Ethik vor neuen Herausforderungen*. Mentis, Paderborn.
- Schramme, T. (szerk.) 2012. *Krankheitstheorien*. Suhrkamp, Berlin.
- Stroop, B. 2011. Traurige Entlein und glückliche Schwäne? Glück in der Debatte um ästhetisch-chirurgische Eingriffe als Enhancement. In Lüttenberg–Ferrari–Ach 2011, 143–165.
- Synofzik, M. 2009. Psychopharmakologisches Enhancement: Ethische Kriterien jenseits der Treatment-Enhancement-Unterscheidung. In Schöne-Seifert–Talbot–Opolka–Ach 2009, 49–68.

- Talbot, D. 2009. Ist Neuro-Enhancement keine ärztliche Angelegenheit? In Schöne-Seifert–Talbot–Opolka–Ach 2009, 321–345.
- Thomä, D.–Henning, C.–Mitscherlich–Schönherr, O. (szerk.) 2011. Glück. Ein interdisziplinäres Handbuch. Metzler, Stuttgart.
- Tupa, A. 2012. Desire-satisfactionism and technology. In Brey–Briggle–Spence 2012, 131–143.
- Veenhoven, R. 2011. Can We Get Happier Than We Are? In Brdar 2011, 3–14.
- Woyke, A. 2010. Human Enhancement und seine Bewertung – Eine kleine Skizze. In Coenen–Gammel–Heil–Woyke 2010, 21–38.

Thomas Gutmann

ÚTLERÖVIDÍTÉSEK A BOLDOGSÁGHOZ¹

Az önmeghatározás, az önrendelkezés* jogi határaihoz a medicinában

„Hacsak nem végzünk lobotómiát, nem állíthatjuk meg őket.”

(David Foster Wallace)

1. A kérésre végzett lobotómia

„Ó, ez bizony szomorú”, szól Bob Marley-nél, „érvényesülési küzdelemben látni az emberi nemet!” („Oh, it’s a disgrace / to see the human race / in a rat race, rat race!”) Ez a véleménye G. Úrnak is: a flexibilis kapitalizmus teljesen átszövi a szociális hálónkat, mindenki saját üzleti modelljének tökéletesítőjeként működik. Az állandó rohanás² társadalmában élünk, a pénz, a siker, a hatalom, a szex, a kitüntetések utáni csillapíthatatlan vágytól űzve. Kiút nincs, semmiféle. Bár a filozófia megmondja, mire kellene törekednünk: nirvána, lemondás, kilépés a szenvedések és az én-füg-

¹ A tanulmány eredeti megjelenési helye: Johann S. Ach (szerk.): *Grenzen der Selbstbestimmung in der Medizin*. Mentis Verlag, Münster, 2013, 138–152.

* Az eredetiben a „Selbstbestimmung” terminus szerepel. Mind az „önmeghatározás”, mind pedig az „önrendelkezés” jelentéstartalmai feltüntetésekor Rózsa Erzsébet terminusértelmezését tekintetem irányadóknak. Lásd Rózsa Erzsébet: *Szabadság és természet. A humán jelleg és a személy tematikája a kortárs német bioetikában*. *Meditor* 2011/1, 47–62.

² Rosa 2005.

góság körforgásából, vagy nyugati verziójában: a szenvedélyektől való mentesség (*apatheia*), önmérséklet (*autarkeia*) és rendíthetlenség (*ataraxia*).

Azonban, gondolkodik G. Úr Marcus Aureliusszal az egyik, s némi kis THC³-vel a másik kezében, miért is kellene nekünk 2013-ban az erényes-etikus habitus hosszú, rögzös útját járni? Miért is ne segítenénk magunkon egy kicsit? Miért ne lehetne a modern medicina áldásait kihasználni? Egy kicsi idegsebészeti vágás, amely a szemüreg fölött bizonyos idegpályákat a thalamus és a frontális lebeny között, illetve némi kis szürkeállományt is leválaszt, és a *tranquillitas animi* sztoikus triásza máris huzamosan biztosítva van: az élet hátralévő részében nincsenek sem szenvedélyek, sem sóvárgás; sem vágyakozás, sem félelem; sem út, sem cél. Egész nap békésen, nyugodtan ülni a széken, semmit nem akarni, minden szükség nélkül. „Légy, mint a szirtfok, melyet a hullámok folyton csapkodnak; az pedig rendületlenül áll, s körülötte elcsöndesül a habzó forrगतag” (Marcus

³ A tetrahidrokannabinol (THC) a pszichoaktív cannabinoidok közé tartozik és a kender (*Cannabis*) fő hatóanyaga. Lásd hozzá a kábítószerekről szóló német törvény 19-es paragrafusának 3. és 24a. bekezdéseit, illetve az 1-es paragrafus első bekezdésének első függelékét (§§ 19 Abs. 3, 24a und Anlage I zu § 1 Abs. 1). Ahhoz, hogy a kábítószerekről szóló törvény büntető jogszabályai, amennyiben azok tiltják és büntetéssel sújtják a cannabisproductumokkal való érintkezés különböző formáit, összeegyeztethetők az alaptörvénnyel, lásd a német Szövetségi Alkotmánybíróság 1994. március 9-i (BVerfGE 90, 145), illetve 2004. június 29-i (2 BvL 8/02) határozatait. *A BVerfGE rövidítés jelentése a következő: *Entscheidungen des Bundesverfassungsgericht. Ez a Szövetségi Alkotmánybíróság döntéseit rövidítetlen, hivatalos formában közzevető Tübingenben megjelenő kötet, amely az alkotmánybírák egyesületének privát melléktevékenységében kerül publikálásra. Az egyes döntéseket a „BVerfGE, kötetszám, kezdő oldalszám” formában szokás idézni, pl.: BVerfGE 90, 145. Ez azt jelenti, hogy a döntés a 90. kötet 145. oldalán kezdődik. Ha döntésen belüli konkrét szöveghelyre akarunk hivatkozni, akkor annak <oldalszám> a bevett formája, pl.: BVerfGE 90, 145 <148>. Ez azt jelenti, hogy a szöveghely a 90. kötet 145. oldalán kezdődő döntésben a 148. oldalon található. A BvL rövidítés jelentése a következő: Normenkontrolle auf Vorlage der Gerichte. Ez a bíróság előterjesztésére az Alaptörvény 100-as cikkelyének első bekezdése alapján végzett normakontroll. Hivatkozások esetében az iktatási ügyiratszám megadása szokásos, pl. 2 BvL 8/02.*

Aurelius)⁴ – a lobotómia,⁵ gyors nirvana és egy lerövidített út a boldogsághoz (*instant nirwana and a short cut to happiness*).

Ha ez most egy zárthelyi dolgozat lenne a jogi karon, a következő kérdés következne: Adhatja-e G. Úr sebészei ellenvetése mellett is jogerős hozzájárulását a kérésre végzett lobotómiához?

2. A kiindulópont

Miért is ne? A polgári és a büntetőjog, s különösen az orvos-páciens viszony Németországban szinte teljesen konstitucionalizált. A jogot tehát az érintettek alapjogainak fényében kell olvasnunk. A Szövetségi Alkotmánybíróság 1979-től követi azt a gyakorlatot, amely szerint (az élethez és) a testi sérthetlenséghez való jognak az alaptörvény 2. cikkelyének 2. bekezdése első mondata alapján olyan értelmezését adja, amely szerint a norma nem a test mint hús, csontok, erek és idegek összességének védelme, hanem sokkal inkább az alapjog birtokosának rendelkezési szabadsága saját teste felett. „Az alaptörvény 2. cikkelyének 2. bekezdése első mondata szerinti alapjog [...] elsősorban az ember testi-lelki integritásának területén biztosítja a szabadság védelmét, s nem korlátozódik az egészség speciális védelmére”,⁶ hangozott el egy kisebbségi állásfoglalásban, amely régen doktrínává emelkedett. Majd a továbbiakban: „Testi-lelki integritásának meghatározása és az arról való rendelkezés az ember

⁴ Marcus Aurelius: *Elmélkedések*, 4, 49.

⁵ A kockázatokról és mellékhatásokról kérdezze meg kezelőorvosát és gyógyszerészét. A lobotómiát, abban az időben, amikor a pszichiátriának még gyakorlatilag sem neuroleptikumok, sem másfajta pszichofarmakonok nem álltak rendelkezésére (a torazin antipszichotikumot csak 1954-ben engedélyezték), a portugál António Egas Moniz dolgozta ki, és 1945-től különösen az amerikai neurológus, Walter Freeman propagálta. Csak az Egyesült Államokban 40000 és 50000 közé tehető azoknak a többségében pszichózisban vagy depresszióban szenvedő betegeknek a száma, akiket alávetettek a kezelésnek. Lásd hozzá El-Hai *The Lobotomist* és ehhez Nuland recenzióját: *Killing Cures* („Abban az időben a lobotómiát saját növekvő hírneve diszkreditálta, mint egy mérsékelt eredményességű eljárást, sokkal nagyobb potenciával arra, hogy kezelteit egy zombiszzerű államba kényszerítse”).

⁶ BVerfGE 52, 131 = *Neue Juristische Wochenschrift* 1979, 1925. (1930 sk.)

személyének legsajátabb területéhez tartozik. Ezen a területen az alaptörvény tekintetében szabadon választhatja meg mércéit, élhet és dönthet azok szerint. Éppen az önmeghatározás, önrendelkezés ezen szabadságát – még a gyógyászati célú orvosi beavatkozások normatív szabályozása ellenében is – emeli ki hangsúlyosan és biztosítja az alaptörvény 2. cikkelyének 2. bekezdése első mondata.” Csodás, gondolja magában G. Úr! Az alaptörvény tekintetében tehát szabadon választhatom meg mércéimet, élhetek és dönthetek azok szerint – én tehát az Egóból való radikális kiszállást választom.

Ha még bármi kétely merülne föl az alaptörvény 2. cikkelyének 2. bekezdése első mondata nem paternalista, sőt antipaternalista jellege kapcsán, akkor azokat a Szövetségi Alkotmánybíróság a kényszerkezelés foganatosításáról szóló 2011. április 15-i döntése el kell hogy oszlassa: „A szabadságjogok – hangsúlyozza a szenátus – magukban foglalják a jogot a szabadság azon alkalmazására, amely – legalábbis egy kívülálló szemében – ellentétes az alapjog birtokosának jól felfogott érdekeivel. Eszerint ugyanis alapvetően az egyes ember dolga eldönteni, hogy terápia, vagy más egyéb eljárásoknak alá akarja-e vetni magát, amelyek egyébként kizárólag »gyógyulását« szolgálják.” Röviden: „Az alapjogokban rögzített szabadság magában foglalja a »betegséghez való jogot« [...] is.” G. Úr történetesen nem a betegséget akarja választani, csupán a lelki nyugalmat. Van még kérdés?

Az antipaternalista⁷ alapjog-értelmezés régóta *common sense*, egyfajta közös belátás a szövetségi alkotmánybírósági jogszolgáltatásban, és minden esetben kijelöli a legitim *népegészségügyi alapelvek* (*public health-policies*) határait. Az egyes tartományok törvényeit is ehhez igazítják. Ebben a szellemben múlják egymást fölül a baden-würtembergi vendéglátóhelyek dohányzási tilalmáról szóló bírósági döntés kapcsán többségi és kisebbségi állásfoglalások⁸ annak bizonygatásában, hogy „a dohányosok

⁷ Ehhez alapvető irodalom: Feinberg 1986; emellett Gutmann 2012. Lásd még ehhez Barczak 2013.

⁸ A Szövetségi Alkotmánybíróság 2008. július 30-i döntése. BVerfGE 121, 317, Rz. 176 skk. – Masing Úr [* *Johannes Masing a szövetségi alkotmánybíróság alkotmánybírája. Az Rz rövidítés jelentése: Randziffer, vagyis széljegyzet. Tehát a 176 skk. oldalakon széljegyzetek találhatóak a döntéshez*] kisebbségi állásfoglalása a következőképpen

fölkött nem lehet illetéktelen módon atyáskodni, s különösen nem lehet az önpusztításukkal szembeni védelmet erőszakkal rájuk kényszeríteni.”⁹ A bírósági jogszolgáltatásban megfélekedtek a „szökevényekről”.¹⁰ Másrészről azonban az egyik bírósági tanács ismételten arra a megállapításra jutott, hogy bár az „önpusztító viselkedési formák is [...] a szabadság alapjogának gyakorlatát” képezik, mindazonáltal viszont az adományozók körének korlátozását az éltöszerv-adományozások esetében (transzplantációs törvény [TPG] 8. § 1. bekezdés második mondat¹¹) arra való hivatkozással foganatosítják, hogy „legitim, közhasznú cél embereket attól óvni, hogy komolyabb kárt okozzanak önmaguknak”.¹²

Na, gondolja magában G. Úr (újra meggyújtva a jointot¹³ és megfordítva a Bob Marley-lemezt), még szerencse, hogy én nem akarok sem szereket adományozni, sem nyilvános helyen dohányozni. Csak a lobo-

hangzik: A döntés a paternalista atyáskodás veszélyét rejti magában [...]. A kivételt nem ismerő tilalom nem szükséges a nem dohányzók védelmében. Mint a polgárok védelmében hozott függőségi prevenciós intézkedés pedig önmagával szemben aránytalan. Az alaptörvényben biztosított szabadságjogok a törvényhozóit olyan szabályozásra kötelezik, amely képes a védelem és a szabadság közötti nehéz egyensúly megteremtésére. A vendéglátóhelyek abszolút dohányzási tilalmának radikális megoldása ezzel összeegyeztethetetlen. Így sokkal inkább egy nevelési célzatú atyáskodás útja rajzolódik ki, amely más területekre is kiterjedhet, s mint ilyen, fojtogatóan hat.

⁹ BVerfGE 121, 317, Rz. 126 (többségi állásfoglalás). Továbbá: „A szövetségi állam a nem dohányzók védelmében alkotott törvényei nem a függőségi prevenciót, s nem is az egyes ember önmagától való védelmét célozzák. Céljuk sokkal inkább a passzív dohányosok védelme. Nem a dohányosok, hanem azok egészségének a védelméről van szó, akik az adott szituációban nem dohányoznak.”

¹⁰ Gutmann 1999.

¹¹ „Egy vese, a máj egy részének vagy más regenerálódni nem képes szervnek az eltávolítása [élő személy esetében] csak első vagy másodfokú rokonokba, házastársakba, bejegyzett élettársakba, jegyesekbe, vagy más olyan személyekbe történő átültetés esetében engedélyezett, akik különös személyes kapcsolatban állnak az adományozóval.”

¹² A Szövetségi Alkotmánybíróság első szenátusa első kamarájának 1991. augusztus 11-i, 1 BvR 2181–83/98 iktatási ügyiratszámú döntése. BVerfG (1. Kammer des Ersten Senats), Beschluss vom 11. August 1999-1 BvR 2181–83/98, *Neue Juristische Wochenschrift* 1999, 3399. [* A BvR rövidítést a Szövetségi Alkotmánybíróság az alaptörvény 93-as cikkelyének első bekezdése 4a és 4b pontjai szerinti alkotmányos aggályok jelölésére használja. A szerző itt nem adott meg a BVerfGE kötetiből, csak a *Neue Juristische Wochenschrift*-ből hivatkozási helyet.]

¹³ „És közlünk ki a mézédés termést meg is ette, / már nem akart hírt adni nekünk, nem akart hazatérni, / ott kívánt az örökre maradni a lötuszveöknél, / egyre a lötuszt szed-

tómiámat szeretném, azt pedig nem tiltja a törvény.¹⁴ S egyáltalán: ha a rohanás engedélyezett – vagyis az agyi teljesítményfokozás (neuro-enhancement), ami bár az etika emberei számára problémákat vet föl (vagy nem is),¹⁵ jogilag azonban, legalábbis elvileg, a „mentális önmeghatározás, önrendelkezés joga”¹⁶ alapján biztosított –, akkor a lassulás miért nem az? Miért csak a teljesítményfétis igénye engedélyezett a kései-modern kapitalizmusban, annak radikális kritikája miért nem?

3. Változó határok (Shifting boundaries)

Az alapjogi normáknak megfelelően a saját test feletti önrendelkezés szabadságának joga az utóbbi évtizedekben mind a bíróságok, mind a jogalkotó jogszolgáltatásában kibővült. Azt, hogy nincs – eltekintve speciális jogállásoktól, mint például a katonai büntetőjog¹⁷ – sem az egészségre, sem az életben maradásra vonatkozó kötelezettség, a bírói gyakorlat a kezelés megtagadásának jogaként már régen világosan egyértelművé tette. Már az 1950-es években sem volt kérdés, hogy a páciensek – még a nők is – vitális indikáció esetén is megtagadhatnak egy kezelést.¹⁸ Mind-

ni, feledve a szép hazatérést.” (Homérosz: *Odüsszeia*, IX. Ének, 82 skk. Magyar Helikon Kiadó, Budapest, 1967, 563. Devecseri Gábor fordítása.)

¹⁴ A saját test fölötti önrendelkezési jog egységes törvényi határaihoz lásd az embrióvédelmi törvény 1-es paragrafusának első bekezdése 1-es és 7-es pontjait (a bérnyaság és a petesejt adományozás tilalma), valamint 6-os paragrafusát (a reprodukív humánklonozás tilalma), illetve a transzplantációs törvény 8-as paragrafusának első bekezdése második mondatát (az egymáshoz nem közel álló személyek közötti élőszervadományozás tilalma), valamint 17-es és 18-as paragrafusait (a szervkereskedelem tilalma). § 1 Abs. 1 Nrn. 1 és 7 EschG, § 6 EschG, § 8 Abs. 1 Satz 2 TPG, §§ 17, 18 TPG, illetve alapvetően lásd Sternberg–Lieben 1997.

¹⁵ Az áttekintéshez: Schöne-Seifert et al. 2009; Galert–Bublitz–Heuser–Merkel–Repantis–Schöne-Seifert–Talbot 2009; Ach 2009; Savulescu–Bostrom 2009, 375–416.

¹⁶ Vö. Merkel–Boer–Fegert–Galert 2007, 313 skk; Merkel 2009, 952.

¹⁷ Vö. A katonai büntetőtörvény 17-es paragrafusával. § 17 WStG. [* A WStG rövidítés jelentése: *Wehrstrafgesetz*, vagyis *katonai büntetőtörvény*.]

¹⁸ Vö. A Szövetségi Büntető Törvényszék ítéletével: BGHSt 11, 111 – Myom. [* A BGHSt rövidítés jelentése: *Bundesgerichtshof in Strafsachen*, vagyis *Szövetségi Büntető Törvényszék*. Ennek döntései szintén hozzáférhetőek kötetekbe rendezve. Az egyes döntéseket a „BGHSt, kötetszám, kezdő oldalszám” formában szokás idézni, pl.: BGHSt

ez abban az időben, amikor a Szövetségi Törvényszék más helyütt egyébként még az alaptörvény 3. cikkelyének 2. bekezdését figyelmen kívül hagyva meggyőződéssel hirdette, hogy a nemek „fundamentális különbözősége”, amelynek okán a férfi jogi tekintetben is a „család feje”, a „népek ősi házassági és családjrendjéből” adódik.¹⁹ Vagy hogy a jegyes prostituálásának büntethetősége közvetlenül az „erkölcsi rend okán” érvényes, amely előírja, „hogy a nemi élet alapvetően monogám módon történjék”.²⁰ „A kezelés megszakítása”, így áll a Szövetségi Törvényszék egyik összefoglaló állásfoglalásában 1995-ben, „a páciens ez irányú akaratában az ő általános döntési szabadságának és a testi sérthetelenséghez való jogának a kifejeződése (alaptörvény 2. cikkely 2. bekezdés, első mondat), s mint ilyen, alapvetően méltánylandó és akceptálható”.²¹ S valamivel még világosabban tíz évvel később: „A páciens kinyilvánított akarata ellenére végrehajtott mesterséges táplálás jogellenes cselekmény, amelynek felfüggesztését a páciens a polgári törvénykönyv 1004. § 1. bekezdés második mondata és a 823. § 1. bekezdése alapján követelheti.”²²

Nem váratott soká magára a saját test fölötti önrendelkezésre vonatkozó szabadságjog következő bővítése, amely már a személyi autonómia fogalmából is kötelezően következik.²³ Az előzetes önrendelkezés jogi elismeréséről van szó, amelyet a páciens egy későbbi időpontra foganatosít, amikor is ő már nem lesz rendelkezési képessége birtokában. Ez eset-

11, 111. Ez azt jelent, hogy a döntés a 11. kötet 111. oldalán kezdődik. Ha döntésen belüli konkrét szöveghelyre akarunk hivatkozni, akkor annak <oldalszám> a bevett formája, pl.: BGHSt 11, 111 <118>. Ez azt jelenti, hogy a szöveghely a 11. kötet 111. oldalán kezdődő döntésben a 118. oldalon található. Az itt szereplő konkrét döntés egy mió-más esetben született 1957. november 28-án.]

¹⁹ Vö. A Szövetségi Civil Törvényszék ítéletével: BGHZ 11 (Anhang: Gutachten [Függelék: szakvélemények]), 34 (65 sk.). [* A BGHZ rövidítés jelentése: Bundesgerichtshof in Zivilsachen, vagyis Szövetségi Civil Törvényszék. Döntéseit szintén az előbbieken jelzett formában szokás idézni, vagyis a 11-es kötet függelékében szereplő szakvélemény, illetve 34 és 65 sk. oldalak vannak hivatkozva.]

²⁰ Vö. A Szövetségi Törvényszék Büntetőügyi Nagytanácsának döntésével: BGH, Großer Senat für Strafsachen, BGHSt 6, 46. [* A BGH rövidítés jelentése: Bundesgerichtshof, vagyis Szövetségi Törvényszék.]

²¹ BGHSt 40, 257 = *Neue Juristische Wochenschrift* 1995, 204.

²² BGHZ 163, 195 = *Neue Juristische Wochenschrift* 2005, 2385.

²³ Quante 2002.

ben is az ítélkezési gyakorlat verte le az első cölöpöket – például a Szövetségi Törvényszék XII. Civil Tanácsa 2003-ban: „Ha a páciens nincs birtokában rendelkezési képességének [...], s amennyiben ez az ő előzetesen – egy úgynevezett páciensi rendelkezés formájában – kinyilvánított akarata, akkor az életfenntartó, vagy az életet meghosszabbító kezeléseket be kell szüntetni. Ez a kötelezettség az ő emberi méltóságából következik, amely arra kötelez, hogy a páciens rendelkezési képessége birtokában gyakorolt önrendelkezési jogát akkor is tiszteletben tartsuk, amikor már nincs olyan állapotban, hogy önálló, felelős döntést hozzon.”²⁴ Ezt a felfogást fogadtatotta a törvényalkotás is a páciensi önrendelkezés szabályozásakor a 2009-es gondnokságról szóló törvényben.²⁵ Ezzel alapvetően a mindenkor jelenvaló, autonóm emberi személy mellett döntöttek, amely önnön későbbi, nem autonóm „megnyilvánulású” személyt érintő kezelésekről előre rendelkezhet.

Valamivel tovább váratott magára a Szövetségi Törvényszék 2. büntető szenátusának megállapítása,²⁶ mely szerint az eutanázia, amely ténylegesen vagy vélhetően megegyezik a páciens akaratával és arra szolgál, hogy egy kezelés nélkül halált eredményező betegségnek szabad folyást biztosítson, nem csupán egy kezelés mellőzése, de a már megkezdett orvosi kezelés szándékos megszakítása formájában is jogszerű. Körülbelül ezzel egy időben törölték el az élet bevezését érintő személyes autonómia egy másik látszólagos határát is. Míg a Szövetségi Törvényszék a híres „Wittig”-ítéletben²⁷ még egy egyértelműen szabad, felelős „osztott-szor-

²⁴ BGHZ 154, 205 (217) = *Neue Juristische Wochenschrift* 2003, 1588.

²⁵ A polgári törvénykönyv az 1901a paragrafusban a páciens önrendelkezéséről ezt rögzíti: „Ha a felnőttkorú, rendelkezési képessége birtokában lévő páciens arra az esetre, amikor nem lesz birtokában rendelkezési képességének, írásban rögzíti, hogy az adott időpontban még nem esedékes vizsgálatokhoz, gyógykezelésekhez vagy orvosi beavatkozásokhoz hozzájárul, vagy azokat megtagadja (páciensi önrendelkezés), akkor a gyám feladata ellenőrizni, hogy a rögzítettek a későbbi élethelyzetet vagy kezeléseket érintik-e. Amennyiben ez az eset áll fenn, a gyám feladata a páciens akaratát kifejezni és annak érvényt szerezni.”

²⁶ Vö. a Szövetségi Törvényszék 2010. június 25-i, 2 StR 454/09-es iktató ügyiratszámú ítéletével: BGH, Urteil v. 25. 6. 2010–2 StR 454/09 – *Neue Juristische Wochenschrift* 2010, 2963 (Putz-eset).

²⁷ BGHSt 32, 367.

zott öngyilkosság”^{*} esetében is mentési kötelezettséget írt elő az orvosoknak az öngyilkos eszméletvesztése után, illetve egy ilyen önpusztító tett megakadályozásának elmulasztását a gondatlan veszélyeztetés bűncselekményeként értékelte, addig a müncheni államügyészség a mentési kötelezettséget egy szabad, felelős öngyilkosság esetében már egyértelműen tagadja.²⁸

Ezek után az élet bevégzésére vonatkozó önmeghatározással, önrendelkezéssel kapcsolatban már csak *egy* objektív határ marad fenn, mint azt a Szövetségi Törvényszék az éppen idézett Putz-*esetben*²⁹ is ismételten tisztázta: a nem orvosi kezelés beszüntetésének összefüggésében álló, és az ember életét érintő célzott beavatkozások nem válhatnak páciensi beleegyezéssel jogszerűvé. Az élet kérésre történő kioltásának büntethetősége (büntető törvénykönyv 212. és 216. §-ok) mint az élet keresztény védelmének („az élet szentsége”³⁰) végmorénája továbbra is érvényben van. Jóllehet ez a szentség is, legalábbis határesetekben, ama verdikt alá esik, amely szerint ez aránytalan beavatkozás az érintett alapjogaiba, vagyis az emberhez méltó halálhoz való jogába (az alaptörvény 1. cikkelye 1. bekezdésének első mondata). A büntető törvénykönyv 212. és 216. §-ának alkotmánykonform teleológiai redukciója a „Diane Pretty”³¹ konstellációkra a fentiek miatt már most is ajánlatosnak tűnik, s a probléma

* Az eredetiben a „Bilanz-Suizid” kifejezés szerepel, amelyet Alfred Hoche alkotott meg 1918-ban. Hoche a fogalommal egy egészséges ember élethelyzetének mérlegelése és negatív megítélése utáni szabad akarattól elkövetett öngyilkosságát kívánta jelölni. A fogalom erősen vitatott.

²⁸ NSzT 2011, 345 = MedR 2011, 291: Alzheimer-diagnózis utáni, a felnőttkorú hozzátartozók jelenlétében Lunimallal elkövetett osztott-szorított öngyilkosság. [** A NSzT a Neue Zeitschrift für Strafrecht, a MedR a Medizinrecht folyóiratok rövidítése.*]

²⁹ Vö. a Szövetségi Törvényszék 2010. június 25-i, 2 StR 454/09-es iktatói ügyiratszámú ítéletével: BGH, Urt. v. 25. 6. 2010–2 StR 454/09; *Neue Juristische Wochenschrift* 2010, 2963.

³⁰ Kuhse 1987.

³¹ House of Lords, Judgment [2001] UKHL 61 – The Queen on the Application of Mrs Diane Pretty, 2001. november 29. Online: <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200102/ldjudgmt/jd011129/pretty-1.htm> (2013. 02. 26), valamint *Európai Alapjogi folyóirat (Europäische Grundrechte-Zeitschrift)* 2002. április 29-i, 2346/02 iktatási ügyiratszámú ítélete: EuGMR, Urteil vom 29. 4. 2002.–2346/02 Pretty/Vereinigtes Königreich. In *Europäische Grundrechte-Zeitschrift (EuGRZ)* 2002, 234.

proceduralizációjának,³² vagyis törvényileg definiált eljárási szabályok megalkotásának, megkerülhetetlennek kell lennie. Ronald Dworkin, John Rawls, Robert Nozick, Thomas Nagel, Thomas Scanlon és Judith Jarvis Thomson pregnánsan megfogalmazták ezt az alapelvet 1997-es³³ közös *amicus curiae* – az Egyesült Államok Legfelsőbb Bírósága (US Supreme Court) előtti szakvéleményükben: „Az Egyesült Államok [...] legitim érdeke megóvni az egyes individuumokat attól, hogy irracionális, felvilágosulatlan, kényszer szülte vagy labilis állapotban hozott döntéseikkel sietessék halálukat. E cél érdekében az államok szabályozhatja azt a segítséget, amelyet orvosok nyújthatnak azoknak, akik a halál iránti vágyuknak adnak hangot. Azonban az állam nem vonhatja meg teljességgel azt a lehetőséget az emberektől, hogy egy értelmes, az állam által meghatározott eljárás keretei között [...] demonstrálják: döntésük, hogy meg akarnak halni, valójában tájékozott, kitartó és szabad akaratból született.”

4. A büntető törvénykönyv 228. §-ának határvonala – Változó határok újra (Shifting Boundaries, again)

Csak lassan, csak lassan, gondolja magában G. Úr. Én nem akarok most mindjárt meghalni, csak lobotomizáltatni akarom magam, aztán lelki békében, egész nyugodtan, tovább akarok élni.

Ehhez G. Úrnak persze szüksége van egy orvosra, mivel az önlobotómia nem ajánlatos. A liberális alaptörvény most azzal a helyzettel találja magát szemben, hogy a büntető törvénykönyv tartalmaz kivételt azzal kapcsolatban, amit saját magammal tehetek, illetve amihez egy kívülálló ellenében is beleegyezésem adhatom: aki a sértett személy beleegyezésével testi sértést követ el, jogellenesen cselekszik, mivel a cselekmény a sértett beleegyezése ellenére „a jó erkölcsbe ütközik” (büntető törvénykönyv 228. §).

Ezt a normát talán annak elemzésén keresztül közelíthetjük meg a legjobban, hogy az mit nem foglal magában. Nem számol, mint rögtön látjuk,

³² Vö. Saliger 2003.

³³ Dworkin–Nagel–Nozick–Scanlon–Thomson 1997, 41–47.

a beavatkozás orvosi indikációjával. A hírhedt „fogeltávolítási” esetben³⁴ a Szövetségi Törvényszék 1978-ban még arra a kijelentésre ragadtatta magát, hogy „az mindenesetre gyógyászat híján való beavatkozás, ha egy operáció szükségességére orvosilag elővigyázatossági okokból sem utal semmi és ezzel az orvos is tisztában van”. A döntés már akkoriban egyhangú elutasításra talált. Éppen mert a testi sérthetlenség az alaptörvény 2. cikkelye 2. bekezdésének első mondatából fakadó alapjoga elsősorban az alapjog birtokosának saját teste fölötti „szabadságát” és diszpozíciós prioritását biztosítja, ma már világos, hogy ezen alapjog hatóköre nem függhet az arra vonatkozó orvosi konszenzustól, hogy általában milyen kezeléseket kellene a pácienseknek ajánlani. Az önmeghatározás, az önrendelkezés joga nem csupán a szende szűziesen ártatlan beavatkozások hozzáféréseinek jogát foglalja magába, amelyeket az orvosok ajánlatosnak tartanak. Más szóval: a „kívánságra rendelkezésre álló medicina” felé húzó jelenkori tendencia etikailag és orvosi-elméleti vonatkozásban is kritizálható.³⁵ Azonban a testi beavatkozáshoz adott jogszerű beleegyezés hatókörét illetően ez a kritérium nem játszik szerepet. G. Úr pedig ismét csak azt kérdezi: ha a teljesítményfétis igenlése engedélyezett a kései-modern kapitalizmusban – gondoljunk csak a szépségipari plasztikai sebészetre, az „öregedés elleni” („anti-aging”)- és az „életstílus” („life-style”)-medicinára –, akkor annak radikális, tevékeny kritikája miért nem az?

Rendben van, G. Úr kívánsága kissé szokatlan. Ám a szabadságjogok az idioszinkráziákat is védik. Sőt nem pont a Szövetségi Alkotmánybíróság rögzítette a minap egy paranoid pszichózisos eset kapcsán, hogy ha a „beteg képtelen felfogni betegsége súlyát és belátni a kezeléseket feltétlen szükségességét, vagy az ilyen belátás szerinti cselekvésre betegsége okán képtelen, [...] még akkor sem képződik az állami szerveknek olyasfajta »ésszerű felségjoga«, amely a páciens akaratát csupán azért felülírhatná,

³⁴ BGH *Neue Juristische Wochenschrift* 1978, 1206. „A páciens, aki laikus tudatlanságában egy önmaga felállította értelmetlen diagnózis alapján egy fogorvostól fogai teljes eltávolítását kéri, ezzel nem nyilvánít ki jogerős beleegyezést ebbe a kezelésbe.”

³⁵ Lásd hozzá: Kettner 2009.

mert az eltér a szokásos preferenciáktól, vagy egy kívülálló számára értelmetlennek tűnik”?³⁶

Azonban a kérésre végzett lobotómia mégis valahogy nem természetellenes? Hát persze, hogy az. De visszakérdezve: ebben a formájában egyáltalán mi keresnivalója van a „természetesség-érvnek” a medicina területén, amely kevés más emberi tevékenységhez hasonlóan éppen azon van, hogy a „természet” szabad folyásának útját állja? „A” természet vak, értelem híján való, iszonyatos, könyörtelen és nem humánus. Bizonyára „természet szerint való” lenne egy tízéves kislányt hagyni meghalni vakbélgyulladásban. S hogy egy ilyen páciens egy operációval mégis megmentünk, az mindazon nemtermészeti része, amit kultúrának, civilizációnak vagy társadalomnak nevezünk. A „természetesség” érve csak akkor nyer orvostikai és jogi relevanciát a kezeléseket meghatározó individuális döntések kontextusában, ha az a cselekvő ember preferenciájának tárgya. Mint olyan, önmagában, normatíve semmit nem jelent.

A „természetesség küszöbének” irrelevanciáját példászerűen demonstrálja a transzszexualitás joga, amely szerint az érintettek önmagukban felfedezett nemi identitásának elismerése, illetve joga a szexuális önmeghatározásra áthágja a biológiailag hozzájuk rendelt „nem” határait. Ennek szellemében rögzítette a Szövetségi Alkotmánybíróság 2011. január 11-i végzésével,³⁷ hogy az alaptörvény 2. cikkelyének 1. és 2. bekezdésébe, illetve 1. cikkelyének 1. bekezdésébe ütközik, ha egy transzszexuális azonos nemű kapcsolatának jogi rögzítése csak akkor történhet bejegyzett élettársi viszony formájában, ha előtte (a transzszexuálisok jogállásáról szóló törvény 8. §-a 1. bekezdésének 3. és 4. rendelkezése értelmében) alávetette magát a külső nemi jegyeit átalakító operációnak, illetve tartósan nemzéképtelen. Eszerint a férfiból nővé váló homoszexuális irányultságú transzszexuálisok esetében, mivel a nemzéképtelenség többé nem lehet feltétele női személyi státuszuk jogi elismerésének, nem zárható ki, hogy ők aztán jogi értelemben nőként (biológiailag azonban férfiként) majd gyermekeket nemzenek. Ezt, közli szárazon a törvénytészék, el kell

³⁶ A Szövetségi Alkotmánybíróság 2011. április 15-i ítélete. BVerfGE 128, 282–322. (2 BVR 882/09 2011. április 15.)

³⁷ BVerfGE 128, 109.

fogadni. „A természet, az egy olyan, hogy is mondjam csak, mint mondjuk...” – ezt már Büchner Woyzecke is tudta.

Egyébként éppen a büntető törvénykönyv 228. §-a (illetve korábban a 226a §-a) körüli vitában sokáig a keresztény-arisztotelészi töltetű természetfoglalom szolgált az erkölcsös és az erkölcstelen kategóriáinak meghatározására. Az autonómia elvét elgondolni sem hajlandó³⁸ etikai feltevések heves éljenzése mellett a jogszolgáltatás még az 1960-as években is e norma mentén követelte a feleség általa is óhajtott sterilizációjának büntethetőségét.³⁹ Claus Roxin híressé vált polémiájával „a kifogásolhatóságról és az erkölcstelenségről mint jogtalanságot megalapozó ismérvekről a büntetőjogban”⁴⁰ azután egy olyan fejlődési irány vette kezdetét, amely a büntető törvénykönyv 228. §-ának „jó erkölcsű” általános klauzuláját is megpróbálta konstitucionalizálni. Azaz a pusztán „morállelles” területtől különválasztani és a jog eszközeivel ártalmatlanítani, hogy alkalmazhatóságát olyannyira be lehessen szűkíteni, hogy az eleget tegyen az alaptörvény 103-as cikkely 2. bekezdésében foglalt konkrétságra vonatkozó követelményeknek. Kétségesnek tűnik, hogy ez azóta kielégítő mértékben megvalósult volna.⁴¹

³⁸ Vö. Jonas 1987, 152. „A sebészeti sterilizáció, mint tartós csonkítás, olyan arculcsapása az elementáris nil nocere [soha ne árts – latin.] hippokratészi esküjének, hogy annak legfeljebb akut népesedési vészhelyzet esetében lenne szabad készséges orvosokat találnia.“

³⁹ Vö. a Cellei Tartományi Legfelsőbb Bíróság – OLG Celle – ítéletével, *Neue Juristische Wochenschrift* 1963, 406. „Mindazon sterilizációk, amelyek pusztán szociálisan indokoltak, vagy hovatovább szívességből hajtották őket végre, mindenkor súlyos testi sértéseknek tekintendők. (Lásd ehhez a büntető törvénykönyv 224. és 225. paragrafusait.) Ezek, még ha a gyógyítási célból történő orvosi beavatkozásban nem is látunk testi sértést, valójában testi sértések, mert az ilyen sterilizációk éppenhogy nem gyógyítási célból történnek, hanem mindenkor a szociális helyzet javítására irányulnak, sőt a szíveségből végrehajtott sterilizációk esetében a féktelen kéjvágyat szolgálják. Ezek jogellenes cselekmények, miként a petevezeték elkötésének a nők beleegyezése ellenére történő esetei is a büntető törvénykönyv 226. §-a értelmében vett jó erkölcsbe ütköznek.” [* *Az OLG rövidítés jelentése: Oberlandesgericht, vagyis Tartományi Legfelsőbb Bíróság.*]

⁴⁰ *Juristische Schulung* 1964, 373–381.

⁴¹ Vö. Fateh-Moghadam 2008, 108 sk; Hans-Ullrich Paeffgen 2010, 228. paragrafus Rn. 44 sk.

Nem mellékesen ez az irányváltás fejeződik ki a Szövetségi Törvény-szék 2005. május 26-i precedensértékű döntésében⁴² is. Ennek alapján az előzetes megbeszélés szerint, egyetértéssel gyakorolt, testi sérüléseket eredményező szadomazochista praktikák elvileg *nem* ütköznek a büntető törvénykönyv 228. §-a értelmében vett „jó erkölcsbe”. Abban az esetben azonban (tekintettel a büntető törvénykönyv 216. §-ának rendelkezéseiből következő törvényalkotói állásfoglalásra) mindenképpen, ha a testi sértés előre tudhatóan konkrét életveszélyig fajul.⁴³ Ez az irányváltás abból a háttérből szemlélendő, hogy ezzel egy időben az emberi méltóságnak a személyes autonómia alapnormájaként való értelmezése jutott érvényre. Ez az értelmezés pedig nem enged meg olyan nézeteket, felfogásokat, állásfoglalásokat, melyek szerint létezik az egyes ember „önnön méltóságával szembeni kötelezettsége”, illetve hogy az „önmaga saját méltóságában való megalázása” az alaptörvény 1. cikkelyének 1. bekezdése szerint alkotmányjogi következményekkel kellene járjon: „Az alaptörvény 1. cikkelye 1. bekezdésének [...] nem korlátoznia, hanem védenie kell az ember méltóságát, amelyhez alapvetően hozzátartozik az önmagunk fölötti rendelkezés és önnön sorsunk saját felelősségünkre történő alakításának szabadsága.”⁴⁴ Semmi mást nem akar a mi G. Urunk sem, aki az „osztott-szorzott lobotómia”^{*} utáni vágyát személyisége kifejeződéseként és a Jó-ról mint *tranquillitas animi*ről alkotott elképzeléseként fogja föl.⁴⁵ Erkölcsstelennek minősíteni azt az orvosi beavatkozást, amely e kívánságnak eleget tesz, mindenesetre nem tűnik minden további nélkül lehetségesnek.

⁴² BGHSt 49, 166.

⁴³ Vö. ennek a problémának a kezelését azokkal a jogrendekével, amelyek az ilyen eseteket a *public policy* és a *public interest* [közügy, közérdek – az eredetiben angolul] kritériumai szerint ítélik meg. Valamint általában vö. az angol beleegyezés-dogmatika paternalista alapstruktúrájával. Ehhez lásd a döntés analízisét a *Brown*-ügyben (R v Brown [1993] 2 All ER 75 [HL]), illetve Fateh-Moghadam 2008, 147 sk.

⁴⁴ BGHSt 44, 308 (317) – Hazugságvizsgáló készülék.

* A szerző itt a „Bilanz-Suizid” kifejezés mintájára a „Bilanz-Lobotomie” szófordulatot használja

⁴⁵ Természetesen abból indulunk ki, hogy allokációs kérdések, illetve szolgáltatás- és részvételjogi viták nem merülnek föl. G. Úr maga fizeti a beavatkozás költségeit, gondoskodott gondozása költségeiről, anélkül hogy a szociális kassza beszállna.

5. Mi marad?

Végül marad a kérdés, hogy a szabadságból fakadó alapjogok *egyáltalán* magukban foglalnak-e birtokosuk diszpozíciós prioritására vonatkozó bármiféle immanens határokat? Ha ezt a problémát szellem- és jogtörténeti alapjai felől közelítjük meg, akkor azt látjuk, hogy a személy önrendelkezésének immanens határait a 18. század vége óta a jog elsősorban az észalapvetésű újabb jog formáiban írta körül, de már a Locke, Humboldt és Mill által az önmagunk rabszolgává silányításának jogi képtelenségéről folytatott vitában is megfogalmazta. A jogértelmezés a kontinentális Európában 1780-ig túlnyomórészt jogszerűnek tekintette a rabszolga, vagy jobbagyi viszonyt rögzítő szerződéseket. A nyeregidőben (Sattelzeit*), 1800 táján a jog észalapvetésű, liberális elmélete szűkítette ezt a jogértelmezést. Főként Kant, de Humboldt és Mill is kizárták önmagunk rabszolgává silányításának jogi lehetőségét.⁴⁶ Ehhez kapcsolódik az a mind a kanti, mind a hegeli jogfilozófiában megjelenő gondolat, mely szerint az egyes ember jogi értelemben nem rendelkezhet önmaga centrális, *a személyét konstituáló, s ennyiben elidegeníthetetlen* jogai fölött (nem rendelkezhet például az élete, illetve önmeghatározásának, önrendelkezésének *képessége* fölött), máskülönben mint jogi személy alapvető ellentmondásba keveredne önmagával. Kant a *Jogtanban* a *honestas juridica* címszava alatt mint jogkötelezettséget tematizálja az önjogfosztás és az öneldologiasítás tilalmát. Eszerint az önnön akarati és cselekvőképesség, illetve azon igény feladása, hogy szabad és ennyiben másokkal egyenlő jogi személyek legyünk, a külső szabadságrend szubjektív feltételeként tilalmas.⁴⁷ Kant Az

* A Sattelzeit jelentése: „nyeregidő”. A Werner Conze és Reinhart Koselleck által kiadott *Geschichtliche Grundbegriffe. Historisches Lexikon zur politisch-sozialen Sprache in Deutschland*, 1–8, 1972–1997 által teremtett fogalomtörténeti iskola egyik Reinhart Koselleck alkotta kulcsfogalma, az a megragadott és kimerevített pillanat, ahonnan és amikor még a régi világ is ismerősként integetve búcsúzik, de a távolban már az új világ körvonalai is kirajzolódnak. Ekképp a fogalom a kora újkorból a modern korba való átmenet megnevezésére, a hozzávetőleg a 18. század közepétől körülbelül a 19. század közepéig tartó időszakra vonatkozik

⁴⁶ Vö. Gutmann 2015, 3. fejezet (megjelenés alatt).

⁴⁷ Vö. Kant *Metaphysische Anfangsgründe der Rechtslehre*, A 45. Ezt az interpretációt követi Wolfgang Kersting. Vö. uő *Wohlgeordnete Freiheit*, 218 sk. G. W. F. Hegel

erkölcsök metafizikájának Erénytanában továbbá bemutatja és igazolja, hogy az egyes ember miért „nem idegenítheti el saját személyiségét” és „miért nem semmisítheti meg önnön személyében az erkölcsök szubjektumát” sem morális, sem jogi⁴⁸ tekintetben.⁴⁹

Ennek a problematikának a kanti tematizálása a „öngyilkosság” címszava alatt található. Ugyanez a meglátás húzódik Hegel arra vonatkozó fejtegetései mögött is, miszerint *az élethez* való jog annyiban elidegeníthetetlen, amennyiben az élet egy értéket jelent és képez, ami „legsajátabb személyemet és öntudatom általános lényegét alkotják”.⁵⁰ Eszerint „én nem vagyok úr az életem fölött, mivel a ténykedés átfogó totalitása, az élet, a személyiséggel szemben, aki közvetlenül maga ez a totalitás, nem külsődleges. Ha tehát egy olyan jogról beszélünk, amelyet a személy az élete fölött gyakorol, akkor ez egy ellentmondás, mivel azt jelentené, hogy a személy egy önmaga fölött rendelkező joggal bír. Ilyennel azonban nem bír, mivel nem áll önmaga fölött, és így nem végezhet magával.” Ez az indoklás is a jogfogalom konzisztenciájára hivatkozik, amely nem engedheti azon személy közvetlen önfelfüggesztését, önmaga általi megkérdőjelezését, amelyet az elvont jognak feltételeznie kell.⁵¹

Ez az érv azonban abban a kontextusban, amelyben a két szerző használja – nevezetesen az öngyilkosság, illetve a halálhoz kívánságra történő hozzásegítés kérdése kapcsán – aligha lehet meggyőző. A liberális tradícióban az élethez való jog mint szabadságjog, illetve az „élet” jog által védett értéke ellentmondás nélkül megragadható akként, hogy az ugyan védendő az állam vagy egy kívülálló beavatkozásaitól, ugyanakkor azonban alá van vetve birtokosa (teljességgel szabad akaratú) diszpozíciójának. Ebből a premisszából kiindulva nem ellentmondás, ha egy személy az ő élethez való jogát csak addig akarja biztosítotttnak tudni, illetve addig tart igényt rá, míg maga nem dönt a halál mellett. Ha így nézzük, akkor –

A jogfilozófia alapvonalai című műve 36. paragrafusában ugyanezt az összefüggést tematizálja a jogrend és a jogi személlyel szembeni követelmények között.

⁴⁸ Erre mindenekelőtt Kurt Seelmann mutatott rá. Vö. Seelmann 2003, 858 sk.

⁴⁹ Kant 1968 [1797], 555. Magyarul: Kant 1991, 537 sk.

⁵⁰ Hegel *A jogfilozófia alapvonalai*. Ford. Szemere, S. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1971. Vö. a 66. paragrafust a megjegyzéssel.

⁵¹ Vö. ehhez: Hegel *Die Philosophie des Rechts*, 71 skk.

Kant és Hegel ellenében – a jogfogalom koherenciája sokkal inkább azt követelné meg, hogy az önként, szabadon választott halált, mint annak a személyiségnek az önfelfüggesztését, amelyet az absztrakt jognak feltételnie kell, éppen maga az absztrakt jog biztosítsa. Világosabban megmutatkozik ez az érv a lobotómia esetében. Itt megragadhatónak tűnik a kanti argumentáció központi gondolata. Eszerint az a szubjektum, amely személyétől való megfosztottságának jogi megerősítésére tart igényt, érvényesíteni akar valamit, amit egyidejűleg rögtön cáfol is: a jogok birtoklásának képességét. A szabad és a többiekkel egyenlő jogi személy önnegációja nem várhat jogi elismerést. Itt, ha akarjuk, a *saját cselekményünkkel ellentétesen eljárni (venire contra factum proprium)* érvéről van szó. Eszerint a kanti gondolat szerint állami kontroll alá vonandó minden olyan, a saját testünkbe történő beavatkozás, „amely önnön jogi szubjektumunk tudatos és szándékos roncsolásának tekinthető. Ez feltételezi, hogy ezekről a beavatkozásokról ex ante tudható, hogy konkrét életveszélyhez vagy ítélőképesség-vesztéshez vezethetnek. Ez, de csakis ez szabhat egy jogállamban határt az önmeghatározás, az önrendelkezés tiszteletének az individuális jogok esetében.”⁵² Valamivel gondosabban fogalmazva azt mondhatjuk, hogy önellentmondásos, ha az egyes ember arra akarja használni jogait, hogy fölfüggeszse magát mint jogi személyt, vagy hogy megfossa magát jogi státusza konstitutív aspektusaitól – mondjuk egy lobotómiával.

A Szövetségi Törvényszék az életet veszélyeztető szadomazochista praktikák kapcsán fentebb említett döntésében hangsúlyozza: a testi sérülés egy bizonyos foka fölött (vagy valós életveszély esetén) egyedül a sértett személy beleegyezése nem teheti a cselekményt jogszerűvé. A büntető törvénykönyv 228. §-a a testi sértések esetében korlátozza a sértett személy beleegyezésének jogi súlyát, „mivel a törvény az érintettek akarata ellenében is a jogok megóvásának társadalmi érdekét követi. A jog birtoklásának önkéntes testi sértése (öngyilkosság, vagy önmaga megsebzése) azonban büntetlen marad. Általános érdekből azonban a saját testi épségünk, vagy akár az életünk fölötti rendelkezésünk lehetőségei korlátozottak. A testi épséghez és az élethez való jog védelme értelmében a kívülálló

⁵² Seelmann 2003, 859.

személy által okozott testi sértés ezért csak a jogrend által tolerálható határokon belül hagyatkozhat az egyes ember diszpozícióira.”

Egy olyan jogrendben, amely önmagát a szabadság rendjének tekinti, ezeknek a határoknak nagyon tágnak kell lenniük. A szabad és a többiekkel egyenlő jogi személy önnegációja a lobotomizálás formájában azonban valami olyasminek tűnik, ami az individuális önmeghatározás, önrendelkezés „a jogrend által tolerálható határait” *szükségszerűen* – s nem csupán a kontingens moralizáló ressentiment keretein belül – szétfeszíti. Mindazonáltal az „interperszonális kapcsolataink alapvetően egalitáns természetének szükségszerű feltételeiről” (Habermas⁵³), illetve a jogi elismerés lehetőségfeltételeiről folytatott vita még korai stádiumában van. E vita jelen stádiumában azt kell G. Úrnak mondanunk, hogy a kívánságra végzett lobotómiába történő jogszerű beleegyezéséből nem lesz semmi. A lassulás egyéb alternatív technikáit tudjuk ajánlani – egy jó könyvet, a filozófiát, barátokat, a legális könnyű drogokat és a csokoládét.

Jánosfalvi Péter fordítása

⁵³ Habermas 2005, 29. és passim.

Irodalom

- Ach, J. S. 2009. Enhancement. In Bohlken, E.–Thies, C. (szerk.). *Handbuch Anthropologie – Der Mensch zwischen Natur, Kultur und Technik*. J. B. Metzler, Stuttgart. 107–114.
- Barzack, T. 2013. Staatliche Gesundheitssteuerung zwischen Nachtwächterstaat und Nanny-state – Grundsatzfragen der Rechtsfindung und Rechtsetzung in einem ethischen und rechtlichen Graubereich. In Ach, J. S. (szerk.) *Grenzen der Selbstbestimmung in der Medizin*. Mentis Verlag, Münster. 65–36.
- Dworkin, R.–Nagel, T.–Nozick, R.–Scanlon, T.–Thomson, J. J. 1997. Assisted Suicide. The Philosophers' Brief. *The New York Review of Books*, 1997. március 23. 41–47. Online: <http://cyber.law.harvard.edu/bridge/Philosophy/philbrf.htm> (2015. 08. 27.).
- El-Hai, J. 2005. *The Lobotomist: A Maverick Medical Genius and his Tragic Quest to Rid the World of Mental Illness*. John Wiley & Sons Inc, Hoboken.
- Fateh-Moghadam, B. 2008. *Die Einwilligung in die Lebendorganspende. Die Entfaltung des Paternalismusproblems im Horizont differenter Rechtsordnungen am Beispiel Deutschlands und Englands*. C.H. Beck, München.
- Feinberg, J. 1986. *Harm to Self. The Moral Limits of the Criminal Law*, III. kötet. Oxford University Press, New York.
- Galert, T.–Bublitz, C.–Heuser, I.–Merkel, R.–Repantis, B.–Schöne-Seifert, B.–Talbot, D. 2009. Das optimierte Gehirn. *Gehirn und Geist* 11, 1–12. Online: https://www.wissenschaft-online.de/sixcms/media.php/976/Gehirn_und_Geist_Memorandum.pdf (2015. 08. 27.)
- Gutmann, T. 1999. Gesetzgeberischer Paternalismus ohne Grenzen? Zum Beschluß des Bundesverfassungsgerichts zur Lebendspende von Organen. *Neue Juristische Wochenschrift*, 1999, 3387–3389.

- 2012. *Paternalismus und Konsequentialismus*. [Preprints der Kolleg-Forschergruppe „Theoretische Grundfragen der Normenbegründung in Medizinethik und Biopolitik“, Nr. 17, 2012] <http://www.uni-muenster.de/KFG-Normenbegrueundung/publikationen/preprints.html> (2015. 08. 27.).
- 2015. *Iustitia Contrahentium. Zu den gerechtigkeitstheoretischen Grundlagen des deutschen Schuldvertragsrechts*. Mohr Siebeck, Tübingen (a kiadó honlapján szereplő információ szerint megjelenés alatt áll).

Habermas, J. 2002. *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?* Suhrkamp, Frankfurt am Main.

Hegel, G. W. F. 1983. *Die Philosophie des Rechts. Die Vorlesung von 1819/20* (szerk. Henrich, D.). Suhrkamp, Frankfurt am Main.

Homérosz 1967. *Odüsszeia*. Ford. Devecseri, G. Magyar Helikon Kiadó, Budapest.

Jonas, H. 1987. *Ärztliche Kunst und menschliche Verantwortung*. In *uő Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*. Suhrkamp, Frankfurt am Main. 146–161.

Kant, I. 1968. *Metaphysik der Sitten* [1797] (szerk. W. Weischedel), VIII. kötet. Frankfurt am Main. Magyarul: Kant, I. 1991. In *Az erkölcsök metafizikájának alapvetése – A gyakorlati ész kritikája – Az erkölcsök metafizikája*. Ford. Berényi G. Gondolat, Budapest. 293–614.

– 1986. *Metaphysische Anfangsgründe der Rechtslehre* [1797]. In *Metaphysik der Sitten. Erster Teil* (szerk. Bernd Ludwig). Hamburg.

Kersting, W. 1993. *Wohlgeordnete Freiheit. Immanuel Kants Rechts- und Staatsphilosophie*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.

Kettner, M. (szerk.) 2009. *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*. Campus Verlag, Frankfurt am Main.

Kindhäuser, U.–Neumann, U.–Paeffgen, H.-U. (szerk.) 2010. *Strafgesetzbuch*. Nomos Verlag, Baden-Baden.

Kuhse, H. 1987. *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine: A Critique*. Oxford University Press, Oxford.

- Marcus Aurelius 1991. *Elmélkedések*. Ford. Huszti, J. Kossuth Kiadó, Budapest.
- Merkel, R.–Boer, G.–Fegert, J.–Galert, T. 2007. *Intervening in the Brain. Changing Psyche and Society*. Springer-Verlag, Berlin–Heidelberg–New York.
- Merkel, R. 2009. Neuartige Eingriffe ins Gehirn. Verbesserung der mentalen *conditio humana* und strafrechtliche Grenzen. *Zeitschrift für die Gesamte Strafrechtswissenschaft* 121, 919–953.
- Nuland, S. B. 2005. Killing Cures. *The New York Review of Books*, 2005. augusztus 11.
- Quante, M. 2002. *Personales Leben und menschlicher Tod. Personale Identität als Prinzip der biomedizinischen Ethik*. Suhrkamp, Frankfurt am Main. Magyarul: uő. *Személyes élet és emberi halál* (szerk. Rózsa, E.–Loboczky, J.). Ford. Juhász Anikó. Líceum Kiadó, Eger, 2010.
- Rosa, H. 2005. *Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstruktur in der Moderne*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Saliger, F. 2003. Legitimation durch Verfahren im Medizinrecht. In Bernat, E.–Kröll, W. (szerk.) *Recht und Ethik der Arzneimittelforschung*. Manz, Wien. 124–170.
- Savulescu, J.–Bostrom, N. (szerk.) 2009. *Human Enhancement*. Oxford University Press, New York.
- Schöne-Seifert, B. et al. (szerk.) 2007. *Neuro-Enhancement. Ethik vor neuen Herausforderungen*. Mentis Verlag, Paderborn.
- Seelmann, K. 2003. Paternalismus und Solidarität bei der Forschung am Menschen. In Amelung, K.–Beulke, W. et al. (szerk.). *Strafrecht, Biorecht, Rechtsphilosophie*. Festschrift für Hans-Ludwig Schreiber zum 70. Geburtstag am 10. Mai 2003. Heidelberg. 853–867.
- Sternberg-Lieben, D. 1997. *Die objektiven Schranken der Einwilligung im Strafrecht*. Mohr Siebeck, Tübingen.

„Saját jól felfogott érdekedben”
– a paternalizmus problémái

DUPress

A POTENCIÁLIS SAJÁT HASZONNAL JÁRÓ GYERMEKEKEN VÉGZETT KUTATÁS: AZ ETIKAI MEGENGEDHETŐSÉG KRITÉRIUMAI¹

1. Bevezetés

Gyermekeken végzett kutatás az általánosan elfogadott megnevezése azoknak a tudományos vizsgálódásoknak, ahol a kísérleti alanyok (Probanden) életkorspektruma a koraszülöttektől a még épp kiskorúakig terjed. A kutatás történetében gyakran megrendítő és gyászos emlékü módon használták fel a gyermekeket, ami teljes joggal keltett morális felháborodást.² Noha a gyermekeken végzett kutatás manapság is kiemelt mértékű aggodalmat kelt, az annak etikai megengedhetőségére vonatkozó kérdést jelenleg is különféleképpen válaszolják meg.

Nemzetközileg, több másik mellett, az egyik leginkább kőbe vésett kutatási alapelvnek számít, hogy a gyermekeken végzett gyógyászati (pädiatrisch) kutatás csak abban az esetben számít megengedhetőnek, amennyiben a kutatási cél megvalósításához a gyermekek részvétele feltétlenül *szükséges*.³ A gyermekek semmiképp sem szolgálhatnak olcsó pótkísérleti alanyként a felnőttek számára. Ez a feltétel a gyermekgyógyászati kutatás számos kérdésfelvetésében teljesül. Egyrészt léteznek olyan betegségek, melyek kizárólag gyermekeknél jelentkeznek, s ezért kezelésük is csak a gyermekeken végzett vizsgálatokon keresztül

¹ A tanulmány eredeti megjelenési helye: G. Marckmann–D. Niethammer (szerk.) 2010. *Ethische Aspekte der pädiatrischen Forschung*. (Medizin-Ethik 22.) Deutscher Ärzte-Verlag, Köln. 19–35.

² Vö. Lederer 2003.

³ Így a német gyógyszertörvény is, vö. AMG 2004. 40. § 4. bekezdés 2. pont és 41. § 2. bekezdés, b pont.

lehetőséges. Másrészt, a nem gyermekspecifikus betegségek esetében a felnőtteken végzett klinikai vizsgálatok eredményei nem ültethetőek át egyszerűen a gyermekekre. Gyakran idézett közhely, hogy a gyermekek nem kis felnőttek. A gyermeki organizmus sokkal inkább olyan teljesen egyedi sajátos növekedés- és fejlődésfolyamatot mutat, mely a terápiás beavatkozások hatását lényegesen befolyásolja. Ennélfogva a gyógyszerek adagolása, illetve a kezelés időtartama nem számítható át minden további nélkül gyermekekre, a hatás- és szavatossági idő nem ültethető át egyszerűen a gyermekeken végzett kezelésekre.⁴ A kortárs orvosi vitákban ezért egyetértés uralkodik abban, hogy legalábbis a gyermekeken végzett potenciálisan saját haszonnal járó (*eigennützig*) klinikai vizsgálatok alapvetően megengedhetőek, mert csak abban az esetben lennének megakadályozhatóak, ha a gyermekeket „gyógyászati árvaként” leválasztanánk az orvostudomány fejlődéséről. Németországban a potenciálisan saját haszonnal járó gyermekeken végzett vizsgálat jogilag meghatározott feltételek mellett engedélyezett. Ez mindenesetre csak a klinikai gyógyszerkutatás (Arzneimittelgesetz, AMG) és az orvostechnikai termékek (Medizin-produktgesetz, MPG) keretén belül került külön jogszabályi rendezés alá.⁵ Más kutatási területeket ehhez hasonló módon, illetve a nemzetközi iránymutatások mentén kezelnek.

Paradigmatikus, s ennélfogva a leggyakrabban tárgyalt orvosi vizsgálati elrendezés,* nem utolsósorban a gyógyszerkutatás területén is, az

⁴ Vö. Seyberth 2010.

⁵ AMG 40. és 41. §; MPG 20. és 21. §. A gyermekeken végzett kísérletek törvényi szabályozásáról lásd Deutsch–Spickhoff 2008; Magnus 2006; Magnus–Merkel 2009; Taupitz 2003.

* *Design*: vizsgálati elrendezés. Vö. A „helyes klinikai gyakorlat” irányelvei (a továbbiakban: ICH-GCP) 6.4. Az ICH-GCP „az embereken végzett klinikai vizsgálatok tervezésének, kivitelezésének, dokumentálásának és jelentésének nemzetközi etikai és tudományos minőségi követelményrendszere. [...] A Nemzetközi Egységesítési Konferencia (International Conference on Harmonisation, ICH) által kidolgozott Helyes Klinikai Gyakorlat irányelvek célja, hogy olyan egységes követelményrendszert hozzon létre az Európai Unióban (EU), Japánban és az Egyesült Államokban, amely a felügyeleti (engedélyező) hatóságok számára megkönnyíti a klinikai adatok – illetékességi körükben történő – kölcsönös elfogadását.” A szakterminusok magyar fordításánál ezt a dokumentumot tartottam irányadónak, magyar nyelven megtalálható itt: http://www.ogyi.hu/dynamic/GCP_1.pdf. (2015. 03. 01.)

a kontrollált klinikai vizsgálat, mely randomizáltan és vakon rendeli hozzá a résztvevőket a különböző kísérleti csoportokhoz, az úgynevezett kezelési csoportokhoz (Studienarm). Elsősorban az efféle randomizált klinikai vizsgálatokra fogunk a továbbiakban hivatkozni, bár fejtegetéseinkből sok minden más vizsgálati elrendezésekre is érvényes.

A 2000-ből származó, sokat idézett tanulmányban Emanuel, Wendler és Grady egyesült államokbeli bioetikusok összesen hét kritériumot neveztek meg és fejtettek ki, melyeket álláspontjuk és a messze ható nemzetközi konszenzus alapján *minden* klinikai vizsgálatnak teljesítenie kell ahhoz, hogy etikai értelemben minden gyanú fölött álljanak.⁶ Ezek a kritériumok a következők:

1. elvárt értékes ismeretgyarapodás;
2. tudományos validitás;
3. a kísérleti személy/páciens korrekt kiválasztása;
4. kedvező kockázat/haszon arány (Risk-benefit balance);
5. független szakvélemény;
6. tájékoztatáson alapuló beleegyezés (Informed consent);*
7. a kísérleti személyek/páciensek tisztelete.

A gyermekeken végzett vizsgálat kontextusában a gyermek sebezhetőségéből és ebből adódó védelemre szorulásából (Schutzwürdigkeit) adódóan speciális kérdések következnek. Egyrészt fizikailag, de éppígy pszichikailag is lényegesen sebezhetőbbek,* mint a felnőttek, másrészt esetükben túlnyomórészt hiányzik a beleegyezésre való képesség (Einwilligungsfähigkeit). A gyermekeken végzett saját haszonnal járó vizsgálatok megengedhetőségével kapcsolatos orvosi és orvosjogi viták tehát az ezekkel kapcsolatos kérdéskomplexumok körül forognak. Kiindulásként arról esik szó, hogy egyáltalán mekkora sérüléskockázat (Schaden-

* *Randomised clinical trial / RCT*: randomizált klinikai vizsgálat – vö. ICH-GCP 1.48; *Blinding/masking*: vak technika – vö. ICH-GCP 1.10. A *vak technika* fordítását a mai klinikai kutatásokról szóló szakirodalomban bevett *vakpróba*ra módosítottam. *Vulnerable subjects*: sebezhető személyek – vö. ICH-GCP 1.61.

⁶ Emanuel–Wendler–Grady 2000.

risiken) és megterhelés (Belastung) fogadható el, illetve miként lehetséges egy elfogadható kockázat/haszon arány meghatározása (Emanuelék 4. kritériuma). A szóban forgó vita alapvetően párhuzamosan halad a felnőtteken folytatott kutatás kockázat/haszon értékelésével, esetünkben mindenképp a gyermek-aspektus fokozott figyelembevételével. A második kérdéskör éppúgy vonatkozik a törvényes képviselő beleegyezésére (Stellvertreter-Einwilligung), mint a hozzájárulás (Zu-stimmung) jelentésére vagy magára az érintett gyermek részéről történő elutasítására (Ablehnung) (Emanuelék 6. és 7. kritériuma).

Jelen tanulmányban mi is ezekre a kérdéskörökre koncentrálnunk, s ennélfogva néhány fogalom tisztázását (2. fejezet) követően a kockázat/haszon kérdéssel (3. fejezet), majd az egyetértés (Einverständnis), illetve a beleegyezés (Einwilligung) kérdéssel (4. fejezet) fogunk foglalkozni. Célunk a szóban forgó etikai vitának az aktuális nemzetközi diskusszió fényében való összefoglaló bemutatása, értékelése, továbbá meghatározott problémákra való rámutatás. Ezt a súlypontot mindazonáltal nem szabad úgy érteni, mintha Emanuelék további kritériumai között ne akadnának olyanok, melyek nélkülöznek a speciálisan gyermekekkel kapcsolatos vonatkozásokat. Ilyen aspektus, melyet legalább említsünk meg, a független szakvéleményadás vonatkozásában, a feltétlenül kívánatos gyermekgyógyászati szakvélemény (Emanuelék 5. kritériuma). Itt az illetékes etikai bizottságnak – amennyiben tartalmilag szükséges – a szakmai értelmezését nemcsak a gyermekorvosi aspektusokra, hanem egyúttal a gyermekpszichológiai vonatkozásokra is figyelmet fordítva kell felmutatnia, illetve levonnia.⁷

⁷ Vö. European Union 2008, 235 sk.

2. Fogalmi tisztázások

2.1 Mi a saját haszonnal járó kutatás?

Nemcsak az orvosi etikában, de orvosi jogi értelemben is alapvető különbséget tesznek a klinikai vizsgálatok három haszonkategóriája között: saját hasznok (Eigennutzen), idegen hasznok (Fremdnutzen) és csoporthasznok (Gruppennutzen). A saját érdekű és az idegen hasznokat ráadásul egymással komplementer módon definiálják. A *saját haszonnal járó* vizsgálatok a vizsgálatban részt vevő egyéneknek a vizsgálat során hozzáférhető beavatkozások révén a közvetlen *klinikai* haszonhoz való esélyt nyújtják. Az esetek többségében épp a betegségben szenvedők számára nyújtott hasznról van itt szó, ritkábban diagnosztikai vagy preventív hasznokról. Az *idegen haszonnal bíró* kutatást ezzel szemben *per definitionem* nem a vizsgálatban részt vevők maguk hasznosíthatják, hanem kizárólag mások. Ez túlnyomórészt a leendő pácienseket jelenti, de éppígy társadalmi és társadalom fölötti intézményeket (orvostudomány, tudomány) vagy további érdekelt szereplőket (vizsgálatvezetőt, klinikákat, szponzorokat) is. Ez a kettősség megjelenik a német gyógyszer törvényben,⁸ ahogyan az Amerikai Egyesült Államok Egészségügyi és Humán-szolgáltatási Minisztériumának (United States Department of Health and Human Services) Szövetségi Törvénykönyvében (Code of Federal Regulations) is.⁹

A továbbiakban nagyrészt egyetértés uralkodik abban is, hogy egy harmadik haszonkategóriát, az ún. *csoporthasznokat* (*Gruppennutzen*) ezek-től meg kell különböztetni. Mivel szisztematikus értelemben a csoporthaszon az idegen haszon egyik alkategóriájaként mutatkozik meg, gyakran tesznek különbséget a csoporthaszon és a „tisztá” idegen haszon között. A csoporthaszon egzakt definíciója vitatott. A német gyógyszer törvény (AMG) szerint egy vizsgálat csoporthasznú, ha haszonnal bír „a páciensek azon csoportjának, akik ugyanabban a betegségben szenvednek, mint az

⁸ AMG 40. és 41. §.

⁹ CFR 45, 46. §

érintett személy”, ti. a bennfoglalt kísérleti alanyok.¹⁰ Más szerzők lényegesen szűkebbre szabnák a fogalmat – nem utolsósorban azért, hogy a definícióba beemelik az elvárt haszon bekövetkeztének időbeli közelségét.¹¹ A csoporthaszon megnevezés alá a saját haszonhoz hasonlóan kizárólag a pácienseket érintő *klinikai* hasznot sorolják be – azonban nemcsak a vizsgálatban részt vevőket értik alatta, hanem azokat is, akik a kutatott betegségben szenvednek.

A fejezet tematikai irányelvének megfelelően a következőkben a saját haszonnal járó kutatást fejtegetjük. A nálunk jogilag szűk határokon belül megengedhető gyermekeken végzett csoporthaszonnal bíró vizsgálat, valamint a Németországban nem megengedett gyermekeken végzett idegenhaszonnal bíró vizsgálat viszont nem tárgya a gondolatmenetünknek.¹²

2.2 Mi számít haszonnak és kárnak?

Az, hogy a vizsgálat saját haszon jellegét kizárólag a *klinikai* hasznok pénzügyi oldaláról szabják meg, azon alapul, hogy lényegileg a vizsgálat megvalósításához szolgáltató etikai igazolást. A *klinikai* haszon, különösen a terápiás siker egészségügyi befolyása tekintetében kétségkívül interszjektív mindannyiunknál meglévő, s jelentőségében a nagyra becsült értékekhez tartoznak. Ezzel szemben a kompenzációs úton elért anyagi kártérítési költségek *nem* az igazolásra szoruló saját haszonhoz kerülnek elszámolásra. Alapvetően azt az altruisztikus megnyugvást sem számítják a saját hasznokhoz, mely a kellőképp motivált vizsgálati alanyoknál állhat fenn azon az alapon, hogy a vizsgálatban való részvételükkel más betegeknek segítenek, illetve céljuk az orvosi kutatás elősegítése.¹³ Ebben a vonatkozásban a legtöbb szerző abból indul ki, hogy a lényeges saját

¹⁰ AMG 41. § 2. szakasz 2. pont.

¹¹ Hüppe–Raspe 2009.

¹² Vö. Maio 2010.

¹³ Kind 2007, 3.

hasznokhoz csak azok a hasznok számítanak, melyek közvetlenül a vizsgálat alatti klinikai kezelésből származnak.¹⁴

Egy másik szempont a haszon pusztá potentialitására vonatkozik. Még ha többnyire minden különösebb megszorítás nélkül beszélünk is „saját haszonnal járó kutatásról”, a szóban forgó haszon rendszerint csak potenciális haszon, vagyis haszonestély (Nutzenchance). A nem redundáns klinikai kutatások során egy mindig is ellenőrzött, innovatív, tehát korábban nem vizsgált kezelés jelenik meg. Így *ex ante* sohasem zárható ki, hogy az új eljárásról kiderül, nem átgondolt – akár azért, mert elmarad a várt hatékonyság, vagy azért, hogy megelőzzék a nem kívánt mellékhatások fellépését. Megfordítva viszont biztosan elhibázott lenne arra következtetni a fenti tényállásból, hogy a klinikai kutatást haszonpotenciáljára való tekintetben *mindig* a javallott (indiziert) klinikai kezelés mögé kellene sorolni. A klinikai kezelés korlátok közti hasznát felülmúlni vagy hatékonyan kezelni azokat a betegségeket, melyekre még nem létezik standard terápia, éppen ez az, amit a kutatás megcéloz, s amiben nem ritkán sikereket is ér el.

A korábban említett haszonpotenciál és kárriskázat mellett a klinikai vizsgálatok esetében *veszélytelen* megterhelés (*sichere Belastung*) is fel léphet. Így például a további diagnosztika céljából végzett beavatkozások (pl. vérvétel) okozta terhek, az orvos felkeresése vagy a várakozási idő. Itt különösen a gyermekeket sújtja a szülőktől való elválasztás, illetve a nem értett (unverständlich) eljárás miatti stressz és félelem. Ide sorolhatóak azok az éppenséggel triviális, fájdalommentes beavatkozások is, melyeket a gyermekek ennek ellenére mégis fenyegetőnek vagy visszaélésként érznek. Amennyire csak lehetséges, ezeket csökkenteni szükséges, másrészt magától értetődő etikai posztulátumként kell figyelembe venni az értékelés folyamán.

¹⁴ Így annak a kutatásnak, melyben a gyermekek számára saját előnyöket várnak el („presenting the prospect of direct benefit”) a 45 CFR D 46.405 pontja alapján a következő kockázatra vonatkozó feltételeket kell teljesítenie: (1) a feltételezett kockázatok kísérleti alanyokat érintő elvárt előnyök általi igazolása, illetve (2) a kockázat/haszon aránynak legalább olyan jónak kell lennie, mint a rendelkezésre álló kezelési alternatíváknak („relation of the anticipated benefit to the risk is at least as favorable to the subjects as that presented by available alternative approaches”).

3. Mi számít megengedhető haszon/kár aránynak?

A fogalmi tisztázást követően forduljunk ahhoz a kérdéshez, hogy a gyermekeken végzett saját haszonnal járó kutatás esetében mi számíthat etikai értelemben megfelelő haszon/kár aránynak.

3.1 Az átléphető minimális kockázat elve

Röviden megfogalmazva ez a kérdés a következőképp válaszolható meg: Míg a csoporthaszonnal bíró kutatás esetében haszonpotenciáltól függetlenül a *minimális kockázat*, illetve a *minimális megterhelés* (MKMM kritérium) abszolút küszöbe a különböző országok gyakorlatai és az irányelveik alapján nem, vagy csak csekély mértékben léphető át, addig a saját haszonnal járó kutatás keretein belül a páciensektől alapvetően nagyobb kockázat és megterhelés vállalása is megkívánható. Ez csak abban az esetben lehetséges, ha a kockázatot és a megterhelést megfelelő haszonpotenciál ellensúlyozza, s ha az érintettek, illetve hozzátartozóik a szóban forgó vizsgálathoz a beleegyezésüket adják.

Ezzel számításba vesszük, hogy a kockázatba való beleegyezés az érintett páciens egyéni érdekén alapul – illetve a várt haszonpotenciál révén a gyermek egészségügyi jólléte (gesundheitliches Wohl) megvalósítható. Az ilyen vizsgálatban való részvételhez kötött hasznok esetről esetre mások lehetnek, a relatíve alacsony haszonpotenciáltól az olyan súlyos betegségek remélt kezelési sikeréig, melyekre az eddigiekben semmilyen, vagy legalábbis semmilyen kielégítő kezelés nem állt rendelkezésre. A haszon- esélyeket és a kockázatokat a kísérleti beavatkozás esetében minden egyes alkalommal gondosan elemezni kell, illetve egymással szemben ki kell egyenlíteni (az ún. nettó haszon képzése). Az csak kontextusfüggően dönthető el, hogy vajon mindig tartható-e az arány a várt haszonpotenciál és a kockázatok, illetve megterhelések között. Ennek megfelelően a német gyógyszertervény megköveteli a kockázatok és megterhelések pontos vizsgálatát és minimalizálását anélkül, hogy számszerűsítésükre és ha-

szonvonatkozás-értékelésükre a továbbiakban vállalkozna.¹⁵ Hogy részleteiben milyen kárpotenciál fogadható el itt jogi-etikai szempontból, ez a jelenleg folyó viták tárgya. Számos nemzetközi állásfoglalás, így az amerikai törvényhozás is azt a felfogást nyomatékosítja, hogy a (gyermeken végzett) terápiás vizsgálat etikailag csak akkor engedhető meg, ha a kockázat/haszon aránya nem haladja meg a rendelkezésre álló klinikai standard kezelés kockázat/haszon arányát.¹⁶ Ezt a vitákban hosszú ideje kategorikus etikai posztulátumként szolgáló gondolatot fejtegetjük bővebben a következő fejezetben, s alapozzuk meg az újabb kritika fényében.

3.2 A lehető legjobb ellátásra való kötelezettség

Az orvosi etikában senki sem vitatja, hogy az orvosoknak mindig a legjobb elérhető diagnosztikai eljárást és kezelést kell felajánlaniuk a pácienseiknek, s így van ez természetesen a gyermekgyógyászatban is. Mivel rendszerint éppen a páciensek maguk nem képesek arra, hogy megítéljék, milyen terápiás lehetőségek állnak rendelkezésre, s esetükben melyik kezelés lenne a lehető legjobb, ezért ezekben a kérdésekben szakértőkre s az orvosaikon keresztüli bizalmi érdekképviselőre kell hagyatkozniuk. Ez a norma, melyet mindenképp orvosi etikai irányelvként foghatunk fel, minden orvosi kódexben kifejezést nyer, így az Orvosok Világszövetségének Genfi Nyilatkozatában is.¹⁷ A *lehető legjobb ellátás elvét* a következő három szempont értelmében nem szabad félreérteni:

- Először: a kezelést végző orvos szemszögéből részben jelentős jártéktér, s ezzel együtt különböző értelmezés áll fenn azzal kapcsolatban, hogy mi számít legjobb kezelésnek a konkrét helyzetben.

¹⁵ AMG 40. § 4. bekezdés 4. pont.

¹⁶ A szabály alól szűk értelemben kivételt képezők közé újabb akkor sorolható be, ha ezzel kapcsolatban nyomós módszertani indokok vannak, és semmilyen jelentős vagy visszafordíthatatlan kockázat nincs.

¹⁷ Weltärztebund 2006.

- Másodszor: arról az ellátásról van szó, amelyek orvosi oldalról *ajánlásnak* és tanácsnak kell lennie, s nem arról, hogy a páciens végül is milyen módon kezelik ténylegesen. A felnőttgyógyászat területén (s ettől egyértelműen szűkebb kereteken belül a gyermekgyógyászatban is) szerepet kapnak a kérdésben a páciensek vagy a törvényes képviselők kívánságai is. Ha az ítélőképessége birtokában lévő és tájékoztatást kapott páciens személyes okokból (pl. egy bizonyos kockázattípus elutasítása miatt) csak a második vagy harmadik legjobb kezelést szeretné kapni, akkor őt az orvos természetesen nem kezelheti „kényszerrel” („zwangsbehandeln”), s páciense kérését addig a pontig teljesítheti, amíg azt elfogadhatónak tartja.
- Harmadszor: a *legjobb* természetesen csak abban az értelemben irányadó, hogy mi áll rendelkezésre az adott ellátórendszerben. Attól függően meglehetősen jelentős eltérések adódhatnak, hogy mennyire fejlett egy adott ország orvostudománya, s polgárai milyen mértékben bírnak az ellátórendszerhez való hozzáféréssel a mindenkori „világ legjobb standard”-jához képest. Az itt fellépő igazságosságdeficit természetesen etikai probléma, ám mégsem kompenzálható kizárólag a kezelést végző orvos által.

Széleskörű vélemény szerint a lehető legjobb ellátás elvét (LLEE) akkor is követni kell, ha a pácienseket klinikai vizsgálat során kezelik. Mindenképpen így értendő a Helsinki Nyilatkozat azon szakasza, mely így szól: „Az új módszer előnyeit, kockázatait, terheléseit és a hatékonyságát összehasonlítva kell vizsgálni az abban az időben alkalmazott legjobb profilaktikus, diagnosztikus és terápiás módszerekkel szemben.”¹⁸ Az innovatív terápiák esetében ennek nyilvánvalóan azt kell jelentenie, hogy csak akkor próbálhatóak ki, ha a haszon/kár arány egyetlen konkrét páciens esetében sem ígérkezik rosszabbnak, mint a létező standard kezelés (beleértve ebbe a korábban kezelhetetlen betegségek nemkezelését is). Etikailag megengedhetetlen lenne azoknak a pácienseknek a vizsgálatba való bevonása, akiket valamilyen szempont alapján a létező standard ke-

¹⁸ Weltärztebund 2008, C.32. cikkely.

zelésből kizártak. Lazább megfogalmazásban: még egy csekély „terápiás áldozat” sem vállalható a kutatás érdekében.

Ezt a kutatásetikában számos éve vitán felül álló követelményt az utóbbi években megélenkülő módon kritizálták. Így tarthatatlannak, s egyúttal eltúlzottnak tartják ezt a követelményt: mivel a kutatás *alapvetően* a jövőendő páciens érdekében zajlik, aminek a további megterhelés szinte mindig velejárója, ezért a vizsgálatban részt vevők egyéni és sajátos érdekei fölött szemet kellene – s szabadna – hunyni.¹⁹ Mások túl paternalistának látják a lehető legjobb kezelés elvét, s ezért észszerű kereteken belül fel akarják menteni alóla a pácienseket, hogy azok kis terápiás áldozatokat vállaljanak.²⁰ Ám a kérdésben a mainstream pozíció az LLEE kapcsán azt tartja, hogy az orvosokra nézve kötelező ennek hivatásbeli etikája. Épp ezen a ponton posztulálnak, illetve mutatnak rá a kritikusok arra az orvosi és a kutatásetika közti feloldhatatlan problémára, hogy az orvosi LLEE kötelezettséget a magasabb rendű halaszthatatlanul szükséges kutatás mértékében relativizálhassák.

Számunkra mindenesetre plauzibilisebbnek tűnik az LLEE megalapozásánál az orvosi etika dominanciájára való cáfolhatatlan hivatkozásnál Alex London érvelése, aki szerint az LLEE a polgárok saját egészségük iránti alapvető érdeklődésének társadalmilag kifejezést nyert tiszteletben tartása. Mivel ez egyszerre érinti a betegellátás és a kutatás területeit, ezért az lenne következetes, ha mindkét terület ugyanazon normatív elvek alapján kerülne szabályozásra.²¹ Tegyük még hozzá, hogy a „gyógyászati kísérlet-áldozat” paternalisztikus tilalma szerintünk határozottan a társadalom érdekében állónak tűnik. Hiszen a páciensek vizsgálatban való részvételre motiválásának általában mentesnek kell lennie minden olyan gyanútól, hogy általa a pácienseket kihasználják. De hogyan egyeztethető össze az LLEE a klinikai kutatás kivitelezésével, s különösen a randomizált kontrollált klinikai vizsgálatokkal (RCT)?

¹⁹ Miller–Brody 2002; Miller–Brody 2003.

²⁰ Veatch 2007.

²¹ London 2007, 590 skk. A megalapozás ezen útját az LLEE néhány ellentmondást nem tűrő támogatója inkább üdvözlendő rekonstrukcióként, mintsem egy önálló felfogáshoz, nézethez vezető alternatívaként látja.

3.3 Az egyensúly-kritérium

Az LLEE kutatási kontextusba való átmentése érdekében fogalmazták meg az ún. egyensúly-kritériumot, amit a jogfilozófus Charles Fried hozott be a vitába 1974-ben.²² A kritérium elsődleges alkalmazási területe a kontrollált klinikai vizsgálat. Ebben a viszonylatban követelt Fried az illetékes orvos-kutatók oldalán valódi eldönthetetlenséget abban a kérdésben, hogy a különböző vizsgálati csoportokban – beleértve a standard terápiát is – melyik csoport rendelkezik a legjobb *kockázat/előny viszonyal*. A kísérleti eljáráshoz kapcsolódó nettó előnyöket egy mérlegelt egyensúlyban (*Equipoise*) *ex ante* kell megtalálni. Az orvosi etikával foglalkozó Benjamin Freedman 1987-ben átvette Fried központi gondolatát, és továbbfejlesztette az egyensúly-kritériumot, melynek teljesülését az etikailag megengedhető kutatás szükséges feltételének tartja. Freedman így fogalmaz: a kollektíve kompetens szakértőknek minden egyes klinikai vizsgálatnál képesnek kell lenniük számot adni arról, hogy mindegyik vizsgálati csoportnál olyan klinikai ellátási színvonalat biztosítottak-e, amely nem múlja sem alul, sem felül a létező standard kezelést. A vizsgálat csak abban az esetben megengedhető, ha tárgyát tekintve – nem csupán az egyes orvos számára, hanem kollektíve is – tudatlanság (*Unwissenheit*) vagy mélyre ható véleményeltérés állna fenn, s a nyitott kérdés csak a vizsgálat segítségével válaszolható meg. Ha azonban a tudományos közösség előtt ismeretes, hogy a standard kezelés jobb, mint az egyik vizsgálati csoporté, akkor a vizsgálat eleve feleslegesnek bizonyulna. Ebben az esetben, amennyire csak lehetséges, a páciensek számára a hatékonyabb vizsgálati csoport kezelését kell új standardként elérhetővé tenni. Ezzel szemben, ha a standard egyik vizsgálati csoportja nyilvánvalóan kevésbé hatékony, akkor az ebben részt vevő kísérleti alanyok elől tudottan visszatartják a ténylegesen jobb elérhető kezelést, amivel viszont egyértelműen vétének az érvényben lévő LLEE ellen.²³ Az egyensúly kizáró etikai követelmény számos olyan vizsgálatot tilt meg, melyek a magas idegenelőny

²² Fried 1974. A jelenleg futó egyensúlyvita áttekintéséhez vö. London 2007; Hoffmann–Schöne-Seifert 2009.

²³ Freedman 1987.

(Fremdnutzen) alapján feltétlenül megengedhetőnek tűnnek. Különösen így van az egyensúly-kritérium alapján a placebokontrollok kivitelezésénél, melyek noha nem mindig számítanak megengedhetetlennek, de csak meghatározott esetekben engedélyezettek. Az egyensúly-kritériummal összeegyeztetett placebokontrollok ugyanis csak akkor engedhetőek meg, ha a vizsgált kórkép esetében nem létezik bizonyítható nettóhaszonnal bíró standard kezelés. Ebben az esetben ugyanis a placebokontrollok nem múlják alul a klinikai standard kezelés haszonszínvonalát, mert hiszen ilyen egyáltalán nem létezik. Másfelől megengedhetőek a placebokontrollok akkor, ha a klinikai előny terén elszenvedett veszteségek oly csekélyek, hogy az a klinikai ellátáson belül engedélyezett terápia szabadság keretein belül indokolható. Ám ezek a megszorítások sem változtatnak azon, hogy az egyensúly kizáró kritérium marad, ami miatt néhány ténylegesen kivitelezendő kutatási terv, nem utolsósorban a placebokontrollal bírók, nem teljesülnek. Ez más szempontokkal együtt vezetett az egyensúly-kritérium megélnékülő kritikájához.

3.4 Az egyensúly-kritérium kritikája

Az egyensúly-kritérium kritikájának legfontosabb szempontja az imént említett restriktivitás: az egyensúly észszerűtlenül szigorú, mert tiltja az olyan halaszthatatlanul szükséges klinikai kutatást, melyből a jövőbeli páciensek nagy számban profitálhatnának.²⁴ Erre az ellenvetésre azt válaszolják az egyensúly-kritérium védelmezői, hogy a jövőbeli pácienseket érintő mégoly nagy előnyök sem igazolhatják a jelenlegi vizsgálati alanyok illegitim kihasználását. Egy ilyen kihasználás ellenben fennállhat, ha a kísérleti alanyok elől visszatartanak a legjobb ellátást a jövőbeli páciensek generációk előnyére való hivatkozással.²⁵

Másodsorban arra hívják fel a figyelmet a kritikusok, hogy noha ideális esetben kézenfekvő követelmény lehetne az egyensúly, ez azonban a valóságban rendszerint nem teljesül, mert az egzakt egyensúly szempontja cse-

²⁴ Miller–Brody 2003; Miller–Brody 2007.

²⁵ Fried 1974, 50–51.

kély mértékben áll fenn, s mint olyan, aligha felismerhető. A kritika ezen pontjára kiváltképp Freedman reagált. Bár az igaz lehet, hogy az egzakt egyenlőségkritérium rendszerint nem áll fenn, ami azonban nem az egyensúlyelv központi gondolata ellen, hanem csak annak szigorú értelmezése ellen szól. Ezt elfogadva sokkal inkább egy toleranciatartományról van szó, amelyen belül az elvárt kockázat-előny mérleg megközelítő egyenlőségéről beszélhetünk a vizsgálaton inneni és az azon túl rendelkezésre álló kezelési alternatívák kapcsán. Az egyensúly-kritérium efféle gyengébb olvasata számos esetben teljesül, s mindenképp az LLEE azon alapgondolatából indul ki, hogy a kísérleti személyektől nem szabad gyógyászati áldozatot elvárni.²⁶

Harmadsorban egyúttal végezetül jegyezzük meg, hogy a saját haszonnal bíró vizsgálaton belül a kísérleti személyek rendszerint olyan eljárásoknak vannak kitéve, melyek nem indokoltak gyógyászatilag, hanem pusztán a vizsgálat kutatómódszertani szükségszerűségének részei. Így a randomizálással együtt jár, hogy a kísérleti alanyokat véletlenszerűen rendelik hozzá kezelésükhöz, s nem a klinikai kontextusban bevett módon, betegségük egyéni megjelenése mentén; a kettős vakpróba ahhoz vezet, hogy sem a páciens, sem a kezelőorvos nem tudja a vizsgálat alatt, hogy milyen módon kezelik a páciensst. Másrésztől a vizsgálat során is gyakran valósul meg olyan tisztán kutatásstratégiailag indokolt, részben megterheléssel együtt járó diagnosztikai eljárás (további vérvétel, biopsziák stb.), melyek nem az egyénre szabott gyógyászati kezelés értelmében javallottak. Ezért – így az ellenvetés képviselői – szinte sohasem állhat fenn egyensúly a kezelése vizsgálaton belüli és az azon kívüli kockázat/előny profilja között.

Ez utóbbi ellenvetés az egyensúly-kritérium néhány védelmezőjét felülvizsgálatra sarkallta, amit a most következő fejezetben tárgyalunk.

²⁶ Freedman 1987.

3.5 A komponensanalízissel kiegészített egyensúly-kritérium

Két bioetikával foglalkozó szakember, Weijer és Miller 2000-ben javaslatot dolgozott ki egy kockázat-komponens analízisre (component analysis),²⁷ melyre olyan megközelítésként tekintettek, amely számos kutatástechnikai ajánlás és tényleges kutatási praxis mögött húzódná, s etikailag plauzibilisnek tekinthető. Elgondolásuk alapján a vizsgálati csoportok kockázat/előny értékelésének során különbséget kell tenni a terápiás és nemterápiás eljárások között. A potenciális saját haszonnal bíró vizsgálatok során ugyanis gyakran egymás mellett fordulnak elő a beavatkozások ezen kategóriái. Míg a gyógyászati kezeléseket a konkrét kísérleti anyagokat érintő előnypotenciál által kell jellemezni, s ez szolgál a jogosultság alapjául, addig a nemterápiás eljárásokat (például a randomizálás folyamatát, a további vérvételeket, a szűréseket, az utólagos orvosi kontrollt) a további tudás generálásának esélye jellemez, s ezáltal igazol. Ezt szem előtt tartva – így a komponensanalízis támogatói – el kell különíteni egymástól a két komponenst, s mindkettőt saját kritériumai alapján kell megítélni, de egyúttal egymással szemben is számba venni. A terápiás beavatkozások esetében a megengedhetőség mércéjeként az egyensúly-kritériumnak kell szolgálnia, amely a pácienseknek a vizsgálat keretein belüli kompetens kezelésre való igényét is kielégíti. A nemterápiás vizsgálatokat ezzel szemben önmagáért valóan kell szemlélni. Amennyire csak lehetséges, mérsékelni kell azokat, illetve megfelelő arányban kell állniuk a vizsgálat tudományos előnypotenciáljával.

A javaslat mellett szól, hogy a vizsgálaton belül történő további kivizsgálások, amelyek a kutatáson kívül – tehát a létező standard ellátásban – egyáltalán nem jelennek meg, átláthatóvá, s meghatározott körülmények között bizonyos értelemben „kis kutatási áldozatként” elfogadhatóvá válnak anélkül, hogy a vizsgálatban való részvételt állítólagos gyógyászati előnyökkel kellene kompenzálni a normál terápiához képest. Ezek ugyanis olyan előnyök, melyek semmiképp sem állnak fenn kivétel nélkül minden esetben.

²⁷ Weijer 2000; Weijer–Miller 2004; Weijer–Miller 2007.

A komponensanalízis kritikusai mindezt kétségkívül feleslegesnek, homályosnak és zavarosnak tartják.²⁸ Vádbeszédükben az egyedüli nettó-előny-érték javára elszámolt előnyesélyt, kárkockázatot és megterhelést gyakran kötik össze az egyenlőségkritériumtól való elfordulással. Szerintük ehelyett más kritériumokat kellene használni a potenciális saját haszonnal bíró vizsgálatok elfogadhatóságához – kivált a kísérleti személyek kihasználásának tilalmát, és a tesztalanyokat érő kockázat és a tudásgyarapodás közti arányos viszony követelményét.²⁹ Az egyensúly-kritérium védelmezői ezt a követelményt meglehetősen gyengén meghatározottnak (unterbestimmt) látják, különösen az alkalmazott kihasználás-fogalom tekintetében, s a komponensanalízist sem tartják másnak, mint az egyensúlykritérium értelmes kibontásának.

Ehhez a vita során növekvő arányban elfogadott szemlélethez³⁰ csatlakozunk mi is; hiszen a komponensanalízis mégiscsak vezérfonalat biztosít a kutató számára, melynek segítségével világos különbség tehető a gyógyászati és a nemgyógyászati eljárások kockázatai és megterhelései között. Általában érvényes ez a különbségtétel az embereken végzett kísérletekre, ám a gyermekeken folytatott kísérletekre alkalmazva további speciális igazolási probléma merül fel. A gyógyászati eljárás kockázatai és megterhelései – mint fentebb jeleztük, s ahogyan rendszerint a vitákban is előfordul – a klinikai előny esélye által igazolhatóak, ám mindez nem érvényes a nemgyógyászati eljárások kockázatai és megterhelései tekintetében. Végezetül ezeknek az eljárásoknak a kivitelezése mindenképpen hozzátartozik a kísérleti elrendezéshez, s *ezáltal* nem jár saját haszonnal. A kockázatok és a megterhelések a hozzájárulásra képes páciensek esetében a tájékoztatáson alapuló beleegyezés bevonásával etikailag is igazolhatóak. Azonban itt ez a lehetőség már nem áll nyitva. Hogyan oldható meg ez a probléma?

²⁸ Wendler–Miller 2007; Wendler–Miller 2008.

²⁹ Miller–Brody 2003.

³⁰ Pl. London 2007; Truog 2008.

3.6 A minimális kockázat kritériuma

Mivel a nemgyógyászati eljárásokat éppen nem az egyéni gyógyászati előnyök igazolják, ezért kézenfekvő olyan kritériumok alapján értékelni őket, melyek a csoporthaszonnal bíró vagy (Németországon kívül) az idegenhaszonnal járó kísérletek megítélésére létesültek. Az ehhez kapcsolódó vitákban és szabályozásokban prominens szerepet játszik a *minimális kockázat*, illetve a *minimális megterhelés* mércéje, amelyeket a csoporthaszonnal járó kutatás megengedhetőségéről szólva a német gyógyszer törvény (AMG) is megemlíti.³¹ Itt csak arra a néhány aspektusra vállalkozunk, amelyek az említett kockázatkritérium komponensanalízissel való kombinációjából származnak.

Mindenekelőtt érdemes ismételt hangsúlyozni, hogy egy vizsgálat lefolytatása nem csupán kockázattal, de rendszerint megterheléssel is együtt jár. Mint korábban említettük, a gyermekek esetében olyan megterheléseket is figyelembe kell itt venni, melyeket a felnőttek esetében csak csekély mértékben szükséges vizsgálni, mint pl. a további vérvétellel együtt járó fájdalom, a félelemérzet, vagy a körülményesebb műszeres diagnosztikus eljárás (aufwendigerer Apparatediagnostik) során fellépő elbizonytalanodás, illetve a szülőktől való elválásztottság. Jelen esetben tehát a minimális kockázat és a minimális megterhelés felső határértékéről kell beszélni. A német gyógyszer törvény szerint a kockázat és a megterhelés akkor számít minimálisnak, ha minden esetben „átmenetileg” lép fel, s egyúttal „nagyon jelentéktelen”.³² Ezzel szemben az amerikai Szövetségi Törvénykönyv (CFR) magyarázó jelleggel két összehasonlító mércét vezet be, melyeket egymás alternatíváiként kezel – ti. a mindennapi életstandardot (daily life standard) és a diagnosztika, illetve terápia területén létező gyógyászati rutinstandardot.³³ Mindkét MKMM felső határt széleskörűen és kritikusan tárgyalja az észak-amerikai szakirodalom,³⁴ mert

³¹ AMG 2004, 2.2 szakasz b. Az USA-ban ezt a küszöböt csoportelőnyű kutatás esetében „csekély mértékben” át lehet lépni. A minimális kockázatot részletesen tárgyalják: Radenbach–Wiesemann 2010.

³² AMG 2.2 szakasz, d.

³³ CFR 45. D46. 102(i).

³⁴ Vö. Fisher–Kornetsky–Prentice 2007; Glass–Binik 2008; Resnik 2005.

kezdeti plauzibilitásuk ellenére megalapozásukkor és pontos meghatározásuknál nehézségek merülnek fel. Így mindenekelőtt a mindennapi kockázatok, aminek a gyermekek ki vannak téve, nemcsak interszjektíve különböznek szélsőségesen, hanem részben etikailag sem igazoltak (pl. utcai bűnözés vagy alultápláltság). Nem látható be, hogy miért kellene ezeket a hétköznapi veszélyeket kötelező érvényű standardként az etikai megengedhetőség alá sorolni. Szintúgy problematikus a gyógyászati eljárások kockázat- és megterhelésküszöbét értékelési mércének tekinteni. A standard épp a komponensanalízis feltételeként tökéletesen idevágó. A nemgyógyászati eljárások esetében itt máris *per definitionem* adódik az MKMM kritérium áthágása, mivel a gyógyászati eljárás a rutin-szintű ellátás kockázat/megterhelés szintjét alapvetően kimeríti.

Egy másik javaslat az MKMM-küszöb definiálásánál az olyan jellegű kockázatok és megterhelések felé fordulást követel meg, amelyeket elfogadhatónak tarthatunk más jótékony tevékenységekhez kapcsolódva is.³⁵ Azért vonzó ez a szándékoltan restriktív megközelítés, mert tulajdonképpen a normatív kérdésre adott választ is előfeltételezi, ti. azt, hogy egy altruisztikus tevékenység keretein belül hogyan és miként szabad *egyáltalán* a gyermekektől kockázatot elvárni, s hogy vajon adott esetben ennek a kicsi „áldozatnak” a nagyságát nem éppen a kontextus függvényében kellene-e meghatározni?

Annak a kutatási gyakorlatnak az elfogadásával, ahol a potenciális saját haszonnal járó kutatás keretein belül a gyermekek csekély megterheléseknek és kockázatoknak vannak kitéve, mely kutatások azonban nem nekik, hanem más gyermekeknek a javára fognak szolgálni, voltaképpen beleegyezzünk ebbe és joggal gondolhatjuk, hogy mindez csekély „kutatási áldozatot” hoz magával. Ezek a gyógyászati fejlődés érdekében hozott áldozatok, melyektől bizonyára maguk a kutatásban részt vett gyermekek is profitálnak majd máskor és máshol. Számunkra úgy tűnik, s ezt mutatja a vita állása, hogy mindezt átláthatóvá kell tenni, az MKMM felső határának kalkulációjában ugyanúgy, mint az érintettek tájékoztatásakor.

³⁵ Wandler 2005, 40.

4. A beleegyezés és az egyetértés kérdései

A kívülről megfelelőnek ítélt kockázat/haszon arány mellett az embereken végzett kutatás esetében az érintettek tájékoztatáson alapuló beleegyezésének mint második lényeges megengedhetőség kritériumnak is teljesülnie kell. Az 1947-es Nürnbergi Kódex első mondata így hangzik: „A kísérleti személyek önkéntes beleegyezése elengedhetetlenül szükséges.”³⁶ Ámde a gyermekeken végzett kutatás sajátosságához tartozik a gyermekek már kezdetől fogva említett, részben teljesen hiányzó, illetve részben korlátozott beleegyezésre való képessége. Etikai értelemben vitán felüli, hogy a gyermekeknek részt kell venniük a döntésben, mielőtt elkezdik megérteni annak tartalmát, s hogy döntésükért mérvadó felelősségvállalással kell tartozniuk, amint elegendő mértékben kialakultak bennük az idevágó belátás, ítéletalkotás és akarati elhatározás képességei. Az első posztulátumot jogetikai szempontból az arra már képes gyermekek beleegyezése (assent) iránti követelmény teljesíti – így rendelkezik a Helsinkai Nyilatkozat is; terminológiailag esetenként „helyeslésről” (Billigung) vagy a „helybenhagyás kifejezéséről” (billigender Äußerung) is beszélnek. A második posztulátum az uralkodó nemzetközi felfogásban ahhoz vezetett, hogy azokat a kiskorúakat, akiknek a szellemi képességei megfelelően kifejlődtek, jogi értelemben szintén beleegyezésre képesnek tartják, tehát szüleik mellett ők is tájékoztatáson alapuló beleegyezésben részesíthetők, illetve azt kapniuk is kell.³⁷

A nevezett posztulátumok konkretizálása és gyakorlati megvalósítása mindenképp nehéz két szempontból is, ezért eltérő nemzetközi szabályozásokhoz vezetett. Először is nincs ténylegesen konszenzusképes olvasat azzal kapcsolatban, hogy mik a beleegyezés pontos kritériumai, s még kevésbé van ez így a beleegyezés-képesség elégséges kritériumait tekintve. Másfelől kevés adat s különféleképp végződő spekulációk állnak rendelkezésre arról, hogy a gyermeki fejlődés során normális esetben mikor jelennek meg a releváns képességek, s azok hogyan tesztelhetők. Mielőtt

³⁶ Nürnbergi Kódex 1947. Vö. Weltärztebund 2008, B.16.

³⁷ A jogi részletkérdéseket illetően lásd Taupitz 2003; Fischer 2008; illetve Taupitz 2010.

a gyermeki *beleegyezés* (*assent*) részletes problematikája felé fordulunk, vitassuk meg a törvényes képviselői beleegyezés kérdését.

4.1 A szülői képviselői beleegyezés

Kiskorúaknál normális esetben a szülei számítanak a jogilag elismert képviselőknek. Ez áll fenn a gyógyászati kezelés és a klinikai vizsgálatban való részvétel esetében is, s ez csak abban az esetben változik meg a bíróság által kijelölt gondviselő javára, ha a szülők nem állnak rendelkezésre, vagy ha nyilvánvalóan nem a gyermek érdekében cselekszenek.

A szülők döntéshozatalban való kitüntetett képviseleti szerepének jogetikai indoklása feltételezi azt, hogy rendszerint ők azok, akik legjobban ismerik gyermeküket, annak szükségleteit és vágyait, illetve ők akarják ezeket leginkább elősegíteni. Míg azonban tartalmi értelemben az „akaratban való helyettesítés” észszerűen végbemehet az olyan beleegyezésre képes páciensek és kísérleti alanyok esetében, akik kifejlődött akaratukat csak átmenetileg nem képesek gyakorolni, addig ez nyilvánvalóan egyáltalán nem érvényes a kisgyermekes esetében, s csak korlátozottan az idősebb gyermekeknél, akik még nem rendelkeznek a teljes beleegyezés képességével. Ahol egyáltalán nem képződhet akarat, ott nem is léphet föl. Ha az ehhez szükséges értelmi, ítélő- és akaratképző képességek nem állnak, s korábban sem álltak rendelkezésre, akkor a gyermek *feltételezett* akaratára való gyakran követelt alapozás szigorúan véve lehetetlen, mert az akarat, melyet autonómként kellene elismerni, éppenséggel még nem *tudott* kialakulni.³⁸ Ehelyett a szülői döntéseknek a döntésképes gyermek *jóllétéhez* kell igazodnia. Ezek a döntések – a bevett szemlélet alapján – nem *tartalmi*, hanem csak pusztán *formális* pótlékai a hiányzó gyermeki autonómiának, amiből egy sor olyan következmény adódik, melyekről a következőkben fogunk beszélni.

Néhány szerző természetesen más véleményen van ebben, amennyiben a kisebb gyermekeknek (s a beleegyezésre nem képes páciensek más cso-

³⁸ Határozottan és részletesen tárgyalja: Merkel 2003, 182 skk.

portjainak is) elismerésre szánt autonómiát tulajdonítanak.³⁹ Az autonómia ilyen fogalmi gyengítését, kognitív előfeltételeitől való elválasztását épp annyira tartjuk valószínűtlennek, mint amennyire etikailag problematikusnak, mert elmosásuk az önmeghatározás és a gondoskodás princípiumai közti határokat azok kezdettől eltérő következményeivel egyetemben.

A gyermeki jólléthez igazodó döntéseknek a kockázat- és megterhelés-elvárások tekintetében annyira restriktívnek kell lenniük, amilyen mértékben az egyes személyek autonóm döntései azt megengedik. Ez az etikai posztulátum nyer kifejezést az MKMM objektív felső határában való általános egyetértésben, amennyiben az érintett gyermek esetében mindenfajta önös előnypotenciált nélkülöző eljárásokról van szó (lásd 3.6 fejezet) – feltéve, hogy ezek az eljárások egyáltalán megengedhetőnek minősülnek.

A gyermekjólét-kritériumot a különös gyermeki védelemreszorultság fényében kell értelmezni – védelemre szorultságként az aggodással, stresszel, a szülőktől való elválasztással szemben. Ezért figyelembe kell venni az érintett gyermekek személyes sajátosságait, legfontosabb személyes szokásaikat, kívánságait, hajlamaikat és félelmeiket.

Ahhoz a kérdéshez, hogy egy potenciális saját haszonnal járó klinikai vizsgálatban való részvétel megfelel-e a gyermek jól felfogott érdekének, vagy azzal ellentétesnek tűnik, az eddigiekhez a következő gondolatokat tegyük hozzá. Ha a vizsgálat terápiás eljárásai (ahogyan ez többnyire elvárt) megfelelnek az egyensúly-kritériumnak (vö. 3.3 fejezet), akkor statisztikailag és *ex ante* szemlélve az érintett gyermek egészséggel kapcsolatos jóllétét a vizsgálatban való részvétele nem korlátozza jobban, de nem is segíti jobban, mint a vizsgálaton kívüli kezelése. Ha azonban a gyermek az innovatív terápia valamely aspektusával szemben, amelyhez egyébként a vizsgálati elrendezés valószínűsége mentén randomizáltan rendelődik hozzá, valamilyen viszonylagos rokonszenvvel vagy ellenszenvvel viseltetne, akkor ezeket a személyes preferenciákat is figyelembe kell venni. Ugyanez érvényes a vizsgálatához gyakorta kapcsolódó nemterápiás eljárásokra is (pl. mérés, felmérés, csekély mértékű vérvétel), melyek elviselése nyilvánvalóan *nem* fogja a gyermek gyógyászati jóllétét szolgálni.

³⁹ Vö. Maio 2001.

Az utolsóként említett tényezők közül mindazonáltal nem kell arra következtetni, hogy az említett eljárások *ellentmondanak* a gyermek jóllétének, s ezért mellőzhetőek. Amíg az elvárásnak megfelelően eleget tesznek az MKMM-kritériumnak (vö. 3.4 fejezet), s nem vétnek a gyermek saját személyes érdekei ellen, addig a gyermek jóllétét oly csekély mértékben érintik, hogy az eljárások csoportelőnyőségének pozitív hozadék tulajdonítható. Ez mindenképp jelzi a csoporthaszonnal rendelkező vizsgálatban való részvétel elterjedt elfogadása mögött húzódoó etikai intuíciónkat, ami még inkább így van a csoportelőnyű átfogó összkutatások esetében. Ezeket az intuíciónkat azonban ritkán elemezzük.

Mindazonáltal a gyermekeken végzett potenciálisan saját haszonnal rendelkező kutatás összefüggésében felmerül még egy utolsó szisztematikus indoklási kérdés – legalábbis amennyiben a kutatásnak, mint az gyakran megesik, nemterápiás része is van. Néhány szerző amellett érvel, hogy az efféle eljárásokkal együtt járó kockázatok és megterhelések azért várhatóak el a vizsgálatban részt vevő gyermekektől, mert mint (fejlődésben lévő) morális szereplőknek érdekükben kell hogy álljon a morális értelemben vett jó cselekvés.⁴⁰

Egy másik felfogás szerint – ami felé mi is hajlunk – az altruisztikus cselekvés gyermekjóllét alá rendelése problematikus. Az altruisztikus cselekvéshez kapcsolódó (bármilyen módon már mindig is meghatározott) érdek – véleményünk szerint – csak azoknak a gyermekeknek tulajdonítható, akik az adott cselekedet megvalósításának időpontjában először is felelősséggel rendelkezőnek tekinthetők, másodsorban *szubjektív* értelemben altruisztikusan motiválhatóak. Amíg ezek a feltételek nem teljesülnek, addig a csoporthaszonnal bíró minimális megterhelésekről mint csekély idegen jellegű kutatási áldozatról számot kell adni. Hogy a gyermek maga (ahogyan a felnőttek is) nagyban profitál az elérhető gyógyászati ellátás adta lehetőségekből, s hogy bizonyos szűk kereteken belül a gyógyászati fejlődés meg is követelheti a csekély áldozatot, az számunkra és sok más mindenki számára plauzibilisnek tűnik.⁴¹ A szűk határok kijelölése azáltal

⁴⁰ Harris–Holm 2003.

⁴¹ Vö. Merkel 2003, 194 skk. Merkel meggyőző jogetikai gondolataiban az indokolt csekély „szolidáris tűréskötelezettségről” beszél.

történik, hogy a gyermekeken végzett kísérletek nemzetközi viszonylatban ott számítnak megengedettnek, ahol

1. a felnőtteken azt nem lehet éppolyan jól megvalósítani;
 2. az MKMM-kritérium teljesül (amennyiben nem potenciálisan saját haszonnal járó eljárásról van szó);
 3. megvalósul a képviselői beleegyezés és a hozzájárulás (assent);
- Zárásként ez utóbbi aspektus felé fordulunk.

4.2 A gyermeki hozzájárulás (assent)

Mint már említettük, a szülői tájékoztatáson alapuló beleegyezés (*informed consent*) mellett a gyermeki hozzájárulás (*assent*) etikai értelemben a klinikai vizsgálatokban való részvétel fontos feltétele. Egyetértés van abban, hogy ez a hozzájárulás csak a vizsgálat kezdete előtt „a kiskorúakkal való bánásmódban gyakorlott vizsgáztatást folytató személy bevonása által adott megfelelő felvilágosítás feltétele mellett lehetséges”.⁴² Egybehangzó az a vélekedés is, hogy sem a kora- és újszülöttek, sem a 3 év alatti kiskorúak nem képesek arra, hogy egy vizsgálatban való részvétel lényegét és horderejét akárcsak csírájában is megértsék – ami viszont minden értelmes hozzájárulás szükséges feltétele. Arra való tekintettel, hogy a szóban forgó képességek lassan, illetve egyéenként nagyon különböző módon fejlődnek ki, a német és az európai vitákban és állásfoglalásokban messzemenő az egyetértés abban, hogy a kronológiailag értett életkor helyett a gyermek *tényleges* képességei kerüljenek szóba, amelyeket mindig eset- és kontextusfüggően kell vizsgálni.

Vizsont az, hogy ebből kiindulva hogyan értendő pontosan a hozzájárulás-követelmény és hogyan kell azt foganatosítani, már egymással ellentétes viták tárgya. Már az a kérdés eltérő válaszokat szül, hogy vajon csak az aktív hozzájárulás, vagy már az elutasítás elmaradása (így az AMG) is elegendő-e?⁴³ Ezzel kapcsolatban abban sincs egyetértés, hogy pontosan mit takar a hozzájárulásra (assent) való képesség, s hogy általában mikor-

⁴² AMG 40 .§ 4. szakasz 3. pont. Lásd még: European Union 2008, 233.

⁴³ Wendler–Shah 2003; Whittle et al. 2004.

tól áll rendelkezésre – a javasolt életkorstandard 6 és 15 év között ingadozik.⁴⁴

Az ilyen nézetkülönbségek természetesen problematikusak, de a hozzájárulás (assent) esetében legalábbis részlegesen igazolhatók. A hozzájárulásnak ugyanis nem a gyermeki autonómia iránti tiszteletet kell szolgálnia (erre vonatkozóan vö. a 4.1 fejezetet – még teljesen vagy messzemenően nem képes rá), hanem elsősorban a megterhelésekkel szembeni *kiegészítő* védelmet, az értékelés kinyilvánítását és az (egyre élénkebben autonóm) döntések begyakorlását.⁴⁵ Mindezek az értékek azonban elmosódó kontúrral rendelkeznek. Jelen vonatkozásban való mérlegelésük azonban kevésbé vitatható, mint az autonómia tiszteletéé.

A kisebb gyermekek hozzájárulás-képességére vetett pillantás alapján a kockázatok és megterhelések aktív jóváhagyásának követelése így inkább irreálisnak bizonyul. Bár az a tágabb követelmény igazolható, hogy a vizsgálati alany nyomatékos elutasítása mindig tiszteletben tartandó, olyan gyermekek esetében is, akik még nem hozzájárulás-képesek.⁴⁶ A gyermeki elutasítás kivétel nélküli figyelembevétel mellett ugyanis az szól, hogy a vizsgálatban való „erőszakolt” részvétel a gyermekeknél megterhelésekhez (stressz, félelem, túlterhelés) vezethet akkor is, ha természetesen nem áll fenn kockázat.

A hozzájárulás-képesség kezdetének időpontjához hasonlóan nehéz megállapítani az e képességtől a *tájékoztatáson alapuló beleegyezés* képességére való átmenetet. Az egyik elterjedt nézet szerint a fontos kérdésekben (mint a vallási hovatartozás, az örökbefogadásba való beleegyezés) a személyesen vállalt felelősség előfeltételei átlagosan a 14. életév végén adóttak. Egyes esetekben és konkrét kérdésekben ettől az alapvető tételtől mindenképp jelentős eltérés állhat fenn. A küszöb ezért más, mint a gyógyászati kezelés során ajánlott beleegyezési képesség irányadó életkorstandardja. Másfelől nem jelent feszes életkorhatárt az önálló

⁴⁴ Kimberly et al. 2006. A differenciált, s a gyermekeket korán beleértő megközelítéshez vö. European Union 2008, 233; ennek kritikus tárgyalásához vö. Wendler 2006.

⁴⁵ Kon 2006; Diekema 2003.

⁴⁶ A kivétel nélküli figyelembevétel mellett szól az AMG és pl. Wendler 2006; ezzel szemben foglal állást a CFR.

döntésre való jogosultság törvényi tulajdonításakor.⁴⁷ Etikai perspektívából tekintve a jóváhagyásra és beleegyezésre való képesség tulajdonítását nagyvonalúan kell kezelni a vizsgálatban való részvétel kétséges esetében. Annál is inkább, mert jogilag a kiskorúak hozzájárulását (*assent*) és tájékoztatáson alapuló beleegyezését (*informed consent*) a szülői képviselői beleegyezésnek kell kísérsenie.⁴⁸

Ha az itt vázolt szempontokat és alapokat elfogadjuk a hozzájárulással kapcsolatban, akkor az is képviselhető, hogy nem azonos értelemben jelentenek szükséges feltételt, mint a felnőttek tájékoztatáson alapuló beleegyezése (*informed consent*) esetében. Ha a *hozzájárulás* kapcsán elsődlegesen arról van szó, hogy előnyeit és tiszteletben tartásuk aspektusait védelmezzük (Emanuelék 4. és 7. kritériuma), akkor azok az előnyök meghatározott egyes esetekben a vizsgálat más előnyeseivel szemben egyenlíthetőek ki. E háttér mentén feltétlenül kézenfekvő, hogy (a különben azonos feltételek melletti) csoporthaszonnal rendelkező *hozzájárulás* (*assent*) fontosabb, mint az olyan vizsgálat esetében, ahol az érintett gyermek klinikai szempontból közvetlenül profitálhat. Hogy hogyan lehet kivitelezni ezeket a kiegyensúlyozásokat, az csak a mindenkori eset konkrét keretfeltételeit figyelembe véve dönthető el.

5. Összegzés

A gyermekgyógyászat terén végzett kutatás, főként ha saját haszonnal bír az érintett gyermekek számára, meghatározott feltételeket figyelembe véve nemcsak megengedhető *etikailag*, hanem nagyon is kívánatos. Kísérletet tettünk a legfontosabb feltételek szisztematikus megvitatására a nemzetközi viták és felfogások tükrében. A fejtegetések középpontjában a komponensanalízis, az egyensúly- és az MKMM-kritérium állottak, melyek pontosítják azt, hogy mit jelent a vizsgálati eljárás során elfogadható

⁴⁷ Vö. Taupitz 2000, 55 skk; hivatkozásokkal.

⁴⁸ A szülők együttes megegyezését (Co-Konsens) a *beleegyezésre képes* kiskorúval, ahogy azt az AMG (40. § 4. bekezdés 3. pont) megköveteli, az Európai Unió ajánlása (2008, 231) mindenesetre határozottan szükségtelennek tartja. Vö. Amelung 1995, 26.

kockázat/haszon arány. További követelmények a gyermek védelmében, illetve a gyermek és szülei tiszteletének kifejezéseként a szülők tájékoztatáson alapuló beleegyezése, s amikor csak lehetséges, az érintett gyermekek jóváhagyása, illetve a másik oldalról nézve az esetlegesen felmerülő ellenszegülés elmaradása.

Még ha a szemléletileg koherens elméleti keret világossá is teszi a gyermekeken végzett kutatás etikai megítélését és annak kivitelezését, a legfontosabb előfeltétel mégiscsak az érintett orvosok és kutatók morális érzékenysége és ítélőereje marad. Őket támogatni a legfontosabb feladat – a gyermekgyógyászat területét vizsgáló kutatásetika számára is.

Hornyák Péter István fordítása

Irodalom

- Amelung K. 1995. *Vetorechte beschränkt Einwilligungsfähiger in Grenzbereich medizinischer Intervention*. Walter de Gruyter, Berlin.
- Arzneimittelgesetz (AMG) Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln, 2004. augusztus 6-i változat, *Bundesgesetzblatt* (BGBl.) 2004/1, 2031 (2049).
- Deutsch W.–Spickhoff A. 2008. *Medizinrecht, Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht*. 6. átdolgozott és bővített kiadás. Springer, Berlin–Heidelberg–New York.
- Diekema D. S. 2003. Taking Children Seriously: What's So Important About Assent? *American Journal of Bioethics* 3, 25–26.
- Emanuel E. J.–Wendler D.–Grady C. 2000. What Makes Clinical Research Ethical? *The Journal of the American Medical Association* 283, 2701–2711.
- European Union 2008. Ethical Consideration for Clinical Trials on Medical Products Conducted with the Paediatric Population. *European Journal of Health Law* 15, 223–250.
- Fischer G. 2008. Clinical Research in Vulnerable Populations. The Legal Framework. In Thiele F.–Fegert JM.–Stock G. (szerk.). *Clinical Research in Minors and the Mentally Ill*. Europäische Akademie, Bad Neuenahr–Ahrweiler. 63–75.
- Fisher C. B.–Kornetsky S. Z.–Prentice E. D. 2007. Determining Risk in Pediatric Research with No Prospect of Direct Benefit: Time for a National Consensus on the Interpretation of Federal Regulations. *American Journal of Bioethics* 7, 5–10.
- Freedman B. 1987. Equipoise and the Ethics of Clinical Research. *The New England Journal of Medicine* 317, 141–145.
- Fried C. 1974. *Medical Experimentation. Personal Integrity and Social Policy*. North-Holland Publishing Company, Amsterdam–Oxford.
- Glass K. C.–Binik A. 2008. Rethinking Risk in Pediatric Research. *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 567–576.

- Harris J.–Holm S. 2003. Should We Presume Moral Turpitude in Our Children? – Small Children and Consent to Medical research. *Theoretical medicine* 24, 121–129.
- Hoffmann M.–Schöne-Seifert B. 2009. Equipoise – ein Kriterium für die ethische Zulässigkeit klinischer Studien? In Boos J. et al. (szerk.). *Nutzen und Schaden aus klinischer Forschung am Menschen. Abwägung, Equipoise und normative Grundlagen* (Medizin-Ethik 21.). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln. 53–79.
- Hüppe A.–Raspe H. 2009. Analyse und Abwägung von Nutzen- und Schadenpotenzialen aus klinischer Forschung. In Boos J et al. (szerk.) *Nutzen und Schaden aus klinischer Forschung am Menschen. Abwägung, Equipoise und normative Grundlagen.* (Medizin-Ethik 21.) Deutscher Ärzte-Verlag, Köln. 13–52.
- Kimberly M. B. et al. 2006. Variation in Standards of Research Compensation and Child Assent Practices: a Comparison of 69 Institutional Review Board-Approved Informed Permission and Assent Forms for 3 Multicenter Pediatric Clinical Trials. *Pediatrics* 117, 1706–1711.
- Kind C. 2007. „Fremdnützige“ Forschung mit Kindern – ist die scharfe Abgrenzung zu „therapeutischer“ Forschung adäquat und zweckmässig? *Bioethica Forum* 53, 2–5.
- Kon A. A. 2006. Assent in Pediatric Research. *Pediatrics* 117, 1806–1810.
- Lederer S. E. 2003. Children as Guinea Pigs: Historical Perspectives. *Accountability in Research* 10, 1–16.
- London A. J. 2007. Clinical Equipoise: Foundational Requirement or Foundational Error? In Steinbok B (szerk.). *The Oxford Handbook of Bioethics.* Oxford University Press, Oxford–New York. 571–596.
- Magnus D. 2006. *Medizinische Forschung an Kindern: Rechtliche, ethische und rechtvergleichende Aspekte der Arzneimittelforschung.* Mohr Siebeck, Tübingen.
- Magnus D.–Merkel R. 2009. Normativ-rechtliche Grundlagen der Forschung an Nichteinwilligungsfähigen. In Boos J et al. (szerk.). *Nutzen und Schaden aus klinischer Forschung am Menschen. Abwägung, Equipoise und normative Grundlagen* (Medizin-Ethik 21.) Deutscher Ärzte-Verlag, Köln. 109–134.

- Maio G. 2001. Zur Begründung einer Ethik der Forschung an nicht einwilligungsfähigen Patienten. *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 45, 135–148.
- 2010. Forschung an Kindern ohne Individualnutzen: Ist sie ethisch zu rechtfertigen? In Marckmann–Niethammer (szerk.) *Ethische Aspekte der pädiatrischen Forschung* (Medizin Ethik 22.). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 51–59.
- Marckmann G.–Niethammer D. (szerk.) 2010. *Ethische Aspekte der pädiatrischen Forschung* (Medizin Ethik 22.). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
- Medizinproduktegesetz (MPG) – a közlemény 2002. augusztus 7-i változata. *Bundesgesetzblatt* (BGBl.) 2002/1, 3146.
- Merkel R. 2003. Nichttherapeutische klinische Studien an Einwilligungsfähigen: Rechtsethisch legitim oder verboten? In Bernat E.–Kröll W. (szerk.) *Recht und Ethik der Arzneimittelforschung*. Manz, Wien, 171–206.
- Miller F. G.–Brody H. 2002. What Makes Placebo-Controlled Trials Unethical? *American Journal of Bioethics* 2(2), 3–9.
- 2003. A Critique of Clinical Equipoise. Therapeutic Misconception in the Ethics of Clinical Trials. *Hastings Center Report* 33, 19–28.
- 2007. Clinical Equipoise and the Incoherence of Research Ethics. *The Journal of Medicine and Philosophy* 32, 151–165.
- Nürnbergi Kódex 1947. Idézve: http://www.ipnw-nuernberg.de/aktivitaet2_1.html (2009. május 27-i állapot).
- Radenbach K.–Wiesemann C. 2010. Risiko und Belastung als Kriterien der Zulässigkeit von Forschung mit Kindern und Jugendlichen. In Marckmann–Niethammer (szerk.) 2010. *Ethische Aspekte der pädiatrischen Forschung* (Medizin-Ethik 22.). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 37–51.
- Resnik D. B. 2005. Eliminating the Daily Life Risks Standard from the Definition of Minimal Risk. *Journal of Medical Ethics* 31, 35–38.
- Seyberth, H. W. 2010. Physiologische Besonderheiten des kindlichen Organismus mit Relevanz für die Arzneimitteltherapie. In Marckmann–Niethammer 2010. 9–18.

- Taupitz J. 2000. *Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Ab-
stichung der Patientenautonomie am Ende des Lebens? Gutachten
zum 63. Juristentag.* C.H. Beck, München.
- 2003. Forschung mit Kindern. *Juristenzeitung* 58, 109–118.
 - 2010. Ethische und rechtliche Aspekte der Durchführung von klini-
schen Studien an Kindern. In Marckmann–Niethammer (szerk.) 2010.
Ethische Aspekte der pädiatrischen Forschung (Medizin-Ethik 22.)
.Deutscher Ärzte-Verlag, Köln. 59–67.
- Truog R. D. 2008. Ethical Assessment of Pediatric Research Protocols.
Intensive Care Medicine 34, 198–202.
- United States Department of Health and Human Services (DHHS), 45
Code of Federal Regulations (CFR) § 46, 2005. június 23-i változa-
tában, <http://www.hhs.gov/ohrp/documents/OHRPRegulations.pdf>
(2009. május 27-i állapot).
- Veatch R. M. 2007. The Irrelevance of Equipoise. *The Journal of Medicine
and Philosophy* 32, 167–183.
- Weijer C. 2000. The Ethical Analysis of Risk. *The Journal of Law,
Medicine & Ethics* 33, 487–490.
- Weijer C.–Miller P. B. 2004. When Are Research Risks Reasonable In
Relation To Anticipated Benefits? *Nature Medicine* 10, 570–573.
- 2007. Refuting the Net Risks Test: A Response to Wendler and Miller’s
„Assessing Research Risks Systematically”. *Journal of Medical Ethics*
33, 487–490.
- Weltärztebund 2006. International Code of Medical Ethics (Deklaration
von Genf). www.wma.net/e/policy/c8.htm (2009. május 27-i állapot).
- 2008. Deklaration von Helsinki. www.wma.net/e/policy/b3.htm (2009.
május 27-i állapot) Magyarul: Helsinki Nyilatkozat – Az Orvos Világ-
szövetség (WMA) – Az embereken végzett orvosi kutatások etikai
alapelveiről. *Lege Artes Medicinae* (LAM) 2014, 24(3), 133–136. On-
line: http://www.elitmed.hu/upload/pdf/helsinki_nyilatkozat_az_orvos_vilagszovetsseg_wma_az_embereken_vegzett_orvosi_kutatasok_etikai_alapelveiro1-12170.pdf (2016. február 24-i állapot)

- Wendler D. 2005. Protecting Subjects Who Cannot Give Consent: Toward a Better Standard for „Minimal” Risks, *Hastings Center Report* 35, 37–43.
- 2006. Assent in Pediatric Research: Theoretical and Practical Considerations. *Journal of Medical Ethics* 32, 229–234.
- Wendler D.–Miller F. G. 2007. Assessing Research Risks Systematically: the Net Risks Test. *Journal of Medical Ethics* 33, 481–486.
- 2008. Risk-Benefit Analysis and the Net Risks Test. In Emanuel E. J. et al. (szerk.). *The Oxford Textbook of Clinical Research Ethics*. Oxford University Press, Oxford–New York. 503–513.
- Wendler D.–Shah S. 2003. Should Children Decide Whether They Are Enrolled In Nonbeneficial Research? *American Journal of Bioethics* 3, 1–7.
- Whittle A. et al. 2004. Institutional Review Board Practices Regarding Assent in Pediatric Research. *Pediatrics* 113, 1747–1752.
- Wiesing U.–Marckmann G. 2004. Forschung am Menschen, Einführung. In Wiesing U. (szerk.). *Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch*. Reclam, Stuttgart. 123–130.

Michael Kühler

SZERETET, AUTONÓMIA ÉSA TÁJÉKOZTATÁSON ALAPULÓ BELEEGYEZÉS

Bevezetés

Az orvosi etikában a páciens autonómiájának tiszteletét a tájékoztatáson alapuló beleegyezés (informed consent) intézménye biztosítja. Mindkét kifejezést – autonómia és beleegyezés – alapjában véve individuális értelemben szoktuk érteni. Egy személy *saját* autonóm döntésének és beleegyezésének kell lennie. Egy páciens döntései azonban gyakran a személyes kapcsolata által alkotott kereten belül születnek meg, különös tekintettel a szeretetkapcsolatokra. Felmerül a kérdés, hogy mekkora befolyással rendelkezhet egy ilyen szeretetkapcsolat egy páciens döntéseire, illetve hogy azok továbbra is *saját* döntéseinek tekinthetőek-e? Ebből a szempontból a legproblematicusabb koncepció az, ha a szeretetet egy olyan egységként fogjuk fel, amelyben a benne részt vevők által alkotott *mi*-identitás megelőzi egyéni identitásukat. Röviden szólva a felmerülő probléma a következő: ha a „szeretet mint egység” megakadályozza, hogy a felek individuális értelemben is autonóm döntéseket hozzanak, akkor úgy tűnik, azt a képességüket is elveszítik, hogy egyéni, tájékoztatáson alapuló beleegyezésüket adják az egészségüggyel kapcsolatos szituációkban. Ennélfogva az egységként felfogott szeretet gondolata összeférhetetlennek bizonyul a modern orvosi etika egyik legfontosabb összetevőjével.

A következőkben ezt a látszólagos összeférhetetlenséget fogom vizsgálni, és amellet érvelek majd, hogy a probléma két olyan dimenziót érint, amelyeket mindenképpen meg kell különböztetnünk egymástól. Elméleti vagy fogalmi szinten amellet érvelek, hogy a „szeretet mint egység” gondolata és a tájékoztatáson alapuló beleegyezés individuális koncepciója között fennálló konfliktus megoldható, vagyis a két fogalom nem eleve,

konceptuális okokból kifolyólag összeegyeztethetetlen. A hétköznapiakban azonban, a gyakorlat szintjén, a dolgok nem ilyen egyszerűek. Még egy szeretetkapcsolat *mijének* dinamikájában is bőven akadhat illetéktelen befolyás (undue influence), manipuláció vagy kényszer. Mindez abban a kérdésben összpontosul, hogy a kapcsolatban részt vevők közül ki határozza meg a *mi* identitását – teljesen vagy illetéktelen mértékben –, mivel a *mi*-identitásuk szolgál majd későbbi közös döntéseik alapjául. Amellett is érvelni fogok azonban, hogy a *mi*-identitás *helyes* módon is kialakítható – ahogyan az a kapcsolatban lévők kölcsönös szeretetének eredménye is kellene hogy legyen. Ilyen esetekben a közös döntések is (elégésesen) a sajátjaiknak tekinthetőek, akár individuális értelemben is. Ezáltal a „szerepet mint egység” gyakorlati szinten sem bizonyul összeegyeztethetetlennek a tájékoztatáson alapuló beleegyezés fogalmával.

Tájékoztatáson alapuló beleegyezés

Először is tennék néhány megjegyzést a tájékoztatáson alapuló beleegyezés fogalmára vonatkozóan. Orvosi kezelések esetében egy páciens tájékoztatáson alapuló beleegyezésének megszerzése a kezelés törvényességét hivatott biztosítani azáltal, hogy elismeri a páciens ahhoz való (individuális) jogát, hogy önállóan hozzon döntést arról, milyen kezelésnek veti alá magát, ha egyáltalán bármilyen kezelés mellett dönt. Ha a páciens megkapta a megfelelő tájékoztatást, illetve elégésesen tisztában van az adott kezeléssel, beleértve a lehetséges alternatívákat is, és mindezek után önként beleegyezik a kezelésbe, önrendelkezési jogát tiszteletben tartják. Következésképpen a kezelés elvégzése törvényes.¹

Tom Beauchamp és Jim Childress a tájékoztatáson alapuló beleegyezést is érintő, nagy hatású munkája² szerint az előbbi megközelítő vázlat

¹ A tájékoztatáson alapuló beleegyezés fogalmának általános áttekintéséhez lásd Eyal 2011.

² Vö. Beauchamp–Childress 2009, 4; továbbá Beauchamp 2010.

hét, többé-kevésbé különálló elemet³ foglal magában, melyek közül a döntéshelyi *önkéntség* feltétele bír elsődleges jelentőséggel jelenlegi célomhoz. Beauchamp és Childress meglehetősen szűken értelmezik az önkéntség fogalmát, hogy megkülönböztessék azt az általában vett autonómiától. Annak biztosítása érdekében, hogy egy adott döntés *önkéntes* legyen, a páciensnek minden *más személy irányító* befolyásától függetlenül kell meghoznia döntését.⁴ Más szavakkal, az *önkéntség* feltételének biztosítása kell, hogy az a páciens *saját* akarata vagy döntése – szigorúan érve.

Az azonban továbbra is tisztázatlan marad, pontosan mikor tekintjük egy másik személy befolyását irányító (controlling) természetűnek. A nyilvánvaló kényszerítés kétségkívül irányító befolyásnak számít. A befolyásolásnak léteznek azonban olyan szövevényesebb formái is, amelyek esetében nem dönthető el ennyire egyszerűen, hogy irányító befolyásnak számítanak-e. Ennek megfelelően Beauchamp és Childress is azt állítja, hogy „a befolyás tágan értelmezett kategóriája magában foglalja a szeretet, a fenyegetés, a nevelés, a hazugság, illetve különböző manipulatív javaslatok és érzelmi megnyilvánulások elemeit is, melyek közül mindegyik végletesen sokféle lehet a páciensre gyakorolt hatásukat tekintve”.⁵

Mindenképpen fontos kiemelni azt, hogy Beauchamp és Childress listáján szerepel a szeretet is. Ez felveti a kérdést, hogy milyen feltételek mellett számít a szeretet *irányító* befolyásnak, vagy másképpen fogalmazva, egy ilyen kapcsolatban milyen feltételek mellett kerül az egyik fél a másik irányító befolyása alá, ezáltal veszélyeztetve azt a képességét, hogy individuális értelemben is képes legyen egyedül meghozni saját döntéseit. Habár a korrektség kedvéért meg kell jegyeznünk, hogy Beauchamp és Childress már a fejezet elején kihangsúlyozzák azt, hogy „az autonómia tisztelete nem szélsőségesen individuális”.⁶ Bár nyíltan elismerik az egyé-

³ Ezek az elemek a kompetencia (a megértésben és a döntésben), az önkéntség (a döntésben), a lényegi információk közreadása, egy javasolt terv ismertetése, az információ és a terv megértése, a javasolt terv mellett meghozott döntés, illetve a választott terv jóváhagyása. Vö. Beauchamp–Childress 2009, 120 sk.

⁴ Vö. Beauchamp–Childress 2009, 132 sk.

⁵ Beauchamp–Childress 2009, 133.

⁶ Beauchamp–Childress 2009, 99. „Figyelmen kívül hagyva az egyének szociális természetét és döntéseik másokra gyakorolt hatását.”

nek szociális természetét, ez továbbra sem ad választ arra a kérdésre, hogy pontosan mit értenek a „szélsőségesen individuális” alatt.

A kérdés, hogy egy kapcsolatban milyen feltételek mellett kerülhet az egyik fél a másik irányító befolyása alá, csak még égetőbb lesz, ha a szeretetet mint egységet fogadjuk el. Ez esetben ugyanis a kapcsolatban résztvevők kölcsönös befolyása egy közös *mi* vagy *mi-identitás* megalkotásában kulminálódik, ami ugyanakkor azt is jelenti, hogy teljesen feladják saját individuális identitásukat, illetve ezáltal azt az individuális képességeiket is, hogy egyedül tudják meghozni saját döntéseiket. Hogyan lehetséges mindezt nem egy másik személy irányító befolyásának tekinteni?

Ahhoz, hogy megválaszolhassuk ezt a kérdést, közelebről kell megvizsgálnunk először is a „szeretet mint egység” elképzelését, majd azt az ellenvetést, mely szerint az összeegyeztethetetlennek bizonyul az általában vett személyes autonómiával. Mindez alapot szolgáltat majd arra, hogy végül kiértékeljük a „szeretet mint egység” és a tájékoztatáson alapuló beleegyezés között fennálló – állítólagos – összeférhetlenséget.

A szeretet mint egység

Mióta Arisztophanész elmondta beszédét Platón *A lakomájában*,⁷ a szerető felek közti egységként felfogott szeretet gondolata óriási hatást gyakorolt arra, ahogyan a személyes, és különösen a romantikus szeretetről gondolkodunk. A mítosz szerint egykor mind „kettős lények” voltunk négy lábbal, négy karral és két fejjel. De mivel erőnk és önhittségünk révén még magukra az istenekre is fenyegetést jelentettünk, Zeusz két félbe vágott bennünket – megteremtve ezzel mai, megszokott külsőnket. Azóta minden ilyen fél kétségbeesetten kutat másik fele után és arra áhítozik, hogy egyszer újra egyesülhessenek. A szeretet így tehát nem más, mint az egyesülés iránti vágy vagy – ha beteljesül – az egység maga.⁸

⁷ Vö. Platón *A lakoma*. 189c–194e.

⁸ Természetesen az egyesülés iránti vágy és maga az *egység* közti sajátos kapcsolat természete erősen vitatott téma a személyes szeretet analízisében. Jelenlegi célkitűzésem azonban csupán az egység fogalmának megvitatását indokolja.

Újabbban olyan filozófusok vették védelmükbe a „szeretet mint egység” elképzelését, mint Robert Solomon vagy Robert Nozick,⁹ bár az egyesülés metaforáját persze már senki nem érti szó szerint. Mivel testi lények vagyunk, szerető felekként is elválasztottak maradunk egymástól. Az elgondolás lényege inkább az, hogy a szerető felek közös identitásban vagy énben osztoznak egymással, együtt egy közös *mi-identitást* hoznak létre. Az ilyen egység létét valló elképzelések mégsem tartalmazzák szükségképpen egy új entitás ontológiai téziséit. Itt nem a szeretők identitásának „darábszámáról” van szó, hanem identitásuk személyes és pszichológiai szintű minőségéről – arról, hogy hogyan válaszolják meg a „Ki vagy?” kérdést. Egy olyan szerető fél, aki a „szeretet mint egység” nézetét vallja, válaszában – kisebb vagy nagyobb mértékben – mindenképpen utalna a közös *mi-identitásra*. Tehát a szerető felek többé nem mint független egyéneket, hanem mint alapjaiban összetartozókat látják egymást. Még barátaink és ismerőseink is elsősorban párként és nem mint önálló egyénekként hivatkoznának rájuk. Ebben a vonatkozásban Solomon Rómeó és Júlia példáját hozza fel. Bárki is próbálja megválaszolni azt a kérdést, hogy kicsoda Rómeó, bizonyosan a Júliával való kapcsolata összefüggésében írná őt le. Olyan módon tartoznak össze, amely gyakorlatilag ellehetetleníti, hogy identitásukat vagy személyiségüket egymástól függetlenül határozzuk meg. Mindig Rómeóról és Júliáról beszélünk.¹⁰ Solomon továbbá megállapítja: „Ezt jelenti a közös identitás – nem veszik el a személyes identitás, csupán egy másik személlyel együtt definiálódik újra.”¹¹ Ez számomra egy elég tetszetős megközelítése a közös *mi-identitás* magyarázatának.¹²

⁹ Lásd Solomon 1994, 194–199; Nozick 1989, 68–86, különösen 70–74.

¹⁰ Vö. Solomon 1994, 192 sk.

¹¹ Solomon 1994, 193. Vö. továbbá Nozick: „A miben az emberek egy identitáson osztoznak, nem csupán mindenki kibővítve birtokolja a saját identitását.” (Nozick 1989, 82.) Nozick azt is kihangsúlyozza, hogy „a *mit* alkotó emberek nemcsak jólétüket, de autonómiájukat is egyesítik – korlátozzák saját döntéshozó képességüket és jogaikat; bizonyos döntéseket többé nem hozhatnak meg egyedül.” (Nozick 1989, 71.) Vö. Nozick 1989, 74.

¹² Lásd még Bennett Helm „plurális ágens” fogalmát – ez egyébként a saját álláspontom is –, valamint maga Helm szerint sem áll távol a „szeretet mint egység” elképzelésétől. Helm 2010, 8.4. fejezet, különösen 285–288.

A „szeretet mint egység” a személyes autonómia és a tájékoztatáson alapuló beleegyezés ellen?

Mit jelent az a szerető felek számára, hogy képesek legyenek tájékoztatáson alapuló beleegyezésüket adni individuális értelemben is? A lényegi kérdés az, hogy a személyes identitás egy másik személlyel történő újradefiniálása egy *másik személy* általi *irányító* befolyásnak számít-e – bármely fél esetében. A kérdés megválaszolásában segítségünkre lehet, ha ismertetjük a „szeretet mint egység” gondolattal szembeni kritikák egyik általános érvét, mely szerint az összeegyeztethetetlen lenne a személyes autonómiával.

Alan Soble állt elő azzal az ellenvetéssel, hogy ha komolyan vesszük a „szeretet mint egység” elképzelését, akkor a szerető felek nem lehetnek képesek egyedül döntéseket hozni, ami pedig aláássa a felek autonómiáját.¹³ Soble szerint egy közös mi-identitás kifejlődésével a felek elveszítik egyéni és független perspektívájukat a világra. A független perspektíva azonban szükséges ahhoz, hogy egyedül, önállóan hozzunk döntéseket. Másképpen fogalmazva, az autonómia elengedhetetlen feltétele egy független identitás birtoklása. A szeretők identitásának a közös mi-identitás fényében történő újraértelmezése által azonban a „szeretet mint egység” határozottan ellenáll annak, hogy ez a feltétel teljesülhessen.¹⁴

Azt valóban be kell látnunk, hogy a szerető feleknek többé nem lehet egyéni és független identitásuk, és ilyenformán minden döntésüket közös mi-identitásukra alapozva hozzák meg. A szeretők – úgyszólván – mindig egy *mi*-létmódban cselekszenek. Mindemellett úgy gondolom, hogy a Soble által hangsúlyozott függetlenség félrevezető lehet jelenlegi kérdésünk megválaszolásában. Nem az egyéni függetlenség bír kritikus jelentőséggel, hanem az, hogy a szerető felek döntései *individuálisan autentikus*-nak bizonyulnak-e, ezáltal szavatolva individuális értelemben vett autonómiájukat. Láthatnánk ezt annak a különbségtételnek a fonákjaként, amelyet Beauchamp és Childress tesz a problémát nem jelentő szociális befolyás és a problémás, irányító természetű befolyás között. Ami sokkal inkább

¹³ Vö. Soble 1997, 70–77.

¹⁴ Vö. Soble 1997, 74 sk.

döntő a „szeretet mint egység” elképzelésére nézve, az az a kérdés, hogy pontosan hogyan is alakul ki a közös mi-identitás, illetve hogyan lehet azt fenntartani a hétköznapi élet dinamikájában? Vajon e tekintetben is autentikusan kerül újraértelmezésre a felek egyéni identitása?

A „szeretet mint egység”, a személyes autonómia és a tájékoztatáson alapuló beleegyezés: az elméleti dimenzió

Már korábban említésre került, hogy a „szeretet mint egység” gondolata, illetve a személyes autonómia és a *tájékoztatáson alapuló* beleegyezés fogalmi közti probléma két olyan dimenzióra terjed ki, amelyeket mindenképpen meg kell különböztetnünk egymástól: egyrésztől egy elméleti vagy fogalmi szintet, másrészt a mindennapi élet gyakorlati szintjét. Az elméleti vagy fogalmi szinttel kezdve az autenticitás és a személyes autonómia kapcsolatának két, alapvetően individualista megközelítést vázolnám fel: egyrészt egy egzisztencialista megközelítést, mely szerint autenticitásunk radikális önválasztásunk képességéből ered, másrészt Harry G. Frankfurt megközelítését, amely az autentikus én megformálását az egyént korlátozó akarati szükségszerűségeknek tulajdonítja.¹⁵

A személyes autonómia egzisztencialista értelmezése szerint radikális önválasztási képességgel rendelkezünk,¹⁶ vagyis szabadon dönthetünk arról, hogy kik akarunk lenni. Bár természetesen az identitás megválasztása mindig az egyén életének és specifikus körülményeinek korlátai között történik – a szociális-kapcsolati feltételeket is beleértve. Mindemellert képesek vagyunk azonban folytonosan reflektálni azokra, ellenállva annak, hogy azok (heteronóm módon) határozzák meg, kik vagyunk. Ebben az értelemben identitásunk radikálisan tőlünk függ. Így tehát az önreflexió és önválasztás állandó képessége jelenti személyes autonómiánkat, ami identitásunk és akaratumk megalkotását és alakítását illeti. Ez a képesség továbbá együtt jár azzal is, hogy bármikor visszavonhassuk identitásunkra

¹⁵ Lásd például Frankfurt 1999b; Frankfurt 1999c és Frankfurt 2004. Az említett megközelítésekre vonatkozóan vö. Kühler–Jelinek 2012.

¹⁶ Vö. Sartre 1943, különösen 4. rész 1. fejezet.

vonatkozó döntéseinket, ha úgy akarjuk. Ennélfogva tehát az egyéni identitás a „szeretet mint egység” általi átértelmezése az önreflexió és a radikális önválasztás alanya is lesz egyben. Nevezhetnénk akár a „radikális szeretetválasztás” képességének is. Tehát a szeretetkapcsolatot, illetve a közös identitást olyan egységként kell felfognunk, amelyet a felek cselekvőleg és önkéntesen választanak, hoznak létre és tartanak fenn.¹⁷ A közös mi-identitás tehát egyszerűen azt mutatja meg, hogy a felek kik akarnak lenni egyéni – beleértve fennálló, de bármikor visszavonható, autonóm elkötelezettségüket a mi-identitás felé, amely identitást ezáltal autentikusnak kell elismernünk. Összegezve, az egzisztencialista értelmezést követve a „szeretet mint egység” fogalma semmilyen fenyegetést nem jelent a személyes autonómiára, sőt – épp ellenkezőleg – előfeltételezi azt. Az erre vonatkozó ellenvetések tehát nem bizonyulnak meggyőzőnek.

A radikális önválasztás egzisztencialista koncepcióját azonban számos olyan kritika érte, melyek szerint az nem jelenthet sem szabad, sem valódi választást. Ha egyáltalán semmi nem korlátoz bennünket, akkor döntéseink akár merőben esetleges eredményeket is hozhatnak, melyeket nem szokás a személy autentikus választásának reprezentációjaként elfogadni. Következésképpen a személyes autonómia egzisztencialista olvasata maga sem bizonyulna meggyőzőnek.¹⁸

Harry G. Frankfurt mellett érvelt, hogy a személyes autonómia a személyes identitás olyan sajátos aspektusaitól függ, amelyek nem önkéntesen választottak.¹⁹ Ezek jelentik a személy „lényegi természetét” – hogy mi fontos a számukra, illetve, hogy alapjában véve kicsodák –, továbbá ezek szolgáltatják a választási lehetőségek felméréséhez szükséges feltéte-

¹⁷ Solomon és Nozick kétségkívül nem bocsátkoznak részletekbe ebben a kérdésben, de úgy tűnik, hogy kimondatlanul is aktív szereppel ruházzák fel a szerető feleket, amikor a közös mi-identitás létrehozásáról és életben tartásáról írnak. Solomon ugyan említi Sartre-ot, de kihangsúlyozza – akárcsak maga Sartre – az én megalkotásának szociális-kapcsolati feltételeinek szerepét. Vö. Solomon 1994, 125 és 199–208. Másról a szeretet érdemként való értelmezése mellett érvel, explicitebbé téve ezzel annak cselekvő aspektusait. Vö. Solomon, 1988, 513. Nozick ugyancsak említi aktív cselekvésként interpretálható aspektusokat. Vö. Nozick 1989, 70–74 és 82 sk. A „szeretet mint egység” egy elsődlegesen és nyíltan aktív értelmezéséhez lásd Kühler 2009a.

¹⁸ Vö. például Taylor 1977; Frankfurt 1999a, 109 sk.

¹⁹ Lásd Frankfurt 1999a; Frankfurt 1999b; Frankfurt 1999c; valamint Frankfurt 2004.

leket. Egy személy „lényegi természete” vagy identitása másfelől „akarati szükségyszerűségekből” áll, melyek a személy akaratának olyan alakzatai, melyek különös tekintélyük miatt nem megkerülhetőek – ez kölcsönzi kényszerítő karakterüket. Frankfurt számára a szeretet olyan akarati szükségyszerűség, amely meghatározza identitásunkat, és amely ennek megfelelően, nem választás kérdése.²⁰ Ezzel Frankfurt a szeretet fogalmának egy passzív értelmezését adja.²¹ A szeretet tulajdonképpen csak megtörténik velünk. Azonban a szeretet semmi esetre sem valamilyen külső erő vagy kényszer. Épp ellenkezőleg, Frankfurt számára a szeretet valaki autentikus akaratát jelenti, és ezáltal annak autentikus identitását is. Ezért látja Frankfurt a személyes akaratot – ha akarati szükségyszerűségek korlátozzák azt – autonómnak.²²

Frankfurt kétségkívül sehol sem veszi védelmébe a „szeretet mint egység” koncepcióját explicit módon, kihangsúlyozza azonban a két szerető fél közötti akarati azonosságot.²³ Innen csak egy kisebb lépés a „szeretet mint egység” és a közös mi-identitás. Frankfurtot követve a közös mi-identitás most már úgy határozható meg, mint közös akarati szükségyszerűségek halmaza, amely az egymással történő, kölcsönös *önazonosításon* és az identitás megfelelő újraértelmezésén alapszik. A „szeretet mint egység” tehát úgy tekinthető, mint a szerető felek (újradefiniált) identitásának lényegi és autentikus alkotóeleme, amely semmilyen veszélyt nem hordoz a személyes autonómiára nézve, sőt biztosítja az ahhoz szükséges autentikus alapot.

Amennyiben igazunk van, úgy a „szeretet mint egység” elképzelésével szemben megfogalmazott kritikák érvényüket veszítik a személyes autonómia egzisztencialista és Frankfurt által alkalmazott megközelítése eseté-

²⁰ Vö. Frankfurt 1999b, 138 sk; Frankfurt 2004, 42 skk.

²¹ Maga Frankfurt tagadja ezt, és ehelyett a szeretett iránti önzetlen odaadást nevezi „aktív szeretetnek”. Vö. Frankfurt 1999b, 135. Világos azonban, hogy Frankfurt leírása az „aktív szeretetről” az aktivitás és passzivitás egy másik megkülönböztetésére utal. Míg Frankfurt a szeretetet egyfajta odaadó attitűdként írja le, addig az én kérdésem inkább az, hogy megválaszthatjuk-e, kit szeretünk, vagy a szeretet csak *úgy* (passzívan) történik meg velünk.

²² Vö. Frankfurt 1999b, 135 skk. Frankfurt 2004, 44 skk. és 50.

²³ „A szerettei érdekei egyáltalán nem különböznek a sajátjaitól.” (Frankfurt 2004, 61.) Vö. Frankfurt 1999c, 168 sk.

ben is. A „szeretet mint egység” tehát fogalmi szinten összeegyeztethetőnek bizonyul a személyes autonómiával – akár individuális értelemben is.

A következőkben azt vizsgálom meg, vajon ez a következtetés a *tájékoztatáson alapuló* beleegyezés fogalmának esetében is megállja-e a helyét? Habár a szerető felek egyértelműen egymás befolyása alatt állnak a közös mi-identitásuk kialakítása során, az többé már nem tűnik lényegesnek, hogy ez a befolyás irányító természetű-e.²⁴ Mivel ha a felek egyéni identitásának a közös mi-identitásuk szerint történő újraértelmezése egy másik személy irányító befolyásának számítana is, az imént felvázolt érvelés szerint már ez sem jelentene problémát. Egyszerűen azért nem, mert a felek saját identitásuk újraértelmezésére gyakorolt kölcsönös befolyását folyamatosan autentikussá teszi személyes és individuális autonómiájuk.

Elméleti vagy fogalmi szinten tehát csupán egyetlen irányító természetű befolyás jelenthet problémát, mégpedig ha valakit szándékosan, csalással vagy manipulációval vesznek rá arra, hogy valamilyen részrehajló módon értelmezze át saját identitását. Egy ilyen esetben természetesen egyben személyes autonómiáját is elveszítené. Az ilyen irányító manipulációt azonban semmiképpen sem tekinthetjük szeretetnek – ez csupán a manipuláció egy olyan, többé-kevésbé megszokott formája, amely a szeretet álcáját ölti magára. Tehát arra a következtetésre juthatunk, hogy a szeretetkapcsolatok esetében – különösen, ha a szeretetet mint egységet gondoljuk el – a felek egymásra gyakorolt, kölcsönös befolyása – akár irányító természetű, akár nem – nem jelent különösebb problémát a „szeretet mint egység” és a tájékoztatáson alapuló beleegyezés fogalmi összeegyeztethetőségére nézve.

²⁴ Amennyiben ez a befolyás nem irányító természetű, úgy a „szeretet mint egység” és a tájékoztatáson alapuló beleegyezés fogalmi közötti látszólagos összeférhetlenségről szóló kritikák egyáltalán nem állják meg a helyüket.

A „szeretet mint egység”, a személyes autonómia és a tájékoztatáson alapuló beleegyezés: a mindennapi élet gyakorlati dimenziója

Még ha a „szeretet mint egység” és a tájékoztatáson alapuló beleegyezés *fogalmi* szinten összeegyeztethetőnek is bizonyult, a probléma sokkal összetettebbé válik, ha számításba vesszük a közös mi-identitás szociális dinamikáját a mindennapok gyakorlatában. Bőven előfordulhat aránytalan, irányító befolyás, manipuláció vagy kényszer akár egy szeretetkapcsolat mindennapaiban is, ha egy közös mi-identitásban való osztozásról beszélünk. Feltételezve, hogy mindkét fél valóban autonóm módon ismeri a közös mi-identitást, az marad a kérdés, hogy ki, milyen mértékben határozza meg azt, mivel a mi-identitás részletei válnak igazán fontossá, ha kisebb-nagyobb ügyekben kell közös döntéseket hoznunk a mindennapi életben – vagy a mi esetünkben, az egészségünket érintő helyzetekben.

Marilyn Friedman számos releváns meglátással áll elő, amikor azt veszi sorra, hogy milyen esetekben korlátozhatja a „szeretet mint egység” az egyik fél autonómiáját.²⁵ Többek között határozottan idesorolja a „döntéshozatal” is.²⁶ Ha az egyik fél például több önbizalommal rendelkezik és gyorsabban hoz döntéseket, úgy nyilvánvalóan inkább ő felel azért, ahogyan a közös identitásuk vállalkozása alakul, míg a másik fél inkább hajlamos hallgatólagosan vele tartani. A közös mi-identitás végül többet képvisel majd abból, ami az egyik fél számára fontosabb, mint a másiknak, és mindez nem feltétlenül azért alakul így, mert a határozottabb fél szándékosan manipulálja a másikat – lehet csupán a szürke hétköznapi szükségleteivel és igényeivel való boldogulás mellékhatása is. A döntő kérdés az, hogy a kevésbé határozott fél autonóm módon ismeri-e el identitásának ebből fakadó újraértelmezését – azaz mint autentikus újraértelmezést.

Feltéve, hogy a szeretetkapcsolatok tagjai a közös mi-identitásukra alapozva hozzák döntéseiket egészségügyi szituációkban is, mindez valódi problémaként jelentkezhet a tájékoztatáson alapuló beleegyezés gyakorlatában. Még akkor is, ha feltételezzük, hogy a kevésbé határozott fél *de facto* autentikusként ismeri el a közös mi-identitást, jogosan merülhet fel

²⁵ Vö. Friedman 1998, 169–172.

²⁶ Vö. Friedman 1998, 170.

a kérdés, hogy vajon a határozottabb fél identitásukra, döntéseikre és ezáltal bizonyos orvosi kezelésekre adott beleegyezésükre gyakorolt befolyása *problémát jelentő* értelemben számít-e irányító természetűnek?²⁷

Ez azonban, azt gondolom, nem csupán a „szeretet mint egység” és a tájékoztatáson alapuló beleegyezés fogalmi között fennálló, gyakorlati szintű összeegyeztethetőségre nézve jelentene problémát, de a „szeretet mint egység” általánosságban értett koncepciójára is. A mindennapi élet dinamikájában egy közös mi-identitás létrehozása aszimmetriák sokaságát hozhatja magával, a szeretők számára örökös kihívásnak tűnhet, hogy bizonyítsák mi-identitásuk *szimmetrikus* és *igazságos* mivoltát. A szeretet magában foglalja azt is, hogy törődünk a másikkal – beleértve a másik jóllétét is.²⁸ A „szeretet mint egység” fogalmának esetében ez azt jelenti, hogy a felek törődnek – vagy legalábbis törődniük kellene – a közös mi-identitás létrehozásának *igazságosságával* is. Egyikük sem bírhat nagyobb hatalommal a másikkal, és mindkettejüknek szem előtt kell tartania, milyen hatással van a mindennapi életben való boldogulásuk a közös identitásukra, ezzel biztosítva mindkettejük jóllétét a mi-identitáson belül. Maga Friedman azt vallja, hogy egy ilyen – ahogy ő hívja – „*kölcsönös és igazságos egyesülés*”²⁹ igenis lehetséges. Hozzá hasonlóan, én sem látom semmilyen különös és megoldhatatlan akadályát egy ilyen közös mi-identitás *igazságos* kialakításának a mindennapok gyakorlatának szintjén sem. Ha igazunk van, a tájékoztatáson alapuló beleegyezés gyakorlatának problémái is elkerülhetőek – de ez mindig is egy örökös kihívás marad.³⁰

²⁷ Ezen a ponton felmerül a paternalizmus problémája is. A határozottabb fél akár a másik fél érdekében is befolyásolhatja annak döntéseit. Ugyanakkor azt is mondhatnánk, hogy az illetéktelen paternalizmus veszélye is fennállhat a szeretet álcája mögött. Ezzel a „szeretet mint egység” koncepció egy olyan paternalista dimenziója állhatna elő, amely nyilvánvalóan hatással lenne a személyes autonómiára és a tájékoztatáson alapuló beleegyezésre is.

²⁸ Meg kell jegyeznünk, hogy Soble itt nyíltan érvel amellest, hogy a „szeretet mint egység” fogalma nem egyeztethető össze a kölcsönös vagy „erős törődéssel”. Vö. Soble 1997, 77–90.

²⁹ Friedman 1998, 169.

³⁰ Vö. Bennett Helm leírását a „plurális, erős cselekvőkről”: Helm 2010, 271 sk.

Konklúzió

Végző következtetésünk tehát, hogy a „szeretet mint egység” fogalma nem bizonyul szükségszerűen összeegyeztethetetlennek sem a személyes autonómiával, sem a tájékoztatáson alapuló beleegyezéssel – még individuális értelemben sem –, akár fogalmi, akár a mindennapi élet gyakorlati szintjét nézzük. A gyakorlatban azonban örökös kihívás marad a szeretetkapcsolatok számára, hogy gondoskodjanak közös mi-identitásuk *igazságos* mivoltáról.

Tóth Máté fordítása

Irodalom

- Beauchamp, T. L. 2010. Autonomy and Consent. In Miller, F. G.–Wertheimer, A. (szerk.) 2010. *The Ethics of Consent*. Oxford University Press, Oxford. 55–78.
- Beauchamp, T. L.–Childress, J. F. 2009. *Principles of Biomedical Ethics*. Sixth edition. Oxford University Press, Oxford.
- Eyal, N. 2011. Informed Consent. In Zalta, E. N. (szerk.). *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2011 Edition). Online: <http://plato.stanford.edu/archives/fall2011/entries/informed-consent/> (2015. 08. 27.)
- Frankfurt, H. G. 1999a. On the Necessity of Ideals. In Frankfurt, H. G. 1999. *Necessity, Volition and Love*. Cambridge University Press, Cambridge. 108–116.
- 1999b. Autonomy, Necessity, and Love. In Frankfurt, H. G. 1999. *Necessity, Volition and Love*. Cambridge University Press, Cambridge. 129–141.
- 1999c. On Caring. In Frankfurt, H. G. 1999. *Necessity, Volition and Love*. Cambridge University Press, Cambridge. 155–180.
- 2004. *The Reasons of Love*. Princeton University Press, Princeton.
- Friedman, M. 1998. Romantic Love and Personal Autonomy. In *Midwest Studies in Philosophy* 22, 162–181.
- Helm, B. W. 2010. *Love, Friendship, & the Self. Intimacy, Identification, & the Social Nature of Persons*. Oxford University Press, Oxford.
- Kühler, M. 2009. Liebe als Vereinigung im Anschluss an Adam Smith. In *Allgemeine Zeitschrift für Philosophie* 34, 197–220.
- Kühler, M.–Jelinek, N. 2012. Introduction. In Kühler, M.–Jelinek, N. (szerk.) 2012. *Autonomy and the Self*. Springer, Dordrecht.
- Nozick, R. 1989. Love's Bond. In Nozick, R. 1989. *The Examined Life. Philosophical Meditations*. Simon & Schuster, New York. 68–86.

- Sartre, J.-P. 1943. *Being and Nothingness. A Phenomenological Essay on Ontology* (ford. Barnes, H. E.) 1992. Washington Square Press, New York. Magyarul: Sartre, J.-P. *A lét és a semmi*. Ford. Seregi, T. Budapest, L'Harmattan, 2006.
- Soble, A. 1997. Union, Autonomy, and Concern. In Lamb, R. E. (szerk.) 1997. *Love Analyzed*. Westview Press, Boulder, Colorado. 65–92.
- Solomon, R. C. 1988. The Virtue of (Erotic) Love. In Solomon, R. C.–Higgins, K. M. (szerk.) 1991. *The Philosophy of Erotic Love*. The University Press of Kansas, Lawrence. 492–518.
- 1994. *About Love. Reinventing Romance for Our Times*. Rowman & Littlefield, Totowa.
- Taylor, C. 1977. What is Human Agency? In Taylor, C. 1985. *Philosophical Papers 1. Human Agency and Language*. Cambridge University Press, Cambridge. 15–44.

Pluralizmus és politikai nézeteltérések
a biopolitikában

DUPress

Manon Westphal

EGYETÉRTÉS A PLURALIZMUS FELTÉTELEI MELLETT: A „KONFLIKTUSOS KONSZENZUS” GONDOLATA¹

1. Bevezetés

A pluralizmus nem csupán a jelenkori társadalmak legszembetűnőbb jellegzetességévé vált, de egyúttal a demokrácia egyik alapvető kihívásává is. A pluralizmus kihívást jelent a demokrácia számára, mivel számos morális világnézetet foglal magában, amelyek alapján a polgárok különböző és gyakran összeférhetetlen követeléseket támasztanak akkor, amikor a közérdekű ügyeknek politikai döntéshozatalra van szükségük. Jóllehet, természetesen, a különböző nézőpontokkal való foglalkozás önmagában nem új feladat a demokrácia számára, azonban a közelmúlt fejleményei e feladatot egyre nehezebbé és nehezebbé tették. Az elkülönülés és a migráció folyamatai az utóbbi évtizedek alatt a kulturális, vallásos és szociális identitások számát jelentősen megnövelték. Mivel a különböző kulturális, vallásos és szociális kapcsolatokkal rendelkező polgárok különböző világnézetekkel rendelkeznek, s eltérő nézeteket vallanak az élni érdemes életről vagy annak erkölcsi feltételeiről, e folyamatok kibővítették a politikában maguknak helyet követelő értékorientációk sorát. Mi több, a technikai fejlődés kiszélesítette a morálisan kényes esetekkel kapcsolatos cselekvéslehetőségek skáláját, amely az erősen vitatott morális kérdések politizálódásához vezetett. A közelmúlt politikai vitái olyan orvosbiológiai kérdések

¹ E tanulmányt eredetileg a „*Pluralism and Conflict: Distributive Justice beyond Rawls and Consensus*” című konferencián mutattam be (Fatih Egyetem, Isztambul, 2013. június 6–8.). Szeretném megköszönni minden résztvevőnek a tanulmány segítőkész megvitatását és a hozzászólásokat.

kapcsán, mint az abortusz, a preimplantációs diagnosztika vagy az orvos által asszisztált öngyilkosság, élénken szemléltetik a jelenkori társadalmak pluralizmusából eredő nézeteltérések mélységét. A politikai döntéshozatal e konfliktusokkal megküzdve mindennek, csak nem könnyű feladatnak bizonyult. A felmerülő probléma magja abban áll, hogy egyrészt ahhoz, hogy a döntések összetartsanak egy közösséget, azoknak legalább gyenge értelemben véve elfogadhatónak kell lenniük minden polgár számára, másrészt a jelenkori társadalmak nézeteltéréseinek mélységéből adódva egyre nehezebbnek és nehezebbnek bizonyul az olyan döntések meghozatala, amelyek kielégítik ezt a kritériumot.

Tekintve a pluralizmus nyilvánvaló szociális és politikai jelentőségét, nem csoda, hogy a politikaelmélet nagy hangsúlyt fektetett a demokrácia e feladatára. John Rawls e kihívásra egy olyan megoldást javasol *Political Liberalism* című művében, amely a kortárs politikaelmélet egyik legtöbbet vitatott elméletévé vált. Rawls alap gondolata, hogy annak érdekében, hogy a liberális társadalom a „vallásos, filozófiai és morális doktrínák” pluralizmusa² ellenére is stabil legyen, a társadalom alapvető intézményeivel kapcsolatos politikai döntéseket olyan érvekkel kell igazolni, melyek az igazságosság politikai elméletére épülnek. Az igazságosság politikai elméletének meghatározó jellemzője, hogy alapelvei és értékei anélkül igazolhatóak, hogy a jó valamely sajátos felfogására utalna, létrehozva így egy olyan normatív perspektívát, amelyben minden polgár osztozhat, a különböző morális alapelvekben gyökerező nézeteltéréseik ellenére. Rawls szerint, következésképp, az összeegyeztethetetlen morális nézetek konfliktusaival való bánásmódnak legjobb módja annak biztosítása, hogy a társadalom intézményei az igazságosság politikai elmélete alapján legyenek igazolva.

Az elmúlt 15–20 évben Rawls elmélete elismerést és erős kritikát egyaránt kapott. E tanulmányban egy általam fontosnak tartott kritikai szálát emelnék ki, amely komoly fenntartással van az elmélet azon képességével szemben, hogy az elégséges módon számításba veszi a jelenkori társadalom pluralizmusa által felszínre hozott nézeteltérés mélységét. Azonban ahelyett, hogy megmaradnék a kritikai álláspontban, megvizsgálom azo-

² Rawls 2005b, 4.

kat a következményeket, ami annak a kritikának az elfogadásával jár, amit a politikai liberalizmus *pluralista kritikájának* fogok hívni. Teszem ezt azért, mert még ha jó okaink is vannak kétségbe vonni azt, hogy a rawlsi igazságosság politikai elmélete elégséges módon ismeri el a jelenkori társadalmakban fellépő morális nézeteltérések mélységét, a politikaelmélet nem kerülheti ki, hogy a Rawls által felvetett kérdésekre választ adjon. Hogyan lehetséges az, hogy a morális nézeteik által mélységesen megosztott polgárok továbbra is a demokráciát tekintik közös politikai berendezkedésüknek, amely olyan döntéseket hoz, ami legalább gyenge értelemben véve elfogadható mindenki számára? Annak érdekében, hogy a demokráciát működőképesse tegyék, a polgároknak, úgy tűnik, szükségük van valamire, ami összeköti őket nézeteltéréseik ellenére. Más szóval: a pluralizmus és a morális nézeteltérés nem lehetnek egyedüli tényezők a pluralista demokráciában.

Így tanulmányom tétele az, hogy a Rawls elméletének pluralista kritikáját támogató politikai gondolkodóknak szembesülniük kell azzal a kihívással, hogy egyfelől újragondolják a pluralizmus és a morális nézeteltérés közötti kapcsolatot, másrészt találjanak valamiféle egyetértést, mely összeköti a polgárokat nézeteltéréseik ellenére. Elfogadva ezt a kihívást, megmutatom, milyen irányt kellene vennie e kapcsolat újragondolásának. Úgy gondolom, hogy az az egyetértés-fogalom, amelyet Chantal Mouffe dolgozott ki a vetélkedő demokráciával kapcsolatban, ígéretes alternatívát ajánl Rawlsszal szemben, s ezáltal egy rendkívül termékeny vitát nyithat arról, mit jelent a demokratikus egyetértés újragondolása Rawls elméletén túl. Azért lehetséges ez, mert a rawlsi igazságosság politikai elméletében meglévő átfedő konszenzus fogalmát a feje tetejére állítja: a demokratikus polgárok – ezen alternatíva szerint – nem rendelkeznek egy közös igazságosságfogalommal, abban azonban egyetértenek, mi az, ami összeegyeztethetetlen a demokráciával.

Hogy bemutassam, Mouffe „konfliktusos konszenzusa” mennyire termékeny kiindulópontot nyújt a pluralista demokráciákban megjelenő egyetértés jelentésének tárgyalásához, érvelésem az alábbi három lépést tartalmazza:

1. Először röviden felvázolom Rawls megoldását a morális pluralizmus problémájára, és bemutatom azokat az indokokat, melyek e megoldás kritikai szemléletét javasolják. Ennélfogva az első részben rámutatok, miért kell a pluralizmusról és az egyetértésről szóló vitának túllépnie Rawlson.
2. Második lépésként bemutatom Chantal Mouffe „konfliktusos konszenzus” fogalmát, és amellett érvelek, hogy e fogalom megalapozott leírását adja annak az egyetértésnek, amely képes szembenézni az identitások széles spektrumával, és helyet hagy a mély morális nézeteltérésnek.
3. Harmadik lépésként pedig azokkal a kérdésekkel foglalkozom, melyeket Mouffe megválaszolatlanul hagyott, mégis megkerülhetetlenek, ha a „konfliktusos konszenzusát” tekintjük kiindulópontnak a pluralista feltételek melletti demokratikus egyetértés jelentésének újragondolásához. A megmaradó feladatok feltárásával és a válaszkísérletek felvázolásával reményeim szerint hozzájárulok ahhoz, hogy e diskurzus túlléphessen Mouffe-on is – de olyan módon, hogy ez a túllépés finomodást és fejlődést jelentsen, s általában véve rokonszenvezzen Mouffe elméletének alaptételeivel.

2. Rawls átfedő konszenzusa – és igény a meghaladására

Rawls a *Political Liberalism* című művében írja le híres kérdését: „Hogyan lehetséges a szabad polgárok igazságos és stabil társadalma, amelyben a polgárok alapvetően megosztottak maradnak vallásos, filozófiai és morális doktrínák mentén?”³ Amikor Rawls e kérdést a politikai filozófia egyik legfontosabb megválaszolandó kérdéseként teszi fel, egyértelműen ugyanazt fogalmazza meg, amire a bevezetőben rámutattam: a pluralizmus elfogadása a nézeteltérés elfogadásával jár, amely azért mély nézeteltérés, mert a pluralista társadalmakban az emberek különböző véleményen vannak az értékes életről vagy az erkölcsösség feltételeiről.

³ Rawls 2005b, 4.

Továbbhaladva Rawls fő gondolata abban áll, hogy a pluralizmus elfogadásához az szükséges, hogy az alapvető politikai rendszerek úgy legyenek megszervezve, hogy azokat minden ember elfogadhassa, nem számít, milyen esetleges doktrínákat vallanak. Hogy beteljesíthesse szerepét, egy ilyen igazolás alapjául olyan indokoknak kell szolgálniuk, melyek függetlenek bármilyen esetleges doktrínától. Rawls szerint ilyen indokokat az igazságosság elmélete nyújt, olyan alapelveket vagy értékeket, amelyekkel minden polgár egyetért. Ez az igazságosságelmélet, melyet Rawls az igazságosság politikai elméletének hív, különböző tartalmakkal bír: „Először is bizonyos alapvető jogok, szabadságjogok és lehetőségek listája [...]; másodsor eme jogok, szabadságjogok és lehetőségek prioritizálása [...]; és harmadszor olyan rendelkezések, melyek biztosítják minden polgár számára, minden körülmények között, hogy hatékony hasznát vegyék szabadságuknak.”⁴ Ezek az igazságosság azon alapvető elvei és értékei, melyeken minden értelmes személy osztozik, és így az „átfedő konszenzus” fókuszává alakul a polgárok között, felülemelkedve a jó különböző és egymással konfliktusban lévő felfogásain. Rawls azt állítja, hogy ezen értékek és elvek miatt „[...] mindenki elfogadható választ kap – vagy legalábbis majdnem mindenki – azon kérdések esetében, melyeknek tárgya az intézményi alapberendezkedés és az alapvető igazságosság”,⁵ s alkalmazásuk biztosítja, hogy a társadalom alapvető intézményei úgy szerveződnek meg, hogy az mindenki számára elfogadható legyen. Rawls szerint ez az a körülmény, amely a stabil politikai együttműködéshez szükséges társadalmi egységet létrehozhatja, amikor a polgárok megosztottak világnézeteik és morális elveik miatt.

Rawls elmélete sokféle kritikát kapott. A kritikák egyik erős vonala valóban jó meglátással bír és alapvetően határozta meg a vitát a pluralista társadalmakban meglévő nézeteltérés és egyetértés kapcsolatáról. Olyan szerzők, mint Jeremy Waldron,⁶ John Gray,⁷ John Horton,⁸ Chantal

⁴ Rawls 2005a, 450.

⁵ Rawls 2005a, 454.

⁶ Waldron 1999.

⁷ Gray 2000.

⁸ Horton 2003.

Mouffe⁹ és más „vetelkedő” demokraták vitatták, hogy Rawls átfedő konszenzus fogalma az igazságosság politikai elméletében elégséges mértékben vette számításba a nézeteltérés mélységét, melyet a pluralizmus hoz felszínre. A továbbiakban felvázolom azokat az ellenvetéseket, melyek legnagyobb mértékben járulnak hozzá ahhoz, amit Rawls elméletének pluralista kritikájának hívok. Céloom nem csupán az, hogy rámutassak, Rawls megoldását a pluralizmus kihívásaira nagyon is érdemes meghaladni. Szem előtt tartva a feladatot, hogy újragondoljuk a kapcsolatot a nézeteltérés és az egyetértés között, mely a kritikából következik, inkább azokat az okokat kívánom bemutatni, miért kell meghaladnunk Rawlst, és ezután felhívni a figyelmet arra is, hogy a morális nézeteltérés és a demokratikus közösség sikeres újragondolásának milyen feltételei vannak.

Első ellenvetés: A polgárok nem értenek egyet egy politikai elgondolás elveiben és értékeiben

Habár egyes szerzők azért kritizálták Rawlst, mert indoklás nélkül részesíti előnyben a liberális erkölcsi doktrínákat azáltal, hogy alapvetően liberális szemléletmódot épít be az igazságosság politikai elméletébe,¹⁰ mások azt állítják, hogy – nem véve figyelembe, hogy liberális szemlélete van-e vagy sem – Rawls politikai elmélete nem képes azt a feladatot ellátni, amit célul tűz ki. Az elmélet elvei és értékei annyira határozatlanok, állítja az ellenvetés, hogy nem képes az alapvető igazságosság problémáival küzdő polgárok számára iránymutató lenni. John Horton például úgy állítja be a politikai vitákat, mint amelyek „[...] Salman Rushdie *Sátáni versek* [*The Satanic Verses*] című írásaiban jelennek meg”,¹¹ és rámutat, hogy mindkét vitatkozó politikai fél egyaránt az igazságosság politikai elméletének elveire és értékeire utalva támasztja alá saját perspektíváit. E példák kijózanító eredménye az, hogy az igazságosság politikai elméletének rawlsi változata önmagában ellentmondást hoz létre, így nem alkalmas arra, hogy segítő útmutatás legyen, ha a morális nézeteltéréssel kell megbirkóznunk.

⁹ Mouffe 2000.

¹⁰ Bellamy 1999, 50 skk. O’Neill 1996, 37 skk.

¹¹ Horton 2003, 17.

John Gray hasonló diagnózist ad. Nézete szerint a politikai elmélet azon sikertelen törekvése, hogy segítségként szolgáljon, ha morális nézeteltéréssel kell megbirkózni, az értékek konfliktusos természetében gyökerezik. Ahogy a rawlsi igazságosság politikai elméletének magját képező alapvető szabadságjogok különböző értékeket képviselnek, melyek egymással ellentétben állhatnak, különböző felfogások vannak arról, mit jelent az igazságosság alapjainak megvalósulása.¹² Ebből adódóan a polgárok rendszeresen más véleményen vannak, amikor az igazságosság ügyei vannak terítéken. Ezen esetekben egyfajta politikai döntéshozatal szükséges, amelyet nem határozhat meg kizárólag az, hogy csupán az igazságosság politikai elméletének tartalmára támaszkodik, mivel ez utóbbi nézeteltérés tárgya lehet.

Második ellenvetés: A helyes és a jó megkülönböztetése nem állja meg a helyét

Az első ellenvetés egy általánosabbhoz vezet: a helyes és a jó megkülönböztetése – a független és így elfogulatlan politikai értelemben vett igazságosság és az elterjedt és vitatott doktrínák megkülönböztetése – amely oly központi szerepet játszik Rawls megoldásában a pluralizmus feltételei mellett megalkotott szociális egység kihívására, nem tartható. Ha az igazságosság politikai elméletének alapelvei túlságosan határozatlanok ahhoz, hogy útmutatóul szolgáljanak a döntéshozatalban, és ha eme alapelvekben meglévő alapvető jogok és szabadságjogok egymással versengő lehetőségeket kínálnak, akkor elkerülhetetlen, hogy túllépünk magán a politikai elméleten, ha az igazságosság problémáival kell foglalkoznunk. Azonban tekintve, hogy a politikaelméleten kívül csupán a jó elméleteinek vitatott dimenziója található, ez azt jelenti, hogy egy döntés igazolása egy igazságosság-felfogás által a sok közül szükségszerűen igényt tart a normatív ítéletekre, melyek mélyen ellentmondásos morális felfogásokban gyökereznek. E következtetés semmi mást nem jelent, mint Rawls elgondolásának meghiúsulását, mivel annak alapvető célja egy független normatív perspektíva bemutatása volt. Ha még az igazságosság alapvetéseiből kiin-

¹² Gray 2000, 76 sk.

dulva sem tudunk ítéleteket hozni anélkül, hogy érdekekre és elterjedt doktrínákkal összekötött elméletekre utalnánk, visszaesünk oda, ahonnan az igazságosság politikai elmélete kívánt felszabadítani – az elemi egyet nem értés talajára.

Harmadik ellenvetés: Rawls elmélete nem egyezik meg a valós világ feltételeivel

Végül van egy további ellenvetés, amely kapcsolódik az előzőekhez, mégis megáll önmagában is. Ugyanis még ha az előző kettő ellenvetést számításba is vesszük, továbbra is érvelhetnénk amellett, hogy a nyilvános értelem fogalma és az alapvető jogok koherens vázlata *eszmények*, melyek lényegi szerepet játszanak az arról való gondolkodásban, hogy miként hozzunk mindenki számára kötelező döntéseket a morális nézeteltérés ellenére. Egy szkeptikus nézőpontot javaslok e felfogással szemben, és Jeremy Waldron véleményével egyező módon rámutatok a tanulságos eltérésre Rawls elmélete és a pluralista társadalmak súlyos nézeteltérésének valósága között.¹³ Ahelyett, hogy egy ideális elmülethez ragaszkodnánk, amelyben nem jelenik meg ez a fajta mély nézeteltérés, sokkal elfogadhatóbbnak tűnik amellett érvelni, hogy a politikai elmületnek szembe kellene néznie az igazságosság alapjaival kapcsolatos nézeteltérés körülményével, feltéve, ha szerepét abban látja, hogy hasznos útmutató legyen azon kihívások kezeléséhez, melyekkel a valós világ politikája küzd.

E megfontolásokat együttvéve ezen a ponton a következtetésem az alábbi. Rawls helyesen teszi fel a kérdést a demokráciaelmélet felé – azaz: mi hozhatja létre a jó eltérő felfogásával rendelkező polgárok szociális egységét? –, azonban komoly fenntartások vannak azzal kapcsolatban, hogy a pluralizmusból adódó egyet nem értés következményeit teljes mértékig megragadó válaszokat adott volna. Így, e következtetésből fakadó kihívás nyilvánvaló: hogyan néz ki azon egyetértés-elmélet, amely sikeresen tartja szem előtt a nézeteltérés mélységét?

¹³ Waldron 1999, 153.

3. Mouffe „konfliktusos konszenzusa” – egy pluralista alternatíva az „átfedő konszenzusra”

A következőkben felvázolom Chantal Mouffe demokráciaelméletét és amellet érvelek, hogy a „konfliktusos konszenzus” egy megfelelő alternatíva Rawls átfedő konszenzusával szemben. Habár ennek az elméletnek is megvannak a maga problémái és bizonyos kérdéseket is maga után von – melyek közül néhányat végezetül megvizsgállok –, úgy gondolom, hogy általában véve azon helyes irány felé mutat, amerre a nézeteltérés és az egyetértés viszonyáról szóló gyümölcsöző vitának indulnia kell.

Mouffe egyike a rawlsi liberalizmus legszigorúbb kritikusaiknak. Mouffe szerint a morális kategóriaként értelmezett igazságosság alapelvein nyugvó konszenzus bemutatásával, amely lehetővé teszi a megkülönböztetést az elfogadható és a nem elfogadható pluralizmus között, Rawls tulajdonképpen figyelmen kívül hagyja azt, ami Mouffe számára a helyes demokráciaelmélet alapvetése, ti. „[...] a politikum vetélkedő természetű és a tény, hogy semmilyen hatalom, még a liberális sem tehet úgy, mintha a racionalitáshoz kizárólag neki lenne joga”.¹⁴ Mouffe a „politikum vetélkedő természetével” a társadalom egy olyan jellemzőjére utal, melyet *megalapozatlanságként* írhatunk le. Ezen elmélet szerint egyetlen társadalmi szerveződés sem rendelkezik az igazság és a morális igazságosság szerinti megalapozottsággal, létüket csupán az aktuális erőviszonyok által kialakított esetleges diskurzusnak köszönhetik. A politikai pillanat az, amikor a létező társadalmi szerveződés megkérdőjeleződik és elutasításra kerül – ezért hívja Mouffe a természetét *vetélkedőnek* –, és lehetőség nyílik egy új rend felállítására. Mouffe ezt egy általános jellemzőnek tartja, így nincs olyan állam, igazságosságfelfogás vagy társadalmi alapintézmény, amelyet ne érintene a politikum, azaz hogy ne lehetne megkérdőjelezni vagy átgondolni. Mivel Mouffe a demokráciaelméletét a társadalom e természetére alapozza, úgy tűnik, ezen elgondolások jól illeszkednek azokhoz az ellenvetésekhez, melyeket Rawls elmélete kapcsán vázoltunk fel jelen írás elején. A politikumot mindenütt jelenlévőként tételezve belát-

¹⁴ Mouffe 2005a, 223.

hatóvá válik, hogy az igazságosságfelfogások szükségszerűen alá vannak vetve a nézeteltérésnek – s ezen nincs mit megoldani.

Mindazonáltal Mouffe tisztában van azzal, hogy a demokráciának, először is, szüksége van egy közös kötelékre az állampolgárok között, „[...] az egyetértés egy formájára, amely elég erős egy »demos« megteremtésére, de mindazonáltal összeegyeztethető [...] a vallási, az erkölcsi és a kulturális pluralizmussal.”¹⁵ Másrészt azt állítja, hogy a demokrácia nem fogadhat el *mindenfajta* nézeteltérést – kell lennie egy határnak a pluralizmusban. Az a megoldás, melyet Mouffe javasolt annak érdekében, hogy megbirkózzon e feltételekkel, a közelmúltban kihívta maga ellen azt a vádat, hogy végül visszacsúszik egy rawlsi stratégiába. Habár úgy gondolom, félrevezető ez a vád – és rövidesen el is magyarázom, miért –, megértem, hogy egyes félreértések hogyan vezetnek e vád megalapozásához. Még maga Mouffe is gyakran zavaros a polgárok közötti úgynevezett konszenzusos konfliktussal kapcsolatban, amely fogalom annak a megoldásnak a középpontjában áll, ami egymás mellé állítja a mély nézeteltérést és az egyetértést a pluralista demokráciában. A fogalmi tisztaság itt különösen fontos, mivel maga a fogalomtár is, melyet Mouffe használ a konfliktusos konszenzus leírásánál, igen közel áll a Rawls által használthoz. Egy pluralista demokráciában, állítja Mouffe, ami a polgárokat összeköti, az a közös „[...] ragaszkodás a liberális demokrácia etnikai-politikai alapelveihez: a szabadság és az egyenlőség”.¹⁶

Hogy belássuk, Mouffe egy olyan egyetértés-fogalmat mutat be, amely alapvetően különbözik a rawlsi átfedő konszenzustól, vissza kell lépünk és meg kell értenünk Mouffe általánosabb elméleti megfontolásait. Ezek az elgondolások a *Hegemony and Socialist Strategy* című művében – melyet Ernesto Laclauval közösen szerzett – leírt identitásképződés folyamatával vannak kapcsolatban. E műben Laclau és Mouffe a posztstrukturalizmus hagyományában gyökerező gondolatokon indulnak el, melyek közül a legfontosabbak „a létezés »negatív esszenciája«”¹⁷ és a különbségek közötti relációk konstitutív karaktere. E gondolatok szerepe a szociá-

¹⁵ Mouffe 2000, 55.

¹⁶ Mouffe 2000,102.

¹⁷ Laclau–Mouffe 2001, 97.

lis identitások természetének megértésében a következőképp foglalható össze: a társadalomnak nincs pozitív esszenciája. Minden szociális identitás ugyanúgy, mint minden szociális rend, olyan összeillesztő folyamatok által jött létre, melyek megalapozták az egyes egymástól különböző elemek közötti viszonyokat. Ennek következménye nem csupán az, hogy minden identitás és szociális rend különböző lehet egymástól – e gondolatra már utaltam, amikor Mouffe vetélkedést és politikumot tárgyaló elméletét magyaráztam –, hanem az is, hogy a tény, hogy különbözőünk valami mástól, szociális identitásunk eleme lehet. Így az identitás egyáltalán nem pozitív abban az értelemben, hogy rendelkezik saját karakterrel, függetlenül a másokhoz való viszonytól. Épp ellenkezőleg: kizárólag a különbözőség, a „másik” negációja az, amely az identitást megalkotja. Ebben az értelemben a társadalom minden eleme rendelkezik egy tisztán negatív identitással. E megfontolásokat az értékek szerepére alkalmazva Mouffe és Laclau a következő definíciót adja: „A lényeg, hogy minden érték ellentételező érték, s kizárólag a különbözősége által van meghatározva.”¹⁸

A lényeg, amire rá szeretnék mutatni az az, hogy csakis e teoretikus háttérrel vagyunk képesek teljesen megragadni Mouffe demokratikus egyetértés-elméletét, felismerve lényegét a szabadsághoz és az egyenlőséghez való ragaszkodásában. Mint minden más szociális identitásnak, ennek is van egy pusztán negatív karaktere. Rendkívül fontos, hogy ez azt jelenti, hogy a polgárok szabadságot és egyenlőséget illető konszenzusa nem vonja maga után azt, hogy osztoznak ezen alapelvek lényegének megértésében, vagy abban, hogy azok miben realizálódnak – például bizonyos alapjogok prioritizálása és azon intézmények védelme, melyek őrzik e jogok értelmének magját. Ehelyett a polgárok egyetértése olyan dologban találja meg az alapját, melyet együttesen utasítanak el: azon nézőpontokban és politikai elgondolásokban, melyekre úgy tekintenek, mint a szabadság és az egyenlőség elutasításai.

Az egyetértés effajta elgondolása két célt is kielégít. Egyrészt kifejezi, hogy mit jelenthet a közös politikai elvek alapján történő konszenzus, amely sokkal érzékenyebb a pluralizmusra és a nézeteltérésre, mint Rawls

¹⁸ Laclau–Mouffe 2001, 106.

javaslata. Ugyanis ha a szabadsághoz és az egyenlőséghez való együttes ragaszkodáshoz csupán arra van szükség, hogy a polgárok osztozzanak bizonyos gondolatok és állásfoglalások elutasításában, tekintve, hogy azok elutasítják a szabadságot és az egyenlőséget, így azok elfogadhatatlanok számukra, akkor a kérdés, hogy mit jelent a szabadság és egyenlőség realizálása, kisajátítható és nyitva áll a politikai vetélkedések előtt. És mivel ez ugyanúgy fennáll az igazságosság alapjainál is, Mouffe konfliktusos konszenzusa szembenéz azokkal a gondolatokkal, melyek motiválták az általam korábban említett Rawlsszal szembeni ellenvetéseket. Másrészt, annak ellenére, hogy helyet hagy a nézeteltérésnek még a demokrácia alapvető normatív alapelveit illetően is, ez a felfogás nem enged meg egy mindent-szabad-perspektívát. Mivel a konfliktusos konszenzus létrehozója a szabadsággal és egyenlőséggel össze nem egyeztethető különbségek elutasítása, a demokratikus versengésnek nyilvánvalóan megvannak a határai. Vannak bizonyos elképzelések és állásfoglalások, amelyek nem tekinthetők a szabadság és az egyenlőség helyes megvalósulásainak, így ennek következményeként ki vannak zárva a demokratikus versengésből. Ebben az értelemben Mouffe konfliktusos konszenzusa világosan eleget tesz annak az elvárásnak, mellyel minden demokratikus egyetértés-elmélet találkozik: hű marad ahhoz, amit a demokrácia közös ügye jelent – ebben az esetben konkrétan: ellenállni bizonyos elgondolásoknak, melyek össze nem egyeztethetőek a demokráciával –, s így a polgárok identitásának alapját képezheti.

4. Az egyetértés újragondolása a konfliktusos konszenzus alapján – fennmaradó kihívások

A tézisem tehát az, hogy Mouffe konfliktusos konszenzus fogalma fontos előnyökkel rendelkezik Rawls elméletével szemben: megoldja azt a problémát, amely az átfedő konszenzus esetében merül fel, amikor a mély pluralizmussal kell szembenézni, s mégis sikeresen mutatja be, mit jelent polgárnak lenni egy demokráciában. Eme előny elég ok arra, hogy e fogalomra gyümölcsöző kiindulópontként tekintsünk a nézeteltérés és az egyetértés kapcsolatának Rawlson túli újragondolásában.

Mégis, ha e gondolatmenetet a konfliktusos konszenzus alapján szeretnénk végigvinni, több kihívással is találkozunk, amelyekre Mouffe nem adott választ. Írásom hátralévő részében néhány ilyen kihívást vizsgálok meg. Ahelyett, hogy kész megoldásokat ajánlanék, célom sokkal szerényebb lesz. Szeretnék rámutatni e kihívásokra, és gondolatokat vázolok fel, melyek hasznos útmutatások lehetnek a jövőbeli válaszkéréshez.

Első kihívás: Milyen sűrűnek vagy hígnak kell lennie a konfliktusos konszenzusnak?

Az egyik fontos kihívás arra kérdez rá, hogy milyen állagú az, ami a szabadság és az egyenlőség alapelvei legitim interpretációjának hatókörén kívül áll? Ugyanis eddig csak azt állítottam, hogy Mouffe elmélete szerint kell lennie *valaminek* – bizonyos politikai eszmék és álláspontok –, ami a polgárok együttesen utasítanak el, mint a szabadság és az egyenlőség ellentétei. Azonban, természetesen, a demokratikus egyetértésről való effajta gondolkodásnak az előnye attól függ, miben áll ez a „valami”. A legfontosabb kérdés, ahogy én látom, a konszenzus „sűrűségére” kérdez rá. Ugyanis ha a szabadság és az egyenlőség által kizárt dolgokról való konszenzus az ilyen eszméknek és álláspontoknak egy széles skáláját foglalja magában, az elmélet előnyei, melyeket én abban láttam, hogy a szabadságról és az egyenlőségről alkotott interpretációk szabadon hagyásának hála, képes affirmálni a mély nézeteltérést, elveszíti a vonzerejét. Minél sűrűbb a konszenzus azzal kapcsolatban, milyen eszmék vannak a szabadság és az egyenlőség ellen, annál több mindenről kell megegyeznünk a polgároknak, s következésképp, az annál követelőzőbb. Maga Mouffe is több mint bizonytalan a konfliktusos konszenzus sűrűségével kapcsolatban. Alig ad szemléltető példát arra nézve, mit tartalmaz a konszenzus és azok, melyeket példaként ad, arról árulkodnak, hogy Mouffe nem igazán érti a tartalmát. A *Return of the Political*ben például azt állítja, hogy „a nyilvános és a magánszféra szétválasztását” vagy „az állam és az egyház szétválasztását” „nem kérdőjelezhetjük meg a pluralizmus nevében”.¹⁹ Úgy kell ezt vennünk, hogy azt javasolja, e követelések, melyek

¹⁹ Mouffe 2005b, 131–132.

megkérdőjelezzük e szétválasztásokat, illegitim követelések, melyeket kívül kell tartanunk a demokratikus versengésen? Tekintve, hogy a modern demokráciában a magánszféra és a nyilvánosság szétválasztása, illetve az állam és az egyház szétválasztása egyike a legvitatottabb kérdéseknek, ez valahogy elég furcsa ötletnek tűnik. Annak érdekében, hogy előtérbe helyezzem Mouffe elméletének előnyeit, amellet érvelek, hogy azoknak az eszméknek és állásfoglalásoknak, melyeket kizárunk a konfliktusos konszenzusból, megkérdőjelezhetetlenül illegitim státusszal kell rendelkezniük. Mivel e kérdések köre valóban erősen a pluralista társadalmakra korlátozódik, a szabadsággal és az egyenlőséggel nem összeegyeztethető dolgokról való megegyezés anyagának inkább „hígnak” kellene lennie.

Második kihívás: A konfliktusos konszenzus rögzített (fixed) vagy szakadatlan változásban van (in flux)?

Egy másik fontos kérdés a szabadság és az egyenlőség legitim interpretációin kívül eső eszmék és állásfoglalások státuszára kérdez rá. Az egyetértés, hogy mi számít a szabadság és az egyenlőség tagadásának, rögzítve van (*fixed*), vagy valami, ami szakadatlan változásban van (*in flux*)? Egyrészt jó okunk van kijelenteni, hogy ha valamire a szabadsággal és egyenlőséggel összeegyeztethetetlenként tekintünk, akkor ezt az álláspontot lehetséges legyen újratárgyalni. A modern társadalmakat nem csupán a pluralizmus határozza meg, hanem az olyan szociális dinamikákban beállt változások is, mint a differenciálódás és a migráció. Ez azt jelenti, hogy a demokráciáknak mindig számítaniuk kell új szociális identitások követelőző megjelenésére. És jogosnak tűnik feltételezni, hogy az új szociális identitások nem csupán új elgondolásokat hoznak a politikai versengésbe a szabadság és az egyenlőség bizonyos interpretációi alapján, tudva azt, mit jelent ezen alapelvek elutasítása, de megkérdőjelezhetik azt is, hogy mi számít elutasításnak. Másrészt az elgondolás, hogy a konfliktusos konszenzus csakis egy demokratikus politikai rendszerhez kötné a polgárokat, azt is magával vonja, hogy vannak kizárások a legitim versengésből, melyek nem jelenhetnek meg lehetőségként. Természetesen vannak olyan politikai eszmék és állásfoglalások, melyek kapcsán azt gondolhatnánk, hogy átléptünk a demokratikus politika területén – például egy olyan párt

támogatása, amely az ellenvetését erőszakkal támasztja alá. Ahogy az első általam említett kihívás esetében, nem tudok világos megoldást javasolni e problémára, csupán fel tudom vázolni, amit én a konfliktusos konszenzus helyes státuszának gondolok. Úgy gondolom, mindkét oldalnak fontos a szerepe: mivel a pluralizmus nem rögzített identitások összessége, annak, hogy mi számít a szabadság és az egyenlőség elutasításának, a polgárok által újratárgyalhatónak kell maradnia. Az újratárgyalás hatókörének mindazonáltal határokkal kell rendelkeznie, ha nem akarjuk elhagyni a demokráciáról való beszédet összességében. Természetesen e két gondolat között nagy a feszültség és nehéz világos választóvonalat tennünk.

Harmadik kihívás: Elégséges-e a konfliktusos konszenzus?

Az utolsó felvetésem az a kérdés, hogy elégséges-e a konfliktusos konszenzus ahhoz, hogy az összetartozás érzését kiváltsa a morális világnézetük által mélyen megosztott polgárokból? Bizonyos politikai eszmék és állásfoglalások elutasítása elégséges-e ahhoz, hogy a polgárok közös elköteleződést érezzenek a demokrácia feladata iránt? Különösen a konszenzus híg anyagát illető érvem fényében fontos ez a kérdés. Ha a polgárok csupán néhány eszmét tekintenek közösen a szabadság és az egyenlőség elutasításának, akkor elég erős egyetértés-érzést ad-e a polgároknak a konfliktusos konszenzus ahhoz, hogy ellensúlyozza a polgárokat elválasztó nézeteltérést? Az egyik lehetséges válasz az, hogy maga a kérdés bizonyos értelemben félrevezető, hiszen nincs alternatívánk. Amint elfogadtuk, hogy a modern demokrácia pluralizmusa annyira mély gyökerű, hogy a Rawls-féle átfedő konszenzus már nem megfelelő, az lesz a következmény, hogy nem érhetünk el mélyebb konszenzust, és csupán reménykedhetünk abban, hogy a konfliktusos konszenzus betölti szerepét. Azonban van egy gyümölcsözőbb mód e kérdés megválaszolásához. Egy pluralista demokráciában, melyben a polgárokat összeköti a szabadságról és egyenlőségről kötött konfliktusos konszenzus, az egyetértésnek *további* forrásai is lehetségesek, melyek nem függenek alapeszméktől – még attól sem, miket utasítanak el közös normatív eszméik alapján. A folyamatosan felmerülő és megvitatásra kerülő problémákon keresztül, a politikai versenyben való részvételen keresztül, és azon élményen keresztül, hogy a polgá-

rok közösségének szabályait bármikor újra lehet definiálni, a polgárok valójában egy közös szociális gyakorlatban osztoznak, mely önmaga képe az összetartozás érzését kiváltani, ami független bármilyen alapvető konszenzustól. Így a részvétel és az együttműködés az egyetértés fontos forrása lehet abban a pluralista társadalomban, amelyben az alapvető egyetértés ritka.

5. Befejezés

E tanulmányban amellet érveltem, hogy a kortárs társadalmak pluralizmusa által kiváltott mély morális egyet nem értés komoly kihívást jelent a politikaelmélet számára azon törekvésében, hogy megragadja, mi is az összetartó erő a demokrácia polgárai között. Az első lépésben bemutatam azokat az okokat, amelyek alapján kétségeink lehetnek Rawls híres és sokat vitatott elméletével kapcsolatban, mely szerint az igazságosság politikai elméletén alapuló átfedő konszenzus elégséges mértékben veszi számításba a pluralista társadalmak mély nézeteltéréseit. A második lépésben bemutatam Mouffe konfliktusos konszenzus elméletét, és azt, milyen alapvető módon különbözik Rawls felfogásától azáltal, hogy felismerte, a polgárok konszenzusa a politikai értékekről a szabadságot és az egyenlőséget tagadó eszmék közös elutasításán alapszik. Mivel a konfliktusos konszenzust e tulajdonsága ellenállóvá teszi az átfedő konszenzust ért támadásokkal szemben, azonban helyet hagy az igazságossággal kapcsolatos mély nézeteltérésnek, amellet érveltem, hogy Mouffe elmélete egy ígéretes nézőpontot nyújt a pluralizmus feltételei mellett hozott demokratikus egyetértés megértéséhez, és érdemes arra, hogy további vizsgálódás tárgyát képezze. Ebből kiindulva javaslom, hogy az általam a tanulmány végén felvetett kihívásokra úgy tekintsünk, mint gyümölcsöző kiindulópontokra a pluralista társadalmakban fennálló nézeteltérés és az egyetértés kapcsolatának vizsgálatához.

Soltész Péter fordítása

Irodalom

- Bellamy, R. 1999. *Liberalism and Pluralism*. Routledge, London–New York.
- Gray, J. 2000. *Two Faces of Liberalism*. Polity Press, New York.
- Horton, J. 2003. Rawls, Public Reason and the Limits of Liberal Justification. *Contemporary Political Theory* 2, 5–23.
- Laclau, E.–Mouffe, C. 2001. *Hegemony and Socialist Strategy. Towards a Radical Democratic Politics*. Second Edition. Verso, London–New York.
- Mouffe, C. 2000. *The Democratic Paradox*. Verso, London–New York.
- 2005a. The Limits of John Rawls’s Pluralism. *Politics, Philosophy and Economics* 4 (2), 221–231.
- 2005b. *The Return of the Political*. Second Edition. Verso, London–New York.
- O’Neill, S. 1996. Tensions in Rawls’s Liberal Holism. *Philosophy and Social Criticism* 22 (1), 27–48.
- Rawls, J. 2005a. The Idea of Public Reason Revisited. In Rawls, J. *Political Liberalism. Expanded Edition*. New York. 440–490.
- 2005b. *Political Liberalism*. Expanded Edition. University Press Group Ltd., New York.
- Waldron, J. 1999. *Law and Disagreement*. Oxford University Press, Oxford.

JUST WELL-BEING – MENNYI JÓL-LÉTET BÍR EL EGY IGAZSÁGOSSÁGELMÉLET?¹

I.

Az, hogy az igazságosságnak valami köze van a jólléthez (*Wohlsein*), a jóléthez (*Wohlergehen*) vagy a személyek jó életéhez, semmi esetre sem tűnik olyan állításnak, mely túl nagy kitérőhöz vezet. Azok az igazságosságelméletek, melyek a szabadság elsőbbségéből indulnak ki, s a javak elosztása révén meghatározott jó életre korlátozódnak, ahogyan azok az elméletek is, melyek az igazságosság fényében szemlélik a *jólét maximalizálását* (*Maximierung von Wohlergehen*), egyaránt világos vonatkozást mutatnak a jóllét (*Wohlsein*), a jólét (*Wohlergehen*) vagy a jó élet koncepciói felé, melyeket itt együttesen a *jól-lét (well-being)** fogalmában foglalok össze. Ám az vitatott, hogy milyen módon tárgyalható megfelelő módon a *jól-lét* fogalma egy igazságosságelmélet keretein belül. Az alábbiakban éppen ezzel a kérdéssel fogok foglalkozni. Ehhez a filozófiai igazságosságelméletek területén a *jól-lét* megközelítésének három típusát különböztetem meg.²

¹ A tanulmány eredeti megjelenése: *Preprints and Working Papers of the Centre for Advanced Study in Bioethics Münster* 2013/54. Online: https://www.uni-muenster.de/imperia/md/content/kfg-normenbegruendung/intern/publikationen/laukoetter/54_lauk_etter_-_just_well-being.pdf. (2015. 03. 01.)

* A *Wohlsein* magyar megfelelője a *jólét* – a szó a németben elsősorban a jó egészség és jó közérzet jelentéskörében használatos. A *Wohlergehen* szótári megfelelői az egészség, a jólét és a boldogulás jelentésköréhez kapcsolhatók, ezért az ebben az összetett értelemben fejezi ki a hogylétet, a továbbiakban *jólétként* fordítom. A *well-being* fogalmát a szerző gyűjtőfogalomként használja, mely magában foglalja a német *Wohlstand*, *Wohlergehen* és *Wohlsein* jelentéseit is. Magyarra a jól-lét terminussal adom vissza.

² Nem látok neki itt annak taglalásához, hogy a *jól-lét* koncepciói közül a *hedonizmus* (*hedonism*), a *vágyelméletek* (*desire theories*) és az *objektív listaelméletek* (*objective list*

Az utilitaristaként fémjelzett koncepciók esetében – úgy a filozófiában, mint a közgazdaságtanban – a *jól-lét* és annak fokozása, illetve maximalizálása áll a középpontban, ahol azt rendszerint egyetlen értékként szemlélik (*welfarism*). Ezekkel a koncepciókkal éles kontrasztban állnak az utilitarizmustól való elhatárolódás jegyében megfogalmazott liberális igazságosságelméletek, melyek magukat ennek megfelelően a *szabadság elsőbbségének* koncepcióiként értelmezik. Az irányzat legprominensebb képviselője John Rawls, akinek híres megfogalmazásában – „az igazság elsőbbsége a jóval szemben” – világosan megmutatkozik ez az irányultság.³ A jólét e két megközelítése mellett van egy harmadik is, mely a kettő köztes pozícióját jelenti. Erre a köztes pozícióra építem a következő vizsgálat során az igazságosságra való képesség (*Befähigungsgerechtigkeit*) koncepcióit, amely számomra a *jól-lét* igazságosságelméleten belüli tárgyalásának sokat ígérő jelöltjének tűnik. Még hozzá azért, mert az kifejezetten a *jól-lét*, illetve a jó élet koncepciójaként értelmezi önmagát, s egyúttal az egyén jogainak az utilitarista modellekben elhanyagolt dimenzióját is jobban hangsúlyozza. Az ilyen típusúhoz tartozó elméletek centrumában a személyek jólétének meghatározásánál a jólét esetében nem a haszonra (*Nutzen*) vagy a *javak* elosztására kérdeznék rá, hanem a *célokra* (*Zwecken*) magukra, tudniillik arra, hogy ténylegesen mire képesek a személyek (*what persons can do and be*). A szubsztanciális szabadságról (*substantielle Freiheit*) van szó, a lehetőségek közti választásukról s az irántuk való törekvésről, melyek megbecsülésére jó indokaik vannak.⁴ A személyek jóléte e koncepció alapján azonos a szubsztanciális szabadságukkal.⁵ Egy igazságosságelmélet megfogalmazásának tükrében az egyes személy jóléte maga az, ami a kiindulópontot jelenti.

theories) közti különbségek mire futnak ki. A *jól-lét* teóriákon belüli variánsok kompakt áttekintéséhez vö. Crisp 2008.

³ A *jól-lét* igazságosságelméleten belüli megközelítésének e módja közé Nozick lényegesen radikális koncepciója is besorolható. Lásd ehhez Nozick 1974.

⁴ A szubsztanciális szabadságot Sen a következő módon írja le: „Ebben a kiinduló tételben az egyéni hasznót mérjük valamely személy azon képességei kapcsán, hogy olyan dolgokat tesz, amelyeket jó okkal nagyra becsül.” (Sen 2010, 259.)

⁵ Vö. Robeyns 2011.

II.

A jellegzetes megfogalmazásuk alapján az utilitaristaként jelölt igazságosságelméleteknek rendszerint a haszon (Nutzen), a jómód vagy a jólét maximalizálását tulajdonítják, ahol a jómódot végeredményben mindig is a jóléthez szükséges eszközként értik.⁶ Tehát a személyek *jól-létét* célozzák meg, s csak végeredményként annak *maximalizálását*.⁷ A személyek jólétének meghatározására különféle lehetőségek adódnak, ezek azonban mindig komoly problémákba ütköznek, amelyeket itt csak röviden jelzek. Mindenekelőtt az utilitarista elképzelésekkel szembeni szokásos ellenvetésekről van szó, melyek a maximalizálás elvének következményeivel szemben, illetve a személyeken túlnyúló aggregátum (personenübergreifenden Aggregation) ellenében adódnak. Ha egy utilitarista elmélet (a személyeken túlnyúló aggregátum értelmében vett) jómód és jólét princípiumait foglalja magában, s az igazságosság szempontjából kiindulva azt célozza meg, hogy a haszon és a jólét legnagyobb mennyiségét realizálja, akkor abból mind a konkrét személyek szabadságának és jogainak, mind jólétüknek a tekintetében problematikus következmények származnak. Hiszen a maximalizálás követelményének az egyes emberek jogainak védelme érdekében való korlátozása nélkül a személyeken túlnyúló aggregátum stratégiája a konkrét személyek jogainak, autonómiájának és jólétének megsértéséhez vezetne, ha ezzel a jólét össz mennyiségének maximalizálása valósulna meg. Már Rawls szavát az utilitarizmus ezen nehézségeit a *személyek elszigeteltségének* (*Separiertheit der Personen*) figyelmen kívül hagyása címszava alatt.⁸ Mindezek háttérében csak azok az utilitarista elméletek jelennek meg elfogadhatóként, amelyek búcsút intenek a maximalizálás elvének.

Ha mármost a *jól-lét* mércéjeként nem szolgálhat az egy adott közösségen belüli *jól-lét* megvalósult „össz mennyisége”, akkor opcióként a sze-

⁶ A haszon maximalizálásának követelményét véleményem szerint az individuális jólét maximalizálásáról szóló beszéd felől érthetjük meg. A jómód maximalizálását a jóléthez vezető eszközként is érthetjük.

⁷ Vö. Crisp 2008.

⁸ Vö. Rawls 1975, 40 skk.

mélyek *jó-létének* egyéni értékelése marad. Amennyiben itt egy *vágyelmélet* (*desire theory*)⁹ talaján állunk, ahol a *jól-lét* a haszon (Nutzen) megvalósulásában áll, az értékelés bázisa csupán a *jól-lét* személyek általi megítélése lehet. Még ha sok esetben tájékozottak is vagyunk, s a személyeknek önnön *jól-létük* megítélése tekintetében a végső autoritást tulajdonítjuk,¹⁰ ez a perspektíva a konkrét személy jólétének valamely igazságosságelmélet keretein belül való megítélésében megbízhatatlannak bizonyul, mert könnyen hibázhat. Az eltérés (Verzerrung) itt azáltal következhet be, hogy a preferenciák nem mindig jó indikátorai annak, ami ténylegesen jó az adott személy számára.¹¹ Az, hogy a konkrét személy milyen preferenciákat alakít ki, nem független attól a környezettől, amelyben él. Köztudott, hogy a preferenciák azokhoz a feltételekhez illeszkednek, melyek között élünk (*adaptív preferenciák*). Egy olyan személy, aki a deprivatív feltételek mellett csak helyzetéhez „mért” (angemessene) preferenciákat alakít ki, saját jólétét önnön preferenciáinak kielégítéséhez mérten még akkor is magasra becsülheti, ha egyébként elfogadható módon nem tulajdoníthatunk neki jólétet, mert alapvető szabadságai vagy más hasonló alapvető javak hiányoznak (anélkül, hogy ezekről autonóm elhatározása révén mondott volna le.) A jólét értékelésében való torzulás mellett ez az azal is együtt jár, hogy az efféle koncepcióra alapozó igazságosságelméletek az „igazságtalan” status quo megvizsgálásához szükséges potenciált is nélkülözik.

Gyakorlati kontextusban, mint például az egyes országok fejlődésének megítélése, a jólétre vonatkozó értékelő modellek gyakran nyúlnak vissza a jövedelmekkel kapcsolatos indikátorokra.¹² Szolgáljon bár a konkrét személyek élethelyzetének megítéléséhez olyan érték alapul, mint az átlagos fejenkénti jövedelem, ebből mégsem lehet megbízhatóan visszakövetkeztetni az adott személy helyzetére. Itt is fennáll az eredmények torzulásának veszélye, mert az efféle számok nem a jómód tényleges eloszlásáról,

⁹ Itt a vita „mainstreamjét” követem, amely ebben az összefüggésben elkerüli a hedonista koncepciókra való kitérést.

¹⁰ Így bizonyosan a meghatározott összefüggésekben való paternalista beavatkozás elkerülésének tekintetében.

¹¹ Ez a szigorú szubjektívizmus elutasítását minden vonatkozásban magában foglalja.

¹² Ehhez részletesen lásd Nussbaum–Sen 1993.

s még kevésbé a jólétről szólnak. (Ez a probléma a közgazdászokat régóta fogva tartja). A jómód teljességgel egyenlőtlen eloszlása ugyanis éppúgy elképzelhető, mint a viszonylagosan egyenlő eloszlás. Egy közösség jómódjának javulása önmagában nem teszi lehetővé a közösség egyes tagjai jómódjának – nem is beszélve azok jólétéről – emelkedésére való következtetést. Ezért az egyes államok *jól-létének* közgazdasági megítélése is megkövetel egy jobb kritériumot a *jól-lét* méréséhez – hacsak nem azt az alapállást képviseljük, hogy az egyéni *jól-lét* ezen a ponton nem meghatározó mérce.¹³

Ebből kiindulva a jövedelemre mint a *jól-lét* indikátorára való hivatkozás a jövedelmek egyenlő elosztása (gleicher Einkommensverteilung) esetében is problematikus lenne, hiszen a személyek egyenlő anyagi eszközök fölött való rendelkezése ellenére különböző módon rendelkeznek saját jólétük megvalósításának lehetőségeivel – legyen ez azért így, mert különbözőek a vágyaik,¹⁴ vagy mert eltérő képességeik, egészségi állapotuk stb. alapján más és más erőforrásokra szorulnak rá ahhoz, hogy a számukra fontos dolgokat megtehessek és jólétüket megvalósítsák.¹⁵

Az utilitarista koncepciók kapcsán feltárt három probléma megmutatja, hogy milyen nehézségekkel szembesül az olyan igazságosságelmélet, amely a *jól-lét* messzemenően utilitarista alapokon való magába foglalására vállalkozik. Ellenpólust képeznek velük szemben az igazságosság olyan elméletei, melyek – mindenekelőtt a maximalizálás elvéből adódó nehézségek miatt – magukat az alapvető személyes szabadságokat s azok jogi védelmét állítják a középpontba. A rawlsi változatban, melyet az alábbiakban vizsgálok, az igazságosság kétségkívül a jólétperspektíva messzemenő háttérbe szorítása árán valósul meg.¹⁶

¹³ Hogy a preferenciák kielégítésének szubjektív megítélésére való hivatkozás önmagában nem elegendő, azt mutatja a probléma fentebbi tárgyalása, amely ilyen/hasonló megközelítési módhoz kötődik.

¹⁴ Ez nem tűnik súlyos igazságossági problémának.

¹⁵ Vö. ehhez alább a „konvertálási ellenvetés” tárgyalását a Rawls-vitában.

¹⁶ Rawls az utilitarizmussal szemben mindenekelőtt a személyek elszigeteltségének figyelembe nem vételét akarja kikerülni, ezért az egyes személyeknek és szabadságjogaiknak a védelmét helyezi a középpontba.

III.

A John Rawlséhoz hasonló igazságosságelméletek, melyek az utilitarizmustól való elhatárolódás jegyében fogalmazódtak meg, elsődleges célként a személyek szabadságának a garanciájáért fáradoznak. Ezek a szabadság elsőbbségének (Vorrang der Freiheit) az elméletei.¹⁷ Annak megítélése, hogy a személyek számára mi a jó, a koncepció megalapozási szintjére nem szivároghat be.¹⁸ Ennek közismerten az az eredménye, hogy a rawlsi modellben valamely közösség csak akkor nevezhető igazságosnak, ha mindkét igazságosság-alapelvet¹⁹ teljesíti, s az alapvető javakat (Grundgüter) igazságosan osztja el. Az alapvető javakat: a jogokat, a szabadságokat és a lehetőségeket, a jövedelmet és a jómódot, továbbá az önbecsülést²⁰ (Selbstachtung/self-respect) társadalmi alapjait Rawls összefoglalóan univerzális eszközökként (Allzwecksmittel/all purpose means) fogja fel, melyek fölött a személyek attól függetlenül akarnak rendelkezni, hogy a jó melyik koncepciójához ragaszkodnak abból kiindulva, hogy mely célok megvalósítására törekcszenek. Ha úgy tetszik, ebben a jó élet-hez szükséges *eszközökre* való összpontosításhoz történő ragaszkodás független attól, hogy adott személyek mit értenek ezalatt – éppen ez a rawlsi elképzelés csattanója. Rawls azért tartja szükségesnek, hogy az igazságosságelmélet nélkülözze a jó szigorúan átfogó koncepcióját, hogy a pluralizmus háttere mellett is egyetértésre tarthasson igényt.²¹

Mindazonáltal az alapvető javakra való összpontosítás vonatkozásában nehézségek adódnak mind a Rawls által megcélzott személyi szabadságra, mind a személyek jólétére vetett pillantás során. Ahogyan a bevételre való fókuszálás esetén a *jól-lét* megítélésénél, úgy az alapvető javakra való összpontosítás esetében is jelentkezik a konvertálási probléma (Umwandlungsproblem), mégpedig azért, mert a személyek közti lényeges kü-

¹⁷ Itt helyet kaphatna Robert Nozick libertáriánus elmélete, mint extrém pozíció is, amelyet most mégsem tárgyalok. Vö. Nozick, 1974.

¹⁸ Rawls csak a jó gyenge koncepciójára támaszkodik. Vö. Rawls 1998, 5. előadás, különösen 282–286.

¹⁹ Vö. Rawls 1975, 81, 104.

²⁰ Vö. Rawls 1975, 112 sk. Lásd még: Rawls 1998, 271–286.

²¹ Vö. ehhez mindenekelőtt Rawls 1998.

lönbségek figyelmen kívül maradnak. Mindez azért okoz problémát, mert a személyek teljesen eltérő módon képesek arra, hogy az alapvető javakat szubsztanciális szabadságaikba²² (s így végeredményben *jól-létükbe*) transzformálják. Ennek a konvertálási problémának a szemléltetésére klasszikus példa az olyan fogyatékkal élő ember, akinek több erőforrásra (Ressource) van szüksége a közösségi térben (öffentliches Raum) való szabad mozgáshoz, mint egy fogyatéknélkül élőknek, mert például tolószékre vagy kísérő személyre van utalva.²³ Hogy hasonló esetekben az érintett „normális” mértékben valaki képessé váljon az alapvető szabadságra, ahhoz lényegesen nagyobb mennyiségű erőforrásokhoz való hozzáférés szükséges.²⁴ Tekintettel arra, hogy az egészség és a betegség konkrét közösségeken belüli eloszlása nagyon egyenetlen, illetve hogy az egészség és betegség közti plauzibilis különbségtétel inkább fokozatbeli, mintsem abszolút (hiszen nem egészségesek vagy betegek, hanem többé-kevésbé betegek és többé-kevésbé egészségesek vagyunk),²⁵ világos, hogy Rawls kapcsán a nehézségek végeredményben messze túlnyúlnak a példán, s az élet minden területére kiterjednek. Végezetül, az alapvető javak tényleges szabadságok terére való transzformációjának lehetőségeit tekintve lényeges különbségek állnak fenn a személyek között.²⁶ Amartya Sen, aki először emelt kifogást Rawlsszal szemben²⁷ ebben a vonatkozás-

²² A szubsztanciális szabadság fogalmát Senhez csatlakozva használom, aki ez alatt a személyi szabadságát érti, a lehetőségek közti választást, amit a személy jó okkal becsül.

²³ Egy lépéssel továbbhaladva: ezeket a konzekvenciákat Dworkin tágabb erőforrás-felfogása el fogja kerülni. Vö. Dworkin 2011.

²⁴ Az erőforrások eltérő elosztása mellett mindenekelőtt az akadályok leépítésére van szükség a közösségi térben.

²⁵ Ezt Martha Nussbaum *Az igazságosság határait*ban világosan kidolgozta. Itt nem pusztán akadályozottságot elszenvedő emberekről, hanem a krónikus betegségben szenvedőkről stb. is szó van. Másképp, mint Rawls tette, számára kézenfekvőnek tűnik, hogy az egészség és a betegség viszonyát fokozatbeli jelenségeként értsük. Vö. Nussbaum 2010, 2. fejezet.

²⁶ Az elméletépítés (Theoriedesign) szintjén ez a probléma szorosan kapcsolódik Rawls idealizált feltevéséhez, amely feltevés az eredeti helyzetben (original position) vagy kiinduló állapotban (initial situation) a feleket „azonos, s egész élettartamukra egészséges szereplőkként” látatja.

²⁷ Sen először az *Equality of What?* című írásában emelt kifogást ezzel kapcsolatban. Vö. Sen 1980. Az egészség vonatkozásában a rawlsi modellt egészen korán kritizálta egy másik oldalról Arrow (vö. Arrow 1973), aki úgy érvelt, hogy a különbséget felé fordú-

ban, a személyek közt a következő lényeges egyenlőtlenségeket különbözteti meg: személyes sajátosságok, a környezeti feltételekben való különbségek, a társadalmi klímában meglévő különbségek, a viszonylagos kilátásban való eltérések, továbbá a különböző erőforrások családon belüli elosztása.²⁸

A diagnózist komolyan véve világossá válik, hogy Rawls alapvető javakra való összpontosításából probléma adódik, a törvényhozó számára nem látható be, „hogyan tudná [a személyek – S. L.] azon döntésképeségét kialakítani”,²⁹ melynek elérése az alapvető javak elosztásának tulajdonképpeni célja. Amint látható, a rawlsi koncepció a cselekvési szabadság (Handlungsfreiheit) elősegítésének plauzibilis megfogalmazásában rejlő problémák mellett sem alkalmas arra, hogy megfelelő módon tárgyalja a *jól-létet* ezen igazságosságelmélet keretein belül. Mivel a személyek az alapvető javak egyenlő elosztása alapján nem válnak a Rawls által remélt módon képessé szubsztanciális szabadságukra, ebből következően jólétük megvalósításának esélyei is behatároltak.³⁰

IV.

Mivel azok a stratégiák, amelyek a *jól-létet* helyezik egy igazságosságelmélet központjába, és azok is, amelyek a jólét vonatkozásait és a jó élet koncepcióit a legmesszemenőbben igyekeznek elkerülni, a jelzett tényállás alapján mindig komoly nehézségekkel néznek szembe, ezért érdemes felmérni azokat az opciókat, amelyek e két megközelítés közt nyílnak meg. Az utilitarizmus kritikájából és Rawls alapvető javakra való összpontosításából kiindulva kézenfekvő – egy harmadik út jelöltjeként – a képességek igazságosságát (Befähigungsgerechtigkeite) közelebről szemügyre

lás a legrosszabb szituációk javítását illetően az egészségbeli egyenlőtlenségek vonatkozásában feneketlen hordó lenne (bottomless pit-objection).

²⁸ Sen 2002, 89–91.

²⁹ Nussbaum 1999a, 41.

³⁰ A jóléthez való egyenlő esélyek koncepciójához vö. Arneson 1994. A képességbeli megközelítéshez közel kerülő koncepcióban problematikus Arnesonnál a perfekcionizmusra való hajlam.

venni, hiszen ezt a fent vázolt problémák tükrében mind az utilitarizmus, mind a rawlsi igazságosságelmélet alternatívájaként is értelmezhetjük.

A képességek igazságosságának elméletei közül azok, amelyek az „efektív szabadságot” (Sen), illetve a jó életvezetést (Nussbaum) tűzik ki célként, témánk szempontjából határozottabb jelleget szolgáltathatnak a jólét és az igazságosság terén. A jólét elméleteként ezek arról szólnak, hogy a *jólétet*, az életminőséget és a *fejldést* (Entwicklung) összhazsonként (Gesamtnutzen) ítélik meg. De nem az átlagos személyi jövedelem gazdasági kritériumai, hanem a személyek szubsztanciális szabadságra való képessége alapján, vagyis azon lehetőségek közti választás mentén, melyek értéke megalapozottan felbecsülhető. A rawlsi elmülethez képest perspektívaváltás következik be a személyek által birtokolt javak irányából afele, amit azok ténylegesen tehetnek és cselekednek. Egy személy jóléte ennek megfelelően abban mérhető, hogy mekkora azoknak a lehetőségeknek a spektruma, amelyekkel kapcsolatban dönteni képes.³¹ A kérdés gyűjtőpontja – mit tesz és mit tehet a személy – az adaptív preferenciák problémájára adott válaszon túl ezen preferenciák kielégítése alapján korrekciót jelent a jólét tisztán szubjektív értékelésében azáltal, hogy nemszubjektív szempontokat is játékba hoz.

Igazságosságelméletként a képességek alapján való megközelítés (Fähigkeitansatz) többek közt arra fut ki, hogy az alapvető képességek (Grundbefähigungen) *igazságos elosztását* érje el. Az elosztás tárgyai ennek megfelelően nem a hasznok vagy az alapvető javak, hanem az alapvető képességek. Az igazságosság célja bizonyos értelemben az, hogy a közösségi lét minden résztvevőjét (s elvileg minden embert)³² ugyanolyan módon tegye képessé a szubsztanciális (substantiell) szabadságra, illetőleg a jó életre. Itt „*valamennyi képesség küszöbértékének* elméletéről van szó, mely küszöb alatt a polgárok tényleges emberi értelemben tevékeny

³¹ Nussbaum képességbeli megközelítés-variánsában a jólét-perspektíva kevésbé kötődik a rendelkezésre álló opciók valamely halmazához (viszonylag nyitott értelemben), mint az alapvető emberi képességek listájához.

³² A képességek alapján való megközelítés különböző variánsai egyúttal magas bővülési dinamikával rendelkező elméletként fogják fel önmagukat, amely variánsok a globális igazságosság elmélete felé közelítenek.

léte nem lehetséges; a társadalmi cél tehát abban kell hogy álljon, hogy a polgárokat eme küszöbérték fölé emeljük”.³³

A képességekre való összpontosítás és az *eszközök* középpontba állításának ezzel együtt járó elutasítása mindenképpen a szabadság nagy ívű elképzelésével kapcsolódik össze. Kérdésünk szempontjából az a fontos, hogy a képességelméletek, amelyek magukat a jólét elméleteiként is értik, kizárólag arról szólnak, hogy a személyeket képessé tegyék a saját döntés meghozatalára és megvalósítására. Ebből semmi esetre sem következik, hogy előírják (például a jólét elérésével kapcsolatban)³⁴ számukra azt, hogyan kell valamiféle objektív jólét elérése érdekében képességeiket használni. A képességbeli igazságosság (Befähigungsgerechtigkeit) elméletei ezen a ponton határozottan antipaternalistaként értelmezik magukat.³⁵

A képességbeli igazságosság kortárs vitáiban két megközelítés dominál, amelyeket a jóléttel kapcsolatos koncepcióik vonatkozásában vizsgállok meg röviden. Az egyik Martha Nussbaum képességekkel kapcsolatos „szoros” („dichte”) elmélete, amelyben a szubsztanciális emberi képességek a *jó élet* feltételeiként kerülnek meghatározásra. A másik Amartya Sen *szubsztanciális szabadság* fogalma, mely az individuális előnyökre orientálódik, s a *jólét*-et és a cselekvési szabadság (Handlungsfreiheit) nézőpontjait együttesen gondolja el és interpretálja.

V.

Martha Nussbaum képességmegközelítésének változatában a *jólét*-et perspektíva a *jó élet*ről való beszéd kapcsán kerül masszívan játékba.³⁶ Eszerint az igazságosságelmélet célja nem kevesebb, mint a jó emberi élet alapjainak rögzítése. Egy társadalom Nussbaum szerint akkor lehet igaz-

³³ Nussbaum 2010, 105. – A küszöb pontos meghatározása mindenesetre nem található meg sem Sen, sem Nussbaum esetében.

³⁴ Itt a képességbeli megközelítés elkülönül a perfekcionista elméletektől.

³⁵ A képességbeli megközelítés antipaternalista olvasatának kézenfekvőségéhez lásd Laukötter 2013.

³⁶ Lásd ehhez más helyen a „flourishing” (virágzás, prosperálás) nussbaumi koncepcióját, pl. Nussbaum 2010.

ságos, ha – Arisztotelészhez kapcsolódva – „minden polgár számára rendelkezésre bocsátja azokat az anyagi, intézményi és pedagógiai feltételeket, amelyek utat nyitnak a jó emberi élet felé, s olyan helyzetet teremt, ahol a jó élet és a jó cselekvése mellett határozzák el magukat”.³⁷ Nussbaum elméletében sokkal határozottabb az az igény, hogy biztosítsa a jó élet előfeltételeit, mint Rawls esetében, akinél a cselekvési szabadság előfeltételeiről van szó. Rawls abból indul ki, hogy a jó élet elméleteire való hivatkozást az igazságosság filozófiai elméletében lehetőleg kerülni kell, mert egyfelől az igazságosságelmélet nem lehet perfekcionista, másfelől a világnézeti pluralizmus tükrében a liberális társadalom garantálásában nem várhatunk el részletes elképzelést a jó élettel kapcsolatban. Nussbaum viszont lehetségesnek tartja a jó élet általánosan elismert (s ennyiben univerzálisként felfogott) koncepciójának *interpretatív* szabaddá tételét.³⁸ Ez a koncepció, amelyet „a jó erőteljesen homályban hagyott elméleteként” (starke vage Theorie des Guten) ír le, „az ember konstitutív viszonyainak”³⁹ meghatározásából indul ki, s ennek bázisáról alakítja ki az „ember alapvető képességeinek” listáját.⁴⁰ A lista alapján az ember alapvető képességeihez, amelyek teljesülése az igazságosság nézőpontjából egy meghatározott küszöb értelmében elvárt, a következők tartoznak: *testi egészség és integritás, képzelőerő, érzelmek, gyakorlati ész, valahová tartozás (Zugehörigkeit), más fajokkal (Spezies) való kapcsolat, játék, illetve a saját környezet feletti kontroll*.⁴¹ Ezek az emberi képességek szolgáltatják a jó élet számára az emberi méltósághoz megfelelő alapot,⁴² ahol mindegyik képesség konstitutíve értendő. Valamely képességben való hiány nem szüntethető meg egy másikban való többlet által.

Eme objektív koncepció szerint minimálisan jó életnek az nevezhető, amelyben valamennyi képesség rendelkezésre áll, illetve bizonyos küszöb

³⁷ Nussbaum 1999a, 24.

³⁸ Erre itt nem tudok részletesen kitérni. Vö. ehhez Nussbaum 1997.

³⁹ Nussbaum 1999a, 49.

⁴⁰ Nussbaum 1999a, 57.

⁴¹ Vö. Nussbaum 2010, 112–114.

⁴² Az emberi méltóság eszméjére való hivatkozás elsősorban Nussbaum újabb írásaiban található, különösen: Nussbaum 2010.

fölkött valósul meg.⁴³ Az is fontos Nussbaum számára – aki a jó életnek ilyen magas helyiértéket tulajdonít, ami a „virágzó” („flourishing”) metafora gyakori használatában is megmutatkozik –, hogy az autonóm személyek individuális döntésszabadságát mindig elsőbbség illeti meg a jóléttel szemben. A paternalista beavatkozás ennél fogva nem megengedett, mert a döntésszabadság célja képessé tenni a személyeket arra, hogy jó életet vezessenek. Hogy ezt aztán az egyes esetekben megteszik-e, az végső soron saját döntésükre van bízva.⁴⁴

Mindazonáltal Nussbaum most csupán nagyon röviden vázolt koncepciójában legalább két olyan kérdés marad nyitva, amelyre itt csak röviden térek ki.⁴⁵ Még ha Nussbaum külön hangsúlyozza is a személyek döntésszabadságát, s azt is ismételtelen aláhúzza, hogy csupán azt tárgyalja, amire a személyek anélkül képesek, hogy e képességek meghatározott alkalmazását előírják nekik, mégsem sikerül bizonyos kellemetlen érzést eloszlatnia azzal kapcsolatban, hogy elmélete erősen hajlik a perfekcionizmus felé, amit saját maga is elismer.⁴⁶ Ez megmutatkozik azokban a szakaszokban is, ahol arról beszél, hogy az állami rend céljának „abban kell állnia, hogy ezt a jó életet létrehozza (herstellen)”.⁴⁷ Ehhez kapcsolódik Nussbaum azon kijelentése, hogy az alapvető emberi képességek listájának megalkotásához univerzális érvényességet lehessen követelni, egyfajta beváltat-

⁴³ A küszöbérték-koncepcióhoz vö. Nussbaum 2010, 105.

⁴⁴ Még ha Nussbaum elmélete a jólét objektív elméletén is alapszik, a szubjektív elemek (mint pl. az individuális preferenciák) is szerepet kapnak benne: „Az arisztotelianus az óhajt, mint tárgyat komolyan veszi, amit figyelembe kell vennünk, ha feltesszük a kérdést, mennyiben sikerül egy meghatározott rendszernek az, hogy az embereket képessé tegye a jó életre. De ez ténylegesen abban áll, hogy nyomatékosan azt is meg kell kérdezni, mit tesznek és mire képesek, s mire képesek ténylegesen vágyakozni az érintett emberek.” (Nussbaum 1999a, 40.)

⁴⁵ Részletesen tárgyalom ezt a problémát Laukötter: *Der capabilities approach als liberale Konzeption?* (kézirat).

⁴⁶ Nussbaum az egyik újabb írásában (Nussbaum 2011) saját koncepcióját antiperfekcionistaként mutatja be, amely konzekvencialistaelméletéből adódik, ami további tárgyalást igényelne.

⁴⁷ Nussbaum 1999a, 29. – Nussbaum másik munkájában utal az idézett kijelentés kapcsán ezen írására: „Die Natur des Menschen, seine Fähigkeiten und Tätigkeiten. Aristoteles über die distributive Aufgabe des Staates” (Nussbaum 1999b). A perfekcionizmus-problémához szintén ezt a szöveget vettem hasonlítás alapnak.

lan ígélet leheletnyi megalapozásához (Begründung der Hauch), mert a teljes nussbaumi mű csak kevés lényegeset tud ennek az állításnak a megalapozásához felmutatni.

VI.

De van egy másik pozíció is a képességbeli igazságosságelméletek családjában, amely a nussbaumi teória mindkét problémáját elkerüli, s egyúttal a *jól-lét* vonzó felfogását is prezentálja. Ez a képességszemlélet azon változata, amelyet Amartya Sen fogalmazott meg. Sen saját felfogását a *jól-lét* elméleteként érti, s az igazságosságelmélet szintjén Nussbaumhoz hasonlóan küszöbérték-konceptiót képvisel. Ez az elmélet viszont nem a „jó”, hanem az elfogadható emberi élet feltételeinek kidolgozását célozza meg.⁴⁸ Sen Nussbaumtól eltérően fogja fel a képességek elméletének listáját, azt kevésbé a jó élethez való képességekként értelmezi. Ehelyett tágabb értelemben a személyek tényleges vagy szubsztanciális szabadságra vonatkozó képességeit érti alatta, olyan opciók közti választást, amelyet a személyek jó okkal megalapozottan értékelnek nagyra.⁴⁹

Az utilitarista és a rawlsi igazságosságelmélet problémáját Sen abban látja gyökerezni, hogy azok túlságosan szűk „információbázison”⁵⁰ nyugszanak, mert megfogalmazása szerint „egy igazságosságelmélet »csattanóját« messzemenően az információbázisa határozza meg, azt hogy mit tart és mit nem tart közvetlenül relevánsnak”.⁵¹ Az utilitarizmusban ezt az információbázist a *haszon* jelenti, Rawls esetében pedig az *alapvető javak elosztása*. Az a probléma, amellyel a klasszikus igazságosságelmélet konfrontálódik, Sen felfogása szerint épp itt gyökerezik. Az utilitarizmusban

⁴⁸ Vö. Sen 2010, 316.

⁴⁹ Vö. Sen 2010, 259.

⁵⁰ Információbázis, ill. információs középpont (informal focus) alatt Sen a következőket érti: „Az etika és a politikai filozófia minden lényeges elmélete, mindenekelőtt minden igazságosságelmélet kell hogy válasszon információs súlypontot. Vagyis dönteniük kell, hogy a társadalom értékelése és az igazságosság–igazságtalanság megítélése esetében a világ mely ismertetőjegyre kell koncentrálni.” (Sen 2010, 258.)

⁵¹ Sen 2002, 74.

a haszonra mint információbázisra való koncentráció egyenesen vezet a fentebb vázolt problémákhoz, ahogyan az alapvető javak elosztására való összpontosítás is Rawls esetében. Sen ezeknek a modelleknek az alternatívjaként javasolja információbázisként az „egyéni szabadságok” képességbeli megközelítését: „Ez a megközelítés az egyéni szabadságokat (nem a hasznokat) teszi meg információbázisául, bár következményeiben természetesen azokra [ti. az egyéni hasznokra] is figyelemmel van, mert véleményem szerint ezek az utilitarista álláspont megbecsülendő érdemei közé tartoznak.”⁵² Ennek megfelelően valamely társadalom igazságosságát nem a haszon vagy az alapvető javak elosztásán kell mérni, hanem az egyéni szabadságok elosztásán magán.

Ezen egyéni szabadságok megítélési kritériuma *a személyek szubsztanciális szabadságra való képessége*, vagy ahogyan némelykor fordítják, annak *megvalósítási esélyei* (Verwirklichungchancen). „Egy személy »megvalósítási esélye« azoknak a funkcióknak a lehetséges kapcsolatára vonatkozik, amelyeket érvényesíteni képes. A megvalósítási esélyek tehát a szabadság kifejezésformái, vagyis a szubsztanciális szabadságnak, a funkciók alternatív kombinációinak a valóra váltása. Vagy kevésbé formálisan megfogalmazva: a különböző életstílusok megvalósításának szabadsága.”⁵³

A szubsztanciális szabadságnak ez a középpontba állítása Sen válasza a rawlsi modell konvertálási problémájára (Umwandlungsproblem). Mi-

⁵² Sen 2002, 75.

⁵³ Sen 2002, 59. A funkciók és a képességek közti különbséget Robeyns a következőképp foglalja össze: „A működés [funkcionálás] két dolgot jelent: »létezést és cselekvést«, amelyek az emberi létezés és cselekvés olyan különböző állapotai, amelyeket a személy maga vállal fel. Az elsőhöz tartoznak (ti. a »létezés«) például a jóltápláltság-alultápláltság, megfelelően meleg, de nem túlfűtött helyen való lakás, műveltség és írástudatlanság, a társadalmi háló támogató vagy bűnöző részének lenni, vagy lehangoltnak lenni. A másik fajta működés (ti. a »cselekvés«) jellemző példái az utazás, a gyermekkel való bajlódás, voksolás a választáson, vitázás, droghasználat, állatok leölése és azok elfogyasztása, a fűtőanyag jelentős részének elhasználása házunk felfűtése miatt vagy a jótékony célra való pénzfelajánlás. Ezért amíg az utazás ugyan működés, addig az utazás valószínűleg az erre vonatkozó megfelelő képesség. A működések és a képességek közti lényeges különbség valójában a végrehajtott, megvalósult, illetve a ténylegesen lehetséges különbsége. Más szóval: egyfelől az elért, másfelől a szabadságában álló vagy hasznos lehetőségek azok, amelyek között a személy választhat.” (Robeyns 2011.)

vel elméletében az információs bázis a személyek „egyéni szabadsága”, épp ezért válik számára lehetővé a személyek közti releváns különbségek megragadása. Ez lehetővé teszi Sen számára, hogy a javak elosztása helyett közvetlenül afelé fordulhasson, amire a személynek szüksége van, hogy szubsztanciális szabadsága fölött rendelkezzen.

Pontosan a személyek szubsztanciális szabadsága az, ami Sen megközelítésében egy személy *jól-létét* jelenti, ahol azonban a szabadság nem redukálható a *jól-létre*. Épp a *jól-lét* sokoldalú koncepciója a személyek cselekvési szabadságának erős hangsúlyozásával teszi a képességbeli megközelítés Sen-féle variánsát a *jól-lét* igazságosságelméleten belüli plauzibilis tárgyalásának egyik vonzó jelöltjévé. Legújabb könyvében, *Az igazságosság eszméjében (The Idea of Freedom)*⁵⁴ azt javasolja, hogy a *jól-létet* és a képességeket az egyéni előnyök elméletének a keretein belül értelmezzük, ahol a *jól-lét* nézőpontja – de egyúttal a cselekvési szabadság is – érvényre jut. Az egyéni előnyöket ez alapján négy módon érthetjük, úgymint:

- megvalósult jólétet (erreichtes Wohlbefinden);
- cselekvési sikert (Handlungserfolg);
- jólétre való szabadságot (Freiheit zum Wohlbefinden);
- cselekvési szabadságot (Handlungsfreiheit).⁵⁵

Már a lista alapján világos, hogy a *jól-lét* szorosan kapcsolódik a szabadság perspektívájához. A személyes előny négy dimenzióját értékelési szempontokként értelmezhetjük, amelyek eltérő értékelési eljárás bevetését teszik lehetővé az egyes állapotok megítélésében. A jólétre való szabadság alapvetően magasabb értékű, mint a megvalósult jólét, mégpedig a személyek döntési és cselekvési szabadsága alapján, aminek figyelembevétele egyúttal a személyekkel szembeni tiszteletet is biztosítja.⁵⁶ De bizonyos esetekben a megvalósult jólét is felléphet az egyéni előny megítélésének döntő kritériumaként. Ha például a személyek kényszerhelyzetben való állami támogatásáról van szó, a súlyos szükség megítélése talán in-

⁵⁴ Sen 2010.

⁵⁵ Vö. Sen 2010, 315.

⁵⁶ Sen 2010, 13. fejezet.

kább a megvalósult jólét nézőpontjából történik, és nem elsődlegesen a jólétre való szabadság alapján. Ám ha általában az állami politikának a polgárookra irányuló terveiről (Plannung) van szó, akkor Sen nézete alapján magasabbra értékelendő a jólétre való szabadságuk, mint a megvalósult jólét. Az az igazságosságelmélet, amely ezen a ponton mindenekelőtt a személyek autonóm döntéseire való képességére alapoz, s nem írja elő, hogy az egyének miként vezessenek jó életet, világosan *antipaternalisztikus* és *antiperfekcionista*. Egy másik szempontból, elsősorban az egyes személyek értéktételezésében viszont a cselekvési szabadság a döntő az egyéni előnyök esetében, jóllehet azt is meg kell engedni, hogy olyan cselekedeteket is végrehajtsanak, amelyek károsak jólétükre vagy jólétükhöz való szabadságukra nézve. Ezt követeli meg Sennél a személyek és döntéseik iránti tisztelet elve. Ezzel világossá válik, hogy a személyek döntési autonómiája nem redukálható kizárólagosan a jólétükre (amire nézve az éppúgy lehet pozitív, mint negatív), hanem a személyek döntési autonómiája önértékkel (Eigenwert) rendelkezik. Ez világosan megmutatkozik abban az elképzelt szituációban, amelyben a személyek cselekvési szabadsága ellentmondásba keveredik jólétükkel vagy jólétükhöz való szabadságukkal. Gondolhatunk például egy olyan személyre, aki saját egészségét kockáztatja valamely politikai cél elérése érdekében kezdett éhségstrájkjal. A döntési autonómia magas önértéke alapján egy személy megalapozott indokkal beletörődhet az elért jólétében vagy a jólétre való szabadságában bekövetkező veszteségébe. Már ebből a Senről szóló rövid fejtegetésből is felsejlik, hogy koncepciója vonzó javaslatot jelent abban a tekintetben, hogy az igazságosságelmélet határozottan képes a *jól-létet* és egyúttal az autonómia szempontját egyszerre érvényre juttatni.⁵⁷ Az általam feltett kérdés tekintetében azért vonzó ez a koncepció, mert:

- a *jól-lét* szubsztanciális szabadságra orientált mércéjét fogalmazza meg,
- antipaternalisztikus,

⁵⁷ Ahol figyelembe kell venni azt, hogy Sen számára ez azért lehetséges, mert visszautasítja az erős megalapozási igényt, s ebből a szempontból az igazságosság elméletét pluralista értelemben fogja fel. (Vö. ehhez: Sen 2010, 7. és 9. fejezet.)

- antiperfekcionista.

Noha a Sen-elmélet szemére vethető, hogy a releváns képességek meghatározásakor túlzottan homályos marad, azonban ezt a homályosságot a koncepció erősségeként is értelmezhetjük, a különféle helyzetekből adódó kihívásként, s az ezekre való nyitottságként. Az igazságosságelméleten belül tárgyalt *jól-lét* korábban felvázolt két útjával együtt Sen koncepciójáról is elmondhatjuk, hogy az utilitarista welfarizmus problémáját elkerüli, amennyiben először is egyebek mellett azt javasolja, hogy a fejlődést és a jólétet az egyének szubsztanciális szabadságai és ne a jövedelmük alapján értékeljük. Másodsorban érzékenynek mutatkozik az adaptív preferenciák problémájára is, ami lehetővé teszi a személyek közti lényeges különbségek elismerését. S nem utolsósorban azért is, mert felteszi azt a kérdést, hogy mit tesznek és mire képesek a személyek? A rawlsi problémát, a személyek közti lényeges különbségek kikerülését elkerüli a képességekből való kiindulás Sen adta értelmezése, mert a személyes képességeket az alapvető javak szintjén veszi figyelembe. Sen maga a következőképp írja le a különböző elméletmodellek előnyeinek egyesítését azok gyengeségeinek elkerülésével: „Úgy tűnik, ez a perspektíva nemcsak arra alkalmas, hogy a szabadság jelentőségét közvetlenül értékelje, de azokat a motívumokat is kellőképp figyelembe veszi, amelyek a másik perspektíva jelentőségét adják. Kiváltképp sikerül ez a szabadságra orientált szempont esetében, amely az utilitarizmusnak az emberi jólét iránti érdeklődésének, a radikális liberalizmusnak a döntési és cselekvési szabadsággal való foglalkozásának, továbbá a rawlsi elmélet egyéni szabadságra való összpontosításának és a szubsztanciális szabadságokhoz szükséges eszközök kifejtésének is eleget tesz.”⁵⁸

VII.

A *jól-lét* igazságosságelméleten belüli tárgyalásának három módját ismerető vázlatomban arra vállalkoztam, hogy felmérjem, miként tárgyalható érdemben a *jól-lét* az igazságosságelmélet keretein belül, illetve hogy

⁵⁸ Sen 2002, 108.

mennyi *jól-létet* bír el egy igazságosságelmélet.⁵⁹ Rawls igazságosságelméletének – mely messzemenően lehetségesnek gondolja a jó élet elképzelésére való visszacsatolás elhagyását – kritikája megmutatja, hogy a *jól-lét* perspektíváját az igazságosságelméletben mindenképp megfelelően figyelembe kell venni. Legalábbis a személyek közti lényeges különbségeket, s ezeknek a személyek lényeges szabadságára – s egyúttal a *jól-létükre* – gyakorolt jelentőségét. Itt az alapvető javakra, mint az igazságosságelmélet információs bázisára való korlátozódás túl szűkösen bizonyul, ha konkrétan a személyek cselekvési szabadságának a megítéléséről van szó. Az utilitarista koncepció kritikája megmutatja, hogy a *jól-lét* megfelelő módon való számbavételénél kerülendő a *jól-létre* való túlzottan egyoldalú hivatkozás, ahogyan a *jól-lét* maximalizálása is. A haszonra való korlátozódás, illetve a szubjektív jólét mint információs bázis az igazságosság elméletét nehézség elé állítja, amennyiben a személyek összindividuais *jól-létét* kell megítélni.

A képessébeli igazságosság elméletei, úgy tűnik, el tudják kerülni a megnevezett problémákat. Nem utolsósorban azért, mert az egyéni szabadságra mint információs bázisra koncentrálnak. Ennek tükrében, ha a szubsztanciális szabadságra való képességet az egyéni jólét lényeges mércejeként értjük, akkor egy olyan igazságosságelmületről beszélünk, amely – amennyiben megfogalmazásában a problematikus paternalista és perfekcionista konzekvenciákat elkerüli – a *jól-lét* igazságosságelmélet keretein belüli érdemi tárgyalásának lehetőségével rendelkezik. Azt azonban nem szabad elhallgatni, hogy a lényeges képességek meghatározásánál, a *jól-lét* konkrét mérésénél, ahogy az itt nem tárgyalt elméletstratégia előzetes döntéseiben is, jelentkeznek problémák.⁶⁰

A „mennyit képes” kérdése végül a Sen által felvázolt megvalósult jólét, a jólétre való szabadság, a cselekvési siker és a cselekvési szabadság

⁵⁹ A kérdés részletes tárgyalásához szintén fontos perfekcionista igazságosságelmületekkel más helyen fogok foglalkozni. Szintén másutt fogom részletesen tárgyalni azt, hogy miért kell az igazságosságelmületnek a *jól-lét* megítéléséhez szükségképpen szubjektív perspektívából kiindulnia.

⁶⁰ A *jól-lét* képességek alapján való mérésének problémájához vö. Faden és Powers munkáját, akik ebben úgy érvelnek, hogy a *jól-lét* megállapítása csak a megvalósult *jól-lét* alapján lehetséges (Faden–Powers 2008, 37–41).

különbsége alapján válaszolható meg. Az alapellátás (Grundversorgung) értelmében annyi *jól-létet* kell megvalósítani, hogy a személyek ne szenvedjenek eklatáns hiányt. Ez a minimális alapellátás szintje. Ennek megfelelően már nem a jólét megvalósítása vagy a cselekvési siker, hanem a lehetőségek terének megnyitása válik döntővé. Az igazságosság elmélete mind a jólét megvalósítása lehetőségeinek, mind a személyek szubsztanciális cselekvési szabadságának tekintetében e terek megnyitásáról kell hogy szóljon.

Hornyák Péter István fordítása

Irodalom

- Arneson, R. J. 1994. „Gleichheit und gleiche Chancen zur Erlangung von Wohlergehen.” In Honneth, A. (szerk.). *Pathologien des Sozialen. Die Aufgaben der Sozialphilosophie*. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main. 330–350.
- Arrow, K. J. 1973. „Some Ordinalist-Utilitarian Notes on Rawls’s Theory of Justice.” *The Journal of Philosophy* 70 (9), 245–263.
- Crisp, R. 2008. „Well-being”. In Stanford Encyclopedia of Philosophy, <http://plato.stanford.edu/entries/well-being/> (2015. 08. 27.).
- Dworkin, R. 2011. „Ressourcengleichheit”. In Dworkin R. *Was ist Gleichheit?* Suhrkamp, Frankfurt am Main. 81–157.
- Faden, R.–Powers, M. 2008. *Social Justice. The Moral Foundations of Public Health and Health Policy*. Oxford University Press, Oxford–New York.
- Laukötter, S. 2013. Der Paternalismus-Einwand gegen den capabilities approach. In Gutmann, T. (szerk.). *Paternalismus und Konsequentialismus*. Münster. Online: https://www.uni-muenster.de/imperia/md/content/kfg-normenbegruendung/intern/publikationen/laukoetter/41_lauk__tter_-_paternalismus___capabilities_approach.pdf (2015. 08. 27.).
- (kézirat) *Der capabilities approach als liberale Konzeption?*
- Nozick, R. 1974. *Anarchy, State, and Utopia*. Basic Books, New York.
- Nussbaum, M. C. 1997. „Aristotle on Human Nature and the Foundation of Ethics”. In Altham, J. E. G.–Harrison, R. (szerk.) *World, Mind, and Ethics: Essays on the Philosophy of Bernard Williams*. Cambridge University Press, Cambridge. 86–131.
- 1999a. „Der aristotelische Sozialdemokratismus“. In uő. *Gerechtigkeit oder Das gute Leben. Gender Studies* (szerk. Pauer-Studer, H.). Suhrkamp, Frankfurt am Main. 24–85.

-
- 1999b. „Die Natur des Menschen, seine Fähigkeiten und Tätigkeiten: Aristoteles über die distributive Aufgabe des Staates”. In uő. *Gerechtigkeit oder Das gute Leben. Gender Studies* (szerk. Pauer-Studer, H.). Suhrkamp, Frankfurt am Main. 86–130.
 - 2010. *Die Grenzen der Gerechtigkeit. Behinderung, Nationalität und Spezieszugehörigkeit*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
 - 2011. „Perfectionist Liberalism and Political Liberalism”. *Philosophy and Public Affairs* 39/1, 3–45.
- Nussbaum, M. C.–Sen, A. (szerk.) 1993. *The Quality of Life*. Clarendon Press, New York–Oxford.
- Rawls, J. 1975. *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Suhrkamp, Frankfurt am Main. Magyarul: uő. *Az igazságosság elmélete*. Ford. Krokovay, Zs. Osiris Kiadó, Budapest, 2007.
- 1998. *Politischer Liberalismus*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Robeyns, I. 2011. „*The Capability Approach*”. In *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, <http://plato.stanford.edu/entries/capability-approach/>. (2015. 08. 27.).
- Sen, A. 1980. „Equality of What?”. In McMurrin (szerk.). *Tanner Lectures on Human Values I*. Cambridge University Press, Cambridge. 197–220.
- 2002. *Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft*. Deutscher Taschenbuch Verlag, München. (Angol eredeti: *Development as Freedom*. Anchor Books, New York, 1999.) Magyarul: uő. *A fejlődés mint szabadság*. Ford. Hegedűs, J. Európa, Budapest, 2003.
 - 2010. *Die Idee der Gerechtigkeit*. C.H. Beck, München.

Annette Dufner

MAXIMÁLIS PATERNALIZMUS- ELLENÁLLÁS – A JAVAK SZUBJEKTÍV ELMÉLETEINEK VÍVMÁNYA¹

„Nem üt ki a pezsgő...”

(Cole Porter)

Tegyük fel, hogy találkozok egy olyan személlyel, aki örült, de egyúttal csábító üzletet ajánl fel nekem. Az illető kész arra, hogy minden olyan kellemességről (Annehmlichkeiten) gondoskodjon, amire csak vágyom, továbbá távol tartsa tőlem az összes olyan kellemetlenséget, melyben valaha osztályrészem lehet. Egy bökkenő van csak: soha többé nem szállhatok ki az üzletből. A későbbiekben nem lenne lehetséges – még akkor sem, ha akarom – annak kipróbálására vágni, hogy milyen érzés lehet eltelni a kellemetlenségekkel. A továbbiakra nézve nem volna lehetséges az a döntés sem, hogy olyan dolgokat tegyek, amik viszonylagosan kevés kellemetlenséggel járnak a számomra. A személy ugyanis mindig gondoskodna arról, hogy ezek helyett mindig pontosan azokat a dolgokat tegyem és éljem meg, amelyek a legnagyobb mértékben kellemesek számomra.² Vajon be kellene-e szállnom ebbe az üzletbe?

Ami elsőre csábítóan hangozhat, az a legtöbb filozófusnál aggályt vált ki. Ahelyett, hogy mindig a legnagyobb valószínűség mértékében éljük meg a kellemest, lehetségesnek kell lennie annak is, hogy saját magunk

¹ A hasznos beszélgetések miatt köszönettel tarozom különösen Johann Achsnak, Sebastian Laukötternek és Thomas Guttmann-nak.

² Ez természetesen Robert Nozick történetének adaptációja, melyben olyan eshetőségek fennállásról ír, ahol egy gépbe beszállva a szerkezet minden olyan tapasztalatot, melyre csak vágyhatok, valóságosnak tűnő káprázat formájában talál elém.

által meghatározott döntéseket hozhassunk azzal kapcsolatban, hogy mit szeretnénk tenni – még akkor is, ha ezek a döntések esetenként nem az optimális eredményhez vezetnek. A jó élet bizonyos szemléletei alapján – különösen azoknál, melyeket magunkévá kell tennünk ahhoz, hogy az üzletre rábólinthassunk – az individuum önállósága és önmeghatározása alkalmanként nem áll védelem alatt. Még rosszabb ennél, hogy lehetőség szerint bizonyos játékeretet biztosítanak a paternalista beavatkozásoknak akkor, amikor valaki olyan cselekvés irányában határozza el magát, mely a jó ebben az értelemben felfogott szemlélete szerint „optimális alatti” (suboptimal) eredményekhez vezethet. Ha valaki egy efféle cselekvés mellett döntene, akkor ez az elmélet mindenekelőtt a személy környezetének szolgáltatathatna jó alapot arra, hogy megakadályozza őt a szóban forgó cselekvésében: a cselekvés a személyt végeredményben nem az elmélet szerinti egyedül igazként felfogott jóba vonná bele. A társaink talán szó szerinti értelemben vett kötelezettséggel is rendelkezhetnének arra nézve, hogy megakadályozzák a személyt az ehhez hasonló cselekvésében. Az önmeghatározás korlátozásai és a paternalista beavatkozások előtt tág tér nyílna meg.

Mínthogy a jó élet hedonisztikus elméletei – melyek nagy értéket tulajdonítanak a kellemesnek – a modern etikában főleg a klasszikus utilitarizmusban fordulnak elő, közel kerülhetünk ahhoz a felfogáshoz, hogy ebben a vonatkozásában az utilitarista etika csak csekély mértékben ellenálló a paternalizmussal szemben. Ennek a vélekedésnek azonban ellen kell állnunk. Gondolhatunk az utilitarista etikáról azt, amit akarunk, ám – így szól az itt következő tézis – a paternalizmussal szembeni ellenállás hiányát éppenséggel nem vethetjük a szemére. Épp ellenkezőleg. Aki komolyan veszi a felajánlott üzletet, annak elkerüli a figyelmét, hogy épp a szubjektív értékelméletekben – melyek a kellemesség érzésének szubjektivitását és/vagy az alanyok személyes vágyait és megítéléseit tartják centrálisnak – mindig csupán egyetlen instancia létezik arra nézve, ami mindenki számára ultimatív értelemben jó: maga az alany (Subjekt). A paternalista beavatkozás ellen a szó szoros értelmében nem adható ennél jobb biztosíték.

Alapvetően azt mondhatjuk, hogy minél szubjektívebbre szabott egy értékelmélet, annál kisebb játékeret enged a paternalista beavatkozásoknak. A hedonista elmélet, amely legfőbb jóként a szubjektíve kellemest

érti, különösen nyilvánvaló plauzibilitással ismeri el a saját jóval kapcsolatban magát az alanyt végső instanciaként. Az olyan pluralisztikus és objektív értékelméletben azonban, amelyben a tudásszerzést, a hivatásbeli sikert vagy a barátságot intrinzikus javakként sorolják fel, melyeket szükséges előmozdítani, a paternalizmus számára összehasonlíthatatlanul nagyobb tér marad. Ha egy személy olyan cselekedet mellett határozná el magát, ami a tudásszerzésre, hivatásbeli sikerre vagy a barátság ápolására káros lenne, akkor a beavatkozásokat épp az érintett személy javára való ujjal mutogatás igazolná.³

A hedonizmus

A vizsgálódás kezdeteként vegyük hát a hedonizmust, ahol az számít végső jónak, amit az alany maga kellemesnek talál. A paternalizmus feltételezi, hogy egy kívülről személy elfogadható tudás általi hozzáféréssel (Erkenntniszugang) bír arra nézve, hogy az alany számára mi a jó, sőt a kérdést akár jobban meg is tudja válaszolni, mint maga a szóban forgó alany. Ámde honnan tudhatná bárki jobban azt, hogy egy adott személy számára mi a kellemes, mint épp a személy maga? Ami valaki számára kellemes, annak kapcsolatban kell állnia valamilyen formában az illető tudatával. Hiszen a tudat legsajátabb tulajdonsága éppen az, hogy kvalitatíve nyomatékosabb, illetve privilegizált módon csak egyes szám első személyű nézőpontból hozzáférhető. Noha teljességgel elképzelhető, hogy milyen lehet egy másik személy tudatával rendelkezni, ám itt legalább részben alighanem az analogizmus egy módjáról van szó: mivel adott körülmények között meghatározott jelleggel bír számomra az, amit a saját tudatom észlel, ezért a másik tudatának mégiscsak hasonlónak kell ehhez lennie. Bizonyosan jelentős csorbulást szenvedne el a társadalmi együttlét (Miteinander), ha alapvetően problematikusnak tartanánk az ef-

³ Kivétel a szabály alól – ebbe jelen fejtegetés keretein belül pontosabban nem mehetünk bele – egy olyan objektív értékelmélet kialakítása, mely ennek biztosítására egyedüli vagy legfontosabb elemként magában foglalná az individuális önrendelkezést/önmeghatározást (Bestimmung).

féle analogizmusokat. Ám mindez nem változtat azon, hogy mindig a mindenkori alany rendelkezik a saját tudatállapotai feletti legközvetlenebb hozzáféréssel.⁴ Pusztán ez a megfigyelés alapul kellene hogy szolgáljon arra nézve, hogy az a fölötti autoritást, kinek mi a kellemes, pontosan magánál a konkrét személynél keressük. Az azon az alapon történő paternalista beavatkozás, hogy jobban tudjuk az adott személynél, számára mi a kellemes, így alapvetően nem tűnik plauzibilisnek.

Azt az ellenvetést tehetjük itt, hogy más a helyzet azzal a kellemessel kapcsolatban, amit valaki a *jövőben* fog kellemesnek találni. A jövőbeli érzések esetében ugyanis – érvelhetünk – a *pillanatnyi* egyes szám első személyű perspektíva semmi esetre sem lehet privilegizált. Így már nem annyira valószínűtlen feltételezni azt, hogy a lehetséges megfigyelő nyomára bukkan annak, hogy a másik téved annak kérdésében, a jövőben mit fog kellemesnek találni. Lehet például az a helyzet, hogy Tom barátom minden egyes alkalmat követően, amikor chilidarabos étcsokoládét eszik, arra panaszkodik nekem, hogy milyen borzalmas ízlésmélysége volt. Amikor aztán a szupermarketban ismét az illető csokoládétábla után nyúl, akár bele is pusztulhatok annak elképzelésébe: Nos, hát mégiscsak jobban tudtam, mint ő, hogy mi fog történni a csokoládé elfogyasztását követően.

Ám épp az ilyen „tapasztalati következtetések” valószínűségével szemben nyilatkozik a jelenkori hedonizmus karaktere. Abból a körülményből, hogy egy illetőnek adott pillanatban nem ízlik a csokoládé, semmi esetre sem következik elvileg az, hogy egy másik időpontban sem fog. (Épp a kulináris élvezetek azok, amelyek egy bizonyos mértékű hozzászokás hatására elhalnak.) Ezen a ponton sohasem zárhatom ki azt, hogy Tom midőn még egy esélyt ad a chilis csokoládénak, minden korábbi tapasztalatával szemben mégiscsak egy ébredő kulináris élményre fog szert tenni.

⁴ Ezen a helyen meg kell jegyeznünk, hogy nem minden hedonista van azon a véleményen, hogy az egyes szám első személyű eset szavatolná az alapvető hibaszabadságot (Fehlerfreiheit). Vö. Tännjö 1998, 5. fejezet. Mégis, erre a felfogásra természetesen különös mértékben ajánlkozik a hedonizmus. S ha maguk a hibák lehetősége számításba is lenne véve, továbbra is elfogadhatatlannak tűnne feltételezni azt, hogy egy másik személy csekélyebb hibaérzékenységgel tudná azt, hogy adott illető számára mi számít kellemesnek.

Mindazonáltal a javak hedonisztikus szemléletéből is következnek problémák, amelyek persze valójában nem a hedonizmusnak a lehetséges paternalizmusra való érzékenységből származnak. A problémák egyike újfent érinti a fentebb említett üzletet. Az üzlettel kapcsolatos egyik hátrány az volt, hogy többé nem dönthetnék a kellemes ellenében, még akkor sem, ha azt a későbbiekben *akarnám*. Nos, előfordulhat, hogy egy napon ismét tudni szeretném, milyen az, ha nem érzem jól magam. Az üzlet ezt lehetetlenné tenné számomra. A probléma egy megtörtént példáját beszéli el a Sigmund Freud életének végéről szóló közismert anekdota. Freud élete utolsó napjaiban erős fájdalmaktól szenvedett. Jó szándékú orvosok ez ellen fájdalomcsillapító gyógyszereket ajánlottak fel neki. Ám sajnos ezeknek a gyógyszereknek nemkívánatos mellékhatásai is voltak: a páciens álmatagga és kábulttá tették. Freudnak ennél fogva a gyógyszerek ellen kellett döntenie. Jobban szeretett volna tiszta tudatánál maradni ahelyett, hogy fájdalommentes ködben vegetáljon. Nyilvánvaló, hogy a fájdalommal teli létezés (Dasein) kevésbé volt *kellemes* (angenehm) Freud számára. Mindazonáltal mégis ezt részesítette előnyben.⁵

Ez a probléma sok hedonistát ahhoz vezetett, hogy vagy lemondjon az értékelméletéről, vagy módosítsa azt. Az egyik kézenfekvő módosítás abban áll, hogy egyszerűen és megkapóan elfogadják: a valaki számára való jó nem szükségszerűen az, amit az illető kellemesnek érez, hanem az, amit előnyben részesít vagy leginkább méltányol. Ennek a módosításnak a következménye a javak számos poszthedonista és szubjektív elmélete, melyek megteremtették a modern konzekvencialista hagyományt.

A javak szubjektív elméletének poszthedonisztikus változatai

A javak szubjektív elméleteinek poszthedonisztikus változatai, melyek jellemzésére és rendszerezésére ezen a helyen nem vállalkozom, a saját javak tekintetében az egyénben látják a végső (ultimativ) autoritást. Így például a különféle vágyteljesülés-elméletek (Wunscherfüllungstheorie) kiindulópontja az, hogy a jó élet olyan élet, melyben megvalósulnak az

⁵ Griffin 1986, 1. fejezet.

individuum vágyai. Itt számos variáns létezik. Néhány elmélet abból indul ki, hogy az alannak magának is meg kell élnie vágyai beteljesülését, hogy azok érvényesek legyenek a jó élethez való hozzájárulásként. Más elméletek kiindulópontja az, hogy a személy jó életéhez való hozzájárulásként lehet értékelni azt is, ha például annak a vágnak a teljesülését, hogy megmentjük meg Velencét az elsüllyedéstől, az egyén végeredményben egyáltalán nem tapasztalja meg. Ezek a variánsok abból indulnak ki, hogy jelen esetben a siker elégséges módon közvetlen viszonyban áll a vágyakozó szubjektív vágystruktúrájával. Természetesen további különbségek is vannak a vágyteljesülés-elméletek csoportján belül. Azonban ezekbe itt nem kell mélyebben belemerülnöm.⁶ A jóllétközpontú (welfaristisch) szemlélet ezzel szemben abból indul ki, hogy jó életről akkor beszélhetünk, ha valaki saját életének alakulását (Lauf seines Lebens) saját értékélményeiből örömdeltesnek találja.⁷ Ez a megközelítés annyiban különbözik a vágyteljesülés-elméletektől, hogy olyan történéseket és cselekvéseket is el tud könyvelni pozitív hozzájárulásként, melyeket a személy előre nem látva él meg kielégítőként – anélkül, hogy korábban vágyott volna rájuk. Ehhez hasonlóan a jó élethez való hozzájáruláshoz nem szükségszerűen kapcsolódóként szemléli a jólléti álláspont azokat a vágyteljesüléseket, melyek váratlanul csak a céltalanság és az üresség érzetét idézik elő.

Gyakran elhangzik mindkét megközelítéssel szemben az ellenvetés: amire vágnak, vagy amire már beteljesültként tekintenek az emberek, azok rendszerint nem azok, amk *valóban* (wirklich) jók a számukra. Az emberek – úgy tűnik – rendszerint olyan dolgokra vágnak, vagy olyanoikat tartanak örömdeltesnek, amelyek a jó élet szemszögéből kétségek – így hangzik e nézet. Ennélfogva illőbb lenne csak azokat a szubjektív célokat és értékeléseket számításba venni, amelyek *ténylegesen* (tat-

⁶ Külön szabályok vonatkoznak például azokra a vágyakra is, melyek tárgya egyáltalán nem a vágyakozó maga, mint például egy idegen személyére szóló vágy, akinek, miután a vonaton elmesélte élettörténetét, a boldogulását kívánjuk a jövőben. A különféle pozíciók még inkább aktuális összefoglalásával kapcsolatban vö. Parfit 1984, I. függelék. Német nyelvterületen különösen részletes vizsgálódást nyújt Ulla Wessels (Wessels 2011).

⁷ A jólléti felfogás egyik centrális képviselője Wayne Sumner (Sumner 1996).

sächlich) előmozdítják a jó életet. Tehát csak azokat a célokat és értékeléseket lehet relevánsnak nyilvánítani, melyek bizonyos kiegészítő feltételeknek (Zusatzbedingung) eleget tesznek. Itt számításba kell venni, hogy a javak szubjektív elmélete legfeljebb olyan kiegészítő feltételeket enged meg, melyek összecsengenek a szubjektív alapvetéseikkel. Ez azt jelenti, hogy csak az olyan kiegészítő feltételek lehetnek legitimek, melyek annak biztosítását célozzák meg, hogy az alany valóban ott van saját értékelései hátterében. Ellenben illegitimek azok a kiegészítő feltételek, melyek ezzel ellentétben az alanytól független értékítéleteken nyugszanak. Nem adható meg olyan kritérium például, amely előírásként tartalmazná, hogy azok a vágyak és cselekedetek, melyek a saját élet alakítása (Bildung) követelményének nem adnak teret, azok alapvetően nem jók az alany számára. A saját élet alakításának megítélésénél sohasem előfeltételezhetjük fontosként a képzést magát. Az ilyen objektív kritériumok, melyek meghatározott dolgokat az individuum elképzeléseitől teljesen függetlenül szükséges jóként tételeznek, ezért viszonylagosan hajlamosabbak a paternalizmusra. Ha valaki ilyen elemeket tartalmazó elmélettel lépne fel, akkor jó indoka lenne a beavatkozásra minden olyan esetben, ahol az alany a szükségesnek tartott értékítélet hatálya alá tartozna.

Mármint hogy áll a helyzet azokkal a kiegészítő kritériumokkal, amelyek csupán biztosítani akarják, hogy a személy ténylegesen az általa előnyben részesítettek vagy az általa megbecsültek mögött áll? Ebben az összefüggésben mindig utalnak az irracionális, tájékozatlan (uninformiert), idegen által indukált (fremdinduziert) és revideált vágyak problémájára, illetve – a jólételeméletek (welfarism) esetében – a saját étellel való elégedettség⁸ kapcsolatos irracionális, tájékozatlan, külsőleg indukált és revideált ítéletekre. A szubjektív elméleteken belül továbbra is szerepelhetnek olyan tisztázó kritériumok (Bereinigungskriterien), mint például az észszerűség, a tájékozottság és az autenticitás, hiszen ezek pusztán azt akarják biztosítani, hogy a számba vett (zu Buche schlagende) vágyak és cselekvések valóban pontosan azok-e, melyeket az alany a jelenleginél

⁸ Az étellel való megelégedettség (Lebenszufriedenheit) fogalmát Sumnertől veszem át, aki hasonló összefüggésekben rendszeresen beszél „life satisfaction”-ről. Lásd különösen Sumner 1996, 6.1 fejezet.

kedvezőbb feltételek mellett is birtokolni akarna. Bizonyosan nem szeretnénk olyan elméletet – hangzik az érvelés –, ahol a drog hatása alatt álló individuum véleményének ugyanolyan súlyt tulajdonítanánk, mint az ideális feltételek melletti ítéletnek.

A javak szubjektív elméletén belül a szóban forgó kritériumok mindenestre csupán az úgynevezett *puha paternalizmushoz vezetnek*. A puha paternalista beavatkozások olyan intervenciók, melyek csupán biztosítani szeretnék, hogy *tényleg* ott állunk a jónak tartott tárgy mögött, s gondatlanság miatt nem ülünk fel a tévedésnek. Határozzon például úgy egy személy, hogy átkel egy hídon, miközben egy külső szemlélő nem lenne biztos abban, hogy az illető látta-e, hogy megrongálódott a híd – ebben az esetben ideiglenesen feltartóztathatja a szándékában, hogy bizonyosságot szerezhessen arról, az illető tisztában van-e a híd sérülésével.⁹ Ha a személy ezt követően mégis át akarna kelni a hídon, akkor a szubjektív tisztázó kritériumok alapján nem áll rendelkezésre további érv a feltartóztatására.

A javak szubjektív elméletei tisztázó körülmények nélkül

Annak lehetőségére, hogy puha tisztázó kritériumok épüljenek be a javak szubjektív elméletébe az elfogadhatatlan eredmények megakadályozása végett, kétféle módon reagálhatunk. Az első lehetőség a következő: kétségbe vonjuk, hogy az efféle kiegészítő körülmények szükségszerűek és plauzibilisek. Az innen származó elméletek mindig csak az aktuálisan releváns vágyakat és azok megítélését látnák mérvadónak a személy számára való jó tekintetében. Egy ilyen elmélet érdekes módon maximálisan ellenálló lenne a paternalizmussal szemben. Senki sem állíthatná a továbbiakban, hogy a személy aktuálisan releváns vágyai és azok megítélése olyan dolgokat céloznak meg, melyek *valójában* egyáltalán nem jók az individuum számára. Az alany aktuálisan releváns vágyai és azok megítélése kizárólagos alapként szolgálnának a személy javainak vonatkozásá-

⁹ A példát természetesen az utilitarista hagyomány egyik klasszikusától vettem át: Mill 1988, 5. fejezet.

ban. Tehát minden kapu bezárulna a paternalista beavatkozás előtt. A tisztázó körülményekről való lemondás lehetősége ugyanis ezt minden esetben felülírná.¹⁰ A második lehetőség: elfogadjuk, hogy a jó élet elméletének területén szükségesegek és plauzibilisek a szubjektív tisztázó kritériumok. Az ebből fakadó elméletvariánsok aztán kijelentik, hogy a személy számára csak az ésszerű, teljes körűen tájékozott (völlinformiert), eredendően saját és a revidálással szemben ellenálló vágyak és megítélések mérvadóak a jó vonatkozásában. Az ilyen elméletek esetenként nem teljesen ellenállóak a paternalizmussal szemben. Mint már rámutattunk, lehetséges, hogy teret engednek az úgynevezett puha paternalista beavatkozások előtt.

Azok a filozófusok, akik az első lehetőség mellett döntenek, amellet érvelnek, hogy a javak vágyteljesülés-elméletén belül a kiegészítő, illetve tisztázó kritériumok vagy redundánsak, vagy inkonzisztensek. Azon gondolkodók egyikére, akik azt a felfogást képviselik, hogy a vágyteljesülés-elméleteken belül egyáltalán nem szükségesegek a tisztázó kritériumok, jó példa Wayne Sumner.¹¹ Noha Sumner a konkurens jóllételemélet (welfarism) egyik szószólója, végeredményben maga is felvonultat néhány tisztázó kritériumot, s bár elismeri, hogy a vágyteljesülés-elméletek az újabb szubjektivizmus máig legjobban kidolgozott változatai, úgy gondolja, hogy semmi esetre sem zárható ki a még fennálló problémák gyors megoldása, amely révén a tisztázó kritériumokról majd bátran lemondhatunk.¹²

A tisztázó kritériumokról való lemondás a tájékoztatlan és irracionális vágyak vonatkozásában

A gond, amire a tisztázó körülményeket elvető elméletek képviselőinek magyarázatot kell adniuk, abban a széleskörűen elterjedt feltevésben áll, hogy a kiegészítő feltételek (melyek értelmében az alany releváns vágyai-

¹⁰ Vö. Gutmann *Paternalismus und Konsequentialismus*, 2.4 rész.

¹¹ Sumner 1996, 131.

¹² Sumner 1996, 135.

nak legalább jól tájékozottnak, racionálisnak és autentikusnak kell lennie) tételezéséről való lemondás kontrainuitív (az ösztönökkel ellentétes) eredményekhez vezetne. Vegyük tehát azt az aggodalomra okot adható esetet, ahol az egyik (feltehetően inadekvát) vágyam teljesülése ahhoz vezetett, hogy most sokkal rosszabbul érzem magam, mint azt megelőzően. Sumner szerint erre két lehetséges magyarázat adható, mely magyarázatok semmiképp sem támasztják alá azt az állítást, hogy a vágyak esetében szükséges a kiegészítő feltételek bevezetése.¹³

Az első lehetséges magyarázat szerint a beteljesült vágyhoz kiegészítő módon egy további, az első vágnál fontosabb vágy is kapcsolódik, s ebben csalódom. Az első vágy teljesülése ennél fogva ahhoz vezet, hogy jobban belemerülök, mégpedig olyan mértékben, ahogyan az a vágyaim konstellációjában szerepet játszik. A második, fontosabb vágyban való csalódás azonban elnyomja ezt az effektust, így mégis egy fokkal rosszabbul érzem majd magam. Sumner erre a magyarázatra hozza fel a Karib-térségben való rég várt nyaralás példáját, mely során újfent egy karibi ciklon kellős közepén találjuk magunkat. A nyaralásügy részeként az utazás valóban jobbá teszi az életem – így Sumner –, ám annak vágya, hogy ne kerüljek ciklonba, bizonyosan erősebb, mint annak vágya, hogy éppen ebbe a térségbe induljak nyaralni – s ennek a második kívánságnak a nemteljesülése bizonyosan felülmúlja az első teljesülésének pozitív effektusát. Annak szükségszerűségét kijelenteni tehát, hogy csupán a jól tájékozott vágyak teljesülése lenne hozzájárulás a jó élethez, Sumner szerint ebből nem következik.

Nem a hiányzó információk jelentik itt a problémát – fűzhetnénk hozzá. A nyaraló személy éppenséggel kész volt számításba venni a karibi ciklon előtte ismeretes kockázatát. Az ilyen viharok relatív *csekély valószínűségére* való tekintettel azonban erősebb az utazás kezdeményezésének vágya, mint a „ne kerüljek viharba” kívánsága. Tragikus, ámde megszokott az az alapállás, hogy egy vágy teljesülése mellett voksoljunk a benne rejlő kockázatok figyelembevételével, melyek a teljes tájékozottság esetében sem tűnnek csak úgy egyszerűen el, alkalmanként frusztrálva a fontosabb vágyak teljesülését. Nem változtat ezen az a tény sem, hogy

¹³ Sumner 1996, 131–132.

néhány ember expliciten szeretné, hogy amennyire csak lehetséges, figyelmeztessék őket egy lehetséges természeti katasztrófa előtt. A számokban kifejezett kockázatok vágyának teljesülése végeredményben nem teszi fölöslegessé a saját vágystruktúrán belüli szükséges döntésmérlegelést. Bármikor előfordulhat annak összekapcsolódása, hogy a Karib-térségbe való utazás vágyának teljesülésével együtt jelentkezik a második kívánságban való csalódás, s ez mindent egybevéve tragikus nyaralásfiaskóhoz vezet.

A második lehetséges magyarázat azokra az esetekre, ahol a vágyak teljesülése ahhoz vezet, hogy rosszabbul érzem magamat utána, mint azt megelőzően, Sumner szerint a vágyak teljesülésének olykor nehezen megjelölhető elégtétel-potenciáljában (Satisfaktionspotential) áll. Előfordulhat, hogy a beteljesült vágyak után nem az elégedettség érzése, hanem csak az üresség és az értelmetlenség érzése marad hátra. Példaként erre Sumner azt a (teljes és pontos információk mellett fennálló) vágyat hozza fel, amikor valaki egyetemi filozófiai karrierbe vág bele baseballkarrier helyett, hogy aztán évtizedekkel később konstatálja azt, milyen kevés beteljesülést talált oktatói állásában. (Ez a probléma egyébként Sumner számára mérvadó arra nézve, hogy a jól-lét [well-being] elmélet javára feladja a vágyteljesülés-elméletet. A jól-lét elméletekben az étellel való elégedettség számít – függetlenül attól, hogy az régóta dédelgetett vágyakon alapul-e vagy sem.)

Ha azonban továbbra is védeni szeretnénk a vágyteljesülés-elméletet, akkor Sumner szerint ebből továbbra sem következne, hogy csak a jól tájékozott vágyak teljesülése számít jónak a saját élet vonatkozásában. Itt sokkal inkább meg kellene egyszerűen állapodnunk abban, hogy az egyetemi filozófussá válás vágya mellett a gratifikálás vágya is fennállt. A csatlódott egyetemi oktatók esetében ennek a második, a gratifikáció vágyának be nem teljesülése szolgáltathat alapot arra nézve, hogy az első vágy teljesülésének ellenére egy fokkal rosszabbul érzik magukat. Így tehát minden cselekvés és mérlegelés vonatkozásában ismételten az imént jelzett fejtegetések érvényesek, s ez még akkor is fennáll, ha a jól tájékozottság kívánalma is teljesül a lehetséges vágygal kapcsolatban. Erre a problémára való tekintettel tehát az illető jól tájékozottság utáni sóvárgása egyszerűen nem jelent további segítséget. Hasonló megfontolások hozhatók

fel Sumner szerint minden további puha tisztázási kritériummal szemben is.

A javak szubjektív elméletei tisztázó kritériumokkal

Egy szubjektív értékelmélet megalkotására oly módon, hogy egyúttal a megfelelő kiigazítófeltételek (Korrektursbedingung) alkalmazásával elkerüljük a konstraintív eredményeket, második lehetőségként az áll fenn, hogy a kiigazítások méretre szabásánál csak olyan tisztázásokra korlátozódunk, melyek a javak szubjektív elméletével még összeegyeztethetők – mint például a gyakran követelt észszerűség-feltételek, a jól tájékozottság feltétele vagy az autenticitásfeltételek. Az ilyen tisztázó kritériumok, mint azt máris kifejtjük, játékeret nyithatnak a puha paternalizmus előtt.

Hadd jegyezzem meg előzetesen ezen a helyen, hogy a más filozófiai hagyományok felől érkező antipaternalistáknak is foglalkozniuk kell puha tisztázó kritériumokkal. A kötelességetikával (deontológia) foglalkozóknak például – akiknek centrális pozíciót kell tulajdonítaniuk a személyes autonómia tiszteletének –, fel kell tenniük azt a kérdést, hogy pontosan milyen körülmények között tekinthető a személy döntése autonómnak. Hogy megválaszolhassák a kérdést, a konzekvencialista hagyomány felől érkező szubjektív értékelméletek képviselőihez hasonlóan át kell gondolniuk az olyan kritériumokat, mint az észszerűség (Rationalität), a tájékozottság és az autenticitás.

Ezen a kijelentésen egy lépéssel továbbhaladva a következőket állapíthatjuk meg. A deontológiai és konzekvencialista liberalizmus közti egyik legnagyobb átfedés épp az individuum eredeti értelmében önálló és szubjektív értéktételezése iránti aggodásban jelentkezik. Mindkét gondolkodói iskolának hasonló kérdést kell feltennie, s ez olyan frigyre léptetheti őket, mely az etika más területein közöttük nem adódik ennyire egyszerűen. Sumner helyesen állapítja meg ezzel kapcsolatban, hogy:

„A jól-lét elmélet elfogadása lehetséges anélkül, hogy konzekvencialisták vagy aggregacionalisták lennénk, így aztán azt a nézetet, mely szerint a jól-lét alapvető etikai erény, mind a deontológiai elmélet követői, mind az erényteoretikusok oszthatják.”¹⁴

A deontológikus állásponton lévők a továbbiakban szeretnek azon a véleményen lenni, hogy a helyes elsőbbséget élvez a javakkal szemben, míg az erényetika továbbra is azt vallja, hogy a jóllét (Wohlergehen) előrehaladása mellett további fontos erények is vannak. De a szubjektív jól-létben, mint a jó élet legfontosabb alkotóelemében megegyezhetnek anélkül, hogy fel kellene adniuk a további, hagyományfüggő alapfeltételeiket. Ha egyszer szemünk elé tárul ez a pont, akkor már nem meglepő a továbbiakban az sem, hogy az olyan gondolkodók, mint Sumner, jogfilozófiai írásaikban érdekközösséget alkotnak a deontológia mögé felsorakozó kollégáikkal, különösen az autonómia-ellenes, paternalista vagy épp moralizáló igazságszolgáltatás és törvényhozás kritikáját illetően.¹⁵

Ezen a ponton minden konzekvencialistának különböző mértékben az értékelméletük felé kell fordulnia abból kiindulva, hogy ebben a körben néhány tanulságos választ javasolhassanak arra a problémára, amit más gondolati irányzatok liberális képviselőinek is ki kell fejteniük, amennyiben ezen a módon akarják védelmezni az individuum önmeghatározását. A továbbiakban a puha tisztázókritériumok részproblémáival kapcsolatban tárgyalok néhány olyan választ, amelyek konzekvencializmuspárti szerzők tollából származnak, s amelyek minden gondolkodói irányzat számára érdekesekek.

¹⁴ Sumner 1996, 186. (Az eredetiben angolul.)

¹⁵ Lásd például Sumner *The Hateful and the Obscene* című könyvét. Szintén ebben a hagyományban állóként kell látnunk Sumner tanárát, Joel Feiberget, aki – az utilitarista kárelv erős befolyása alatt – négykötetes *The Moral Limits of the Criminal Law* (Feinberg 1984–88) című könyvével a liberális jogi gondolkodás egyik klasszikusaként mutatkozott be.

A tisztázó kritériumok bevezetése a tájékozatlan és az irracionális vágyak kérdésében

A javak szubjektív vágyteljesülés-elméletei számára központi probléma – ami a paternalizmus számára jelenthet betörési irányvonalat – az, hogy mint jeleztük, elfogadják azt a körülményt, hogy némely vágy irracionális, tájékozatlan, illetve inautentikus lehet, s ebből kifolyólag nem segíti elő az adott személy javát. Vegyük például Susanne esetét, aki magasra értékeli az egészséges életet és a testi épséget. Ezen beállítódása ellenére alkalmanként sürgető szükségét érzi annak, hogy a bőrébe borotvapengével metszéseket ejtessen. Mármost barátai azon a véleményen is lehetnek, hogy ez a szükséglet nem más, mint pszichikai problémák irracionális kifejeződése. Vagy legalábbis eltűnődnek azon, hogy vajon Susanne tényleg tisztában van-e a vágott sebek egészségügyi vonatkozásaival és azok kockázataival. Ezen az alapon hajlamosak lehetnek arra, hogy legalább addig feltartsák Susannét különös szükségleteinek kielégítésében, míg ezt a kérdést tisztázzák vele. Hogyan kerülhető el itt a puha paternalizmus betörésének lehetősége?

Hogy pontosítsunk a kérdésen, legalább négy szempontot kell megtárgyalni. Ezek közül az első azt a kérdést érinti, hogy milyen körülmények között diszkreditálható irracionálisként az a vágy, mely egy másik vággal feszültségi viszonyban áll? Egyszerre és egyúttal A-t és nem A-t akarni mindenesetre az irracionális tankönyvi esete. Susanne esete természetesen bonyolultabb ennél. Abból a körülményből ugyanis, hogy Susanne ép és egészséges életet szeretne élni, de egyúttal borotvapengével is szeretné vagdosni magát, nem következik szükségképpen az, hogy irracionális vágykonstellációval rendelkezzen. A legtöbb ember vágyik az egészségre, ám képesek egy másféle módon kielégítő élet javára beleegyezni bizonyos elvonásokba. A legtöbb ember alkalmanként ilyen módon is elindulhat sétálni – noha az utcán bekövetkező baleset akár halállal is végződhet. Tulajdonképpen az a helyzet is előfordulhat, hogy Susanne ehhez hasonlóan csupán általánosságában kíván ép és egészséges életet, ebben a konkrét esetben viszont el akar ettől tekinteni. A javak szubjektív elméletein belül ez természetesen jelentheti épp az egészség leginkább saját, szubjektív alapján való állását. Azt a nagyfokú pszichikai megkönnyebbülést, amit

a vágások által remél, valószínűleg olyan jelentős előnyként könyveli el, amit jelen pillanatban más módon nem tud elérni. Susanne tehát éppenséggel rendelkezhet olyan vágyakkal is, melyek bizonyos feszültségi viszonyban állnak egymással. Ám ezáltal messze nem lép fel olyan helyzet, amikor valaki azonos erősséggel akarná ugyanazon intenzitással A-t és nem A-t. Plauzibilis súlyozással és a vágyak további részekre bontásával az irracionalitás vádja hasonló helyzetekben elillan. Nyitott tehát az a kérdés, hogy tényleg a szó szoros értelmében irracionális-e a feszültségoldás érdekében önmagát borotvapengével vagdosnia, s amennyiben igen, az milyen mértékben irracionális.

Mindezekről függetlenül annak megállapítása, hogy Susanne számára ésszerű lenne gondoskodni a stresszkezelés alternatív és kevésbé ártalmas formájáról. Hiszen mégiscsak rendelkezésre állnak olyan alternatív módszerek, melyek az egészséges élet és a testi épség vonatkozásában kevésbé kemény feszültségviszonyt hordoznak magukban. Eltekintve tehát attól, hogy mennyire irracionális a borotvapengével való vagdosás, ésszerűbb lenne az alternatívák keresésén fáradozni. Ez a körülmény tovább erősítheti Susanne barátait abban a meggyőződésükben, hogy feltartóztassák Susannét mindaddig, amíg a dolgok letisztulnak előtte. Ám a javak szubjektív elméleteiben a saját preferenciák súlyozásával kapcsolatos végső autoritás Susannét illeti meg, s ezekben az elméletekben biztosan nem alapozható meg semmiféle idealista és racionalista eljárásokra való kötelesség (Pflicht), legfeljebb egy puha paternalista magatartás indokolható.

A második lényeges pontot az a kérdés érinti, hogy vajon Susanne teljes joggal indulhat-e ki abból, hogy a vágásokat követően megkönnyebbülve érzi magát? Nem volna-e kézenfekvő feltételezni azt, hogy utána még rosszabbul érzi magát? Nem ítélandó-e el a szó szoros értelmében – sőt: nem irracionális-e – az a feltételezés, hogy a vágási sérülések előnyösek a jó közérzet (Wohlbefinden) vonatkozásában? Ez a pont is megerősítheti Susanne barátait abban, hogy megakadályozzák szándékában. A barátai esetleg felszólíthatják, hogy még egyszer vegye intenzíven¹⁶ szemügyre azt, mi történik önmaga vagdosását követően, hogy megállapíthassa, tényleg kívánatosnak tartja-e ezt az állapotot? Ám ez a hivatko-

¹⁶ A „„Ielkére beszélés” (Vorstellen) jelentéséről a továbbiakban lásd Brandt 1979.

zás is legfeljebb egy puha paternalista beavatkozást igazolhat a javak szubjektív elméletein belül. Ahogy a hedonizmus vonatkozásában megjegyeztük, a barátok episztemikus értelemben alapvetően nem állnak megfelelő helyzetben ahhoz, hogy jobban tudhassák Susannénál, ő mit érez jónak.

A harmadik lényeges pont az a kérdés, hogy létezik-e esetleg valamilyen lényeges kiegészítő információ, mellyel Susanne nem rendelkezik? Gondolhatunk itt például arra az információra, hogy bizonyosan vannak olyan gyógyászati és pszichológiai lehetőségek, melyek arra hegyeződnek ki, hogy alternatívákat kínáljanak fel olyasvalakinek, mint Susanne. A szituáció ezen aspektusát tekintve is indokolható lenne barátaí gyenge paternalista beavatkozása. A barátaínak annyi idő rendelkezésre áll Susanne feltartóztatásában, amíg Susanne elegendő ismeretekre tesz szert az idevágó kezelési lehetőségekről.

A negyedik szempont annak kérdése lenne, hogy a vagdosásra irányuló vágy tényleg eredendő módon Susanne vágya-e, vagy nem arról van-e szó, hogy a vágy sokkal inkább a környezetéből származik? A vágy oka lehet például mások problémamegoldási stratégiáinak reflektálatlan átvétele is, esetleg a Susanne társadalmi környezete által tanúsított, őt elhanyagoló magatartás visszatükröződése is. Talán erre a kérdésre való tekintettel is igazolható lenne a puha paternalista beavatkozás a barátaí részéről. Ez esetben annyi ideig gátolhatná meg Susannét, amíg bizonyossá válna, hogy nem a környezetéből reflektálatlanul átvett vágyról van szó. Mindazonáltal a javak szubjektív elméletében a végső döntést itt is Susannének kell átengedni.

Nyitott kérdés: tényleg igazolhatóak-e a puha paternalista beavatkozások ilyen kereteken belül?

Tárgyalásra szorul az, hogy a puha paternalista beavatkozások vajon ténylegesen igazolhatóak-e a javak szubjektív elméleteiben. Teljesen valószínűtlen lenne, ha nem lehetne őket vitára bocsátani. Mindenesetre az efféle beavatkozások csupán azt a célt szolgálhatják, hogy biztosítsák: a személy azt kapja, amit valóban és természetes eredetűként maga is kapni szeretett

volna. Annak végső autoritása, hogy a személy ténylegesen mit szeretne, végül a személynél magánál marad. Egy másik oldalról azonban valamennyi beavatkozás – beleértve a puha paternalistát is – problematikus, amennyiben legalábbis a tényállás tisztázásáig *zavarják* és *akadályozzák* a személyt abban, hogy követhesse a jó életről vallott elképzeléseit. Tegyük fel például, hogy intenzíven tájékozódunk egy konkrét terv veszélyeivel kapcsolatosan, majd alapos megfontolást követően úgy döntünk, vállaljuk a vele járó kockázatokat. Ezt követően ismerőseink egyike, akinek már beszámoltunk a szándékunkról, úgy véli, hogy mindaddig zavarhat és feltarthat minket, amíg megbizonyosodik arról, hogy tényleg tisztában vagyunk a szóban forgó veszélyekkel – mindez valószínűleg nem jobba, hanem visszavonhatatlanul rosszabbá tenné életünket.

Paradox módon úgy tűnik, hogy a javak szubjektív elméleteiben a puha paternalista beavatkozások csak akkor igazolhatóak, ha egyúttal sikeresek is. Ez esetben ugyanis velünk együtt fogadná el a személy, hogy a beavatkozás hozzájárult a jobb élethez való hozzásegítéshez. Ám ha a beavatkozást kizárólag zavaróként érzi, akkor az utólagosan sohasem igazolható. Ez a körülmény alkalmat teremthetne arra, hogy a puha paternalista beavatkozások és a javak szubjektív elmélete között alapvető inkompatibilitást állapítsunk meg, mely arra sarkallhatna minket, hogy a módosítások előtti variánsok egyikére nyergeljünk vissza.

A tisztázó kritériumok támogatói erre a problémára való tekintettel kénytelenek elismerni, hogy legalábbis az eszközök megválasztásánál és a beavatkozás időtartamát tekintve rendkívüli óvatosság tanácsos. Ennek megfelelően az eszközöknek kevésbé invazívnak kell lennie, hogy a lehető legnagyobb mértékben megelőzhető legyen az érintettek kizárólag negatív, lezáró jellegű megítélése. A probléma néhány olyan elemzést kívánna, melyek e tanulmány kereteit szétfeszítenék. Ám minden esetben fennáll, hogy a végső instancia hasonló esetekben sohasem lehet egy kívülálló, tehát rendkívüli óvatossággal kell eljárni, ha a javak szubjektív elméletének talaján állva a tisztázó kritériumokra igent mondunk. Azt, hogy mi a jó a személy számára – ezt kizárólag maga a személy tudhatja mérvadó módon a szubjektív elméletek területén. Annak kötelezettsége, hogy teljes mértékű tájékoztatást adjunk minden körülmény esetén – még akkor is, ha az illető ezt egyáltalán nem akarja, vagy ha az máris teljesült, illetve ha

vágyait és a velük kapcsolatos mérlegeléseket is tisztán és meggyőzően kommunikálja mások irányában – végeredményben éppen hogy *nem* tartozik a javak szubjektív elméletének eszköztárába.

A javak szubjektív elmélete és a revideált vágyak problémája

További potenciális problémát jelentenek a javak vágyteljesülés-elméletei számára – a paternalizmus betörési lehetőségének formájában – azok a vágyak, melyek az idő múlásával módosulnak. A jelzett probléma a javak szubjektív elméletének számos variánsát érinti, beleértve azokat, melyek tisztázó kritériumokkal rendelkeznek, s azokat is, melyek nélkülözik ezeket. Tegyük fel, hogy évtizedeken keresztül forrón vágyom Kant műveinek szép, bőrgerincű összkiadására. Egy napon aztán megváltozik a vágyam. Immár nem vágyom többé Kant bőrkötésben kiadott műveire, helyette modern elektronikus könyvolvasót szeretnék Dieter Bohlen *Csakis az igazat (Nichts als die Wahrheit)* című könyvének digitális kiadásával, amit mindenhová magammal vihetek. Nem sokkal később ajándékba kapom Kant műveit bőrkötésben. Jobbá teszi ez az ajándék az életemet, lévén hogy hosszú ideig fennálló kívánságom teljesült általa, vagy éppen séggel *nem* teszi jobbá, mert már nem vágyom rá, s mert az ajándék figyelmen kívül hagyja pillanatnyi kívánságomat?¹⁷

Más példák segítségével, de jelen esetet tekintve is jó válasz nyújtására képesként tárgyalja a problémát a vágyteljesülés-elmélettel foglalkozó Ulla Wessels. Azt indítványozza ugyanis, hogy mindenekelőtt arra kérdezzünk rá, a Kant-kiadással kapcsolatos vágy vajon „feltételes”¹⁸ (ein bedingter) vágy volt-e? Esetünkben a vágy feltételes formája így hangzana: „Szeretnék egy Kant-összkiadást azzal a feltétellel, hogy abban az időpontban, amikor megkapom, még mindig szeretném.” Feltétel nélküli akkor lenne a vágy, ha a következő formára hozható: „Szeretnék egy

¹⁷ A hasonló esetekkel kapcsolatos vitát többek között Nagel 1970 és Parfit 1984 indította el.

¹⁸ Wessels 2011, 122.

Kant-összkiadást, függetlenül attól, hogy abban az időpontban, amikor megkapom, még mindig vágyom-e rá.”

Nagy valószínűséggel indulhatunk ki abból, hogy a legtöbb vágy valamilyen birtokló által meghatározott vágy. Nem lehetek biztos abban sem, hogy rendelkeztem-e valaha tárgy iránti vágygal a vágy feltétel nélküli formájában.¹⁹ Ám tegyük fel, hogy léteznének ilyen feltétlen vágyak. Néhány érdekes idevágó elemzést szintén Wessels nyújt számunkra. Wessels felteszi annak esetét, hogy 30 éves koromban feltétlenül arra vágyom, hogy 50. születésnapomra egy biedermeier ebédlőszelekrényt kapjak ajándékba. Az 50. születésnapom közeledtével viszont jegyzőkönyvbe vetelem, hogy a születésnapomra Schopenhauer-összkiadást szeretnék. Ilyen esetekben – mondja Wessels – 30 éves korom körül jobb lenne számomra az, ha az 50. születésnapomra biedermeier ebédlőszelekrényt kapnék ajándékba. Az 50. születésnapom környékén mindenképpen jobb lenne, ha a közeledő évfordulóm alkalmával a Schopenhauer összkiadást kapnám meg. Ám barátaim számára mindez problémaként jelentkezik, hiszen nem tudják, hogy „mindent egybevéve” melyik lenne a kettő közül a jobb számomra. De szem előtt tarthatják például annak az időtartamnak a hosszát, ami alatt mindenkor vágyam dédelgettem, s mérlegelhetnek ezen az alapon. Ha csak közvetlenül az 50. születésnapom előtt gondolnám meg magam, akkor gondolhatnák azt, hogy talán jobb lenne az ebédlőszelekrénnyel megajándékozniuk, mert előfordulhat, hogy a Schopenhauer-összkiadásra irányuló vágyam csak rövid távra szóló agyszülemény.

Itt, aggályoskodhatnánk, a paternalista beavatkozás előtt nyílik tér. Elvégre jelen körülmények között – hangos tiltakozásom ellenére – a biedermeier ebédlőszelekrényt kellene ajándékozniuk, hiszen „mindent egybevéve” az a jobb számomra. De erre is találhatunk megoldást. Wessels és mások szerint ugyanis egy további, alapvetőbb érvet is találhatunk arra nézve, hogy a későbbi, illetve aktuális vágyam teljesüljön. Az emberek többsége táplálja magában azt az egyetemes kiegészítő jellegű vágyat,

¹⁹ Ettől bizonyosan problematikusabbak az állapotokra vonatkozó vágyak, vagy azok a vágyak, melyek beteljesülése nem rendelhető pontosan meghatározott időpont alá. Gondoljunk például arra a vágyra, hogy sikeres szerzők legyünk. Egy ilyen kívánság talán közelebb áll a feltétel nélküli vágy formájához.

hogy jövőbeli vágyaik teljesülhessenek, míg múltbeli vágyaik teljesülése már nem érdekli őket. Ha tehát megváltoztatom a döntésem, s a továbbiakban a Schopenhauer-összkiadást szeretném, akkor az ebédlőszekevény iránt táplált múltbeli vágyam a továbbiakban már közömbös számomra. Ebből kiindulva valószínűsíthetően azt kívánom, hogy jövőbeli vágyaim teljesülhessenek, míg múltbeli vágyaimmal kapcsolatosan azt egyenesen nem is remélem többé. Mindez tehát egy további, alapvetőbb vágyon alapuló érv az újabb preferenciák teljesülésére vonatkozóan. Annak lehetősége, hogy explicit tiltakozásom ellenére a múltbeli vágyaimra való hivatkozással tegyenek velem jót, következésképp ezen a ponton ismét eltűnik.²⁰

A javak szubjektív elmélete és az „alacsonyabb” preferenciák problémája

A konklúzió tehát az eddigiek alapján úgy hangzana, hogy a javak szubjektív elmélete, mely a kiegészítő észszerűség, az autenticitás és a revideálással szembeni ellenállás előfeltételeivel lép fel, maximális mértékben ellenálló a paternalizmussal szemben. A javak azon szubjektív elméletei, melyek elismerik az ilyen kritériumokat, erős ellenállást mutatnak fel a paternalizmussal szemben, ám kialakításuktól függően lehetőségeket nyújtanak a puha paternalizmus számára. Annak a lezáró jellegű ellenvetésnek, mely ezen a megállapításon túlmutat, de mind a tisztázó körülményeket felvonultató, mind az anélkül operáló szubjektív elméleteket érinti, ezen a helyen még mindenképp szóba kell kerülnie. Ha alapvetően a személy preferenciáinak megvalósulása jelenti az alapot a jó élet számára, akkor talán bővebben nem lehet arról nyilatkozni, hogy milyen preferenci-

²⁰ Hozzá kell itt tennünk, hogy Wessels azt a felfogást vallja, miszerint az ehhez hasonló konfliktusos esetekben a hedonista kellelemesség-szemponatok a mérleg serpenyőjében ezt követően a későbbi preferenciák irányába mozdulnak el. Ennek megfelelően írja az említett fejezet végén: „Mivel nemcsak a vágyak teljesülése konstitutív az individuuum jóléte (Wohlfahrt) tekintetében, hanem a hedonista boldogság is, ezért a szinkron vágyak teljesülését minden olyan esetben morális elsőbbség illeti meg, ahol a vágyteljesülés és a hedonista boldogság csomagja számára előnyösebb, mint a (revideált) aszinkronikus vágyak teljesülése.” Wessels 2011, 127.

ákkal *kellene* rendelkeznie a személynek. Erre a kritériumra támaszkodva viszont olyan szempontok lennének felsorakoztathatóak, melyeket a korábbi fejtegetéseink során éppenséggel elutasítottunk. Mi a helyzet akkor, ha valaki egyszerűen és megkapóan (schlicht und ergreifend) arra vágyik, hogy a televízió előtti kanapén, chipses zacskóval a kezében fekvő folyton-folyvást a „Németország szupersztárt keres” (*Deutschland sucht den Superstar*) című műsort nézhesse? *Valóban* a jó élethez vezet ez a vágy? Tényleg ilyen életet *kellene* élnie? Nem állna égnek a hajunk attól a gondolattól, hogy a jó élet ilyen „abszurd”²¹ szemléleteivel szemben ne maradjon semmi érvekkel alátámasztható a kezünkben? Nem *kellene-e* a folyton a kanapén ülőnek ehelyett sokkal inkább olyan értelmes programokkal foglalkoznia, melyek a jó élet szándékával tágítják műveltségét és barátságokat ápolnak még akkor is, ha az illető ezeket nem preferálja?

Hogy elgördítsük ezt az aggályt az útból, a szóban forgó elméletek képviselőjének egyike rámutathat arra, hogy mi az, amit *nem* állított az elmélete keretein belül. Az elmélet keretein belül tudniillik *nem* állította azt, hogy a jó élet objektív kritériumai, melyeket más gondolkodók intrinzikus értelemben tartanak jónak, legalábbis a javaslatok szintjén ne léphetnének be a deliberáció, valamint a saját preferenciákra vonatkozó döntéshozatal folyamatába. Bármely preferencia saját életben való kialakításának kísérleténél természetesen felkínálkoznak olyanok, mint az észszerű programoknak, a tudásszerzésnek és a barátságnak való utánagondolás. Ezeket a lehetőségeket a képzelet adta kereteken belül gondolhatjuk át, s dönthetünk azzal kapcsolatban, hogy melyiket szeretnénk különös mértékben. Az itt tárgyalt elméleteken belül csupán *nemet* mondhatunk arra, hogy a személy életében ezek a dolgok függetlenek lehetnek-e annak értékétől, hogy maga a személy is szeretné-e ezeket a dolgokat. Ez természetesen amellettszól, hogy paternalista alapokon megismertessük vele ezeket a megfontolásokat. Végeredményben lehetséges, hogy a preferenciák aktív kiépítésében nem támaszkodtak erre a segédállványra. Mindenképp érdemes fontolóra venni itt azt, hogy az új célok, illetve az *alternatív* kívánságok kiépülésének összeütközése természetesen már nem puha paternalista

²¹ Ez olyan jogos aggodalom, melynek átgondolása mindenképp hasznos a liberális jogfilozófusok, így például Thomas Gutmann számára is.

beavatkozás a továbbiakban, ami pusztán ki szeretné deríteni, hogy valóban mögötte áll-e a személy annak, amire *aktuálisan* vágyik. Ehelyett az a célja, hogy a személyt eljuttassa odáig, hogy bővítse vagy megváltoztassa vágyainak és meggyőződéseinek fennálló készletét. Amennyiben a személy ezt nem szeretné, a dolgot (Sache) talán eleve átgondolta már ekkorra, s világossá tette környezetével szemben, hogy az újonnan jelentkező időigényes „öszönzés” (Anregung) számára nem lenne más, mint jogosulatlan, erősen paternalista akadály. Csak a szóban forgó dolgokkal való önkéntes, s egyúttal saját indíttatású foglalkozás segítheti elő biztosan ezen elmélet keretein belül az ember jó életét. A javak szubjektív elméletein belül elviekben tekintenek el az ilyen kikényszerített konfrontációktól, mert az erre fordított idő alatt az érintettek ehelyett a jó élet saját koncepcióját követhetik, vagyis az egyetlen olyan dolgot, mely ezen elmélet szerint életüket tényleg jobbá teheti.

Ezek alapján érvényes az, hogy – mint mondtuk – egyedül az individuum maga dönthet arról, milyen viszonyban szeretne állni az állítólagosan nagyra becsült, s az alacsonyabb rendűnek vélt dolgok saját életben való megvalósításával kapcsolatban. Egyikünk az „alacsonyabb rendű” valamivel nagyobb osztályrészének beteljesülését részesítheti előnyben, míg egy másikunk a „nagyra becsült” nagyobb arányú megvalósulására vágyhat. Míg Mill még azon az állásponton volt, hogy a „nagyra becsültek” megvalósulása alapvetően jobb, s ezek elválasztását az „alacsonyabb rendűektől” szakértők által akarta szabályozni, addig a vágyteljesülés-elméletek és a jóllétfelfogások modern képviselői csak magában az individuumban látják ennek végső autoritását.

Konklúzió

Minél szubjektívabb a jó élet elmélete, minél kevesebb objektív elemet tartalmaz, annál erősebb a paternalista beavatkozásokkal szembeni ellenállása. A javak precízen kidolgozott vágyteljesülés-elméletei és a jólléti megközelítések különösen ígéretes jelöltjei az olyan maximálisan és erősen rezisztens elméleteknek, melyek azon alapulnak, amit az antipaternalizmus védeni szeretne: az alanyok szubjektív preferenciáin

és beállítódásain. Arra a kérdésre, melyet alapvetően az antipaternalizmus valamennyi iskolájának meg kell válaszolnia – mint például az irracionális, a tájékozatlan, az adaptív és a revideált preferenciák és döntések kérdése –, ennek az elméletcsoportnak a képviselői explicit és részletes válaszokat tudnak adni, melyek általános érdeklődésre kell, hogy számot tarthassanak.

Hornyák Péter István fordítása

Irodalom

- Brandt, R. 1979. *A Theory of the Good and the Right*. Oxford University Press, Oxford.
- Brock, D. 1984. Paternalism and Promoting the Good. In Sartorius, R. (szerk.). *Paternalism*. University of Minnesota, Minneapolis. 237–260.
- 1988. Paternalism and Autonomy. *Ethics* 98, 550–565.
- Feinberg, J. 1984. *The Moral Limits of the Criminal Law*, Vol. 1–4. Oxford University Press, Oxford, 1984–88.
- Frankfurt, H. 1988. Freedom of the Will and the Concept of a Person. In Frankfurt, H. *The Importance of What We Care About*. Cambridge University Press, Cambridge. 11–25.
- Griffin, J. 1986. *Well-Being: Its Meaning, Measurement, and Moral Importance*. Oxford University Press, Oxford.
- Gutmann, T. 2014. Paternalismus und Konsequentialismus In Kühler, M.–Nossek, A. (szerk.). *Paternalismus und Konsequentialismus*. Mentis Verlag, Münster. 27–67.
- Hare, R. M. 2001. A Utilitarian Approach. In Kuhse, H.–Singer, P. (szerk.). *A Companion to Bioethics*. 2. kiadás. Blackwell Publishing, Oxford. 85–90.
- Hare, R. M. 1992. *Moralisches Denken*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Harsanyi, J. 1982. Morality and the Theory of Rational Behaviour. In Sen, A.–Williams, B. (szerk.). *Utilitarianism and Beyond*. Cambridge University Press, Cambridge. 39–62.
- Mill, J. S. 1988. *Über die Freiheit*. Reclam, Stuttgart. Magyarul: uő. *A szabadságról / Haszonelvűség*. Ford. Pap, M. Magyar Helikon, Budapest, 1980.
- Nagel, T. 1970. *The Possibility of Altruism*. Oxford University Press, Princeton.
- Nozick, R. 1974. *Anarchy, State, and Utopia*. Basic Books, New York.
- Parfit, D. 1984. *Reasons and Persons*. Oxford University Press, Oxford.

Sumner, W. 1996. *Welfare, Happiness, and Ethics*. Clarendon Press, Oxford.

– 2004. *The Hateful and the Obscene*. University of Toronto Press, Toronto.

Tännsjö, T. 1998. *Hedonistic Utilitarianism*. Edinburgh University Press, Edinburgh.

Wessels, U. 2011. *Das Gute*. Vittorio Klostermann, Frankfurt am Main.

Önrendelkezés a kortárs német
orvos-páciens kapcsolatban

DUPress

Kőműves Sándor

DEMENCIA ÉS ÖNRENDELKEZÉS

„A szabadságban az emberek nyitottként élik meg jövőjüket és megőrzik méltóságukat.”¹

(Deutscher Ethikrat)

„A felebaráti szeretet kötelessége tehát így is kifejezhető: kötelességem mások céljait (feltéve hogy nem erkölcsstelenek) a magamévá tennem; felebarátom tiszteletének kötelességét az a maxima tartalmazza, hogy a másik embert ne alacsonyítsam le céloom pusztá eszközévé (ne kívánjam tőle, hogy céloom szolgálatában megalázkodjék).”²

(Immanuel Kant)

A demencia tüneteitől szenvedő betegek száma a fejlett ipari országok mindegyikében, így Németországban is folyamatosan emelkedik. A németországi bioetikai hagyományban különösen hangsúlyos kérdés a sérülékeny, kiszolgáltatott helyzetben élő részpopuláció megfelelő védelme, mely a társadalmi szolidaritás minőségének egyik fontos mutatója. Ebből következően korántsem meglepő, hogy a *Német Etikai Tanács (Deutscher Ethikrat)*³ állásfoglalást adott ki *Demencia és önmeghatározás*

¹ Deutscher Ethikrat 2012, 49–50.

² Kant 1991, 568.

³ A Német Etikai Tanácsot a 2007. augusztus 1-jén hatályba lépett *Gesetz zur Einrichtung des Deutschen Ethikrats (Ethikratgesetz – EthRG)* alapján hozták létre, független szervezatként, elsősorban az életudományok területén felmerülő etikai, társadalmi, tudományos, orvosi és jogi kérdések tárgyalásának interdiszciplináris szakmai fórumaként. (Korábban – 2001 és 2008 között – Nemzeti Etikai Tanács néven létezett.) Kötelezettségei közé tartozik – többek között – a nyilvánosság tájékoztatása, társadalmi viták előmozdítása, állásfoglalások és javaslatok készítése a politikai és törvényalkotói lépések számára, valamint a nemzeti etikai tanácsokkal és más hasonló nemzetközi intézményekkel való együttműködés. Állásfoglalásait a német parlament vagy a német szövetségi kormány

(*Demenz und Selbstbestimmung*⁴) címmel, mely munkában, azon túlmenően, hogy a tanács ismerteti a demens betegek ellátásának jelenlegi németországi állapotát, úgy fogalmaz meg javaslatokat a helyzet javítására, hogy a demencia egyéni és társadalmi kontextusát filozófiai nézőpontból, méghozzá az önrendelkezés kontextusában interpretálja. A jelen tanulmány ezt a filozófiai értelmező keretet kívánja bemutatni. Ebben az esetben is megmutatkozik, hogy a társadalmi szolidaritás kérdése számos németországi diszkusszióban mennyire erős, a klasszikus idealizmusban gyökerező alapvető filozófiai gondolatok bevonása mellett kerül tárgyalásra. Ugyanakkor az állásfoglalás felépítése (Bevezetés; 1. A demencia szakaszai: önmegtapasztalás és önrendelkezés a demenciával élő személyeknél; 2. A németországi társadalmi valóság; 3. Az önrendelkezés biztosítása és tisztelete: etikai kihívás; 4. A korlátozott önrendelkezés jogi védelme; 5. Cselekvési területek és gyakorlati lépések a demenciával élő

kérésére készíti el, illetve minden évben a német parlamentnek és a szövetségi kormánynak jelentést készít tevékenységéről. Hivatalos honlapjuk: <http://www.ethikrat.org/>. Prof. dr. phil. dr. h. c. Volker Gerhardt, aki 2008. április és 2012. április között volt a *Német Etikai Tanács* filozófus tagja, 2008-ban lett a Debreceni Egyetem díszdoktora. A kezdetektől, vagyis 2001-től ő képviselte a filozófiai szakmát a német parlamenti tanácsadó testület elődjében, a *Nemzeti Etikai Tanács*ban is. Jelenleg prof. dr. phil. habil. dr. phil. h. c. lic. phil. Carl Friedrich Gethmann a filozófus tagja a testületnek, aki a Debreceni Egyetem díszvendége volt a 2010-ben megrendezésre került *Technika-filozófia* konferencián (ehhez lásd Quante–Rózsa 2012).

⁴ Deutscher Ethikrat 2012. A dokumentum német (*Demenz und Selbstbestimmung*) és angol [*Dementia and self-determination*] nyelven került publikálásra, a jelen tanulmány az angol változat alapján készült; ahol kulcsfontosságú filozófiai terminusok kerülnek szóba, ott a német szövegváltozat is feldolgozásra került. A német szöveg maradéktalan megértéséhez, illetve a kulcsfontosságú kifejezések filozófiai értelmezéséhez nyújtott segítséget köszönöm Hornyák Péter Istvánnak. A német címben szereplő „*Selbstbestimmung*” terminus fordításánál irányadónak tekintettem Rózsa Erzsébet értelmezését: „A *Selbstbestimmung* terminust a mai bioetikai viták fényében célszerűnek látszik ebben a két jelentésben fordítani: önmeghatározás és önrendelkezés. Az önmeghatározás a modernitás önreflexív szubjektumának általános praktikus beállítottságát jelöli, az önrendelkezés ennek a beállítottságnak a jogi aspektusára teszi a hangsúlyt.” Rózsa 2011, 50. 11. lábjegyzet. Ahol a terminus alapvetően a filozófiai tartalomra utal, ott az „önmeghatározás” fordítást alkalmaztam. Ahol a filozófiai tartalom és a jogi kontextus nem választható szét élesen, a két magyar kifejezést („önmeghatározás”, ill. „önrendelkezés”) együttesen használtam. Ahol pedig alapvető a gyakorlati irányultság, ott az „önrendelkezés” kifejezést használtam.

személyek helyzetének javítására; 6. Javaslatok) azt is jól szemlélteti, hogy a gyakorlati filozófia által megfogalmazott javaslatok az érvényesíteni kívánt elméleti álláspontok és a konkrét empirikus helyzet – jelen esetben a demencia tünettana – párbeszédéből kristályosodnak ki. Első lépésben röviden áttekintjük a demencia tünettánát. Itt megmutatkoznak azok a pontok, ahol az önrendelkezés kérdései felmerülnek. Második lépésben pedig közelebről is szemügyre vesszük az állásfoglalásnak azt az etikai argumentációját, mely alapján a demens betegek ellátásának fejlesztésére vonatkozó konkrét javaslatok megfogalmazódtak. Tekintettel arra, hogy a jelen tanulmány a magyar olvasóközönség számára készült, a hangsúly nem a konkrét javaslatok bemutatásán, hanem a demens betegek élethelyzetének az önrendelkezés szempontjából elvégzett filozófiai interpretációján lesz. Írásunkat az *Etikai Tanács* filozófiai értelmezésének a hazai betegellátásban, illetve a hazai bioetikai életben történő hasznosíthatóságával zárjuk.

Klinikai leírás

A jelenleg klinikai alkalmazásban lévő betegségklasszifikációk alapján a demencia értelmezhető önálló mentális zavarként és tünetegyüttesként is. Az *Amerikai Pszichiátriai Társaság* által 2013-ban kiadott DSM-5⁵ a demenciát a *major neurokognitív zavarok* alá szubszumálta,⁶ és bevezette az enyhe neurokognitív zavar osztályát is.⁷ Mind a major, mind az enyhe neurokognitív zavarok osztályozása az ismert vagy a feltételezett

⁵ A DSM a *Diagnostic and statistic manual of mental disorders (Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve)* rövidítése, melynek jelenleg az ötödik, 2013-ban publikált kiadása áll használatban (American Psychiatric Association 2013). A DSM rövidítést követő szám a kiadás számát jelöli (az első négy kiadás során a latin számozás (I–IV.) állt használatban, az ötödik kiadástól arab számozást használnak).

⁶ American Psychiatric Association 2013, 591. A DSM-IV-TR-ben a főkategória neve még „Delírium, demencia, amnesztikus és egyéb zavarok” volt.

⁷ Az enyhe neurokognitív zavart egyesek a demencia „előszobájának” tekintik, de nem szükségeszerű, hogy a zavar demenciává fejlődjön (a zavar hátterében sokféle folyamat húzódnak meg), és egyes betegek állapota idővel javulhat is.

etiológián alapul. A WHO által kiadott BNO-10-ben⁸ a *Mentális és viselkedészavarok* V. főcsoportban az F00-F09 *Organikus és szimptomatikus mentális zavarok* osztályban a demencia négy csoportját találjuk meg (F00 Dementia Alzheimer-betegségben; F01 Vascularis dementia; F02 Dementia egyéb máshová osztályozott betegségekből; F03 Nem meghatározott dementia).

A demencia klinikai osztályozása etiológiai alapon elkülöníti egymástól a primer (elsődleges) és a szekunder (másodlagos) demenciákat. A primer demenciák esetében a demenciát ismeretlen eredetű idegsejtpusztulás okozza, a másodlagos demenciák esetében valamilyen más központi idegrendszeri vagy általános testi megbetegedés okozza az agyszövet károsodását vagy funkciózavarát.⁹ A primer idegrendszeri degenerációk közül leggyakoribb az Alzheimer-kór, az esetek 50–60%-ában ez áll a szellemi leépülés mögött. Gyakori a demenciák lokalizáció szerinti klasszifikációja is: ez alapján kortikális, szubkortikális, kortiko-szubkortikális és multifokális demenciáról beszélhetünk.¹⁰ A demenciát okozó leggyakoribb betegségek közé tartoznak a primer degeneratív betegségek, a cerebrovascularis betegségek, a prionbetegségek, a fertőző betegségek, a lassúvírus-betegségek, az anyagcsere-betegségek, a hiánybetegségek, valamint a fehérállomány-betegségek.¹¹ A leginkább érintett neurokognitív területek¹² az összetett figyelem¹³, a végrehajtó funkció¹⁴, a tanulás és a memó-

⁸ A BNO *A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozásának* rövidítése. A WHO-kiadvány esetében nem az angol rövidítést (ICD), hanem a magyar cím rövidítését (BNO) használjuk. Jelenleg a kiadvány tizedik revíziója áll használatban, ez hivatkozás esetében a rövidítés után kerül feltüntetésre.

⁹ A definitív diagnózis csak *post mortem* lehetséges, neuropatológiai vizsgálatra alapozva.

¹⁰ A demenciáknak lehetséges még az érintett lebenyek szerinti, az életkor alapján történő, ill. a kórkimenetelre alapozott felosztása is. Vö. ehhez Rajna–Tariska 2000, 33–34.

¹¹ Szirmai 2011, 367.

¹² A területek felsorolása és részletezése a DSM-5 leírását követi. A terület részletezését szükségessé teszi a tény, hogy a nevezett területek referenciatartományát a leírások pontosan kijelölik (így pontos meghatározásra kerülnek azok a résztartományok, melyeket a kifejezések le kívánunk fedni).

¹³ Összetett figyelem: tartós figyelem, megosztott figyelem, szelektív figyelem, feldolgozási sebesség.

¹⁴ Végrehajtó funkció: tervezés, döntéshozás, munkamemória, visszacsatolásra adott válasz/hibakorrekció, szokások felülírása/gátlás, mentális flexibilitás.

ria¹⁵, a nyelv¹⁶, a perceptuális-motoros terület¹⁷ és a szociális kogníció¹⁸. A tünetegyüttesen belül kiemelendő az emlékezetromlás, a figyelemzavar, az észlelés és felismerés zavara, a megértési és kifejezési nehézségek, a gondolkodás zavara, a cselekvésszervezés nehézsége, a döntésképesség nehézsége, az orientáció zavara, a mozgáskoordináció zavara, illetve a szociális készségek romlása.

Fentebb már említésre került az enyhe neurokognitív zavar, amely felveti a korábban az öregedés „természetes” részjelenségének tekintett enyhe szellemi hanyatlás értelmezésének a kérdését. A kérdés eldöntését nehezíti az a tény, hogy az ilyen részjelenségként értelmezett hanyatlás 10–20%-a Alzheimer-kórrá degenerál néhány éven belül.¹⁹

A demencia tüneteinek súlyosságára alapozva hagyományos felosztás az enyhe, a közepesen súlyos és a súlyos demencia megkülönböztetése. Minthogy az önrendelkezés kérdését lényegesen érinti a tünetek súlyosságának foka, érdemes a három szakasz tüneteinek rövid, felsorolás jellegű ismertetése:

I. Enyhe

Tünetek:

- a rövid távú emlékezet romlása
- nehézség új dolgok megtanulása során
- orientációzavar ismeretlen környezetben
- feledékenység
- rendellenes beszéd
- az idő- és térérzékelés zavara
- motivációhiány

¹⁵ Közvetlen memória, közeli eseményekkel kapcsolatos memória, nagyon hosszú távú memória.

¹⁶ Expresszív nyelv és receptív nyelv.

¹⁷ A vizuális percepció, vizuokonstrukcionális, perceptuális-motoros, praxis és gnózis kifejezések alá besorolt képességek.

¹⁸ Szociális kogníció: érzelmek felismerése, tudatelmélet.

¹⁹ Komoly 2012, 103; Burns–Morris 2013, 12–18; Ritchie–Touchon 2000.

- korábban nehézség nélkül végrehajtott komplex feladatokkal kapcsolatos nehézségek
- csökkent ítélőképesség

Gyakori lelki reakciók:

- a betegség tagadása
- elviccelés és üres frázisok hangoztatása
- idegesség
- levert hangulat
- visszahúzódás

II. Közepesen súlyos

Tünetek:

- a rövid távú emlékezet súlyos zavara
- orientációzavar ismerős környezetben is
- családtagok, ismerős dolgok felismerésének időszakos zavara
- a beszédértés és a szóbeli kifejezőképesség fokozódó zavara
- azon helyzetek növekvő száma, melyben a személy azt érzi, segítségre szorul
- a nappal-éjszaka ritmus zavara

Gyakori lelki reakciók:

- viselkedésproblémák
- nyugtalanság
- irritabilitás
- gyanakvás

III. Súlyos

Tünetek:

- nagyon súlyos mentális degeneráció
- mondatok és szavak sztereotip ismétlése
- helyzetek és emberek felismerésének folyamatosan fennálló zavarra

- fizikai zavarok (pl. inkontinencia, nehéznyelés)
- étkezés, tisztálkodás és más mindennapi cselekedetek végrehajtását érintő teljes függőség

Gyakori lelki reakciók:

- agitáltság
- hallucinációk
- téveszmék
- apátia

Önmeghatározás/Önrendelkezés (*Selbstbestimmung, Self-determination*)²⁰

A *Német Etikai Tanács* a demencia által felvetett etikai kérdések komplex jelenségmezőjéből²¹ azokat a kérdéseket emelte ki, melyek az elemzés számára központi filozófiai terminus, az önmeghatározás/önrendelkezés perspektívájából érintetté váltak. Az érintettség spektrumának meghatározásához elengedhetetlen a fogalom definiálása, ezt az *Etikai Tanács* filozófiai nézőpontból végzi el: „Az önmeghatározás filozófiai elemzése különböző aspektusokat különít el, mely aspektusok együttesen adják a fogalom teljes jelentését. Amennyiben egy személy életét önmeghatározottként kívánjuk leírni, akkor a személy számára több cselekvési lehetőségnek is adottnak kell lennie (»a személy képes többféle cselekedetre«), mely cselekvési lehetőségek közül az illető személy megfontolások (»indokok«) alapján választ. Az önmeghatározás teljes jelentése ezen túlmenően megköveteli azt is, hogy az illető önmagát a viselkedés eredőjeként értelmezze (»én vagyok az, aki így cselekszik«), ez teszi az adott viselkedést tulajdoníthatóvá. Az önmeghatározás maradéktalan gyakorlása megköveteli az adott személytől, hogy megértse azon lényegi aspektusok természetét és

²⁰ Lásd 4. lábjegyzet.

²¹ Lásd Hughes–Baldwin 2006; Hughes–Louw–Sabat 2006; Nuffield Council on Bioethics, 2009; Alzheimer Europe, 2015. A magyar nyelvű szakirodalomból lásd pl. Kovács 2007, 7. fejezet (Döntést helyettesítő mechanizmusok a pszichiátriában), Quante 2010, 7. fejezet (Megg hosszabbított autonómia).

következményeit, melyek irányítják a döntését, továbbá azt is megkívánja, hogy képes legyen élethelyzetének és attitűdjeinek háttére előtt értékítéletek meghozatalára és cselekedeteinek ezekkel az értékítéletekkel összhangban álló irányítására. A személy »saját belátásai« alapján cselekszik. Az önmeghatározáson alapuló cselekvés ezen részaspektusai intenzitásuk tekintetében különbözőek lehetnek, és a személy egyéni döntéseit különböző módokon befolyásolhatják. Az önmeghatározás felsorolt elemeihez szükséges feltételek közül néhány a demencia jelentős mértékben előrehaladott állapotában is jelen lehet.²²

Ez az önmeghatározás-definíció részletesebb kidolgozást kap a dokumentum későbbi, harmadik fejezetében (3. Az önrendelkezés biztosítása és tisztelete: etikai kihívás). A vonatkozó részt érdemes egészében idéznünk:

„Az önmeghatározás az emberi szabadság elementáris kifejeződése. A »meghatározás« kifejezés eredetileg az analitikus filozófiából származik,²³ az emberek azon képességére utal, mellyel egy »meghatározott« módon le tudják írni a világukban található dolgokat. Ahogy egy személy egy növényt »virággként«, egy másik »cserjeként«, egy harmadik »faként« »határozhat« meg, valaki – például, ellentétben más élő létezőkkel – önmagát »személyként« is le tudja írni, illetve »meg tudja határozni«. A »meghatározás« [Determination] (Bestimmung) ebben az értelemben a megfelelő német szó a »definiálásra«. Az »önmeghatározásban« [self-determination] (Selbstbestimmung) a leírásnak és a definiálásnak ez a cselekedete gyakorlati jelentést kap. Ha valaki önmagát a nevét, nemét, életkorát vagy a foglalkozását megadva »határozza meg«, akkor ezek a beszélőre vonatkozó leíró kijelentések normatív módon is érthetők. A beszélő azt szeretné, hogy órá a nevének keresztül utaljanak, és individualitásában észlelt és elismert legyen. Tehát a beszélő számára nem elég, ha tudjuk az ő nevét, a nemét, életkorát vagy bármely egyéb individuális sajátosságát, ezekben a

²² Deutscher Ethikrat 2012, 11.

²³ Az „eredetileg az analitikus filozófiából származik” (originally comes from analytical philosophy) a német dokumentumban: „eredetileg logikai-szemantikai jelentéssel bír” (hat ursprünglich einen logisch-semantischen Sinn).

sajátosságaiban is el kell őt fogadnunk. Az önmeghatározás emfatikus használata során a személy individuális énjéhez kapcsolódó deskriptív és normatív elemek egymáshoz nagyon közel helyezkednek el. Egy személy, aki »eszesként«, »különállóként«, »függetlenként« vagy »döntéshozásra képesként« »határozza meg magát«, egyúttal azt is szeretné, ha ő ilyen lenne és mások is így éreznék. Az önmeghatározás fogalma, ebből következően, a személyes önérvényesítés (Selbstbehauptung/self-assertion) összes elemét kifejezésre juttatja. A személy úgy szeretne létezni, ahogyan önmagát értelmezi, és elvárja, hogy mások ilyenként ismerjék el. Az önmagunk és saját létezésünk meghatározására való igény mögötti szabadság jelentette a kiindulópontot a klasszikus antik etika számára is. Minden erény magában foglalja az önismeret egy elemét és megköveteli az önuralmat, mely ahhoz szükséges, hogy megfontoltak, eszesek, igazságosak, boldogok vagy bölcssek lehessünk. Az önmeghatározás modern fogalmának – melyet a németbe elsőként Kant vezetett be – megvan az az előnye, hogy összekapcsolja egymással az önismeretet és az önuralmat. Ennek eredményeként az individuum »autonómiája« kitüntetetté vált, mely (ön)magát adott cselekvési helyzetben, ahogyan saját lehetőségeinek egy reális megítélésében is saját cselekedetének »törvényhozójaként« ragadja meg. Ebben nyilvánul meg az individuum szabadsága, melynek lehetősége magában foglalja az emberi létező méltóságát. Ugyanakkor félreértés lenne azt gondolnunk, hogy az önmeghatározást az individuum önmagáról való elszigetelt ismeretében (isolierte Selbsterkenntnis/self-knowledge of the individual in isolation) kellene megalapozni. Már a klasszikus antikvitás szerzői is nagy jelentőséget tulajdonítottak annak, hogy egy én (autos) önmagát csupán egy másik énhöz való valódi kapcsolatában értheti meg. Ez az, amiért Szókratész az Agorára ment, Athén piacterére, másokkal beszélgetni, hogy megtudhassa, vajon Apollónak, az önismeret istenének, igaza van-e Szókratész bölcsességét illetően. Amikor Szókratészt kérdezték arról, hogy valaki hogyan ismerheti meg önmagát, ő azt felelte, hogy ez csak úgy lehetséges, ha másvalaki szemeiben tükröződünk vissza. Következésképpen értelmes módon csak úgy beszélhetünk egy személy »énjéről«, ha az egy másik személy énjével kerül körülhatárolásra. Ez a társainkkal való kapcsolat erős gyakorlati kötelezettségekkel jár, miként azt az igazságosság erényének domináns pozíciója mutatja, vagy az erénynek az a szép leírása, miszerint az erény az a képesség, hogy önmagunk barátja lehessünk. Az önmeghatározás

a személy »énjére« irányítja a figyelmet. A filozófiában és a pszichológiában egyaránt uralkodó álláspont szerint ezt a személynek azok a sajátosságai határozzák meg, melyek fundamentálisak a személy élménye, felfedezései, felismerései, cselekvése, illetve viselkedése számára. A gondolkodás egy jelentős hagyományával egyetértésben az énben (Selbst/self) épp azt láthatjuk, amit az ember önmagában észlelő, érző, megismerő és irányító centrumként ragad meg. Az következésképpen nem szűkíthető le gondolatokra vagy gondolkodási folyamatokra, legyen az például a racionális ismeret, a klasszifikáció, vagy legyenek azok a logikai műveletek és az érvelés, az én alapvető érzelmi és viselkedésbeli orientációkat és alaphangulatokat foglal magában. Az ént nem szabad a személy megváltozhatatlan metafizikai szubsztanciájának tekinteni; számos változáson mehet át anélkül, hogy az egyén jogi és morális identitása a legcsekélyebb módon is megváltozna. Ugyanakkor minden személynek szabadságában áll, hogy énjét az emberi létezés halhatatlan személyes magvának tekintse. Ez olyan nézet, ami emeli azoknak az érveknek a súlyát, mely érvek – akár a demencia esetében is – az egyén önmeghatározásának tisztelete mellett szállnak síkra. Kant napjainkban széles körben elfogadott önmeghatározáskonceptiója eredendően szintén más emberek jelenvalóságához kapcsolódott. Igaz, nem engedhető meg, hogy értékelésünk másoktól függjön. Ugyanakkor önmagunkat csak a másokra gyakorolt lehetséges hatásokhoz való viszonyban érthetjük meg. Csakis így érthető meg a kategorikus imperatívusz, amikor arra szólít fel, hogy saját cselekedeteink maximája az alapján kerüljön értékelésre, hogy vajon alkalmas-e arra, hogy minden emberi létező számára törvény lehessen. Még egyértelműbb, hogy minden önmagát meghatározó emberi létezőnek úgy kell értelmeznie önmagát, hogy az reprezentálja a »személyében létező emberséget« (»Menscheit in seiner Person/humanity in its person«). Kant a morális törvény »tisztületére« szólított fel. Ez a törvény, következésképpen, magában foglalja minden más személy tisztületét, hiszen a morális törvénynek nincs más helyszíne, mint az ember »szíve«. Ez az önmaga iránti tisztület, amely magában foglalja a másik iránti tisztületet, megköveteli – vonhatjuk le a következtetést a jelen kontextusban – a tisztületet a másikkal való interakció folyamán. Amennyiben meg szeretnénk tartani az önmeghatározásunkat, akkor társaink önmeghatározását is akarnunk kell. Az emberek egymásra utaltságából, valamint a társadalmi szolidaritásból következik az az etikai kötelesség, hogy leg-

jobb képességeink szerint segítsük embertársainkat annak elérésében, amit mi is mindannyian szeretnénk megkapni. Ez megnyilvánul először is a személyek önmeghatározása iránti tiszteletben. De az olyan élethelyzetekben, amely az élet kezdeténél a segítség hiányát, az élet végén és a betegség számtalan formájában erőtlenséget foglal magában, valamint a támogatás szükségét az egyéni élete során, a személyek önmeghatározása iránti tisztelet az önmeghatározás támogatásának, bátorításának, illetve helyreállításának elvárását is magában foglalja. Következésképpen etikai szempontból nem elegendő csupán a személyek szabadsága iránti jogilag megkövetelt tisztelethez ragaszkodni és a személyeket önrendelkezésük gyakorlásában nem akadályozni. Etikailag szükségszerű arra is törekednünk, hogy embertársaink meg is valósíthassák ezt az önmeghatározást.²⁴

Az önrendelkezés képessége az *Etikai Tanács* álláspontja szerint a fokozatosság jellegével bír, ennek következtében az értékelés, az önrendelkezésre való képesség vizsgálata nem csupán egy dichotóm értékelést jelent (van önrendelkezés/nincs önrendelkezés), hanem az önrendelkezés fokának megállapítását is. Ez azáltal válik lehetővé, hogy az önrendelkezés nem szűk értelemben kerül alkalmazásra, ebben a jelentésében ugyanis az önrendelkezés szükségszerű előfeltételnek tekinti a mérlegelésen alapuló döntéshozatalt (ideértve a döntés kinyilvánítására való képességet is). A tágran értelmezett önrendelkezés azonban a pillanatnyi szükségletek és vágyak – akár csupán az arckifejezésen keresztül történő – kifejezését is az önrendelkezés megnyilvánulásaként értelmezi; az önrendelkezés legcsekélyebb fokát a betegnek az együttműködésre való lehetősége jelenti. Az önrendelkezés fokozatossága tehát egy olyan kontinuumként értelmeződik, ahol a kontinuum egyik végét a teljes önrendelkezés, másik végét pedig az együttműködés lehetősége alkotja. A demencia szakaszainak kontextusában ez a fokozatosság a következőképpen jelenik meg: 1. az önrendelkezés képessége, illetve a döntéshozásra és a beleegyezésre való képesség érintetlen; 2. a betegség előrehaladottabb állapotában a döntésre és a beleegyezésre való képesség a cselekvés közvetlen területeire korlátozódik, a közvetlen területen kívüli döntés támogatással születhet meg;

²⁴ Deutscher Ethikrat 2012, 43–46.

3. a súlyos stádiumban a közvetlen tapasztalati szférára korlátozódó együttműködés pusztá lehetősége maradhat meg.²⁵ Abban az esetben pedig, ahol a beteg már a legtágabban értett önrendelkezésre sem képes, az ellátásnak – írja a *Tanács* – a beteg legjobb érdekének érvényt szerző döntéshozói standardot kell alkalmazni.

Az önrendelkezés elősegítése

Az önrendelkezés filozófiai értelmező kontextusában a demencia tünetei a személy *autonómiáját*²⁶ érintik. A demens beteg az állapot előrehaladtával egyre kevésbé képes döntések meghozatalára, egyre inkább rászorul mások szolidaritására és felelősségére. A számára megfelelő döntés meghozatalához egyre jelentősebb támogatásra szorul, ekkor kap jelentős szerepet a „támogatott önmeghatározás”: a segítség a személyközpontú megközelítésben alkalmazkodik a személy igényeihez, illetve annak alapján kerül megítélésre, hogy a beteg részéről a függetlenség és az önmeghatározás megmaradt összetevőit mennyire lehetséges aktiválni.²⁷

A támogató attitűd szerves következménye az *Etikai Tanács* alapállásának, mely szerint életünk saját életünként való élése, saját értéképzeteink mentén történő vezetése az emberi szabadság elementáris kifejeződése.²⁸ „A szabadságban az emberek nyitottként élik meg jövőjüket és megőrzik méltóságukat.”²⁹ Az *Etikai Tanács* számára a szabadság és a méltóság al-

²⁵ Deutscher Ethikrat 2012, 53.

²⁶ Az *autonómia* fogalmának értelmezéséhez lásd a máig klasszikus írásoknak számító Feinberg 1986 (18. fejezet), ill. Dworkin 1988. A *kanti autonómiaértelmezés* átfogó tárgyalása található pl. Reath 2006. Lásd még Prauss 1983; Ameriks 2000. A modern orvosi etikában klasszikus *Beauchamp–Childress-féle autonómia értelmezéshez* lásd Beauchamp–Childress 2012; ill. Faden–Beauchamp 1986. A milliánus alapú felfogás kritikájához lásd pl. O’Neill 2002. Az autonómia különböző modelljeit kritikai-értelmező keretben tárgyalja pl. Quante 2010. A kérdést európai emberi jogi kontextusban tárgyalja pl. Löhms 2015.

²⁷ Graumann 2011.

²⁸ Deutscher Ethikrat 2012, 49.

²⁹ Deutscher Ethikrat 2012, 49–50.

kojták az emberi egzisztencia elidegeníthetetlen alapjait.³⁰ Az elidegeníthetetlen méltóság tisztelete és annak lehetővé tétele, hogy minden személy szabadon dönthessen és szabadon cselekedhessen, a legfőbb maxima az emberek egymással való kapcsolatában. „Amikor a demens személyek elveszítik a képességüket, hogy életüket teljes mértékben ők maguk irányíthassák, a maxima azt a kötelességet rója ránk, hogy ezeknek a személyeknek, ameddig csak lehetséges, biztosítsuk a lehetőséget, hogy részt vállalhassanak egzisztenciájuk szervezésében.”³¹ Ez a gondozó részéről a beteg hátterének, preferenciáinak előzetes ismerete mellett valósítható meg. A társadalom részéről pedig nem csupán az önrendelkezés lehetővé tételét, hanem az önrendelkezés megfelelő védelmét is jelenti. Az önrendelkezés iránti tisztelet és az önrendelkezés biztosítása kölcsönösen feltételezik egymást. Ez egy olyan alapállás, melyet a „gondozásetika” is saját kiindulópontjának tekint,³² de a demencia személyközpontú gondozásának koncepciója is – amit elsősorban Tom Kitwood neve fémjelez – erre épül.³³ Közös kiindulópont ezeknél a megközelítéseknél az a paradigmaváltás, mely a korábbi megközelítésmódot, a patológiával és a deficitek mérséklésével, valamint a beteg „örző-gondozó” tevékenységével való foglalatosskódást kibővítette a személy életében rejlő lehetőségek realizálására helyezett hangsúllyal.³⁴

Ami az *Etikai Tanács* esetében sajátos perspektíva, az a gyakorlat ki-mondottan kantiánus filozófiai hangvételű megalapozottsága, melyben az autonóm életvitel gyakorlati biztosítása mindig szükségszerű elemként tartalmazza a másik személy autonóm életvitelének *támogatását* is. A kantiánus autonómiakoncepcióban a személy nem radikális individua-

³⁰ Deutscher Ethikrat 2012, 50.

³¹ Uo.

³² Vö. Gilligan et al. 1988; Tronto 1993; Kittay 2004.

³³ Kitwood–Bredin 1992; Kitwood 1997; Brooker 2006.

³⁴ A személyközpontú gondozás kialakulásáról és szemléletmódjáról remek összefoglalást olvashatunk Szabó Lajos monográfiájában: Szabó 2011. A paradigmaváltás eredményeként „ma a korszerű ellátás négy alappilléren nyugszik, és ezek mindegyike egyaránt fontos. Ez a négy alappillér: – a korszerű diagnosztika és a gyógyszeres kezelési törekvések; – a készségek megőrzését, megerősítését szolgáló módszerek alkalmazása; – a változó szemléletű gondozás; – a differenciált ellátórendszer és a támogató hátterek megjelenése.” Szabó 2011, 10.

listaként kerül ábrázolásra, hanem bizonyos alapelvek tevékeny megvalósítójaként, mely alapelvek sorában az etikai kötelességek alapelvei kimondottan hangsúlyosak.³⁵ Az autonómia tisztelete nem csupán a szabad mérlegelés és az alternatív választási lehetőségekkel kitöltött cselekvési tér biztosítását jelenti,³⁶ hanem az autonóm döntéshozás támogatását is, különösen azokban a helyzetekben, ahol a személyek rászorulnak erre a támogatásra.

A magyarországi demens betegek ellátásának helyzetéről Szabó Lajos az *Időskori demenciák családi, társadalmi és pszichológiai vonatkozásai* című, 2011-ben megjelent monográfiájában eléggé lehangoló képet fest: „Az idősellátás intézményeiben járva azt tapasztalhatjuk, hogy a gondozás terén ritka kivételtől eltekintve a fizikális gondozásra szűkülő, elemi szintű őrző-gondozó tevékenység folyik, és a hazai gyakorlatban a személyközpontú gondozás alapelvei, szemlélete teljesen ismeretlen, de hiányzik a gondozó stábok felkészítése is a demenciával küzdő idősek speciális ellátására (gyakran a demenciára vonatkozó elemi ismeretek is hiányoznak). A készségmegőrző-készségmegerősítő programok ma még csak szórványosan találhatók meg, és a demenciával küzdők számára szervezett foglalkozások módszertanilag kidolgozatlanok, ötletszerűek, a foglalkozásokat szervezők pedig nem rendelkeznek megfelelő képzettséggel.”³⁷ Nem valószínűsíthető, hogy a monográfia megjelenése óta eltelt néhány évben az ellátás ezen a területen alapjaiban megváltozott volna, de Szabó monográfiájának sem csupán az volt a célkitűzése, hogy valós leírást adjon a jelenlegi helyzetről. Fontosnak érezte, hogy ezzel a munkájával is javítani próbálja a hazai helyzetet: „Hiszem, hogy sokan vannak még olyanok, akik a mostoha körülmények ellenére is igényes, színvonalas munkát végeznek, új utakat keresve a demenciával küzdők ellátása terén. Remélem, hogy könyvemmel segíteni tudom munkájukat.”³⁸ A jelen tanulmány is a jobb ellátás megvalósításához szükséges szemlélet formálódásához kíván hozzájárulni azzal, hogy a személyközpontú gondolkodás modern filozó-

³⁵ O'Neill 2002, 83–84.

³⁶ Kovács 2006, 99–100.

³⁷ Szabó 2011, 10–11.

³⁸ Szabó 2011, 13.

fiai alappozíciójából történő megalapozását végzi el, illetve bemutatja azt a dokumentumot, melynek hazájában ez a szemléletmód már jelentős múltra tekinthet vissza. Megítélésünk szerint a német kollégák tapasztalataiból is – a hazai közeg sajátosságait és lehetőségeit szem előtt tartva – jelentős mértékben kamatoztathatunk mind a betegellátás, mind pedig a demenciáról folytatott modern orvostikai szakmai beszélgetések során.

Irodalom

- Agich, G. J. 2003. *Dependence and Autonomy in Old Age. An Ethical Framework for Long-Term Care*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Alzheimer Europe 2015. *Ethical Dilemmas Faced by Health and Social Care Professionals Providing Dementia Care in Care Homes and hospital settings. A Guide for Use in the Context of Ongoing Professional Care Training*. Online: <http://www.alzheimer-europe.org/Publications/Alzheimer-Europe-Reports>.
- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition. American Psychiatric Publishing, Washington.
- Ameriks, K. 2000. *Kant and the Fate of Autonomy: Problems in the Appropriation of Critical Philosophy*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Barnhill, J. W. 2014. *DSM-5 klinikai esettanulmányok*. Oriold és Társai Kiadó és Szolgáltató Kft, Budapest.
- Beauchamp, T. L.–Childress, J. F. 2012. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. Oxford University Press, Oxford.
- Brooker, D. 2006. *Person-Centred Dementia Care: Making Services Better* (Bradford Dementia Group). Jessica Kingsley Publishers Ltd. London–Philadelphia.
- Burns, J. M.–Morris, J. C. 2013. *Enyhe kognitív zavar és az Alzheimer-kór korai formái*. Zafir Press, Budapest.
- Callone, P. R.–Kudlacek, C. 2014. *Alzheimer a családban. Segítség a mindennapi nehézségek megoldásához családtagoknak, barátoknak, gondozóknak*. Zafir Press, Budapest.
- Deutscher Ethikrat 2012. *Demenz und Selbstbestimmung*. A dokumentum elérhető a szervezet honlapján (<http://www.ethikrat.org/>) német (http://www.ethikrat.org/publikationen/stellungnahmen/stellungnahmen?set_language=de) és angol nyelven (<http://www.ethikrat.org/publications/opinions>).
- Dworkin, G. 1988. *The Theory and Practice of Autonomy*. Cambridge University Press, Cambridge.

- Faden, R. R.–Beauchamp, T. L. 1986. *A History and Theory of Informed Consent*. Oxford University Press, New York–Oxford.
- Feinberg, J. 1986. *Harm to Self. The Moral Limits of the Criminal Law*. Vol. III. Oxford University Press, Oxford.
- Füredi, J.–Németh, A. 2015. *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.
- Gilligan, C. et al. (szerk.). 1988. *Mapping the Moral Domain. A Contribution of Women's Thinking to Psychological Theory and Education*. Cambridge, Mass.: Center for the Study of Gender, Education, and Human Development, Harvard University Graduate School of Education: Distributed by Harvard University Press.
- Graumann, S. et al. (szerk.) 2004. *Ethik und Behinderung. Ein Perspektivenwechsel*. Campus Verlag, Frankfurt am Main.
- 2011. *Assistierte Freiheit. Von einer Behindertenpolitik der Wohltätigkeit zu einer Politik der Menschenrechte*. Campus Verlag, Frankfurt am Main–New York.
- Hughes, J. C.–Baldwin, C. 2006. *Ethical Issues in Dementia Care. Making Difficult Decisions*. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia.
- Hughes, J. C.–Louw, S. J.–Sabat, S. R. (szerk.) 2006. *Dementia. Mind, Meaning, and the Person*. Oxford University Press, Oxford.
- Innes, A. 2009. *Dementia Studies. A Social Science Perspective*. SAGE, London.
- Kant, I. 1991. *Az erkölcsök metafizikájának alapvetése. A gyakorlati ész kritikája. Az erkölcsök metafizikája*. Ford. Berényi, G. Gondolat Kiadó, Budapest.
- Kittay, E. F. 2004. Behinderung und das Konzept der Care Ethik. In Graumann et al 2011. 67–80.
- Kitwood, T. 1997. *Dementia Reconsidered: The Person Comes First (Re-thinking Ageing)*. Open University Press, Buckingham–Philadelphia.
- 2008. *Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Hans Huber Verlag, Bern–Göttingen–Toronto–Seattle.
- Kitwood, T.–Bredin, K. 1992. Towards a Theory of Dementia Care: Personhood and Well-being. *Ageing and Society* 12, 269–287.

- Komoly, S. 2012. *Gyakorlati neurológia és neuroanatómia*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.
- Kovács, J. 2006. *A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest.
- 2007. *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.
- Löhmus, K. 2015. *Caring Autonomy. European Human Rights Law and the Challenge of Individualism* (Cambridge Bioethics and Law). Cambridge University Press, Cambridge.
- Nuffield Council on Bioethics 2009. *Dementia: ethical issues*. Nuffield Council on Bioethics, UK.
- O'Connor, D.–Purves, B. (szerk.) 2009. *Decision-Making, Personhood and Dementia. Exploring the Interface*. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia.
- O'Neill, O. 2002. *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Prauss, G. 1983. *Kant über Freiheit als Autonomie* (Philosophische Abhandlungen). Vittorio Klostermann, Frankfurt am Main.
- Quante, M. 2010. *Személy*. Szerk. Rózsa, E.–Loboczky, J. Ford. Drimál, I. Líceum Kiadó, Eger. Németül: uő. *Person*. De Gruyter, Berlin–New York, 2007.
- 2012. *Emberi méltóság és személyes autonómia*. Szerk. Kőműves, S.–Rózsa, E. Ford. Drimál, I. Debrecen University Press, Debrecen. Németül: uő. *Menschenwürde und personale Autonomie: demokratische Werte im Kontext der Lebenswissenschaften*. Meiner Verlag, Hamburg, 2010.
- Quante, M.–Rózsa, E. (szerk.) 2012. *Anthropologie und Technik. Ein deutsch-ungarischer Dialog*. Wilhelm Fink Verlag, Paderborn.
- Quinn, J. F. (szerk.) 2014. *Dementia* (Neurology in Practice). Wiley Blackwell, Chichester.

- Rajna, P.–Tariska, P. 2000. *Az idős kor neuropszichiátriája*. B+V Lap- és Könyvkiadó Kft., Budapest.
- Reath, A. 2006. *Agency and Autonomy in Kant's Moral Theory*. Clarendon Press, Oxford.
- Ritchie, K.–Touchon, J. 2000. Mild Cognitive Impairment: Clinical Characterization and Outcome. *Lancet* 355, 225–228.
- Rózsa, E. 2011. Szabadság és természet. A humán jelleg és a személy tematikája a kortárs német bioetikában. *Meditor* 2011/1. 47–62.
- Szabó, L. 2011. *Időskori demenciák családi, társadalmi és pszichológiai vonatkozásai*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Szirmai, I. (szerk.) 2011. *Neurológia*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.
- Tronto, J. 1993. *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. Routledge, New York–London.
- Zarit, S. H.–Talley, R. C. 2013. *Caregiving for Alzheimer's Disease and Related Disorders*. Springer, New York–Heidelberg–Dordrecht–London.

ORVOS-BETEG/PÁCIENS KAPCSOLAT – VÁLTOZÓ MEDICINÁLIS ÉS TÁRSADALMI KONTEXTUSBAN

Előzetes megjegyzések

Az alábbi fejtegetés elsősorban német szakirodalomra támaszkodik, jóllehet a német orvosi etikai, biomedicinális, illetve bioetikai fejlemények a vizsgált kérdésekben sem választhatók le az e tudásterületek alapvetésében élen járó angolszász történésekről.¹ Mindamellet a német bioetika fejlődéstörténetéből világosan kivehető, hogy ez több szempontból is saját

¹ Az orvosi etika, a biomedicinális, illetve a bioetika terminusok elkülönítésének az alábbi kifejtés számára jelentősége van. Leegyszerűsítve a következőképpen lehetne a különbségeket rögzíteni: 1. az orvosi etika az orvoslás mai etikai kérdéseiben is a hippokratészi elveket tekinti irányadónak, s az ezen túlmutató etikai problémákat többnyire nem tartja önmagára vonatkozóan relevánsnak. 2. A biomedicinális etika az orvoslás kortárs etikai kérdéseiben kiemelt szerepet tulajdonít ugyan a hippokratészi elveknek, de hajlandó kiegészítő etikai normákat akceptálni, melyeket az orvoslásban bekövetkezett radikális változásokra való társadalmi-jogi és etikai reflexiók hívtak életre, mint pl. a páciens autonómiájának jogi és morális normája. Ebben az értelemben lehet szó a biomedicinális etikában „kontextustényezőkről”, amelyek közül néhány az alábbi gondolamenetben tematizálásra kerül. 3. A bioetika terminus az orvoslás alapvető változásait komplex technológiai, szociális, jogi kontextusokban, interdiszciplináris együttműködési formák alkalmazásával tematizálja. Az interakciós formák és cselekvési típusok a fenti kritériumoknak megfelelően eltérőek a három megközelítési módban: az orvosi etika orvosközponitú, illetve orvosi döntés- és beavatkozáscentrikus, a biomedicinális etika a páciens a kétpólusú, jóllehet szakmai aspektusban eleve aszimmetrikus viszony integráns részének tekinti. A bioetika az orvosszerepet az egészségügyben és minden érintett társadalmi státuszában bekövetkezett radikális változások eredményeként lényegesen relativizálja. Az orvos szerepének és feladatkörének a szakmai kompetenciára koncentrációja az orvos számára tehermentesítést jelenthet: csakis olyan feladatok ellátásának elvárását, amelyben szakértői felkészültségére van szükség. A közvetlen orvosi beavatkozások aránya számottevően csökken, az egészségügy más szereplőinek szakmai munkamegosztáson alapuló kompetens tevékenységi köre viszont bővül. Sokszereplősé válik az egészségügynek a páciens gyógyítására koncentráló aspektusa, egyéb aspek-

tos vonásokat mutat fel, amelyeket egy másik tanulmányban tártam fel.² Jelen fejtegetés szempontjából talán a legfontosabb annak kiemelése, hogy a német orvosi és bioetika egyaránt a demokratikus, plurális értékeket tartalmazó (elfogadó, toleráló-gyakorló és legitimáló) modern társadalom realitását, ennek etikai és jogi normáit, illetve a beteget mint személyt megillető jogok egyre növekvő jelentőségét tekinti irányadónak. Ez a szociokulturális perspektíva különösen érvényes a bioetikára, amely a szóban forgó téma, az orvos-páciens kapcsolat szempontjából is szükségesnek tartja a medikális kontextustényezőkön *túli*, szélesebb és komplexebb társadalmi etikai és jogi normák, illetve kontextusok tematizálását, meggyökeresítését és a napi praxisba való átültetését a német társadalomban. A német bioetika széles körű intézményesülése az elmúlt 10–15 évben e tudás-terület 1980-as években induló fontosabb fejlődési szakaszainak egyfajta lezárását jelenti. Ugyanakkor a törvényalkotók számos bioetikailag már többé-kevésbé tisztázott kérdés jogi rendezésének kihívásával szembesülnek. Példa erre a várhatóan 2016 novemberében elfogadásra kerülő Sterbehilfe (halálba segítés)-törvény. A közvetlen és a közvetett Sterbehilfe különböző variánsai közötti viták ma is állandóan napirenden vannak és széles közvélemény előtt zajlanak, az írott médiában vagy a tévéadások fő műsoridejében. A német társadalom egészség- és betegségtudatának önmagában is magas szintjét jelzi ez a tény, mint ahogy az is, hogy a közjegyző által hitelesített rendelkezések száma a saját halálról egyre szaporodik. Az előregedő német társadalom tagjai növekvő számban készülnek az életvégi lehetséges nehéz helyzetekről idejében, még tudatuk teljes birtokában és törvényesen rögzített formában dönteni. Ez a tény kifejezi az elmozdulást az orvos-páciens kapcsolatban az erős orvosi paternalizmustól a páciens önmeghatározása irányába: egyre többen vallják a saját halálról való szabad döntés jogát.

A fogalomhasználat önmagában is jelzi a koncepcionális különbségeket és az eltérő fejleményeket a magyar helyzettel összevetve. Elegendő itt csak arra hivatkoznunk, hogy a magyar köznyelvben és részben a szakiro-

tusokról (pl. a finanszírozás vagy a szűkösen rendelkezésre álló szervek igazságos elosztása) nem is beszélve.

² Rózsa 2015.

dalomban, valamint a kórházi, illetve klinikai gyakorlatban a „*beteg*” kifejezés használata teljesen természetesnek tűnik. A német szakirodalomban viszont, legyen az orvosi etikai vagy bioetikai irányultságú, csak elvétve fordul elő a beteg (*Kranke*) kifejezés. Többnyire a „*páciens*” megjelölés használata jellemző az orvoslás gyakorlatában is. Tovább árnyalja a fogalomhasználatot, hogy részben amerikai, részben hazai viták, főként azonban a plurális életformákat elfogadó, toleráló, legitimáló társadalmi realitás hatására a páciens „*személy*”-státusza egyre nagyobb jelentőséget nyer az orvos-páciens kapcsolat etikai vonatkozásainak vizsgálatában Németországban.

A „*beteg*” kifejezés eleve negatív tartalmakat sugall, és önkéntelenül olyan fogalmi asszociációkat idéz elő, amelyek a kiszolgáltatottságot, a ráutaltságot, az alárendeltséget hangsúlyozzák. Ebben a kifejezésben semmi utalás nincs arra, hogy egy személyről lenne szó, aki történetesen valamilyen természetű betegség állapotába került, amely állapot viszont (többnyire) nem szünteti meg automatikusan a személystátuszát. A fentiek miatt a magyar kifejezés, „*az orvos-beteg*” kapcsolat szemantikája eleve paternalisztikus jellegű: elfedi, vagy teljesen figyelmen kívül hagyja a pácienshez mint személyhez tartozó elidegeníthetetlen jogokat és normákat.

Az *aszimmetria* az orvos (illetve az érintett egészségügyi szereplők) szaktudása révén eleve adott. Ám a hazai gyakorlatban a szaktudás alkalmazásán túl is érvényesül, átszövi az egész orvos-páciens kapcsolatot. Az egészségügy labirintusába bekerülő beteg a teljes kiszolgáltatottság helyzetét kénytelen megtapasztalni, amelyen lényegében semmit nem változtat az ún. tájékoztató beszélgetés sem, ami többnyire az orvos jogi biztonságát garantáló nyomtatvány aláírásában merül ki. A beteg a magyar egészségügyi intézményekben gyakran nem a saját személyét megillető normák és jogok tudatában lévő félként, páciensként, személyként kerül kapcsolatba az egészségügyi személyzettel. Ez nem csak idő kérdése, ami az egészségügyben köztudottan a legnagyobb hiánycikkek egyike. Sokkal inkább történelmi-civilizációs deficitekkel terhelt kontextusról van szó, hosszú tradícióval rendelkező, megrögzült, a változó körülményekhez alkalmazkodni képtelen magatartási mintákról az orvostársadalomban, de a beteg magatartásában is. A hatékony és humán modern orvosláshoz elengedhetetlenül hozzátartozó és azzal adekvát magatartási minták helyett

a történelmi-civilizációs és szocializációs deficitekkel teli, egy hierarchikus, zárt, magasabb rendű társadalmi réteg képét közvetítő magatartási megnyilvánulások még mindig jellemzőek, amelyek gátolják a korszerű és adekvát interakciós formák kialakulását és elterjedését. Holott erre nemcsak a páciens részéről lenne igény, hanem az orvostársadalom fiatalabb generációjának tagjai részéről is. Ez a magatartási anomáliákkal terhelt helyzet mindmáig rányomja bélyegét a magyar egészségügy szereplőire, interakciós formáira, ezek közül különösen az orvos-beteg/páciens kapcsolatra. Márpedig az orvosról és az orvosi hivatásról változóban lévő kép letisztulása és helyére kerülése az egészségügy minden szereplőjének érdekében áll. Természetesnek és magától értetődő feltevésnek tartva azt, hogy a páciens gyógyulása és a beteg jóllétének szándéka és akarása, a hippokratészi alapelvek egyike továbbra is a medicina megkérdőjelezhetetlen, elsődleges értékének számít.

E problémák beazonosítására és artikulálására a komplex kontextusokat integráló, interdiszciplináris bioetika sokkal inkább lehetőséget kínál, mint az orvosi etika, amely az orvos-beteg/páciens duális kapcsolatára koncentrál. Ennek ellenére megkerülhetetlennek látszik az orvosi etika nézőpontjából kiindulni: ez nyújtja az első fogódzókat az orvos-páciens kapcsolat lényegi vonásainak feltárásában. Ugyanakkor néhány összefüggésben utalni fogunk a bioetikai perspektíva ezen túlmutató normatív és a konkrét praxist orientáló további elemeire és aspektusaira.

Orvos-páciens kapcsolat – orvosi etikai nézőpontból

Az orvoslás cselekvési tereinek centrális interakciós történései az orvos-páciens kapcsolaton alapulnak, amely kapcsolat különböző szakterületek (medicinatörténet, egészségszociológia, medicinális jog, orvosi etika stb.) normatív és empirikus kutatásainak tárgya. Ez az állítás az orvosi etika kiindulópontja. Történeti perspektívában különbséget tesznek a segítő és a beteg viszonyának spontán vagy ösztönös, empirikus, mágikus-vallásos és tudományos formái között. Bár különböző történelmi korszakokban különböző formák és vegyes formák érvényesültek, ma az antikvitásból származó hippokratészi medicinában és előzményeiben kialakult orvos-páci-

ens kapcsolat uralja az orvoslási gyakorlatot.³ Álljon itt egy, a biomedicinális összefüggést preferáló kiegészítő megjegyzés, amely arra figyelmeztet, hogy más kultúrákban is voltak hasonló előírások. A taoista orvos Sun Simiao a 7. században, a konfucianus Gong Tingxian a 15. században rögzítette tanait az orvosi cselekvések etikai alapvetésére vonatkozóan. A paternalista tradíciónak megfelelő tanokról van szó, amelyben a konfucianus orvosi etika a hippokratészzel találkozik. Ezek a mértékadó nézetek és Paracelsus munkásságának lényege abban van, hogy az orvoslást mint empirikus tudományt emancipálták a filozófia generalizáló hatása alól, ugyanakkor a kísérleti eredményeket visszacsatolták a filozófiai ethoszhoz.⁴ Ez példa arra is, hogy nemcsak a 20. században, hanem jóval korábban merültek fel kérdések az újabb természettudományos és biotechnológiai eredmények fényében az orvosilag megengedhető etikai határookra vonatkozóan. Ez a belátás megválaszolando kérdéseket vet fel arra vonatkozóan, hogy milyen határok között és milyen értelemben marad releváns a hippokratészi eskü a Hippokratész utáni medicinában. Konkrét medicinális fejlemények és esetek kapcsán ma is tovább zajlik ez az alapvető jelentőségű vita az orvosi etikán és a bioetikán belül, illetve közöttük is.

Németországban a 20. század utolsó évtizedében az orvosi etikában a felvilágosítás és tájékoztatás, illetve a döntéshozatal elemzései képezték az orvos-páciens viszony tudományos vizsgálatának súlypontját. Az orvosi etikában az orvos-páciens mikrokapcsolat kereteiben elemezték a változásokat. Ám ez a kapcsolati és interakciós forma nem választható le az utóbbi évtizedek azon társadalmi változásairól, amelyek a demokratikus értékek, a személy mint önérték és az életformák pluralitása elterjedésében ragadhatók meg. A páciens autonómiájának tiszteletben tartása és az önmeghatározásra/önrendelkezésre való joga,⁵ mindennek a társadalmi elfo-

³ Az alábbi kifejtésben nagymértékben támaszkodtam Jan Schildmann és Jochen Vollmann megfelelő szócikkére, amely a legújabb összefoglaló írás erről a témáról. Vö. *Arzt-Patient-Verhältnis*. In Sturma–Heinrichs 2015, 194–199.

⁴ Sass 2006, 6. – Ebben a tanulmányban e kötet tanulmányaira is támaszkodtam.

⁵ A *Selbstbestimmung* terminus magyar megfelelőjeként mind az önmeghatározás, mind az önrendelkezés jelentés alkalmazása tűnik a megfelelő fordításnak. Vö. ehhez: Rózsa 2011, 7. és 11. lábjegyzet, 49. és 51.

gadottsága és a jog eszközeivel történt/törtendő legitimálása és erkölcsi normaként való megerősítése lett az etikai-normatív vizsgálódások másik centruma, amely vizsgálódások a jelzett folyamatoknak az orvos-páciens kapcsolatra gyakorolt differenciált hatásaira koncentrálnak. Ám nem csak a beteg státusza módosult a fenti fejlemények eredményeként, amikor páciensstátuszt nyert, akinek a személyéhez beteg állapotában is tiszteletben tartandó jogok járnak. Ezen túl a hagyományos orvoslás munkafeltételei és teljesítőképesége is alapjaiban változott meg a 20. században: a specializálódás, a szakorvosi képzés, a teammunka, a betegbiztosítás stb. új paramétereket jelentenek a medicinális praxis számára. A fentiek eredményeként a *hagyományos orvosi praxist és etikát* a szélesebb – társadalmi, technológiai, jogi, etikai stb. – kontextusban felmerülő kérdések és problémák sokasága a *biomedicinális* és *bioetikai* elmélet és praxis irányába tolták el: egyre inkább elfogadottá vált, hogy az orvoslás új módjait és terápiáit ebben a tág és komplex kontextusban lehet és kell megfelelően értelmezni.

Ha túlzónak és nem egészen adekvátnak tűnik is Hans-Martin Sassnak, a német bioetika doyenjének alábbi reménykedése, mégis idézzük fel annak érzékeltetésére, hogy milyen változások indultak el a német társadalomban az orvos-beteg kapcsolat területén kb. negyedszázada! Sass így fogalmaz: „Reménykedjünk abban, hogy egy olyan páciensorientált medicina jön létre, amelyben a páciens vilásképe ugyanolyan befolyást gyakorol a diagnózisra, a prognózisra és a terápiára, mint a vérképe. Abban is reménykedjünk, hogy azon etikai problémák iránti érdeklődés, amelyek a medicinával, az egészséggel, a betegséggel függenek össze, hozzájárul a jobb páciensetikához, valamint az egészséggrizikókban és ezek elkerülésében való tájékozottság növekedéséhez. Nem az elmélet javai, hanem az abból táplálkozó praxis javai döntenek végső soron a jó vagy a rossz medicináról.”⁶ Ezt az alternatívát Sass abban az összefüggésben javasolja, hogy az orvosi felelősség és a páciens autonómiája közötti feszültségekre, amelyek részben az újabb technológiai fejlemények következményei, az orvoslás gyakran úgy reagál, hogy *agresszív apparátusmedicinába* menekül, a rendkívül bővülő technológiai lehetőségeket kihasználva. A páciens

⁶ Sass 2006, 16.

számára ez gyakran a túlkezelés veszélyét hozza magával (a sugárkezelések pl. jellemzően ebbe a körbe tartoznak). Ezt az etika deffenzív pozíciója is lehetővé tette a múlt század 80-as és 90-es éveinek fordulóján. Márpedig Sass megfogalmazása szerint az etikának is offenzívvé kell válnia, és rá kell kérdeznie arra, hogy szabad-e etikusan azt tenni, amire technikailag képesek vagyunk?⁷ Az *offenzív etika* Sass fogalomhasználatában a páciens olyan értelmű támogatását jelenti, miszerint értéképpolyan fontos kell, hogy legyen, mint a vérképe, s a differenciáldiagnosztikában egyenjogú státuszt kell kapnia pl. az angioszkópiával. Az orvosi diagnosztikai adatok ugyanis nagyon keveset árulnak el az egészség, a betegség, a fájdalom, a jóllét, a nem jóllét komplex tényállásáról. Ha Sass követelése nem is valósult meg teljes mértékben, az azonban vitathatatlan tény, hogy az orvos-páciens kapcsolat a német egészségügyben jelentős mértékben *elmozdult egy bioetikailag is orientált korszerű orvosi etika alapelvei és praxisa irányába*. A 90-es évektől fellendülő német bioetikai kutatások, projektek támogatása, az intézményi formák és keretek kiépítésének korszaka az új évezredben önmagukban is jelzik ezt a változási irányt.⁸

A biomedicinális praxis

Az utóbbi évtizedek orvosi etikai vitáira hatással voltak a bioetikai viták mellett a jogi fejlemények is, amelynek eredményeként a páciens jogainak megerősítésére került sor az orvosi etikában.⁹ E kontextusokban formálódott ki a tájékoztatáson alapuló beleegyezés (informed consent; informierte Einwilligung) követelménye, amelyet először embereken végzett orvosi kísérletekben a kísérleti alanyokra alkalmaztak, s mára az orvoslási gyakorlat természetes elemévé vált.¹⁰ A beteg tájékoztatása és a beavatkozás-

⁷ Uo. 8.

⁸ Ehhez részletesebben vö. Rózsa 2015.

⁹ Vö. Schildmann–Vollmann 2015, 194.

¹⁰ A „tájékoztatáson alapuló beleegyezés” kifejezés használatában Kőműves Sándor fordításához csatlakozom. Ti. ez a kifejezés pontosabban adja vissza az angol és német nyelven elterjedt, illetve a magyar jogi nyelvben is használatos „tájékozott beleegyezéssel” szemben a kifejezni kívánt tartalmat.

ba való beleegyezése, ennek alapos, megfontolt, a tényezők mérlegelésén nyugvó előkészítése ma az orvosi cselekvés etikai és jogi alapvetését képezi.

Az alábbiakban a következő idetartozó témaköröket vizsgáljuk:

1. Az orvos-páciens kapcsolat szociológiai aspektusai
2. Az orvos-páciens kapcsolat különböző modelljei
3. Az orvosi etika empirikus kontextustényezői
4. Aktuális orvosetikai viták az orvos-páciens kapcsolatról a modern medicinában.

1. Az orvos-páciens kapcsolat szociológiai aspektusai

Az orvos-páciens kapcsolat az egészségügy legkisebb interakciós rendszere, amely a huszadik század közepétől koncepcionális és empirikus szociológiai vizsgálatok tárgya.¹¹ Az orvosi hivatást gyakorlók rétegének példáján dolgozták ki a szociológiában a professzionalitás identifikálását, ami a szociológia egyik súlypontja lett. Emellett számos kutatást végeztek az orvos-páciens kapcsolat strukturális jellegzetességeiről, valamint azokról az elvárásokról, amelyek az orvos- és a páciens szereppel kapcsolatban felmerülnek. Az aszimmetrikus orvos-páciens kapcsolat szerkezeti jegyei közé tartozik az orvosi szakértők és a páciensek közötti információs távolság, valamint az ezzel kapcsolatos definíciós hatalom és a döntéshozatal irányítása az orvos részéről. Az orvos- és a páciens szerep jellegzetességeit Talcott Parsons dolgozta ki több mint fél évszázaddal ezelőtt.¹² Eszerint az orvosi szerep többek között *univerzalizmusra kötelez* a páciensekkel való egyenlő bánásmód értelmében, továbbá *funkcionális jellegre* azon dolgok vonatkozásában, amelyekről az orvos-páciens kapcsolat keretében tárgyalnak, valamint *érzelmi semlegességre*. Azok a pácienssel szembeni normatív szerepelvárások, amelyeket Parsons az orvosi szerephez kapcsolódva megfogalmazott, többek között olyanokat tartalmaznak, mint az or-

¹¹ Az orvos-páciens közötti interakció különböző, változóban lévő aspektusainak az etikai tanácsadás és a jogalkotás szempontjából történő elemzéséhez vö. Vieth 2006, 24–26.

¹² Parsons 1951.

vosi előírások betartásának kötelezettsége a páciens részéről és a mindennapi tennivalók, pl. a háztartási munka vagy a hivatásbeli tevékenység alóli mentesség.

Parsons megfontolásait az orvos-páciens kapcsolatról különböző okokból kritizálták. Nem sokkal Parsons művének megjelenése után közzétett egyik kritika a krónikus betegségek hiányos leképezésére hivatkozik Parsons modelljében. Ám éppen a krónikus megbetegedések esetében jöhet szóba a szakértői tudás módosulása. A páciensek a megbetegedés menetében ugyanis szakismereteket nyerhetnek a tünetekről, a diagnosztikus módszerekről és a lehetséges terápiás eljárásokról. Ezeket az ismereteket az orvos-páciens kapcsolat keretében figyelembe kell venni. Az orvosi teljesítmények kibővült spektruma, a javulás növekvő kínálata és esélyei, az orvosilag nem beteg állapotok javulását is beleértve, további okként nevezhetők meg arra, hogy a Parsons által konceptualizált orvos-páciens kapcsolat csak korlátozottan hozható összhangba a modern egészségügyi és betegellátás adottságaival. Másként fogalmazva: a múlt század közepe táján szociológiai szempontból releváns modell érvényességét az orvoslás technológiai fejleményei, illetve jogi és etikai paramétereinek differenciálódása és átalakulása (pl. a tájékoztatáson alapuló beleegyezés elterjedése) megkérdőjelezték, illetve korlátozták. A változásoknak ez az iránya és jellege az egészségügy szereplőit, illetve ezek cselekvési és interakciós formáit érintő újabb szociológiai paraméterek felállítását, és az ezeknek megfelelő modellek kimunkálását valószínűsíti.¹³

A medicina szerkezeti változása és ennek az orvos-páciens kapcsolatra való kihatása viszont korántsem zárult le. A változásokról alkotott mai képnek ezért csak időben behatárolt érvényessége lehet, az orvoslás technológiai tényezőiben szakadatlanul zajló haladás, valamint a szociális-ökonomiai változások közötti folyamatos interakció keretei között.¹⁴

¹³ Vö. Schildmann–Vollmann 2015, 195.

¹⁴ Wolff 2006, 184.

2. Az orvos-páciens kapcsolat különböző modelljei

A természettudományok és a biotechnológia fejleményei által befolyásolt és egyre inkább alakított medicina sikerei, a kórházak és az intézményesített egészségügy egyéb létesítményeinek megalapítása és elterjedése, az államháztartásból finanszírozott egészségügy kiépítése, valamint az orvosi társadalom professzionalizálódása azok a tényezők, amelyek az *asszimetrikus orvos-beteg kapcsolatot hozták kedvező helyzetbe*.¹⁵ Ezzel szemben az 1960-as évek elejétől kezdve a polgárok, illetve a személyek jogai tiszteletben tartásának követelése az orvosi intézkedésekre vonatkozó döntésekre is kiterjedt.¹⁶ Ennek hatására vezették be a klinikai gyakorlatba a *tájékoztatáson alapuló beleegyezés* követelményét.¹⁷ A tájékoztatáson alapuló beleegyezés keretében az *önmeghatározásra/önrendelkezésre* képes betegnek megfelelő *információk* birtokában abba a helyzetbe kell kerülnie, hogy olyan döntést hozzon, amely összhangban van *saját személyes értéképzeteivel*. A döntésnek azonban *saját szabad* akaratból kell történnie, megengedhetetlen befolyástól vagy manipulációtól mentesen. Az *autonómia* etikai elve a páciens önmeghatározása/önrendelkezése értelmében, valamint a beteg akaratának tiszteletben tartása számos etikai tételeben elsőbbséget élvez más etikai elvekkel szemben, mint pl. a jótékonykodás, a jótétevés.¹⁸

Ezek a változások alapjaiban kihatottak az orvos-páciens kapcsolatra, annak korábban érvényes modelljeire.¹⁹ A német szakirodalomban, részben angolszász hatásra, különböző modelleket különítettek és különítenek el. Első lépésben idézzük fel Hanns P. Wolff három modelljét! Wolff először 1989-ben publikált írásában mindenekelőtt arra figyelmeztet, az orvoslásban alapvető szerkezeti változások zajlanak, amelyek még nem zártultak le. Ilyen körülmények között nincs szükség új normák felállítására a medicinában, hanem a cél sokkal inkább az állapotfelmérés a modellek

¹⁵ Vö. Beauchamp–Faden 2008, 111–114; illetve Vollmann 2008.

¹⁶ Vö. a paternalizmus vitáról a legújabb etikai és jogi aspektusokat átfogó, összefoglaló írást: Drüber–Gutmann–Quante 2015, 122–128.

¹⁷ Vö. Vollmann 2008; valamint Heinrichs 2015, 58–65.

¹⁸ Vö. Vollmann 2008.

¹⁹ Vö. Siegrist 1998.

megfogalmazásakor.²⁰ A medicina e változóban lévő *realitására* kell támaszkodnunk, s nem pszichológiai vagy másfajta *konstrukciókat* létrehozunk, amikor az orvoslás etikai alapelveit akarjuk megfogalmazni – hangsúlyozza Wolff.

A korábbi generációkban az orvos-páciens kapcsolat erősen paternalisztikus jellegű volt, amely az orvos szakmai és emberi tekintélyére alapozódott.²¹ Feladatát abban látta, hogy a beteget vezesse annak legjobb érdekében. A beteg egy bizalmon nyugvó alárendeltséget hozott be ebbe a viszonyba. Vagyis a szakmaiságon alapuló, eleve adott aszimmetrián túl a kapcsolat szociális értelemben is hierarchikus jelleget öltött. Laikusként nem várt el felvilágosítást a beteg, és nem volt ahhoz hozzászokva, hogy megkérdőjelezzen orvosi utasításokat. A medicina szekularizálódása, technicizálódása és ökonomizálódása egyfelől, másfelől a pluralista társadalom értékváltozásai és a polgárok önmeghatározása kezdte el aláásní ezt a hagyományos viszonyt. Mindez magával vonta az orvos és a páciens önképének megváltozását.

A fenti változások következtében az orvos-páciens viszony három, egyénileg variálható formája kristályosodott ki Wolff megfogalmazása szerint:

1. *A hippokratészi modell* vonatkozási területe a szükség és a segítségre utaltság antropológiai alaphelyzete.²² A segítségnyújtási kötelezettség ebben a modellben a hippokratészi hagyomány orvosi paradigmájának része. Ez a forma a páciens egzisztenciális fenyegetettsége állapotában, többnyire spontánul lép fel. A páciens szerepe passzív, vagy azért, mert fizikailag vagy pszichikailag képtelen az önrendelkezésre, vagy azért, mert önkéntes korlátozásból az orvos kezébe adja magát. Az orvos szerepe viszont aktív. Akut helyzetekben, pl. baleseti ellátásnál, sürgős operációknál vagy az

²⁰ Az orvoslás szerkezeti változásához vö. Wolff 2006, 184–192.

²¹ Uő 206.

²² Vö. Wolff 2006, 206–207. Habermas is hivatkozik sokat vitatott bioetikai könyvében erre az antropológiai alaphelyzetre, az ember testi-természeti-biológiai létéből eredő egzisztenciális ráutaltságra és kiszolgáltatottságra. Ebben az összefüggésben a morális rend törekeny konstrukciónak bizonyul. Vö. Habermas 2005, 62–69. Vö. ehhez: Rózsa 2014.

intenzív osztályon ez a modell érvényes. A szükséges beavatkozás a kimenetel esélyeitől függetlenül történik. A páciens tartós egzisztenciális fenyegetettségkor, pl. bizonyos rosszindulatú daganatos betegségek vagy az AIDS esetében az emberi odafordulás kerül az orvosi ellátás előterébe. Ilyen helyzetekben az orvos paternalista döntései értelmesek, esetenként elkerülhetetlenek, és ha racionálisan megalapozhatóak, akkor etikailag igazoltak. Elvégre a hippokratészi eskünek is egy felelősségetika képezi az alapját: magában foglalja az orvos szakmai és emberi felelősségét és ezáltal azt, hogy adott esetben kész a páciens jóllétét a saját érdekei fölé rendelni.

2. *A szerződéses modell* ott élvez hallgatólagos érvényességet, ahol az orvos mint orvosi szolgáltatásokat nyújtó ajánlattevő és a beteg mint a szolgáltatások iránt érdeklődő kapcsolatba lépnek egymással.²³ Olyan speciális diagnosztikai vagy terápiás szolgáltatások esetében kerül erre sor, amelyekben az orvos és a páciens kapcsolata csekély. Példa erre a labormedicina, a sugárdiagnosztika, a sugárterápia, az aneszteziológia vagy az endoszkópia. A páciens az orvostól időben behatárolt reparáló szolgáltatásokat vár el. A szerződéses modell egyenlő módon veszi figyelembe mindkettőjük érdekeit. Sok vonatkozásban hasonlít ez a modell az ügyvéd és az ügyfele kapcsolatának modelljéhez. Azonos elveken nyugszik a két modell: a kliens autonómiája, az őszinteség, a bizalom tartoznak ezen elvek közé. A kliens érdekeinek védelmére vonatkozó professzionális kötelezettség az előzetesen egyeztetett szakmai szolgáltatások teljesítésére korlátozódik.
3. *A partnerségi modell* abból a tapasztalatból vezethető le, hogy gyakori krónikus megbetegedéseknél, mint a cukorbetegség, a magas vérnyomás, a veseelégtelenség, a javuláshoz az orvos és a páciens hozzájárulására és teljesítményére egyaránt szükség van.²⁴ Az orvos tanácsadó szakértőként lép fel, a beteg pedig aktív, saját felelősséggel rendelkező munkatárs. Elvárják tőle a megállapodá-

²³ Wolff 2006, 207–208.

²⁴ Uo. 208–209.

sok betartását, valamint a rendszeres önmegfigyelést és önkontrollt, az adatok rögzítését pl. a vérnyomásról, a pulzusról, a test-súlyról. Ebben a modellben az orvos segít a betegnek abban, hogy az saját magán segíthessen. Hasonló együttműködési modellek érvényesek a preventív medicinában vagy a pszichoterápiában. Ez a modell annál sikeresebb, minél inkább hasonlít egymáshoz az orvos és a páciens képzettségben, intelligenciában, élettapasztalatban. Ha az orvos érdektelen és képtelen ilyen kapcsolatra, akkor eleve sikertelen ez a modell. A partnerségi modell etikai strukturálásában elsőbbséget élvez a páciens önrendelkezési joga és a saját magával szembeni felelőssége, illetve az önfegyelem igénye, valamint az orvos részéről a szakmai kompetenciáján túllépő felelősség. Ez utóbbi főleg akkor érvényes, ha az orvos hosszabb időtartamú kötődést alakít ki a pácienssel, és adott esetben a páciens saját magával szemben kell megvédenie.²⁵

Mindegyik modell konkrét szituációra vonatkoztatott kommunikációs keretként értendő, amelyen belül az egyes orvos-páciens kapcsolat a maga egyediségében és egyszerűségében bontakozik ki. A különböző modellek között vegyített formák lehetségesek, az egyik modell átmehet egy másikba. Egy magas vérnyomásban szenvedő beteg friss infarktussal a klinikai kezelés fázisában a hipokratészi modell védelme alatt tudhatja magát. Ám az ehhez kapcsolódó hosszabb időtartamú kezelés idején a különböző paraméterek önkontrolljára is szükség lesz, aminek realizálása célszerűbb a partnerségi kapcsolatban.

Ezen modellek között kerülendő az összehasonlító etikai értékelés. Mindegyik meghatározott körülményeknek felel meg és ezek között alkalmazandó, és más feltételek mellett lehet nem megfelelő. A legmagasabb követelményeket a hippokratészi modell állítja fel az orvossal szemben. Napjainkban az orvosi szolgáltatások anonimizálódása és eltárgyasítása zajlik, ezért ez a modell veszélyeztetett helyzetbe kerül. E trend alapján a szerződéses modell terjedése prognosztizálható a mindennapi orvoslásban. A partnerségi modell jelentősége abban a mértékben fog növekedni,

²⁵ Uo. 209.

amilyen mértékben a páciens önmagával szembeni felelősségét mind ő, mind az orvos elfogadja. Ha nem sikerül a medicinában zajló technikai haladást és az alkalmazott etikát egy integrált koncepcióban egyesíteni, akkor a medicinának nagy problémákkal kell szembesülnie. Mert a medicinának az etikai, és nem a technikai profilja lesz a meghatározó tényező annak a bizalomnak a mértékében, amelyet a társadalom vele szemben és a beteg az orvossal szemben kifejez. Ennek a bizalomnak az elnyerése és védelme előfeltételezi, hogy minden szereplő számára felismerhetően a *szakmai kompetencia és a (többszereplős) etikai reflexió* együttesen irányítják a döntéseket és a cselekvéseket a medicinában.²⁶

További megkülönböztetési alap az orvos-páciens kapcsolatban a tájékoztatás és a döntéshozatal ideáltipikus modellképzetei, amelyeket Schildmann és Vollmann az orvos-beteg kapcsolat különböző formáira alkalmaznak.²⁷ Az etikai-normatív elhatárolásban az Ezekiel Emanuel és Linda Emanuel által kidolgozott kritériumokhoz kapcsolódik.²⁸ Az alábbi kritériumokról van szó: 1. az orvos-beteg közötti interakció célja; 2. a döntéshozatalban részt vevő orvosok és betegek feladatai; 3. a döntés ellenőrzésének hozzárendelése.

Paternalisztikus döntéshozatal: A paternalisztikus döntéshozatal, amelyet az irodalomban hippokratészi modellnek is neveznek, azt a célt tűzi ki, hogy olyan döntést hozzanak, amely a beteg egészségi értelemben vett *jóllétét a lehető legjobban* szolgálja. Az orvos feladata, hogy ennek megfelelő terápiát javasoljon, amely a rendelkezésre álló szakmai ismereteken, valamint saját klinikai szakmai tudásán és tapasztalatain alapul. A beteg jólléte a modell elképzelése szerint objektív. A páciens szerepe összekapcsolódik az egészséget előnyben részesítő magatartási módok és életvezetés betartásával, aminek támogatnia kell az előrelátható kezelések sikerességét. A játékonkodás (jóttevés) etikai alapelve elsőbbséget élvez a beteg autonómiájának etikai elvével szemben.

²⁶ Uo. 210.

²⁷ Vö. Schildmann–Vollmann 2015, 195.

²⁸ Emanuel–Emanuel 2008, 101 és 104.

Tájékozottságon alapuló döntéshozatal: Az orvos-beteg interakció célja a beteg tájékozottságon alapuló döntése, amelynek bázisa 1. lehetőleg átfogó ismeretek a rendelkezésre álló medicinális opciókról; 2. a saját értékképzeteinek való megfelelés. Ezt a modellt az irodalomban „szerződéses modellnek”, „tanácsadási modellnek”, „tudományos modellnek”, „fogysztói modellnek” is nevezik. Az orvos feladata az, hogy a döntéshozatal számára releváns információkat adjon. A beteg feladata a megkapott információk mérlegelése, valamint az orvosi beavatkozásról való döntés. Ezen modell szerint az egészségvonatkozású döntések tekintetében a preferenciák ismertek a beteg számára, illetve konstansak és ugyanakkor egyénileg különbözőek. Az orvos értékképzetei nem befolyásolhatják a döntést. A döntéshozatal ezen modelljének *központi értéke a páciens autonómiájának* etikai elve, ami fölötté áll a páciens orvosilag meghatározott jóllétének.

Interpretatív döntéshozatal: Az orvos-páciens interakció célja egy olyan döntés, amely megfelel a páciens preferenciáinak. Ez azt is jelenti, hogy a preferenciák között nem feltétlenül az autonómia élvez elsőbbséget. Az orvos feladata, hogy támogassa a beteget értékképzeteinek tisztázásában, tudatosításában. A páciens értékképzetei ugyanis ezen modell szerint nincsenek rögzítve és csak részben van tudatában saját értékképzeteinek. Ennek megfelelően az orvos elsődleges feladata, hogy segítse az értékképzetek és az ezeknek megfelelő tartás/habitus tudatosítását. Annak érdekében, hogy a beteg olyan döntést hozzon, amely saját preferenciáinak a leginkább megfelel. Az autonómia és a jót tevés viszonyában az előbbi áll előtérben. Vagyis végső soron ez a modell az előzőnek egyik tovább differenciált és finomított változata, akkor is, ha nem az autonómia a páciens legfőbb preferenciája. Elvégre az autonómia jogi védelme és etikai támogatottsága lehet az alapja annak, hogy más természetű értékképzetek esetében sem sérülhet az autonómia elve. Az orvos ebben a változatban *tanácsadóként* áll a beteg/páciens mellett egy olyan döntés keresési folyamatában, amely döntés a beteg/páciens saját preferenciáinak a leginkább megfelel. Az orvos kötelessége az autonómia elvét akkor is védelmezni és biztosítani, ha az nem szerepel a páciens közösen beazonosított, tudatosított preferenciái között.

Deliberatív döntéshozatal: Az orvos-páciens interakció célja itt egy olyan döntés, amely mind a páciens személyes értékképzeteit és ennek megfelelő tartását, habitusát, mind az egészségvonatkozású, orvosilag definiált értékeket figyelembe veszi. Az orvos feladata, hogy a terápiáról való döntéshozatal számára releváns információk közvetítése után részt vegyen a pácienssel folytatott diskurzusban. Ennek lefolyásában egészségvonatkozású, részben a beteg által bevont értékképzetek megnevezésére és mérlegelésére kerül sor. Az orvosnak meg kell győznie a páciens egészségileg releváns értékekről, ugyanakkor a manipuláció vagy a kényszerítés minden formája elkerülendő. Az autonómia és a jótétel viszonya szempontjából az orvos a barát vagy a tanító szerepét veszi át, aki saját értékképzeteit, ilyen jellegű tartását és habitusát is behozza a döntési folyamatba.

Az ideáltipikus orvos-páciens kapcsolat meghatározása és fogalmi lehatárolása elsődlegesen a *páciens autonómiájának* és a *jót tevésnek* az etikai elvein orientálódik. Tom L. Beauchamp és James F. Childress²⁹ négy elvének tételéhez kapcsolódva, a fenti két etikai elv (a jót tevés és az autonómia) mellett a *nem ártás* elve és az *igazságosság* veendő figyelembe a *középszintű etikai elvek* vonatkozásában. Ezen elvek segítségével lehet vizsgálni és értékelní az orvos-páciens kapcsolat etikai problémáit. A *nem ártás* (Non-Malefienz; Nichtschaden) elvét gyakran a legfontosabb normának tartják az orvosetikai vitákban. A másik félle szembeni szándékos károkozásról való lemondás kötelezettsége az orvos-páciens kapcsolatban létrejövő bizalom alapja. Emellett az orvos kötelezettsége és elköteleződése a *nem ártás* elvének parancsa mellett előfeltétele mind az orvosi hivatás tekintélyének, mind az orvos kompetenciájának. Példa erre a páciensről való személyes és bizalmas információkhoz való hozzájutás és annak etikailag megfelelő kezelése.

Az *igazságosság* etikai alapelve az orvos-páciens viszony vonatkozásában részben lefedhető az univerzalizmus Parsons által kialakított szerepnormájával. Ebben az értelemben a helyesen cselekvő orvos feladata az, hogy minden páciensét megfelelően kezelje, és ne tegyen megalapozatlan

²⁹ Beauchamp–Childress 2013.

különbséget az egyes betegek között. Azonban konkrét gyakorlati kihívást jelent a szűkös eszközök és tartalékok elosztásakor az orvosok számára az igazságosság elvének érvényesítése a klinikai gyakorlatban. A racionalizáló-megszorító intézkedések, mint pl. a korlátozott büdzsé az ambuláns szektorban vagy az ún. Diagnosis Related Groups (DRG) az osztályokon az egyes orvos felelősségi területe: neki kell döntenie, hogyan lehet igazságosan elosztani a páciensek között a rendelkezésre álló javakat és tartalékokat. Ez a magyar egészségügy egyik égető, ha nem a legégetőbb problémája, ami köztudottan a korrupciós formáknak kedvez.³⁰ Nemcsak etikai, hanem megfelelő jogi eszközök bevetése is szükségesnek tűnik ezen égető probléma kezelésére. Ez a valós probléma is alátámasztja azt a többé-kevésbé (sajnos, inkább kevésbé) tudatosított társadalmi igényt, hogy a páciensek betegjogi, személy- és személyiségjogi tudatának kialakulása az igazságosságelv elterjedésének is elengedhetetlen elemei a magyar egészségügyben.

A páciens önmeghatározása, a jótétel, a nem ártás és az igazságosság, vagyis az orvos-beteg kapcsolat négy alapelve azonban nem kizárólagosak abban a vonatkozásban, ha az etikai kihívásokat vizsgáljuk és elemezzük az orvos-páciens kapcsolatban. Egy további alternatív etikai tételt javasolnak az *erényetikai* modellekben (virtue ethics), amelyekben az orvos magatartása és beállítottsága áll a középpontban. Ezt képezi le az orvosi ethosz. Abból kiindulva, hogy az etikai alapelvek alkalmazása végső soron az egyes morálisan cselekvő személyek diszpozíciójától és beállítottságától függ, erényetikai elméleti tételeket javasolnak ezekben a modellekben, amelyek a medicinális etikai ki- és továbbképzés alapvetéséül szolgálhatnak.³¹

Ám attól függetlenül, hogy milyen etikai tételeket és modelleket alkalmaznak az orvos-páciens kapcsolat morális aspektusainak elemzésére, egy konkrét orvos-beteg interakció medicinális etikai értékelése *empirikus kontextustényezőktől* is függ. A következőkben ezt néhány morálisan releváns kontextustényező példáján világítjuk meg.

³⁰ E fejtegetéshez vö. Schildmann–Vollmann 2015, 195–197.

³¹ Pellegrino 2006a. 65–71; valamint uő 2006b, 40–68.

3. Az orvosi etika empirikus kontextustényezői

Az a konkrét kontextus, amelyben a diagnózisra, a kezelési lehetőségekre és a prognózisra vonatkozó információk közvetítésre kerülnek, és amelyben meghozzák a döntéseket, releváns a konkrétan kialakított orvos-páciens kapcsolat értékeléséhez. Emellett figyelembe veendő, hogy egy meghatározott empirikus kontextus célkitűzéséből közvetlenül nem vezethető le normatív értékelés, pl. abból, hogy az orvos milyen kórházi körülmények között, mennyi idő alatt, milyen pontossággal végezte el a beteg tájékoztatását. Akkor sem, ha az egyes esetek összegyűjtése az empirikus elemzés számára fontos adatbázist képez. A morálisan releváns kontextustényezőket helyett etikai normatív koncepciókkal és elméletekkel kell kapcsolatba hozni. Egyszerűen fogalmazva: egyes esetekből nem lehet túl messzire vezető következtetéseket levonni. Ehelyett etikailag normatív alapvetésre támaszkodva, valamint ismert, morálisan releváns tényezők fényében *lehetséges és szükséges* az orvos-páciens kapcsolat orvosi etikai értékelése. Lényeges, hogy ez az értékelés morális információs bázisra is támaszkodik, s nem egyszerűen konceptualizál.

A döntéshozatal fent megnevezett mindegyik modellje számára adottak *orvosi etikai kontextusok*, amelyek a modellek valamelyikét előnyben részesítik. Ez érvényes a paternalisztikus döntéshozatal ma sokszorosan bírált modelljére is. Erre példát nyújtanak azok a szituációk, amelyekben a legrövidebb időn belül kell intézkedni a páciens életének megmentéséért, illetve állapotának stabilizálásáért. Ezekben a szituációkban nincs lehetőség a megfelelő intézkedések kivitelezése előtt a páciens releváns értékképzeleinek és ilyen jellegű tartásának, habitusának bevonására és értelmezésére. Ilyen helyzetekben az orvos azon feltételezés mellett cselekszik, hogy az általa megcélzott életmentés, illetve az élet fenntartása, valamint a károsodások megakadályozása vagy csökkentése összhangban van a páciens preferenciáival és értékhabitusával. Lehetséges, hogy utólag kiderül: ez a premissza nem volt korrekt. Ennek ellenére etikailag igazoltnak tűnik az orvos paternalisztikus eljárása a vázolt szituációban. Az is kétségtelen, hogy nem minden olyan szituációban lehet igazolni az életmentő vagy életet fenntartó intézkedéseket, amely szituációban medicinális perspektívából sürgősen kell cselekedni. Az etikailag nem

igazolható paternalisztikus cselekvésnek lehet egy olyan scenáriója, mint pl. a vérátömlesztés egy olyan betegnél, akiről tudni lehet, hogy egy ilyen intézkedést minden helyzetben elutasít (pl. Jehova tanúi).

A fent jelzett orvosi etikai kontextusok mellett további morálisan releváns empirikus tényezők is belejátszanak az orvos-páciens viszony orvosi etikai értékelésébe. Erre kínálnak példát olyan szituatív tényezők, mint az orvos-beteg kapcsolat tartóssága, illetve időtartama. Így az etikai értékelés számára releváns az a megkülönböztetés, hogy vajon sok éve létező kapcsolat van-e a háziorvos és a páciens között, vagy a klinikára éppen felvett beteg és az osztályos orvos között az első, kezdeti kapcsolatról van szó. Az első esetben az orvosnak lehetősége lenne arra, hogy érvényesítse a páciens preferenciáit a kezelést illetően életveszélyes helyzetben. Lehetséges lenne az is, hogy az orvos a páciens ellátásának lefolyásában megnevezi a páciens ambivalens érzéseit, fenntartásait meghatározott orvosi beavatkozásokkal szemben (pl. irreverzibilis kómába került beteg mesterséges táplálással történő hosszabb távú életben tartása). Az osztályos orvos számára azonban csak korlátozottan lehetséges a páciens preferenciáinak differenciált elemzése az első kapcsolatfelvétel keretében. Az orvosi etikai analízisnek egy ilyen konkrét esetben el kellene ismernie egyfelől az osztályos orvos részéről a szituációfüggő limitációt a tájékoztatás és a döntéshozatal alakításában. Másfelől megoldási tételek kidolgozására van szükség ahhoz, hogy lehetségessé váljon a páciens preferenciáinak etikai perspektívából megkövetelt figyelembe vétele. Ebben az esetben a döntéshozatalt illetően a háziorvos és az osztályos orvos közti jobb együttműködésre vonatkozó javaslatok kidolgozásának szükségességéről van szó.

A strukturális keretfeltételek is morálisan releváns tényezőkként azonosíthatók be, mint pl. egy magas szintű munkamegosztásos kórházi rendszer struktúrája. A mindenkori speciálisan arra kiképzett orvosok különböző diagnosztikai és terápiás intézkedéseinek kivitelezése etikai perspektívából egyfelől pozitívan értékelendő, mivel ezen a módon lehetséges a jó orvosi ellátási minőség támogatása. Másfelől ez a munkamegosztás az orvos-páciens kapcsolatban abban a tekintetben is releváns, hogy az egyes kezelőorvosok számára meglehetősen nehéz, ha nem lehetetlen a beteget érintő összes információ integrálása. Végezetül a rendelkezésre álló idő és

az orvos kommunikációs kompetenciája is empirikus keretfeltételeket képeznek az orvos-páciens kapcsolat etikailag megfelelő alakításához. Ezeket a tényezőket részben az orvos is képes befolyásolni, pl. a kommunikációs kompetenciák javítását célzó továbbképzésen való részvétellel. A játéktér mindazonáltal a rendszerfüggő adottságok miatt behatárolt. Ilyen adottság a beszélgetések honorálása, ennek megoldatlansága.³² Az előre elvárt „hálapénz” a tájékoztató beszélgetésen nyilvánvalóan elfogadhatatlan mind orvosi etikai, mind jogi értelemben. A beteg pácienssé válása, személyi státuszának és az ahhoz tartozó jogoknak a tudatosítása már önmagában is csökkentheti a jelzett kiszolgáltatottságot.

4. Aktuális orvosetikai viták az orvos-páciens kapcsolatról a modern medicinában

Az orvos-páciens kapcsolat alakításában a megfelelő eljárás kiválasztásához mind etikai-normatív, mind klinikai-orvoslási perspektívából elengedhetetlenek a tájékoztató és a döntéshozatal alakításáról szóló *interdiszciplináris* tanulmányok. Konkrét példa erre a *participatív döntéshozatal* (shared decision making/partizipative Entscheidungsfindung). Az orvos-páciens kapcsolatnak e modellje mellett száll síkra az 1990-es évektől sok tudós, orvos, valamint egészségügyileg releváns csoportok képviselői. Az orvos-páciens kapcsolat fentebb referált modelljeitől elhatárolva, ennek a modellnek a fókusza nem a döntésről való kontroll normatív releváns hozzárendelésében van. Sokkal inkább az orvos-páciens kapcsolat *alakítási folyamatának egyes lépéseiben van a lényeg*, amely folyamat egyes elemei/lépései lehetővé teszik a páciens preferenciáinak bevonását a tájékoztatóba és a terápiáról való döntésbe. Ennek a modellnek az orvoslás praxisában való hatásáról átfogó empirikus vizsgálat készült. E kutatás végzői mind szociológiai, mind orvosi etikai perspektívában kritikusan vizsgálódnak a normatív premisszáik vonatkozásában.³³

³² Vö. Schildmann–Vollmann 2015, 197–198.

³³ Vö. Rockenbauch–Schildmann 2011.

Ez a modell erőteljesen támaszkodik mind az autonómiaelvre, mind a biotechnológiai fejleményekre, amelyek az orvosi ellátási opciókat állandóan bővítik és módosítják. Arra a belátásra apellál, hogy az egészségügyi ellátásban alkalmazott új technológiák olyan etikai kérdéseket vetnek fel, amelyeknek komoly jelentősége van az orvos-beteg kapcsolat alakításában is. Nemcsak az orvoslás újabb és újabb technológiai, hanem a változó orvosi tudás szakmai körökön túli elérhetőségének technológiai is részei ennek a folyamatnak. Példaként álljanak itt olyan kérdések, amelyeket az internet lehetséges hatásai idéznek elő a páciens információs és részvételi magatartásában a tájékoztatást és a döntéshozatalt illetően. Vagy olyan kérdések, amelyek a professzionális orvosi tevékenységgel szembeni követelményekre irányulnak, tekintettel a sok esetben problematikus orvoslási információkra az interneten és más médiákban. A telemedicina kihatása az orvos-páciens kapcsolatra, különösképpen az orvos és a páciens közötti redukált személyes kapcsolat etikai aspektusaira további kérdéseket vetnek fel, amelyek jelenleg interdiszciplináris orvosi etikai vizsgálatok keretében modern információs technológiák bevonásával kerülnek feldolgozásra.

Ennek kiegészítéseként további kérdések merülnek fel az orvos-páciens kapcsolat vonatkozásában az orvoslásról nyerhető ismeretek és tudás növekedésének kontextusában. Jó példát szolgáltatnak erre jelenleg a genetikai információk. Stratégiák kifejlesztése ezen adatok megfelelő szakmai betagolásához, valamint ezen információk felelősségteljes integrációjához a klinikai gyakorlatba megköveteli a medicina, az orvosi etika és további szakterületek képviselőinek szoros együttműködését.

Kitekintés

Az orvos-beteg/páciens kapcsolat egyre komplexebbé válik a medicinát befolyásoló-meghatározó, permanenssé vált technológiai és társadalmi változások következtében. E háttér előtt az különösen nem közömbös, hogy a szóban forgó viszonyban közvetlenül érintettek hogyan reagálnak ezekre a változásokra. Az orvos *kizárólagos* szakmai és emberi tekintélyének ideje *lejárt*, nemcsak a nyugati demokratikus, plurális értékorientáció-

jú társadalmakban, hanem a modernizációval és a demokratizálódással (történeti okokból ismétlődően) küszködő *kelet-európai társadalmakban* is. Ebben a régióban az ehhez a változáshoz való megfelelő viszony, a szükséges új magatartási minták, köztük a korszerű orvosszerep elsajátítása-kimunkálása, illetve az önmeghatározási joga tudatában lévő, kellően tájékozott beteg/páciens magatartási mintájának kiformalódása még nem zajlott le. A kölcsönös tiszteleten, az orvosi szakmai kompetencia elismerésén és a beteg mint páciens s mint személy elismerésén alapuló kooperációs formák itt még nem kristályosodtak ki. Régi autoriter minták követése az új helyzetben, amelyben a betegjog és személyiségi jog egyre nagyobb teret kap, meglehetősen visszas helyzetet teremt. Ez az orvost is kellemetlen szituációkba keverheti: szélsőséges esetben akár nevetségessé is teheti a saját kizárólagos autoritásához való merev ragaszkodása. A beteg szándékos kiskorúsítása és egyoldalú, alárendelt helyzetének konzerválása nem szolgálja a közös célt, a beteg egészségének helyreállítását, illetve a közösen megállapítandó feltételek melletti konszolidálását.

A fenti körülmények figyelembevételével a „beteg” kifejezésnek a (német etikában és gyakorlatban is elterjedt) „páciens” kifejezéssel való helyettesítése a magyarországi orvosi etika és praxis egyik sürgető feladatának tűnik. Ez a látszólag jelentéktelen elem valójában jelentős tartalmi változást indíthatna el. A megnevezés megváltoztatása természetesen nem vonja automatikusan magával, hogy attól kezdve a betegeket páciensként és személyként kezelik az egészségügyi intézményekben. De elindíthat egy olyan folyamatot, amelyben az orvos, illetve az egészségügy más szereplői másként kezdenek tekinteni a megbetegedett személyre, aki a páciensünk lett. E folyamat további fontos eleme lehet, hogy a beteg sem csupán betegként tekint önmagára, hanem tudatában lesz személymivoltának és az ezt megillető normáknak (tisztelet, önrendelkezés, tájékoztatáson alapuló beleegyezés stb.) és jogoknak. Nemcsak a betegjogoknak, hanem a személyiségi és emberi jogoknak is, amelyeket ideiglenesen, pl. egy műtét idején fel lehet és kell is függeszteni. Például úgy, hogy erre az időre delegálja e jogai egy részét az orvosra, más jogait a családtagjaira. Anélkül, hogy lemondana ezekről a jogokról, amelyek eltulajdoníthatatlanul

hozzátartoznak személylétéhez beteg állapotában is.³⁴ Egy ilyen irányú változás átforgalmazhatja az eleve aszimmetrikus orvos-páciens kapcsolatot: csökkentheti az aszimmetria kizárólagos dominanciává alakulásának veszélyét, arra a területre szűkítve azt, ahová tartozik: a szakmaiság területére. Az orvos szakmai kompetenciája ilyen módon nem válna, nem válhatna kérdésessé, ugyanakkor nem telepedne rá az orvos-beteg/páciens kapcsolat minden elemére. A szakmai alapokon nyugvó önkorlátozás, a beteg/páciens emberi méltóságának és az őt mint személyt megillető jogoknak a tiszteletben tartása azok az elengedhetetlen feltételek, amelyek teljesülése segítheti a korszerű orvos-páciens kapcsolat kialakítását, az ennek megfelelő érintkezési-magatartási minták kikristályosodását és a közös cél érdekében kialakítandó hatékony együttműködést.

Az emberi méltóság alapelve (a német alkotmányban a legmagasabb értékű norma) és a személyt megillető egyéb normák a társadalmi érintkezési formák magától értetődő elemeivé váltak a nyugati plurális értékeken alapuló társadalmakban. Ez a civilizációs folyamat az egykori keleti tömb országaiban sok tekintetben még várat magára. Ez a történelmi-civilizációs deficitekkel terhelt szociokulturális kontextus mindmáig rányomja bélyegét a magyar egészségügy szereplőire, interakciós formáira, ezek közül különösen az orvos-beteg/páciens kapcsolatra. A medicina plurális elveket valló, az egyének önrendelkezését és jogait elismerő és a gyakorlatban érvényesítő kontextualizálásra a bioetika sokkal inkább lehetőséget kínál, mint az orvosi etika, amely az orvos-beteg/páciens duális kapcsolatára és interakciójára koncentrál. Ugyanakkor a bioetikai többdimenziós, extern megközelítéshez hasznos, mi több: nélkülözhetetlen támpontokat kínál az orvos-páciens kapcsolatot és interakciót mintegy intern módon, behatóan

³⁴ Quante magyarul is hozzáférhető munkái ebben a vonatkozásban is megfontolásra érdemesek. Az erős orvosi paternalizmustól nem egyszerűen a páciens mint személy autonómiája felé való elmozdulást tekinti döntőnek, hanem az együttműködésre való nyitottságot. Ti. a személyes autonómia tiszteletben tartása mellett ennek komplexitását is figyelembe kell venni. A páciens meghatározott életterületekre vagy beavatkozásokra vonatkozóan felhatalmazhat másokat, pl. az orvost, miközben e „másodrendű” választása mellett autonómiája mégis megőrződik. „A személyes autonómiába belefér – egyfajta munkamegosztás keretein belül – az autonómiáról való részleges lemondás is.” Vö. Quante 2010a, 290.

és konkrétan vizsgáló orvosi etika szemléletmódja, valamint esetekre támaszkodó empirikus vizsgálati eredményei.³⁵

³⁵ Ez a tanulmány a WWU Münster KFG-projektjének keretében készült. Ezért a lehetőségért köszönettel tartozom a projekt vezetőinek, akik bizalmat szavaztak ennek az írásomnak is, valamint a kollégáknak a szakmai kérdésekben mutatott segítőkészségért. Köszönet illeti Kőműves Sándort, aki észrevételeivel hozzájárult a szöveg végleges változatának kialakításához.

Irodalom

- Ach, J. S.–Runteberg, C. 2002. *Bioethik: Disziplin und Diskurs. Zur Selbstaufklärung angewandter Ethik*. Campus Verlag, Frankfurt am Main.
- Anselm, R. 2003. Partner oder Person. In Fülöp S.–Holger P. (szerk.). *Shared Decision-Making*. Verlag Hans Huber, Weinheim. 26–33.
- Barmeyer, J. 1983. *Praktische Medizinethik. Die moderne Medizin im Spannungsfeld zwischen naturwissenschaftlichem Denken und humanitärem Auftrag. Ein Leitfaden für Studenten und Ärzte*. Forum cardiologicum, Mannheim.
- Bayertz, K. (szerk.) 1991. *Praktische Philosophie*. Rowohlt, Reinbek.
- Beauchamp, T. L.–Faden, R. R. 2008. Bedeutung und Elemente des Informierten Einverständnisses. In Wiesing, U. (szerk.) 2008. 111–114.
- Beauchamp, T. L.–Childress, J. F. 2013. *Principles of Biomedical Ethics* (hetedik kiadás). Oxford University Press, New York–Oxford.
- Birnbacher, D. 1995. *Tun und Unterlassen*. Reclam, Stuttgart.
- 2003. *Analytische Einführung in die Ethik*. De Gruyter, Berlin–New York.
- Bundesärztekammer: Empfehlungen zur Patientenaufklärung. In Beauchamps–Faden 2008. 114–119.
- Bundesärztekammer: Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen. In Beauchamps–Faden 2008. 119–121.
- Düber, D.–Gutmann, T.–Quante, M. 2015. Paternalismus. In Sturma–Heinrichs, B. (szerk.) 2015. 122–129.
- Emanuel, J. E.–Emanuel, L. L. 1992. Four Models of the Physician–Patient Relationship. *Journal of the American Medical Association* 16, 2221–2226.
- 2008. Vier Modelle der Arzt–Patient–Beziehung. In Wiesing, U. (szerk.) 2008. 101–104.
- Engelhardt, T. H. 2008. Freies und informiertes Verständnis. In Wiesing, U. (szerk.) 2008. 106–108.
- Eser, A. et al. 1989. *Lexikon Medizin, Ethik, Recht*. Herder, Freiburg.

- Habermas, J. 2005. *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik*. Bővített kiadás. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Henrichs, B. 2015. Informierte Einwilligung. In Sturma–Heinrichs (szerk.) 2015. 58–65.
- Häring, B. 1972. *Heilender Dienst. Ethische Probleme der modernen Medizin*. Matthias-Grünwald Verlag, Mainz.
- Illhard, F. J. 1985. *Medizinische Ethik. Ein Arbeitsbuch*. Springer, Heidelberg.
- Jaspers, K. 1986. *Der Arzt im technischen Zeitalter*. Piper, München.
- Juhász, A.–Csejtei, D. 2010. Új jelenségek és lehetőségek a biomedicinális etikában, különös tekintettel a személyes identításra. Utószó. In Quante, M. 2010a. 296–307.
- Katz, J. 2008. Ärzte und Patienten: eine Geschichte des Schweigens. In Wiesing (szerk.) 2008. 109–111.
- Kőműves, S. 2012. Technikai eredmények és demokratikus értékek párbeszéde. Utószó. In Quante, M. 2012b. 289–308.
- Kreß, H. 2003. *Medizinische Ethik. Kulturelle Grundlagen und ethische Wertkonflikte heutiger Medizin*. Kohlhammer, Stuttgart.
- Nida-Rümelin, J. (szerk.) 1996. *Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Ein Handbuch*. Alfred Kroner Verlag, Stuttgart.
- Parsons, T. 1951. *The Social System*. Routledge & Kegan Paul Ltd., California.
- Pellegrino, E. D. 2006a. Der tugendhafte Arzt und die Ethik der Medizin. In Sass (szerk.) 2006. 40–68.
- 2006b. Toward a Reconstruction of Medical Morality. *American Journal of Bioethics* 6/2, 65–71.
- Pöltner, P. 2002. *Grundkurs Medizinethik*. UTB Verlag, Wien.

- Quante, M. 2010a. Személyes élet és emberi halál (szerk. Rózsa, E.–Loboczky, J.). Ford. Juhász Anikó. Líceum Kiadó, Eger. Németül: *uő. Personales Leben und menschlicher Tod*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 2002.
- 2010b. *Személy* (szerk. Rózsa, E.–Loboczky, J.). Ford. Drimál István. Líceum Kiadó, Eger. Németül: *uő. Person*. De Gruyter, Berlin–New York, 2007.
- 2012a. *Bevezetés az általános etikába* (szerk. Kőműves, S.–Rózsa, E.) .Ford. Drimál István. Meditor Bioetikai sorozat, Debrecen University Press, Debrecen. Németül: *uő. Einführung in die allgemeine Ethik*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, 2003.
- 2012b. *Emberi méltóság és személyes autonómia. Demokratikus értékek az élettudományösszefüggésében* (szerk. Kőműves, S.–Rózsa, E.). Ford. Drimál István. Meditor Bioetikai sorozat, Debrecen University Press, Debrecen. Németül: *uő. Menschenwürde und personale Autonomie: demokratische Werte im Kontext der Lebenswissenschaften*. Meiner Verlag, Hamburg, 2010.
- Rockenbauch, K.–Schildmann, J. 2011. Partizipative Entscheidungsfindung (PEF): eine systematische Übersichtarbeit zu Begriffsverwendung und Konzeptionen. *Das Gesundheitswesen* 73/7, 399–408.
- Rózsa, E. 2011. Szabadság és természet. A humán jelleg és a személy tematikája a kortárs német bioetikában. *Meditor* 2011/1, 47–62.
- 2014. Gyakorlati tudás a filozófiai antropológia, a bioetika és az alkalmazott etika perspektíváiban. Reflexiók Biczó Gábor Az alkalmazott antropológia és a gyakorlati értékű tudás: a történeti előzmények, a kritikai fordulat és az etikai önreflexió társadalomfilozófiai háttere című írására. *Tabula. A Néprajzi Múzeum online folyóirata* (ISSN 2064-7190). 2014, 15/2. Online: [http://tabula.neprajz.hu/neprajz.07.152.php?bm=1&kr=A_10_%3D%222014%2015\(2\)%22](http://tabula.neprajz.hu/neprajz.07.152.php?bm=1&kr=A_10_%3D%222014%2015(2)%22) (2015. 08. 27.)
- 2015. Bioetika Németországban versus bioetika. *Századvég* 76, 105–133. Online: http://szazadvég.hu/ld/i5u6s9h4s3n8w1c0j7t9_Szazadvég_76_Bioetika_netre.pdf (2015. 08. 27.)
- Rössler, D. 1977. *Der Arzt zwischen Technik und Humanität*. Piper, München.
- Sass, H-M. 1988. *Bioethik in den USA*. Springer, Heidelberg.

- Sass, H.-M. (szerk.) 2006. *Medizin und Ethik*. Reclam, Stuttgart 1989. Javított, a bibliográfiát megújított kiadás: 1999., ennek utánnomása: 2006. Jelen írásban a 2006-os kiadásra támaszkodtam.
- Schildmann, J.–Vollmann, J. 2015. Arzt-Patient-Verhältnis. In Sturma–Heinrichs (szerk.) 2015. 194–199.
- Schlaudraff, U. (szerk.) 1987. *Ethik in der Medizin*. Springer, Berlin–Heidelberg.
- Schöne-Seifert, B. 2007. *Grundlagen der Medizinethik*. Alfred Kröner Verlag, Stuttgart.
- Siegler, M. 2008. Schweigepflicht in der Medizin – ein Auslaufmodell? In Wiesing, U. (szerk.) 2008. 121–122.
- Siegrist, J. 1998. Arzt-Patient-Beziehung. In Korff, W.–Beck, L.–Mikat, P. (szerk.). *Lexikon der Bioethik*. Gütersloh. 238–242.
- Singer, P. 1994. *Praktische Ethik*. Második, javított kiadás. Reclam, Stuttgart.
- Sturma, D.–Heinrichs, B. (szerk.) 2015. *Handbuch Bioethik*. J.B. Metzler, Stuttgart–Weimar.
- Viefhues, H. 2006. Medizinische Ethik in einer offenen Gesellschaft. In Sass (szerk.) 2006. 17–39.
- Vieth, A. 2006. *Einführung in die Angewandte Ethik*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.
- Vollmann, J. 2008. *Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit*. Kohlhammer, Stuttgart.
- Wagner, W. (szerk.) 1993. *Arzneimittel und Verantwortung*. Springer, Heidelberg.
- Wieland, W. 2006. Strukturtypen ärztlichen Handelns. In Sass (szerk.) 2006. 69–95.
- Wiesing, U. 1995. *Zur Verantwortung des Arztes*. Frommann-holzboog, Stuttgart–Bad Cannstatt.
- Wiesing, U. (szerk.) 2008. *Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch*. Reclam, Stuttgart 2000, 2004, 2008. Jelen írásban a 2008-as, aktualizált kiadásra támaszkodtam.
- Wolff, H. P. 2006. Arzt und Patient. In Sass (szerk.) 2006. 184–211.
- Wunder, M.–Neuer-Miebach, T. 1998. *Bio-Ethik und die Zukunft der Medizin*. Psychiatrie-Verlag, Bonn.P. (szerk.) *Lexikon der Bioethik*. Gütersloh. 238–242.

