

**A helyzetfüggő segítség etikája:
paternalizmus és autonómia összefüggései a segítői helyzetben
(I. rész)**

Etikai vonatkozásban az elmúlt évtizedekben (nagyjából az 1960-as évek óta) kultúránkban mélyreható változás történt. E változás iránya a segítői paternalizmustól a segített személyes autonómiájának mind hangsúlyosabb tiszteletben tartása irányába mutat. Akár e folyamat jelképének is tekinthető az az átalakulás, amely az orvosi etikában a Hippokratész óta működő gyakorlatban történt. A közkeletű elképzelés szerint a „jóságos doktor bácsiban” vakon bízhatunk, hiszen az ő egyetlen és legfőbb gondja úgyis (egészségügyi) javunk; ennek érdekében pedig nincs szükség személyes, egyenrangú kapcsolatra. Korábban az etika a gyógyítás érdekében az orvosnak teljhatalmat adott, akár olyan áron is, hogy figyelmen kívül hagyta a beteg saját sorsával kapcsolatban kinyilvánított véleményét. Ezt a paternalista-gyámkodó gondolkodásmódot és praxist mára a nyugati kultúrában általában felváltotta az a – nemzetközi méretekben is egyre terjedő – szemlélet és gyakorlat, miszerint bizonyos beavatkozások elvégzéséhez a beteg – vagy annak „helyettes döntéshozója” (*surrogate decision maker*) – törvényesen megszerzett ún. „tájékozott beleegyezése” (*informed consent*) szükséges, melynek figyelembevételéért az orvos büntetőjogi felelősséggel tartozik. A szemléletmód és gyakorlat ugyanilyen irányú fokozatos átalakulása – amely tehát a gyámkodó segítői magatartás korlátozása és a segített szabadságának és felelősségének mind határozottabb figyelembe vétele irányában hat – széles körben megfigyelhető a segítői etikában, a pedagógiai és pszichológiai gyakorlattól kezdve egészen a lelkiismereti szabadságnak a missziológiai gyakorlatban való elismeréséig. A szélesebb körben elfogadott alapelv szerint: az, hogy kit és mennyiben szabad közvetlen módon befolyásolni egy adott döntési helyzetben, annak függvénye, hogy az illető az adott szituációban milyen fokú döntéshozatali képességgel (kompetenciával) rendelkezik.

Az alábbi dolgozatban – a fenti nézetet elfogadva – amellet fogok érvelni, hogy a segített (beteg, növendék/kliens, vallási érdeklődő/missziós tevékenység alanya stb.) *autonómiája* és a segítő (orvos, pedagógus/pszichológus, pap/misszionárius stb.) *paternalizmusa* a segítői helyzetben egymással *korrelatív* viszonyban állnak, azaz belsőleg összefüggenek. Összefüggésük lényege, hogy az etikailag helyes döntéshozatal és segítői magatartás érdekében a segítőnek a segített adott konkrét döntéssel kapcsolatos autonómiaszintjét kell mérlegelnie, és ehhez – egyfajta csúszó skálán – hozzáigazítani beavatkozása paternalizmusának szintjét.

**1. A PATERNALIZMUS ÉS A FELELŐSSÉG HATÁRAI, AVAGY: GYERMEKEK, AKIKET NEM KELL
MINDIG GYERMEKKÉNT KEZELNÜNK?**

1. Az indoeurópai nyelvekben a *paternalizmus* szó a „paternális” melléknévi igenévből ered, amelynek gyöke a latin „pater” (atya) szó. A fogalom azt a magatartást jelöli, amellyel a hivatásos segítő viszonyul valamely adott helyzetben és adott kérdésben *döntéshozatali képességgel* (kompetenciával) rendelkező autonóm emberhez, amennyiben ez a viszonyulás emlékeztet a hagyományos családokban az apa gyermekei iránt tanúsított magatartására. Ilyen helyzetben tehát a segítő tekintélyét és hatalmát gondoskodással és törődéssel ötvözi, amennyiben *gyámkodó* módon jár el azokkal szemben, akiket gondoz és akikkel törődik, azt feltételezve, hogy tekintélyének és hatalmának gyakorlása *közben helyesen ismerte fel*

érdekeiket. E magatartásminta mögött az a hallgatólajos feltételezés húzódik meg, hogy a segítő *jobban tudja*, mi a legjobb azoknak, akik iránt felelősséggel tartozik és/vagy felelősséget érez.¹ De mit is jelent pontosan az, hogy egy kapcsolat paternalisztikus, és milyen hatásai vannak azokra nézve, aki paternalisztikus magatartás alanyai?

Mint minden más jelenség, kellően árnyalt megközelítésben a paternalizmus is kétoldalú, kétarcú magatartásformának bizonyul: egyszerre mutat pozitív és negatív jellegzetességeket. Tipikusan paternalista erénynek tekinthető a figyelem, a hűség, a szavahihetőség, a megbízhatóság, a gondosság/pontosság, a szabatosság, a kiszámíthatóság; e magatartásforma gyengéi és veszélyforrásai közé tartozik azonban a merevség, a tekintélyelvűség, a zárt mentalitás, az emberi kapcsolatok terén egyfajta fülledtség és reflexióhiány, valamint az elnyomásra való hajlam, a nehézkesség és a kompromisszumképtelenség.²

A szakirodalom megkülönböztetést tesz az úgynevezett „kemény” (*hard*) és a lágy (*soft*) paternalizmus között; az előbbi esetében egy adott szituációban kompetens, önrendelkezésre képes személlyel szemben járunk el gyámkodó módon (korlátozva vagy megfosztva őt az autonóm cselekvés lehetőségétől); míg az utóbbi esetben csupán szociális kontrollt vagy megelőző gyámságot gyakorolunk felette.³

Bár Tziporah Kasachkoff meggyőzően mutatja ki Gerald Dworking klasszikus álláspontja ellenében,⁴ hogy a paternalizmust nem igazolja cselekvésmódjának ingyenessége⁵ – mint fentebb is utaltunk rá – a múltban a paternalizmus és a fölé- illetve alárendeltség általános osztársadalmi viselkedési mintának számított, mely nem csak a hivatásos egészségügyi dolgozók körében, hanem a szakemberek között általában is bevett gyakorlatnak számított, beleértve például a jogászokat, a tanárokat és – természetesen – a papokat is. Ez a helyzet a családok és általában a társadalom hierarchikus struktúráját tükrözte, egyúttal pedig azokat az általános hatalmi és státuszbeli különbségeket fejezte ki, melyek a nyugati társadalom egészének működését is meghatározták – egészen a legutóbbi időkig. A helyzetet egyetlen életszerű – a kórházi-klinikai gyakorlatból vett – példával érzékeltetve: Martin Robb beszámol arról, hogy egy alkalommal egyik tanítványa, egy ápolónővér, felidézte saját gyermekkori élményeit a múlt század ’70-es éveiből, összevetve mai, gyermekosztályon szerzett tapasztalataival. Így vallott: „Amikor tizenévesként operáció előtt álltam, anyám minden konzultáción jelen volt. Hozzá beszéltek, nem hozzám. Sohasem kérdezték, hogy van-e kérdésem, vagy, hogy mik az aggodalmaim. A mai társadalomban – folytatta a nővér – a gyermekekhez, mint individuumokhoz beszélünk. Bár a szülők általában jelen vannak, a gyermeket kérdezzük, hogy akarják-e, hogy a szülei velük legyenek. Megkérdezzük őket, hogy vannak-e kérdéseik aggodalmaik vagy félelmeik, és aktívan megadjuk nekik a

¹ A paternalizmus definíciójához vö. DAVID J. GARREN: Paternalism, Part I, *Philosophical Books*, Vol. 47, No. 4, October 2006, 334–341.

² Vö. JANE WILSON: To Know or Not to Know? Genetic Ingrance, Autonomy and Paternalism, *Bioethics*, Vol. 19, No. 5–6, 2005, 495. Érdekes kutatások bizonyították továbbá, hogy a pozitív összefüggés mutatható ki a Szentírás szó szerinti olvasatának elfogadására való készség és egyfajta jóindulatú (nem ellenséges) szexista beállítottság között, melyet protektív-paternalisztikus gondolkodásmód jellemez. Vö. SHAWN MEGHAN BURN – JULIA BUSSO: Ambivalent sexism, scriptural literalism, and religiosity, *Psychology of Women Quarterly*, 29 (2005) 412–418.

³ Vö. pl. DUCAN WEBB: Autonomy, paternalism, and institutional interest: why some conflicts can’t be waived, *International Journal of the Legal Profession*, Vol. 12, No. 2, July 2005, 261–288; különösen 270–275. A figurák árnyalt és világos összefoglaláshoz vö. Björn Hofmann elemzését, aki a kemény (*hard*) paternalizmuson belül gyenge (*weak*) és erős (*strong*) paternalizmust különböztet meg (melyek közül az első bizonyos körülmények között megkérdőjelezi egy személy autonóm cselekvését, a második pedig egy autonóm személlyel szemben védő vagy jóindulatú korlátozásokat foganatosít az illető autonóm döntése ellenére is. Vö. BJÖRN HOFMANN: Technological Paternalism: On how medicine has reformed ethics and how technology can refine moral theory, *Science and Engineering Ethics*, (2003) 9, 343–352, itt: 347.

⁴ Vö. GERALD DWORKIN: Paternalism, *The Monist*, 56 (1972) 64–84.

⁵ TZIPORAH KASACHKOFF: Paternalism: Does Gratitude Make it Okay? *Social Theory & Practice*, 20 (1) 1–23.

lehetőséget, hogy kifejezzék érzéseiket; valamint bátorítjuk őket arra, hogy ezt az orvosi személyzettel szemben is megtegyék, még akkor is, ha azok nem kérdezték volna őket.⁶

2. A nyugati társadalmak közgondolkodásában a fentebb leírt általános elmozdulást eszerint találóan jellemzi az egészségügyi szemléletnek az a megváltozása, amely a *gyermek*ek informálására vonatkozik. Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (13. § [5], [8] bek.) Magyarországon is előírja, hogy lehetőség szerint a kiskorút is fel kell világosítani a szükséges orvosi beavatkozásokról, és ehhez a hozzájárulását meg kell szerezni; sőt, nem terápiás beavatkozás esetében – például csontvelő explantációjakor – a kiskorú beleegyezése nélkül a beavatkozás nem is végezhető el.⁷

Ennek ellenére kár volna tagadni, hogy a paternalisztikus attitűd – legalábbis enyhe formájában – továbbra is széles körben elterjedt a segítő foglalkozásúak és segítettjeik kapcsolatában.⁸ Fontos azonban észrevennünk, hogy ez nem is minden szempontból helytelen. Az autonómia mindenkor gyakorlásának ma is megvannak az ésszerű és jogszerű korlátai, amelyek éppen az úgynevezett döntéshozatali vagy belátási képességgel (kompetencia) állnak összefüggésben. Az egészségügyi személyzet egy gyermek gyógyítása során nyilvánvalóan igényli a kis beteg együttműködését, és – bizonyos keretek között – kikéri véleményét. Ez már csak a kezelés hatékonysága érdekében is kulcsfontosságú. Ám ha nagyobb jelentőségű, veszélyesebb beavatkozásról van szükség, amely esetleg súlyosságánál fogva adott esetben a gyermek életét is veszélyezteti, a hatályos egészségügyi joggyakorlat nem tekinti a gyermeket saját kezelése eldöntésére hivatott – szakszóval „cselekvőképes” (*competent*), a saját sorsát érintő kérdésekben döntéshozatali képességgel rendelkező – félnek, hanem megbízott/helyettesítő döntéshozó (*surrogate decision maker*) közreműködését írja elő. Minél nagyobb a beavatkozás veszélye, az orvos valószínűsíthetően annál körültekintőbben igyekszik informálni – a delegált tájékozott beleegyezés (*informed consent*) szabályai szerint⁹ – a döntésre jogosult felet, és vélhetőleg annál kevésbé szívesen hajlik arra, hogy egy páciense egészségügyi érdekeivel ellentétben álló döntést figyelembe vegyen. Várhatóan ugyanez a helyzet egy felnőtt betegen végzendő beavatkozás esetében is: az orvos a beavatkozás veszélyességi fokával *egyenes arányban* álló valószínűséggel igyekszik majd – tudatosan vagy öntudatlanul – a felnőtt döntéshozót alkalmasint jóindulatúan befolyásolni az általa jónak tartott terápiás eljárás irányába.¹⁰

Bár a jogi szabályozás a segítőitől elvileg „elfogulatlan” hozzáállást vár el, nyilvánvalóan nem mindenki képes egyformán hatékonyan kezelni – illetve legyőzni – tulajdon gyámkodásra irányuló tendenciáit; s ebben mintha valami erkölcsileg helyes humánus/emberi magatartás jutna kifejezésre. A gyámkodásra való hajlam (paternalizmus) segítő részéről történő kontrollálása (illetve korlátozása) különösen érzelmi érintettség és

⁶ MARTIN ROBB: The end of paternalism? *Nursing Management*, Vol 10, No 10, March 2004, 32–35, itt: 34.

⁷ Vö. KOVÁCS JÓZSEF: *A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába*, Medicina, Budapest, 2006, 590.

⁸ JANE WILSON: *To Know or Not to Know? Genetic Ingrance, Autonomy and Paternalism*, i. m. 492–504.

⁹ Ehhez vö. pl. MARCO E. LABORINA – CHRIS J. MERRY – JUSTIN C. NEGRI – ADRIAN W. PICK: Is Informed Consent in Cardiac Surgery and Percutaneous Coronary Intervention Achievable? *ANZ Journal of Surgery*, 77 (2007) 530–534.

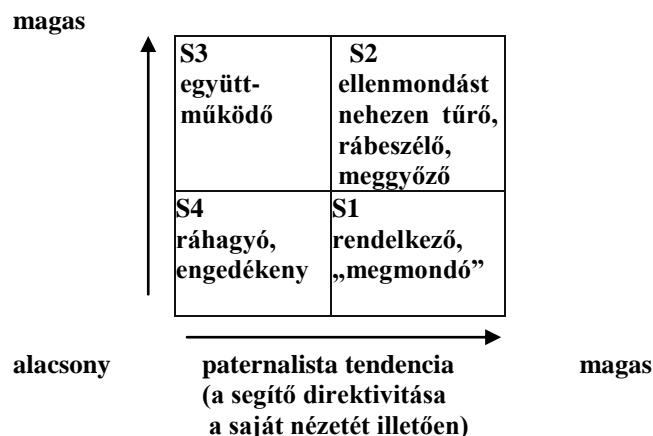
¹⁰ Az általános emberi gondolkodás és gyakorlat persze ezen a téren nem egészen igazságos: Amy H. Beisswanger és munkatársai szellemes kísérletben mutatták ki, hogy általában véve hajlamosabbak vagyunk másokat bátorítani kockázatos döntések meghozatalára, mintsem magunk vállalnánk hasonló kockázatot ugyanolyan helyzetben. (AMY H. BEISSWANGER – ERIC R. STONE – JULIE M. HUPP – LIZ ALLGAINER: Risk Taking in Relationships: Differences in Deciding for Oneself Versus for a Friend, *Basic and Applied Social Psychology*, 25 (2) 2003, 121–135. Hasonló eredményekre jutottak más, reprezentatív kutatások is, ahol kiderült, hogy a döntéshozói szerep lényegesen befolyásolja a döntési preferenciákat. Vö. BRIAN J. ZIKMUND-FISHER – BRIANNA SARR – ANGELA FAGERLIN – PETER A. UBEL: A matter of Perspective. Choosing for Others Differs from Choosing for Yourself in Making Treatment Decisions, *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 21, No. 6, June 2006, 618–622.

nagyobb egészségügyi kockázati tényezők – azaz a döntés veszélyességének magas foka – esetén válik igazán problematikussá. Ezeknek a tényezőknek figyelmen kívül hagyása nem is minden esetben kívánatos, hiszen az adott helyzetben a körültekintőbb döntéshozatalt szolgálhatja, és – esetleg – a segített már meghozott döntésének a segítő részéről történő, erkölcsileg helyeselhető felülbírálatára is vezethet, amely olykor éppenséggel a részlegesen (az adott időben, helyen és helyzetben) korlátozott autonómia- és kompetenciaszintű beteg hosszú távú, jogos és védendő érdekeit szolgálja. (Gondoljunk például az *anorexia nervosa* szindrómás beteg kényszertáplálásának jogilag is megengedett orvosi gyakorlatára!)¹¹

Bár a fenti példák a medicina területéről valók, nyilvánvalóan általában is igaz, hogy a segítő befolyásolásra irányuló tendenciája minden segítő foglalkozást űző esetén ilyen módon valószínűsíthető: személyes hajlamai mellett – ami különösen az autoriter személyiségtípus segítő helyzetét nehezítheti – a segítő számára a nagyobb veszély várhatóan nagyobb befolyásolási tendenciát von maga után. Hiszen a segítő erkölcsi felelőssége növekszik abban az esetben, ha döntésének súlyosabb, rábízottja életére nézve veszélyesebb következményei várhatók.¹²

Ha koordinátarendszerben akarnánk ábrázolni a fent mondottakat – amelyen a vízszintes tengely jelenti a segítő (szülő, nevelő/pedagógus, orvos/etikus, pap/misszionárius) gyámkodásra irányuló tendenciáit, a függőleges tengely pedig a veszély (és az azzal járó felelősség) fokát – akkor a tengelyek által befogott tér négy mezője az alábbi négy figurát adja:

a veszélyszint, ill. a személyesen átélt szubjektív felelősség szintje



1. ábra: A *segítő* magatartását szemléltető ábra a segítői helyzetben¹³

¹¹ Vö. KOVÁCS JÓZSEF: *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában*, Medicina, Budapest, 2007, 318; vö. még JANE WILSON: *To Know or Not to Know? Genetic Ingrance, Autonomy and Paternalism*, i. m. 493-495.

¹² Az ember szülőként is nehezebben nyugszik bele gyermeke általa helytelenített házasságkötési szándékába, tanárként diákja „ostoba” pályaválasztási terveibe, papként egykori híve hitehagyási szándékába stb.

¹³ A fenti ábra némi hasonlóságot mutat SIMON N. WHITNEY – AMY L. MCGUIRE – LAURENCE B. MCCULLOUGH: A Typology of Shared Decision Making, Informed Consent, and Simple Consent, *Annals of Internal Medicine*, 140 (2003) 54–59., itt: 56, ahol azonban a szerzők a tájékozott beleegyezés és az egyszerű beleegyezés viszonyait modellezik. Az ábra sematikus, így – szükségképpen – figyelmen kívül hagyja a paternalista attitűd kultúrafüggő voltát, amit pedig szellemes tanulmányában az angol és az amerikai társadalom adakozási szokásainak összehasonlítása kapcsán John Hammer kimutat (JOHN HAMER: English and American Giving: Past and Future Imaginings, *History and Anthropology*, Vol. 18, No. 4, December 2007, 443–457).

- **S1** (magas paternalista tendencia; alacsony veszélyességi/felelősségi fok) a segítő „rendelkező” magatartást követ, amolyan „megmondó-emberként” lép fel.
- **S2** (magas paternalista tendencia; magas veszélyességi/felelősségi szint) a segítő „ellentmondást nem tűrő”, rábeszélni illetve meggyőzni akaró magatartásmintát követ.
- **S3** (alacsony paternalista készlet; veszélyes/nagy felelősséggel járó helyzet) a segítő együttműködően áll hozzá a segített döntéséhez.
- **S4** (alacsony paternalizmus-szint; alacsony veszélyességi és felelősségi szint) a segítő engedékeny, könnyen ráhagyja segítettjére a döntést.

2. FELNÖTTEK, AKIKET NEM LEHET MINDIG FELNÖTTKÉNT KEZELNÜNK: AUTONÓMIA ÉS FELELŐSSÉG ÖSSZEFÜGGÉSEI A SEGÍTŐI HELYZETBEN

1. Görög eredetű *autonómia* szavunk (*auto*=ön, *nomos*=törvény vagy irányítás) „ön-irányítottságot” vagy „önmagunknak szabott törvényt” jelent. Általános értelemben azt a személyt tekintjük autonómnak, aki önállóságra, önirányításra, illetve önmaga feletti rendelkezésre képes. Az újkori *filozófiai* etikában Immanuel Kant (1724–1804) foglalkozott behatóan a kérdéssel: ő az akaratot *heteronómnak*, azaz „idegen törvényűnek” mondta, ha önmagán kívül valami más határozza meg (például a hajlam, a jutalom várása, vagy akár az Istentől való félelem), s csak akkor tekintette autonómnak, ha önmagának hoz törvényt.¹⁴ *Pszichológiailag* azt az embert tekinthetjük önmeghatározásra képesnek, aki önmaga számára választ, élettervét képes formába önteni és véghezvinni. Az etikai szakirodalomban az autonómiát a kompetenciával hozzák összefüggésbe; ez utóbbi – mint fentebb láttuk – cselekvőképességet, döntéshozatali képességet, belátási képességgel meghozott (felelős, tudatos, racionális) döntést jelent.¹⁵ A belátási és döntéshozatali képességgel megáldott autonóm ember cselekvő képessége „intencionális aktusainak” végrehajtása által képes olyan szabad cselekedetek valósítására, amely az én legjobb érdekeit szolgálják.

Az autonóm személyt tehát ön-irányítottak mondjuk, aki képes racionális döntéshozatalra és annak végrehajtására, amit elhatározott. Ezért a *racionális* megfontolás minden autonóm individuum lényegi tulajdonsága. Az önmeghatározó és önirányító funkciók mellett egy további összetevő, hogy az autonóm ember képes *szabadon* cselekedni. Csak olyan személyt tekintünk pszichológiai szempontból szabadnak, akire a befolyásoló tényezők nem hatnak ellenállhatatlanul kontrolláló illetve meghatározó erővel. (31) A szabadság – és az azzal járó autonómia azonban sohasem teljes; helyes felfogásához – már a német idealista filozófus G. W. Fr. Hegel (1770–1831) szerint is – hozzátartozik tulajdon korlátozottságainak belátása.¹⁶ A szabad cselekvő- és döntőképességhez tehát a – legalább részlegesen – szabad akarat megléte is szükséges. Minden realiztikusan felfogott orvosi etikai állásfoglalás értelmében az illető akarata nem akkor szabad, ha befolyásoktól mentes – hiszen ez elérhetetlen eszmény volna – a hanem „ha döntése rá jellemző, autentikus, saját értékeiből következik, s nem betegségéből vagy külső kényszerből”.¹⁷ Gerald Dworkins kézenfekvő megfogalmazása szerint az autonómia másodrendű képesség arra, hogy kritikusan viszonyuljunk elsőrendű vágyainkhoz, kívánságainkhoz, preferenciáinkhoz. Eszerint tehát autonóm ember az, aki képes rá, hogy kritikusan felülvizsgálja saját vágyait és kívánságait, s ezeket – értékei nevében – képes elfogadni vagy megpróbálja azokat megváltoztatni.¹⁸

¹⁴ TURAY ALFRÉD: *Filozófiatörténeti vázlatok*, Szent István Társulat, Budapest, 1996, 115–116.

¹⁵ KOVÁCS JÓZSEF: *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában*, i. m. 282–283.

¹⁶ Vö. TURAY ALFRÉD: *Filozófiatörténeti vázlatok*, i. m. 122–123.

¹⁷ KOVÁCS JÓZSEF: *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában*, i. m. 302.

¹⁸ GERALD DWORKIN: *The theory and practice of autonomy*, Cambridge University Press, New York, 1988, idézi: Guy Widdershoven – Ron Berghams: Advance directives in psychiatric care: a narrative approach, *Journal of Medical Ethics*, 27 (2001) 92–97, itt: 93.

Korábban taglaltam már azt a mélyreható kulturális változást, amely az elmúlt évtizedekben történt, és amely a szellemi élet széles köreibben – talán részben a liberális demokráciák társadalmi és politikai hatása következtében – a *paternalizmustól* az személyes *autonómia* mind szélesebb körű elismerése felé való elcsúszásban jut kifejeződésre. A modern etikai szakirodalom e fordulatot széles körben elismeri;¹⁹ olyannyira, hogy a paternalizmus és az alávetettség sokfelé még ma is uralkodó mintái a mai nyugati etikuskok szemében jórészt régimódinak és történelmileg meghaladottnak tűnik. Ezek helyén a hivatásos segítők és segítettjeik között új kapcsolati minták kezdenek kialakulni: a kapcsolatok hierarchikus és szertartásos-udvari modelljétől egy egalitáriánus és a közös megbeszélésnek, vitának helyt adó, megbeszélésen alapuló (*negotiable*), demokratikusabb modell felé tartunk, amely az aktív részvételen és a kollegiális partneri viszonyok rendszerén alapul.

Csakhogy – mint arra fentebb szintén utaltam – lehetetlen és illuzórikus elvárás volna a személyes kapcsolatokban és a döntéshozatali helyzetekben az individuum részéről teljes és mindenre kiterjedő érettséget, szabadságot és autonómiát feltételezni. Sőt: a minden befolyásoltságtól mentes steril környezet nem csak elérhetetlen, de valójában nem is kívánatos. Szükségképpen mások befolyása alatt állunk; folytonos interakcióink során lépten-nyomon megéljük másoktól való függésünket és másokra való rászorultságunkat; nem meglepő tehát, ha részben vagy egészben a velük folytatott beszélgetések *révén*, azok *által* alakítjuk ki véleményünket.

2. Ennyit az elméletről. Most azonban helyesebbnek látszik visszatérnünk a gyakorlat talajára – hiszen az etika maga is voltaképpen amolyan *gyakorlati* filozófia, melyet sohasem szabad anélkül üzni, hogy álláspontunkat ne támasztanánk alá megvilágító példákkal. A való élet pedig csakugyan sokrétűen igazolni látszik, hogy bizonyos esetekben elkerülhetetlenek, elfogadhatónak, sőt egyenesen kívánatosnak tűnik az autonómia egyfajta „bennfoglalt paternalizmus” vagy „puha paternalizmus” általi korlátozása. Ez az erkölcsi érzék tükröződik a liberális demokráciák törvénykezésében is, amennyiben azok – állampolgárait védendő – helyt adnak bizonyos gyámkodó tendenciáknak is, amikor előírják állampolgáraiknak például a bukósisak és a biztonsági öv használatát a közutakon; valamint ez a szemlélet kap hangot például a „nem tudja, nem árt neki” (*Not Informed Not Hurt*) gyakran hangoztatott etikai elvében is. Miről is van itt szó?

Sokan meg vannak győződve arról, hogy a felnőttek elrejtethetnek bizonyos dolgokat egy gyermek elől, ha úgy ítélik meg, hogy ezzel felesleges megpróbáltatásoktól óvják meg őt. Sokan egyetértenének például azzal, ha egy apa elhallgatja 7 éves leánya elől azt a tényt, hogy néhány évvel korábban elítélték tolvajlásért, amennyiben jogosan gondolják, hogy a kislánynak ártana ez az információ. Azonban nem szabad túlzásokba esnünk! A legtöbb helyzetben nyilvánvalóan hibás volna túl könnyen felmenteni magunkat az igazmondás, a teljes igazság feltárásának követelménye alól. Kétségkívül van ugyanis valami lekezelő, feleslegesen gyámolító magatartás, egyfajta felülről lefelé ható gesztus (*patronizing*) minden „nem tudja, nem árt neki” típusú gondolkodásban. Például, ha a férj úgy dönt, hogy nem árulja el feleségének házasságtörése tényét, akkor ebben a helyzetben arról, hogy mi árt és mi használ a kapcsolatuknak – a dolog természete szerint – egyoldalúan ő döntött, anélkül, hogy ebbe feleségét bevonta volna.²⁰ Márpedig feleségének – autonóm ember lévén – minden joga megvolna ehhez az információhoz. Legtöbben nyilvánvalóan hajlunk egyfajta kettős standard alkalmazására, amennyiben a gyermekek érdekében gyakorolt paternalizmust – legalábbis

¹⁹ MATTHEW MCCOY: Autonomy, Consent, and Medical Paternalism. *Legal Issues in Medical Intervention. Journal of Alternative & Complementary Medicine*, Jul/Aug 2008, Vol. 14 Issue 6, 785–792, itt: 786.

²⁰ A példa részletes elemzése érdekében vö. AGNES E. TELLINGS: What eyes doesn't see: An Analysis of Strategies for Justifying Acts by an Appeal for Concealing Them, *Ethics & Behavior*, 16 (4) 363–375.

bizonyos fokig – általában igazoltnak tekintjük.²¹ Ugyanígy, a szakirodalomban bizonyos sajátos körülmények között – például alkoholos vagy drogos befolyásoltság hatása alatt állók esetében, akik tehát nem teljesen beszámíthatók – az etikai szerzők általában megengedik a paternalisztikus gyakorlatot²² (például a leszokás érdekében, vagy, ha más fontosabb szociális cél jön szóba: alkalmasint – mint láttuk – az életveszélyesen lesoványodott *anorexia nervosa* szindrómában szenvedő betegek kényszertáplálása esetén).²³

Kétségtelen azonban, hogy az autonómia elve – más hasonlóan alapvető etikai elvek mellett, mint például a „Ne árts!” a jótékonyosság elve, vagy az igazságosság elve – az egyik legfontosabb az erkölcsi elvek között; s mint ilyen, minden segítőt kötelez. Általános értelemben az elv azt mondja ki, hogy „egy autonóm embernek joga van arra, hogy saját ügyeiben saját maga döntsön, hogy döntéseiben saját nézetei, értékrendje, élettervei irányítsák, s ezt másoknak tiszteletben kell tartaniuk.”²⁴ Végső mérlegelésben, az empirikus kutatásokat figyelembe véve, azok az érvek is gyengéneek bizonyulnak, amelyeket – autonóm embert feltételezve – a kegyes hazugság mellett szoktak felhozni, és rossz prognózisú betegségek elhallgatását, a beteg tájékoztatásának elmulasztását javasolják.²⁵

Fontos azonban észrevennünk, hogy nyilvánvalóan vannak olyan helyzetek, amikor egy olyan személy is, aki normál körülmények között nagyon is rendelkezik belátási képességgel és képes önmagáért felelősséget vállalni, rövid időre elveszíti szabad és felelős döntéshozatali képességét (kompetenciáját). Aki például kórházba kerül, az úgynevezett hospitalizálási szindrómák – a betegség és fájdalom okozta stressz, a szituáció okozta fokozott szorongás vagy depresszió – hatására könnyen összezavarodik, információfeldolgozó képessége jelentősen romlik, olyannyira, hogy időlegesen könnyen képtelenné válhat olyan autonóm döntések meghozatalára, melyek helyzetének körültekintő mérlegelését követelnék meg tőle.²⁶ Sőt: tapasztalat szerint, ha valaki hosszú időn keresztül nem hozhat döntéseket, erre vonatkozó képessége (kompetenciája) már pusztán ettől a ténytől is tovább sérül. Számos példa ismeretes arra nézve is, hogy – jó- vagy kevésbé jóindulatú indítékból alkalmazott manipulatív technikák – vallási vagy politikai „agymosás” módszereivel is szinte bárkinél el lehet érni olyan pszichés állapotot, amiben olyan döntések (vélemény- és meggyőződés-változások, „megtérések”) idézhetőek elő, amelyeket az illető később megbán és legszívesebben megváltoztatna, hiszen nem állnak összhangban értékrendjével.²⁷

Mi történik mármost a segítségre szoruló emberrel? Hogyan működik befolyásolhatósága a segítői helyzetben? Ábrázoljuk most a *segített* (aki lehet gyermek, nevelt/tanítvány, beteg/kliens/páciens vagy vallási érdeklődő) bizonyos kiválasztott paramétereit egy koordináta rendszer segítségével. A vízszintes tengely jelölje ezúttal az illető

²¹ Ellenpéldaként lásd pl. Sven Erik Nordendo: Justification of paternalism in education, *Scandinavian Journal of Educational Research*, 30 (1986) 121–139, aki amellett érvel, hogy érvénytelen a gyermekek érdekében történő paternalizmus megalapozása, ha az a gyermek és felnőtt közti különbségre épül.

²² AGNES E. TELLINGS: *What eyes doesn't see: An Analysis of Strategies for Justifying Acts by an Appeal for Concealing Them*, i. m. itt: 373.

²³ Vö. KOVÁCS JÓZSEF: *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában*, i. m. 318; AGNES E. TELLINGS: *What eyes doesn't see: An Analysis of Strategies for Justifying Acts by an Appeal for Concealing Them*, i. m., valamint JANE WILSON: *To Know Or Not To Know? Genetic Inheritance, Autonomy and Paternalism*, i. m., különösen 493–495.

²⁴ KOVÁCS JÓZSEF: *A modern orvosi etika alapjai*, i. m. 100.

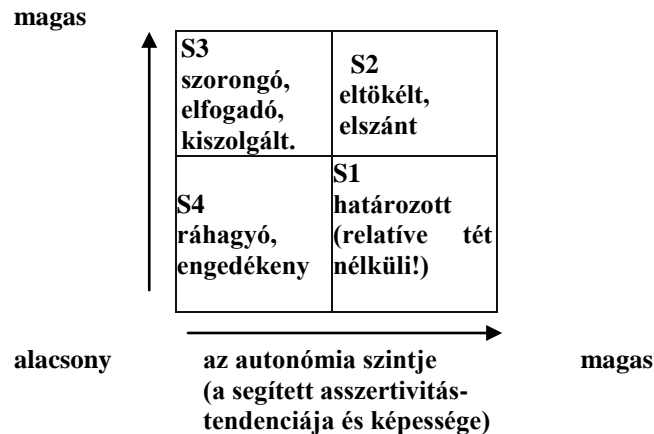
²⁵ KOVÁCS JÓZSEF: *A modern orvosi etika alapjai*, i. m. 358–360.

²⁶ KOVÁCS JÓZSEF: *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában*, i. m. 2007, 287.

²⁷ Itt jegyezzük meg, hogy első pillantásra plauzibilisnek látszik az autonómiának a szakirodalomban elterjedt sekélyes (*shallow*) és mély (*deep*) autonómia formájában való megkülönböztetése; az előbbi esetben valaki csupán „autonóm döntést hoz”, a másodikban „maga autonóm személy” (ANDREW SNEDDON: Equality, Justice, and Paternalism: Reconciling Debate about Physician-Assisted Suicide, *Journal of Applied Philosophy*, Vol. 23, No. 4, 2006, 392–394). Ám – a fentiek szerint – szigorú értelemben (minden konkrét döntés szabadsági fokának meghozója helyzetétől függő volta miatt) egyáltalán nem beszélhetünk „mély autonómiáról”, hiszen senki sem tekinthető a körülményektől függetlenül, minden helyzetben autonómnak.

autonómia szintjét (az origóhoz közeli alacsonytól a távolabbi magas fokig); függőleges tengelye pedig a segített saját döntése és sorsa iránti személyes felelősségét (amely – a fenti táblázathoz hasonlóan – a rá leselkedő veszéllyel korrelál). Ha mármost a nyilak által kijelölt teret ez alkalommal is négy részre osztjuk, a segített működéséről a segítői helyzet interakcióiban a következő jellemzőket mondhatjuk:

a veszélyszint, ill. a személyes felelősség/döntési hajlandóság szintje



2. ábra: A *segített* magatartását szemléltető ábra a tanácsadói helyzetben

- **S1** (magas autonómia-szint; alacsony veszélyességi/felelősségi szint) a segített határozott (ám döntése a körülmények veszélytelensége folytán relatíve tét nélküli).
- **S2** (magas autonómia-szint; magas veszélyességi/felelősségi szint) a segített eltökélt, elszántan kitart döntésében.
- **S3** (alacsony autonómia-szint; veszélyes/nagy felelősséggel járó helyzet) a segített szorongó, segítséget elfogadó, kiszolgáltatott.
- **S4** (alacsony autonómia-szint; alacsony veszélyességi és felelősségi szint) a segített ráhagyó, beletörődő, nem igyekszik érvényesíteni önkaratát egy relatíve veszélytelen helyzetben.

Foglaljuk össze röviden az eddig mondottakat. Fentebb röviden körülírtam a segítői helyzet és magatartás két alaptípusát. 1. Az elsőben a tekintélyelv és az engedelmisség a meghatározó; itt a segített úgy mond „gyermeki”, feltétlen bizalommal belehelyezi magát a hivatásos segítő (pedagógus/nevelő, egészségügyi dolgozó, pap/misszionárius) ügyes és hozzáértő, szakképzett és jóindulatú kezeibe. Ez a koncepció általában *paternalizmus*ként ismeretes, és – mint jeleztem – ma, legalábbis elméletben, az etikusok széles körben visszautasítják (jóllehet a gyakorlatban nagyon is része maradt a segítői magatartásnak). 2. A második modell a segítői kapcsolatban mindenekelőtt a segített *autonómiáját* (az őt állampolgárként megillető szabadságjogokat; páciensként a testével kapcsolatos önrendelkezést; vallási érdeklődőként lelkiismereti- és a vallásszabadságait) helyezi a középpontba. Ez a „felnőtt”, döntéshozatali képességgel rendelkező, minden szempontból érett ember jellemzője. Csakhogy azt is láttuk, hogy a két modell „erős” értelemben egyformán szélsőséges: lehetetlen elvárás, hogy valaki minden tekintetben és minden helyzetben autonóm módon viselkedjék; mások pedig – koruk ellenére – esetleg nagyon is rendelkeznek önállósággal. A szélsőségek közös hibája, hogy egyik sem veszi kellőképpen figyelembe a segítői helyzet helyzetfüggő jellegét, *kontextualitását*.

Röviden: igaz ugyan, hogy egy gyermek – vagy más csökkent önrendelkezési képességgel rendelkező személy – *ténylegesen meglévő* autonómiáját és önrendelkezési jogát feltétlenül helyesnek látszik figyelembe venni; ám ezen jog *bizonyos körülmények* között (például döntésének veszélyes következményei miatt), a segített *későbbi* jólléte érdekében korlátozásra szorulhat. Egy bipoláris depressziós öngyilkossági kérelmének – tűnjön pillanatnyilag bármely határozottnak is – erkölcsi szempontból nyilvánvalóan nem kívánatos helyt adni. Legyen bármekkora érték is, önrendelkezésünk gyakorlása során soha nem létezik *korlátlan* szabadság, *minden téren és minden körülmények között* rendíthetetlenül gyakorolt autonómia. Bizonyos helyzetekben ezért a paternalisztikus gondoskodás a segített *valódi*, hosszú távú jóllétét szolgálhatja. Eddigi konklúzióm szerint tehát erkölcsileg megengedett – sőt bizonyos helyzetekben egyenesen kívánatos is –, hogy a gyermekeket „ne mindig gyermekként”, a felnőtteket pedig „ne mindig felnőttként” kezeljük.

Ám mi igazít el bennünket e két modell erkölcsileg helyes arányát illetően?

(A tanulmány folytatását a következő számban közöljük)