

Autonome anorektikere

Om det moralske grunnlaget for tvangsbehandling

Anniken Fleisje



Masteroppgave i filosofi ved IFIKK

Veileder: Bjørn Torgrim Ramberg

UNIVERSITETET I OSLO

15.11.2011

Autonome anorektikere

I det følgende skal jeg undersøke hvorvidt tvangsbehandling av personer med anoreksi kan være forsvarlig, med utgangspunkt i oppfatningen om at tvangsbruk kan være tillatelig hvis og bare hvis vedkommendes autonomi er svekket. Jeg vil i den sammenheng forsøke å fastslå hvorvidt anorektikere kan være autonome. I tillegg skal jeg presentere og vurdere noen argumenter vedrørende tvangsbehandling ved anoreksi, uavhengig av henvisning til autonomi.

Takksigelser

Først og fremst vil jeg takke min veileder Bjørn Torgrim Ramberg for nyttige og motivasjonsfremmende tilbakemeldinger. I tillegg retter jeg en takk til alle som har bidratt med såkalt moralsk støtte: Takk til venner og kjæreste, takk til min lille «familie» av filosofer, og ikke minst en stor takk til min Mamma, Nina Berg.

© Anniken Fleisje

2011

Autonome anorektikere

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: CopyCat

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	1
Kapittel 1: Anoreksi.....	4
1.1: Hva er anoreksi?.....	4
1.2: Anoreksi som psykisk lidelse.....	6
1.3: Årsaksforklaringer.....	8
Kapittel 2: Autonomi.....	10
2.1: Hva er autonomi?.....	10
2.2: Personlig autonomi.....	13
2.3: Autonomi som bioetisk prinsipp.....	28
2.4: Paternalisme.....	37
Kapittel 3: Autonomi ved anoreksi.....	48
3.1: Kan personer med anoreksi ta autonome beslutninger i henhold til lidelsen?.....	48
Kapittel 4: Tvangsbehandling ved anoreksi.....	62
4.1: Argumenter <i>for</i> tvangsbehandling.....	64
4.2: Argumenter <i>mot</i> tvangsbehandling.....	68
4.3: Kliniske argumenter fra et autonomisentrert perspektiv.....	71
Innvendinger og problemer ved min posisjon.....	78
Litteraturliste.....	81

Innledning

Anorexia nervosa (heretter anoreksi) er en form for spiseforstyrrelse, og klassifiseres som en psykisk lidelse. Finn Skårderud beskriver spiseforstyrrelser generelt som å være «*overopptatt av kropp, vekt og utseende*»¹, knyttet til et ønske om å være tynn², noe som ved anoreksi fører til undervekt ved selvframkalt vekttap. Tilstanden rammer primært jenter og kvinner i vestlig kultur, og har hatt en kraftig økning i løpet av de siste tiårene. Anoreksi kan medføre en rekke alvorlige somatiske komplikasjoner, som i noen tilfeller kan være livstruende. Mortalitet ved anoreksi antas å ligge mellom 0-20 % over en tiårsperiode, og er mellom seks og 13 ganger høyere enn for befolkningen for øvrig³. Lidelsen er den tredje vanligste dødsårsaken for tenåringsjenter i Europa⁴, og dødsfallene skyldes hovedsakelig somatiske komplikasjoner som følge av underernæring⁵, eller selvmord.

De potensielt skadelige eller eventuelt dødelige konsekvensene av anoreksi, vil i mange tilfeller kunne unngås ved hjelp av somatisk og/eller psykiatrisk behandling. Imidlertid utviser mange anorektikere⁶ ambivalens eller motstand mot behandling og det å skulle bli frisk. I tilfeller der personer med alvorlig anoreksi avviser tilbud om behandling som antas å være essensiell for vedkommendes liv eller helse, kan spørsmålet om tvangsbehandling være aktuelt: Bør livreddende behandling iverksettes, på tross av anorektikerens ønske om det motsatte?

¹ Skårderud, Finn, *Sterk/svak: Håndboken om spiseforstyrrelser* (Oslo: Aschehoug Psykologi, 2000), 11.

² Simona Giordano beskriver ønsket om å være tynn som det underliggende fenomenet ved alle spiseforstyrrelser, og selv velger jeg å betrakte dette som hovedtrekket ved anoreksi, noe jeg kommer tilbake til i kapittel 3. Giordano, Simona, *Understanding eating disorders: Conceptual and ethical issues in the treatment of anorexia and bulimia nervosa* (New York: Oxford University Press, 2005), 2.

³ Statens helsetilsyn, *Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i spesialhelsetjenesten*, 7-2000, 24, http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/alvorlige_spiseforstyrrelser_ik-2714.pdf, (oppført 11.11.2011).

⁴ De to vanligste dødsårsakene for denne gruppen, er henholdsvis ulykker og kreft. Skårderud, *Sterk/svak*, 73.

⁵ De vanligste somatiske komplikasjonene er hjertesvikt, hjerterytmeforstyrrelser, hjerteinfarkt, bronkopneumoni (mellomting mellom bronkitt og vanlig lungebetennelse) og hypoglykemi (for lavt blodsukker). Statens helsetilsyn, *Alvorlige spiseforstyrrelser*, 24.

⁶ Betegnelsen «personer med anoreksi» brukes gjerne framfor begrepet «anorektikere», ettersom anoreksi – hevdes det – er noe man *har*, og er ikke konstituerende for den man *er*. For enkelhets skyld, velger jeg likevel å bruke betegnelsen «anorektikere».

Dette spørsmålet danner grunnlaget for mine undersøkelser. Jeg skal med andre ord forsøke å avgjøre hvorvidt tvangsbehandling av personer med alvorlig anoreksi kan være etisk forsvarlig. Min diskusjon har utgangspunkt i posisjonen svak paternalisme, det vil si at paternalistisk inngripen – eksempelvis tvangsbehandling – er tillatelig hvis og bare hvis vedkommendes autonomi er svekket. Hvorvidt tvangsbehandling av anorektikere er legitimt, vil da avhenge av om de kan betraktes som autonome i henhold til faktorer vedrørende lidelsen. Rettere sagt, skal jeg undersøke om anorektikerens eventuelle beslutning om ikke å behandles er autonom. Om så er tilfelle, bør hennes valg etter mitt syn respekteres. I motsatt fall, er derimot tvangsbehandling tillatelig. Jeg skal også ta for meg noen argumenter vedrørende tvangsbehandling av anoreksipasienter, som er framsatt uten hensyn til hvorvidt de betraktes som autonome.

Kapittel 1 gir en kort innføring i anoreksi, og innbefatter en presentasjon av hovedtrekkene ved lidelsen, samt mulige årsaksforklaringer. I kapittel 2 gir jeg en redegjørelse for personlig autonomi, for å etablere en grunnleggende forståelse av hva det vil si å være en autonom person. Jeg presenterer deretter det bioetiske prinsippet om respekt for personers autonome avgjørelser, og argumenterer for at pasientens autonome valg skal være toneangivende for avgjørelser vedrørende medisinsk behandling, framfor hva som medisinsk sett anses som fordelaktig for vedkommende. I kapittel 3 forsøker jeg å vise under hvilke forhold anorektikerens beslutning om ikke å behandles er autonom, på bakgrunn av redegjørelsen for autonomi i kapittel 2. Dette kapittelets formål er å fastslå i hvilke tilfeller tvangsbehandling av anorektikere er legitimt, og når det derimot er utillatelig. Kapittel 4 inneholder argumenter vedrørende tvangsbehandling, framsatt fra klinisk hold. I motsetning til min diskusjon av tvangsbehandling, hvor vurderingen av pasientens autonomi står i fokus, baseres disse argumentene ikke på bedømmelsen av om vedkommende er autonom, og framholder altså tvangsbruk som henholdsvis tillatelig eller utillatelig på bakgrunn av andre faktorer enn autonomi. Hensikten med kapittel 4 er hovedsakelig å undersøke om det finnes argumenter for eller mot tvangsbehandling ved anoreksi, som uten henvisning til autonomi er så tungtveiende at de alene danner grunnlag for hvorvidt tvangsbehandling bør iverksettes. I så tilfelle kan det se ut til at min autonomisentrerte modell – det å basere diskusjonen av tvangsbehandling på vurderingen av pasientens autonomi – er utilstrekkelig for å avgjøre om tvangsbruk bør utføres i praksis. Som vi skal se, er imidlertid ingen av de «kliniske

argumentene» overbevisende nok til å fastslå tvangsbruk som verken tillatelig eller utillatelig, og min etisk-baserte diskusjon med utgangspunkt i autonomi, kan etter min oppfatning betraktes som et adekvat utgangspunkt for spørsmålet om tvangsbruk som legitimt.

Til slutt legger jeg fram noen mulige innvendinger til, og potensielle problemer ved, min posisjons vektlegging av autonomi som utgangspunkt for vurderingen av om tvangsbehandling er tillatelig.

Kapittel 1: Anoreksi

1.1 Hva er anoreksi?

I det følgende skal jeg gjøre rede for lidelsen anoreksi. Jeg skal begynne med å legge fram kriteriene for diagnostisering av tilstanden, og deretter forsøke å etablere en grunnleggende forståelse for det psykologiske aspektet ved anoreksi – altså, hva det er som gjør lidelsen til en *psykisk* lidelse. Videre skal jeg presentere noen mulige årsaksforklaringer, altså hvilke faktorer som antas å bidra til utviklingen av anoreksi. Min redegjørelse for de diagnostiske kriteriene for anoreksi, er hovedsakelig basert på de internasjonale diagnosesystemene ICD-10-systemet⁷ og DSM-IV-systemet⁸. Framstillingen for øvrig har utgangspunkt i boka *Spiseforstyrrelser: Symptomforståelse og behandlingsstrategier* av Anne Røer, Finn Skårderuds *Sterk/svak: Håndboken om spiseforstyrrelser* og Simona Giordanos bok *Understanding eating disorders: Conceptual and ethical issues in the treatment of anorexia and bulimia nervosa*. Ettersom anoreksi har visse fellestrekk med andre spiseforstyrrelser, som bulimi, omhandler enkelte deler av framstillingen spiseforstyrrelser generelt, ikke spesifikt anoreksi.

Diagnostisering

Det primære psykologiske symptomet på anoreksi, så vel som ved andre spiseforstyrrelser, er frykt for vektøkning eller det å være tykk. Den grunnleggende faktoren ved anoreksi, kan med andre ord betraktes som ønsket om å være tynn. I tillegg inkluderer både ICD-10-systemet og DSM-IV-systemet forstyrret kroppssoppfatning som kriterium, det vil si feilaktig eller urealistisk bedømmelse av kroppens form eller størrelse, som betyr at vedkommende ofte opplever kroppen som større enn hva som faktisk er tilfelle. Hvorvidt dette er et reelt trekk ved anorektikere flest, er imidlertid omstridt⁹. De somatiske kriteriene for anoreksi hos

⁷ ICD-10-systemet (*International Classification of Diseases*) er fastsatt av Verdens helseorganisasjon (WHO). Skårderud, *Sterk/svak*, 296-299. Giordano, *Understanding eating disorders*, 24.

⁸ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Skårderud, *Sterk/svak*, 296-299.

⁹ Følgende artikler presenterer divergerende resultater av undersøkelser som forsøker å fastslå anorektikers estimering av egen kroppstørrelse: Bowden, P. K., Touyz, S. W., Rodriguez, P. J., Hensley, R., Beumont, P. J.

voksne, er vekt under 85 % av hva som er forventet, eventuelt BMI¹⁰ på 17,5 eller mindre, samt amenoré¹¹ hos kvinner, og manglende seksuell interesse og potensproblemer hos menn. Dersom lidelsen oppstår forut for puberteten, regnes forsinket pubertal utvikling som kriterium for diagnostisering av anoreksi, ifølge ICD-10-systemet. Vekttapet er som nevnt selvpåført, og finner sted som følge av reduksjon i matinntak eller unngåelse av mat som anses som «fetende», ofte i kombinasjon med fysisk aktivitet. Enkelte personer med anoreksi inntar i tillegg appetittdepnende eller vandrivende midler, avføringsmidler, eller kaster opp med hensikt – eventuelt i etterkant av stort matinntak¹². Ifølge ICD-systemet må alle kriterier være oppfylt for diagnostisering av anoreksi, det vil si kroppsvekt under fastsatt vektgrense, selvframkalt vekttap, forstyrret kroppsoppfatning knyttet til frykten for overvekt, og amenoré/potensproblemer, eventuelt forsinket pubertal utvikling. Ved oppfyllelse av kun noen av kriteriene, eller alle kriterier kun i mild grad, bruker ICD-systemet betegnelsen «atypisk anorexia nervosa» («atypisk anoreksi»), som også karakteriseres som en form for spiseforstyrrelse. På bakgrunn av dette systemet, er altså alle nevnte kriterier nødvendige betingelser for diagnostisering av anoreksi. Dersom kun enkelte symptomer er til stede, slik som alvorlig undervekt og frykt for vektøkning, kan dette likevel vitne om spiseforstyrrelser.

I tillegg til medisinske kriterier, vektlegges sosiale og psykologiske faktorer ved beskrivelse av spiseforstyrrelser:

Når tanker og atferd i forhold til mat og vekt begynner å begrense livsutfoldelsen og forringe livskvaliteten, har man en spiseforstyrrelse.¹³

V., «Distorting patient or distorting instrument? Body shape disturbance in patients with anorexia nervosa and bulimia», *British journal of psychiatry*, 155, 1989, 196-201. Cash, Thomas F., Deagle, Edwin A., «The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis», *International journal of eating disorders*, 22/2, 1997, 107-125. Probst, M. Vandereycken, W. Coppenolle, H. Van. Pieters, G. «Body size estimation in anorexia nervosa patients: The significance of overestimation». *Journal of psychosomatic research*. Vol. 44. 1998. 451-456.

¹⁰ BMI (*Body mass index*) er en metode å beregne vekt i forhold til høyde. BMI = vekt (kg) / (høyde x høyde (m)). Ifølge Skårderud regnes BMI fra 19-24,9 som normalvekt, og under 19 som undervekt. Skårderud, *Sterk/svak*, 146.

¹¹ Fravær av minst tre påfølgende menstruasjonssyklus. Skårderud, *Sterk/svak*, 298.

¹² DSM-IV-systemet klassifiserer slik atferd som «bulimisk form» for anoreksi. Bulimia nervosa (bulimi) er en form for spiseforstyrrelse som diagnostiseres blant annet på bakgrunn av stort matinntak på kort tid, etterfulgt av selvframkalt brekninger, misbruk av avføringsmidler, eller andre måter å kompensere for matinntaket på. Skårderud, *Sterk/svak*, 297, 299.

¹³ Skårderud, *Sterk/svak*, 11.

[A]lvorlige spiseforstyrrelser foreligger når pasientens forhold til mat forstyrrer eller hindrer normal fungering, sosialt, i arbeidsliv eller skole og ut over en periode på seks måneder.¹⁴

En spiseforstyrrelse er et stadium hvor vi ikke lenger har kontroll over forholdet til mat, men er underlagt et misbruk som styrer stadig mer av våre handlinger, følelser og tanker. Vi er blitt avhengige av å sulte oss eller overspise for å holde ut hverdagen og for å opprettholde fasaden mot omverdenen. Mat eller ikke mat er plutselig det viktigste prosjektet i livet.¹⁵

Kort oppsummert, innebærer spiseforstyrrelser et stort fokus på mat over tid, noe som går på bekostning av andre deler av livet, og altså påvirker livskvalitet og sosial fungering i negativ retning. Christensen nevner i tillegg mangel på kontroll i forhold til mat, og framstiller lidelsen som et avhengighetsskapende middel til å takle hverdagen. Dette vil jeg komme tilbake til nedenfor.

1.2 Anoreksi som psykisk lidelse

Spiseforstyrrelser omtales som et signal til omverdenen om krisetilstand, og har på den måten et kommunikativt aspekt. Lidelsen er, for å sitere Røer, «ordløse meddelelser»¹⁶. Utviklingen av spiseforstyrrelser henger sammen med lav selvfølelse hos den rammede, og hevdes å oppstå på bakgrunn av vedkommendes opplevelse av manglende kontroll over enkelte deler av livet. Tanken er at ettersom visse områder av tilværelsen oppleves som kaotiske, dannes et behov om kontroll over i det minste ett område, nemlig mat og kroppsvekt. Anorektikerens overdrevne fokus på mat kan oppstå som en måte å takle eksempelvis følelsesmessige vanskeligheter, og kan således beskrives som en form for distraksjon fra problematiske

¹⁴ Røer, Anne, *Spiseforstyrrelser: Symptomforståelse og behandlingsstrategier*, 2. utgave (Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009), 36-37. Røer bruker altså betegnelsen «alvorlige spiseforstyrrelser». Jeg skiller imidlertid ikke mellom «spiseforstyrrelser» og «alvorlige spiseforstyrrelser» i min framstilling.

¹⁵ Christensen, Karin, *Matens mysterium: Om å bli frisk av anoreksi, bulimi og tvangsspising. En selvhjelpsbok*, (Stavanger: Hertervig forlag, 2002), 17.

¹⁶ Røer, 19.

forhold ved tilværelsen¹⁷ – som en slags emosjonell overlevelsesmekanisme¹⁸. Forsøket på å oppnå kontroll, tjener imidlertid ikke sin hensikt, men vil derimot med tiden medføre *tap* av kontroll; anorektikeren lykkes riktignok i sin streben etter vektreduksjon, men vil ofte miste kontrollen på den måten at hun ikke klarer å forhindre atferd som fører til ytterligere vektnedgang. Günther Rathner beskriver dette som «kontroll-paradokset» ved anoreksi: Forsøket på å gjenvinne kontroll over livet ved å kontrollere vekten – altså gå ned i vekt – fører til tap av kontroll ved at vedkommende ikke klarer å *la være* å gå ned i vekt. I stedet for at anorektikerens livsproblemer løses gjennom spiseforstyrret atferd, blir denne atferden, og dens konsekvenser, over tid i seg selv et problem.

Giordano beskriver det å være spiseforstyrret som en motsetningsfull tilstand: På den ene siden, synes beslutningen om å redusere matinntaket å være noe vedkommende *velger*, og hun *ønsker* å opprettholde atferden som er symptomatisk for tilstanden; på den annen side, mangler hun evne til å endre sin spiseforstyrrede atferd, og vil kunne føle seg «fanget» i lidelsen¹⁹. På den måten vil vedkommende ofte være ambivalent overfor anoreksien. Anorektikerens motstridende følelser overfor tilstanden og det å skulle komme seg ut av den, kan bunne i frykt eller motstand mot identitetsendring. Ved langvarige spiseforstyrrelser hevdes lidelsen nemlig å kunne bli en integrert del av vedkommendes identitet²⁰. Lidelsens negative aspekter vil kunne gi grobunn for ønsket om å oppgi tilstanden, og øke motivasjonen for å bli frisk. Samtidig vil anorektikeren føle motstand mot dette, ettersom det å skulle gi avkall på anoreksien oppleves som å gi avkall på en del av ens identitet.

Spiseforstyrrelser har av enkelte blitt omtalt som en type avhengighet, og likner avhengighet til eksempelvis rusmidler blant annet ved det store fokuset på – og mangel på kontroll i forhold til – den aktuelle gjenstanden (henholdsvis mat eller rus). Det er imidlertid ikke

¹⁷ En kvinne med anoreksi uttaler: «It kind of protects you ..., I think, from coping with other things. It just distracts you the whole time.» Tan, Jacinta, Hope, Tony, Stewart, Anne, «Competence to refuse treatment in anorexia nervosa», *International journal of law and psychiatry*, 26, 2003, 703.

¹⁸ Dette betyr ikke at anorektikeren *bevisst* utvikler lidelsen som middel til å takle vanskelige livssituasjoner.

¹⁹ Giordano, *Understanding eating disorders*, 31-32.

²⁰ Tan, Jacinta O. A., Hope, Tony, Stewart, Anne, «Anorexia nervosa and personal identity: The account of patients and their parents» *International journal of law and psychiatry*, 26 (2003), 537. Røer, *Spiseforstyrrelser*, 28.

belegg for å anta at anoreksi innebærer noen form for fysiologisk avhengighet²¹. Spiseforstyrrelser har også blitt knyttet til tvangslidelser, og Røer hevder at de fleste alvorlige spiseforstyrrelser, slik som anoreksi, innebærer tvangspreget atferd sprunget ut av tvangstanker²². Ifølge Statens Helsetilsyns skriv om spiseforstyrrelser, adskilles imidlertid tvangslidelser fra anoreksi, ved at førstnevnte inkluderer andre ting enn fokus på mat og vektreduksjon²³. Det ser altså ut til at anorektikerens atferd i forhold til mat *kan* være tvangspreget, uten at spiseforstyrrelser dermed kan klassifiseres som en form for tvangslidelse.

Helsetilsynet viser dessuten til høy forekomst av andre psykiske lidelser ved anoreksi, slik som personlighetsforstyrrelser, depresjon, dystymi (kronisk senket stemningsleie) og bipolare lidelser²⁴. Det framkommer imidlertid ingen hypotese vedrørende mulige årsakssammenhenger mellom anoreksi og andre psykiske lidelser – altså, om anoreksi antas å føre til andre psykiske lidelser, eller eventuelt omvendt.

1.3 Årsaksforklaringer

Anoreksi antas å ha multifaktorielle årsaker, det vil si at flere ulike faktorer bidrar til utviklingen av lidelsen. Det skilles mellom disponerende, utløsende og opprettholdende faktorer. En antatt disponerende faktor, er personlighet; visse personlighetstrekk – slik som perfektjonisme eller rigiditet – anses som disponerende for anoreksi. Det hevdes dessuten at enkelte kan være genetisk disponert for lidelsen, men foreløpig er det ikke tilstrekkelig belegg for å fastslå genetik som disponerende faktor. En annen faktor som antas å være essensiell for utviklingen av spiseforstyrrelser, er vestlig kulturs motsetningsfylte forventninger til kvinnerollen. De siste tiårenes kvinnefrigjøring har bidratt til en endring av kvinneidealet i retning av økt uavhengighet og karrieremessig suksess, samtidig som det tradisjonelle idealet om passivitet, ettergivenhet og ynde opprettholdes. Konflikten mellom disse idealene antas å

²¹ Giordano, *Understanding eating disorders*, 80.

²² Røer, *Spiseforstyrrelser*, 46.

²³ Statens helsetilsyn, *Alvorlige spiseforstyrrelser*, 16.

²⁴ *Ibid.*, 25.

kunne føre til et motsetningsfylt forventningspress for vestlige kvinner, og gi utslag i spiseforstyrrelser.

Et annet trekk ved vestlig kulturs kvinneideal som antas å kunne disponere for spiseforstyrrelser, er idealet om å være tynn. Giordano mener at tynnhet anses som etterstrebellesverdig først og fremst på bakgrunn av hva det symboliserer, og ikke primært at det betraktes som vakkert i seg selv (noe det er diskutabelt hvorvidt det faktisk er). Den tykke kroppen assosieres med latskap, viljesvakhet og mangel på selvkontroll (trolig ved å vise til eksempelvis inaktivitet, og mangel på viljestyrke og kontroll med henhold til matinntak). Den tynne kroppen, som i kraft av sin formløshet oppfattes som mer maskulin enn den formfulle, er derimot knyttet til intellektuelle verdier som tradisjonelt sett har blitt betraktet som maskuline, slik som selvkontroll og disiplin. Oppnåelsen av disse verdiene betraktes som å øke individets prestisje eller «verdi», og på den måten oppfattes tynnhet som knyttet til egenverdi. Ifølge Giordano henger denne tanken sammen med ideen om askese, som vi finner i tradisjonell vestlig religion og moral: Kropp og sjel anses som adskilte substanser, og førstnevnte betraktes som moralsk underlegen sistnevnte. Å frigjøre seg fra kroppslige behov – slik som behovet for mat – vil således betraktes som overlegent det å la seg styre av slike behov. Det å undergrave behovet for næring vil på den måten anses som moralsk.

Jeg skal ikke gå nærmere inn på Giordanos argumentasjon vedrørende sammenhengen mellom tynnhet og moralske verdier. I stedet skal jeg se på andre faktorer som antas å kunne spille en rolle i utviklingen av anoreksi. Røer trekker fram slanking som den vanligste utløsende årsaken, eller *triggeren*, for spiseforstyrrelser. Andre faktorer som nevnes, er miljø, slik som danse- og idrettsmiljø, somatisk sykdom med påfølgende vekttap, pubertet (enten tidligere eller senere enn gjennomsnittet), og forandring i sosial posisjon. Opprettholdende faktorer omfatter blant annet psykiske konsekvenser av underernæring, som økt fokus på mat, og miljømessig påvirkning: i visse miljøer kan anorektikeren for eksempel bli misunnet for å ha lykket i vektreduksjon, noe som kan bidra til at hun holder fast ved atferd som fører til ytterligere vektnedgang.

Kapittel 2: Autonomi

I det følgende skal jeg gjøre rede for hva som ligger i begrepet autonomi, og undersøke hvilke betingelser som må ligge til grunn for at en person eller handling kan betraktes som autonom. Jeg skal deretter kort ta for meg noen fordeler ved, og innvendinger til, ulike posisjoner angående autonomi, og forsøke å etablere en plausibel forståelse av hva det vil si å være en autonom aktør, og det å ta autonome valg. Min diskusjon vedrørende personlig autonomi er hovedsakelig basert på posisjonene til Gerald Dworkin, John Christman og Alfred R. Mele. Jeg vil også si litt om Harry G. Frankfurt's posisjon, men kun i den grad den danner bakteppet for de teoriene jeg ønsker å legge til grunn. Hensikten med følgende redegjørelse er ikke primært å fastslå nødvendige og tilstrekkelige betingelser for autonomi, eller å avgjøre hvilken av de følgende posisjonene som er mest plausibel, men å oppnå en grunnleggende forståelse av autonomi som kan danne utgangspunktet for diskusjonen av hvorvidt anorektikere kan være autonome.

Jeg skal deretter ta for meg det bioetiske prinsippet om respekt for autonomi, og argumentere for dets forrang for velgjørenhet, på bakgrunn av den iboende verdien av autonomi.

2.1 Hva er autonomi?

Autonomibegrepet stammer fra de greske termene *autos* («selv») og *nomos* («lov», «regel» eller «styre»), og ble opprinnelig brukt som betegnelse på bystater der innbyggerne selv fastsatte lovene. Begrepet har senere blitt utvidet til å omfatte også individer, og betegner – som etymologien indikerer – en form for «selv-styre». Nøyaktig hva dette betyr, er det en viss uenighet om blant ulike teoretikere, og hva begrepet er ment å betegne, avhenger av den filosofiske – eller medisinske – konteksten det opptrer i. Autonomi spiller en essensiell rolle i blant annet Kants moralfilosofi, da forstått som viljens evne til å være en lov for seg selv. Dette innebærer det kategoriske imperativ, det vil si alltid å handle slik at en samtidig kan

ville at maksimen for handlingen skal være en allmenn lov²⁵. Også hos John Stuart Mill har autonomibegrepet en sentral plass, og er knyttet til tanken om at en styresmakt bør gi enhver rett til å handle på bakgrunn av egne oppfatninger og verdier, såfremt det ikke går på bekostning av andres frihet. Inngripen i en annens handlingsfrihet anses imidlertid som tillatelig dersom vedkommendes handling eksempelvis er basert på feilinformasjon, eller i seg selv krenker andres frihet²⁶.

Nyere teorier om autonomi er, ifølge James Stacey Taylor, basert på en individualistisk forståelse av begrepet²⁷. Autonomi i denne forstand – *personlig* eller *individuell* autonomi – viser til en form for selvbestemmelse: en person er autonom i henhold til sine ønsker eller handlinger dersom de er «ens egne»²⁸, det vil si at de stammer fra vedkommendes egne oppfatninger eller verdier. Personlig autonomi dreier seg om refleksjon over – og det å være aktiv overfor – egne holdninger og preferanser, framfor kun passiv deltakelse i eget liv. Hva dette innebærer, og hvilke betingelser som hevdes å ligge til grunn for bedømmelsen av en oppfatning eller handling som autonom, vil være gjenstand for min redegjørelse og diskusjon angående personlig autonomi nedenfor.

En slik forståelse av autonomi er knyttet til det bioetiske prinsippet om respekt for autonomi – eller autonomiprinsippet – som viser til autonome eller kompetente pasienters rett til å ta egne avgjørelser angående medisinske forhold, noe jeg kommer tilbake til. Innen bioetikk opereres det gjerne med et *lokalt* autonomibegrep, det vil si at en pasient kan anses som autonom på visse områder, for eksempel med hensyn til enkelte avgjørelser; vedkommendes autonomi kan derimot betraktes som svekket eller manglende på andre områder. I sammenheng med autonomiprinsippet vil det være avgjørende å fastslå om pasienten er autonom i henhold til en bestemt avgjørelse, ettersom kun *autonome* avgjørelser skal respekteres, ifølge prinsippet.

²⁵ Kant, Immanuel, *Grounding for the metaphysics of morals*, i Michael L. Morgan (red.), *Classics of moral and political theory*, fjerde utgave (Indianapolis: Hackett Publishing Company, 2005).

²⁶ Mill, John Stuart, *On liberty: and other essays* (New York: Kaplan Publishing, 2009). Beauchamp, Tom L., Childress, James F., *Principles of biomedical ethics*, sjette utgave (New York: Oxford University Press, 2009), 103.

²⁷ Taylor, James Stacey, «Introduction», i *Personal autonomy: New essays on personal autonomy and its role in contemporary moral philosophy*, red. av James Stacey Taylor, (Cambridge: Cambridge University Press, 2005), 1.

²⁸ Blant andre Dworkin bruker denne betegnelsen på autonomi. Dworkin, Gerald, *The theory and practice of autonomy* (Cambridge: Cambridge University Press, 1988), 13.

Autonomi, i bioetisk sammenheng, omtales altså som en lokal egenskap ved personer, eventuelt også som en gradert egenskap – det vil si at autonomi kan innehas i større eller mindre grad²⁹. Begrepet brukes imidlertid også som betegnelse på en *rettighet* innen bioetikk, nemlig pasientens rett til å ta egne avgjørelser.

Autonomibegrepet spiller også en hovedrolle i metafysiske diskusjoner omkring fri vilje: Kan mennesket være autonomt, eller er vi snarere underlagt deterministiske lover? Er autonomi kompatibelt med determinisme? Mens autonomi i bioetisk sammenheng betegner en egenskap som i utgangspunktet innehas av alle voksne mennesker³⁰, dreier den metafysiske diskusjonen om autonomi, eller fri vilje, seg om hvorvidt dette kan innehas av mennesket overhodet. Som nevnt, omtales autonomi innen bioetikk ofte som en lokal og gradert egenskap. En del teorier om personlig autonomi opererer også med et lokalt autonomibegrep³¹, men betegner – etter min forståelse – ikke en gradert egenskap. På bakgrunn av en slik oppfatning, viser autonomi til noe en person enten *er* eller *ikke er*, i det minste i henhold til visse preferanser eller handlinger. Også det metafysiske autonomibegrepet knytte til fri vilje framstår som et «enten-eller-konsept», og da i global forstand – som noe man enten kan være, eller ikke.

Jeg skal ikke gå inn på den metafysiske diskusjonen vedrørende fri vilje og determinisme, ettersom mine undersøkelser dreier seg om personlig autonomi og autonomi i bioetisk sammenheng, og følgende betingelser for autonomi ikke forutsetter verken at determinisme er sant eller usant.

²⁹ Selv om autonomi her beskrives som en egenskap, omtales det gjerne som noe personer *er* – det vil si at man *er* autonom (eksempelvis med henhold til visse avgjørelser) – snarere enn at autonomi er noe man *har*.

³⁰ Med mulig unntak av personer med psykisk utviklingshemning o.l.

³¹ Enkelte teorier betegner imidlertid autonomi som globalt, hvilket vil si at begrepet er ment å betegne en egenskap ved personer, eller deres liv, som helhet. Dworkins posisjon er et eksempel på en slik teori.

2.2 Personlig autonomi

Hierarkiske teorier om autonomi

Jeg vil begynne min redegjørelse for personlig autonomi med å se på noen hovedtrekk ved henholdsvis Frankfurts og Dworkins såkalte hierarkiske teorier om autonomi, som baserer seg på ideen om en hierarkisk ordning av ønsker eller preferanser. Sentralt i deres posisjoner, er tanken om første-ordens og andre- eller høyere-ordens ønsker³², hvor et første-ordens ønske beskrives som et ønske om å handle, og et andre-ordens ønske betegner ønsket om å ha dette første-ordens ønsket³³.

Dworkin vektlegger samsvar mellom ønsker på første- og andre-ordens nivå i sin analyse av autonomi. I artikkelen «Autonomy and behavior control» framsetter han det han kaller autentisitet som nødvendig, dog ikke tilstrekkelig, betingelse for autonomi. Ifølge hans syn, er man autentisk med henhold til en første-ordens motivasjon dersom man identifiserer seg med denne på andre-ordens nivå³⁴. Senere, i boka *The theory and practice of autonomy*, reviderer han sin opprinnelige teori om autonomi, og går bort fra autentisitet – i betydningen identifisering med sine ønsker – som essensielt for autonomi. I stedet framhever han evnen til *refleksjon* over hvorvidt man identifiserer seg med sine grunner for handling som avgjørende for vurderingen av om man er autonom. Nærmere bestemt, innebærer autonomi – ifølge Dworkins reviderte autonomianalyse – refleksjon på andre-ordens nivå over ønsker på første-ordens nivå. Hva dette vil si, kommer jeg tilbake til nedenfor.

³² Opprinnelig: *desires*. Dworkin bruker også begrepene *preferences*, *motivations* og *values* i sin analyse. Alfred Mele, på sin side, skriver hovedsakelig om *attitudes*. Enkelte kritikere hevder at en oppfatning av autonomi som kun viser til ønsker, preferanser etc., er for snever. Christman inkluderer «karaktertrekk» (*'characteristics'* eller *'traits'*), slik som emosjoner og vaner, i sin forståelse av autonomi. «Procedural autonomy and liberal legitimacy» i Taylor (red.), *Personal autonomy*, 295. Selv vil jeg i det følgende veksle mellom betegnelsene «ønsker», «preferanser», «verdier», «motivasjoner» og «holdninger».

³³ Frankfurt, Harry G, «Freedom of the will and the concept of a person», *The journal of philosophy*, Vol. 68, Nr. 1, Januar 1971, 7. På bakgrunn av Frankfurts teori, betraktes en person som autonom med henhold til et første-ordens ønske om å utføre en bestemt handling dersom hun har et andre-ordens ønske om å ha dette første-ordens ønsket, og vil at hennes første-ordens ønske skal drive henne til handling. Teorien er imidlertid en teori om personer, snarere enn om autonomi som sådan, som påpekt av Tom L. Beauchamp. Beauchamp, Tom L., «Who deserves autonomy, and whose autonomy deserves respect?», i *Personal autonomy*, red. av Taylor, 317.

³⁴ Dworkin, *The theory and practice of autonomy*, 15.

I sin opprinnelige teori introduserer Dworkin også det han kaller «prosedural uavhengighet»³⁵ som nødvendig betingelse for autonomi, noe han fastholder i sin reviderte utgave av teorien. Prosedural uavhengighet innebærer å skille negativ innflytelse på evnen til refleksjon, fra positiv innflytelse – altså, å skille det som virker ødeleggende på refleksjonsevnen fra det som bidrar til å forbedre den. Denne betingelsen utelukker at ønsker og verdier oppstått på bakgrunn av innflytelse i form av eksempelvis manipulasjon, hypnose og lignende, kan betraktes som autonome. Slik innvirkning vil nemlig undergrave aktørens kapasitet til å utlede egne preferanser på bakgrunn av selvrefleksjon, ettersom vedkommendes ønsker da er resultat av ytre påvirkning alene, og ikke egne vurderinger.

Innvendinger til hierarkiske teorier

Det har blitt reist flere innvendinger til den hierarkiske modellen av autonomi slik den framsettes av henholdsvis Frankfurt og Dworkin. Jeg skal nå ta for meg noen problemer knyttet til deres teorier.

Problemet ved autonomi som autentisitet

Et problem ved Dworkins opprinnelige teori om autonomi, er identifisering med første-ordens ønsker på andre-ordens nivå som betingelse for autonomi – det Dworkin kaller autentisitet. På bakgrunn av et slikt syn, vil det å endre sine andre-ordens ønsker slik at de samsvarer med første-ordens ønsker, føre til økt autonomi. Det betyr for eksempel at dersom en aktør har et første-ordens ønske om å lyve for sine venner, men på et andre-ordens nivå ønsker å være en ærlig person, vil han på bakgrunn av betingelsen om autentisitet anses som mer autonom dersom han evner å endre sitt ønske på andre-ordens nivå til et ønske om derimot å være en uærlig person³⁶. Dworkin erkjenner at en slik oppfatning av autonomi er problematisk. Som har uttrykker det, «there seems to be something wrong with the idea that one becomes more

³⁵ Opprinnelig: *procedural independence*. Dworkin, *The theory and practice of autonomy*, 18.

³⁶ Jeg stiller meg bak oppfatningen om at det er problematisk å betrakte dette som å føre til økt autonomi. Dette gjelder også dersom situasjonen var snudd, og vedkommende hadde et første-ordens ønske om å være ærlig og et andre-ordens ønske om å være uærlig – jeg ville også da avvist tanken om at endring av ønsket på andre-ordens nivå ville ført til økt autonomi. Hvorvidt en holdning er moralsk rett eller gal, er etter mitt syn ikke relevant for bedømmelsen av om hvorvidt den er autonom..

autonomous by changing one's higher-order preferences»³⁷. På bakgrunn av denne innvendingen til autentisitet som betingelse for autonomi, velger Dworkin å revidere sin opprinnelige autonomianalyse, og gå bort fra samsvar mellom første- og andre-ordens ønsker som essensielt for autonomi.

Manipulasjonsproblemet

Et annet problem ved oppfatningen av autonomi som identifisering med første-ordens ønsker på andre-ordens nivå, er det såkalte manipulasjonsproblemet³⁸: Dersom samsvar mellom første- og andre-ordens ønsker er tilstrekkelig for autonomi, vil en person hvis ønsker og verdier er frambragt ved eksempelvis manipulasjon, betraktes som autonom. Så lenge vedkommende identifiserer seg med sine første-ordens ønsker på bakgrunn av andre-ordens refleksjon, vil hun ifølge en slik oppfatning anses som autonom, selv om ønskene både på første- og andre-ordens nivå er resultat av for eksempel hjernevask.

En teori som på denne måten kun tar aktørens psykologiske tilstander i betraktning ved vurderingen av autonomi, uavhengig av hvordan de har oppstått, kan anses som ahistorisk eller internalistisk. Frankfurts posisjon er et eksempel på en slik teori. Ifølge hans analyse, vil en person altså være autonom dersom hun oppfyller hans psykologiske betingelser for autonomi (det vil si andre-ordens vilje knyttet til første-ordens ønske), selv dersom hennes ønsker og verdier er frambragt på bakgrunn av manipulasjon. En oppfatning av autonomi som anerkjenner manipulerte personer som autonome, synes å være tvilsom, og manipulasjonsproblemet er således et alvorlig problem for Frankfurts teori.

Manipulasjonsproblemet har dannet grunnlag for kritikk av Frankfurts posisjon. Kritikken av Frankfurts teori, eller internalistiske teorier som sådan, har utgangspunkt i et eksternalistisk begrep om autonomi. Ifølge en eksternalistisk posisjon, betraktes kausal bakgrunn som avgjørende for autonomi – hvorvidt en preferanse eller verdi er autonom, avhenger av hvordan den har oppstått. Dette betyr at en person hvis verdier er frambragt på bakgrunn av

³⁷ Dworkin, *The theory and practice of autonomy*, 16.

³⁸ Jeg har lånt dette begrepet fra Taylor (opprinnelig: *the Problem of Manipulation*). Taylor, «Introduction», i *Personal autonomy*, red. av Taylor, 5.

for eksempel hjernevask, vil anses som mindre autonom (i det minste i forhold til de aktuelle verdiene) enn dersom de hadde hatt sin opprinnelse i hennes eget verdisyn, uten ytre innngripen – selv dersom hun i «hjernevasket tilstand» oppfylder psykologiske betingelser for autonomi, som samsvar mellom første- og andre ordens ønsker etc. Mele og Christman er eksempler på teoretikere som legger et eksternalistisk begrep om autonomi til grunn for sine analyser, noe jeg mener de gjør rett i; et autonomibegrep som potensielt inkluderer manipulte personer, er etter mitt syn lite plausibelt. For, som nevnt innledningsvis, er autonomi en form for «selv-styre», noe som neppe kan innebære styring av en manipulator.

Hvorvidt manipulasjonsproblemet også truer Dworkins teori, er diskutabelt. Selv presenterer han dette³⁹ som et problem ved sin opprinnelige betingelse om autentisitet, ettersom kun samsvar mellom første- og andre- ordens ønsker vektlegges, uavhengig av om vedkommende for eksempel er manipulert. Etter min oppfatning, fører imidlertid ikke betingelsen om autentisitet – identifisering med sine ønsker – i seg selv til et manipulasjonsproblem for Dworkins opprinnelige teori, ettersom dette framsettes som en *nødvendig*, og ikke *tilstrekkelig*, betingelse for autonomi. Dette betyr at selv dersom en persons første- og andre-ordens ønsker samsvarer, og betingelsen om autentisitet dermed er oppfylt, vil ikke vedkommende anses som autonom. I tillegg må nemlig den nødvendige betingelsen om prosedural uavhengighet være oppfylt, noe som utelukker at ønsker oppstått på bakgrunn av eksempelvis manipulasjon, kan betraktes som autonome. Ved innføringen av prosedural uavhengighet ser Dworkin altså ut til å unngå manipulasjonsproblemet. Dworkin anser problemet likevel som en grunn til å gå bort fra autentisitet som betingelse for autonomi. For dersom en persons første- og andre-ordens ønsker samsvarer, men er resultat av manipulasjon og derfor ikke autonome, ser det ut til at samsvar mellom første- og andre-ordens ønsker – altså autentisitet – ikke er hva som er essensielt i vurderingen av autonomi.

På bakgrunn av dette kan det altså se ut til at betingelsen om prosedural uavhengighet redder Dworkins teori fra manipulasjonsproblemet. Det har imidlertid blitt stilt spørsmålstegn ved om dette faktisk er tilfelle. Ifølge James Stacey Taylor er ikke prosedural uavhengighet tilstrekkelig for å unngå problemet. Han mener at det å unngå manipulasjonsproblemet ganske

³⁹ Såvidt meg bekjent, bruket ikke Dworkin selv begrepet «manipulasjonsproblemet».

enkelt ved å hevde at en persons ønsker ikke kan betraktes som autonome dersom de er resultat av manipulasjon, er utilstrekkelig: en overbevisende teori om autonomi bør i tillegg vise *hvorfor* en persons autonomi i så tilfelle vil være svekket, slik at man kan skille innflytelse som krenker en persons autonomi fra innflytelse som ikke gjøre det, eller eventuelt bidrar til å styrke den⁴⁰.

Regressproblemet

En annen innvending til hierarkiske teorier om autonomi, er det jeg vil kalle «regressproblemet». En person anses som autonom i henhold til et første-ordens ønske, ifølge hierarkiske teorier, dersom hun aksepterer det på bakgrunn av ønsker på andre-ordens nivå. Men hva er det som gjør vedkommende autonom i forhold til et andre-ordens ønske? Dersom en person anses som autonom med hensyn til et andre-ordens ønske ved å vise til et ønske på enda høyere nivå – et tredje-ordens ønske – ser det ut til at vi står overfor en uendelig regress. Hvis autonomi derimot forklares ved at det er noe annet enn høyere-ordens ønsker som manifesterer autonomi i henhold til andre-ordens ønsker, står teorien overfor et forklaringsproblem: *Hva* er det da som gjør at man betraktes som autonom med hensyn til andre-ordens ønsker?

***Ab Initio*-problemet**

En måte å unngå regress-problemet på, er å hevde at en person er autonom med henhold til et første-ordens ønske dersom hun aksepterer det på andre- eller høyere-ordens nivå, uavhengig av om hun er autonom i henhold til sine høyere-ordens ønsker. En slik forklaring vedrørende autonomi i forhold til første-ordens ønsker, fører imidlertid til et annet problem – det såkalte *Ab Initio*-problemet: Hvordan kan en person være autonom med henhold til et første-ordens ønske dersom hun ikke er autonom med henhold til bakgrunnen for dette ønsket? Hvordan kan høyere-ordens ønsker betraktes som å ha autoritet over første-ordens ønsker dersom de høyere-ordens ønskene ikke er autonome?

⁴⁰ Taylor, «Introduction», i *Personal autonomy*, red. av Taylor, 5-6.

Ab Initio-problemet og regress-problemet synes å gi grunnlag for en generell skepsis angående hierarkiske modeller om autonomi: Dersom det ikke kan fastslås hvorfor andre-ordens ønsker eventuelt har autoritet over lavere-ordens ønsker, og andre ordens-ønsker dermed ikke kan manifestere autonomi vedrørende første-ordens ønsker, hvorfor introdusere høyere-ordens ønsker overhodet?

Dworkins svar til dette, er at skillet mellom første- og andre-ordens ønsker viser til noe essensielt ved det å være en aktør, på den måten at distinksjonen mellom ønsker på første- og andre-ordens nivå bidrar til å skille mellom ulik motivasjon for handling. En person som handler på bakgrunn av trusler, i motsetning til hva hun egentlig ønsker, vil ha en annen motivasjon for handlingene enn en person som derimot *ønsker* å handle under trusler; eksempelvis vil en ufrivillig militær som gjennomfører sine plikter på bakgrunn av trusler om straff, ha en annen motivasjon enn en frivillig militær som også gjennomfører sine plikter under trusler om straff, men som altså har gått inn i militæret på bakgrunn av egne ønsker. Ut fra Dworkins teori, vil de to personene kanskje ha sammenfallende første-ordens ønsker til å handle, men ulike andre-ordens motivasjoner, ettersom den siste faktisk *vil* utføre pliktene hun blir «truet» til, mens den første ikke ønsker dette overhodet⁴¹.

Kanskje har Dworkin rett i at teorien hans viser til noe viktig angående aktørskap, ved å skille ulike typer motivasjon for handling. Dworkins forklaring på hvorfor det er hensiktsmessig å skille mellom første-ordens ønsker og andre-ordens ønsker, som jeg har forsøkt å tydeliggjøre gjennom mitt militær-eksempel, gir imidlertid intet svar på hva som gir sistnevnte autoritet over førstnevnte. Spørsmålet om hvordan autonomi manifesteres i forhold til første-ordens ønsker – så vel som andre-ordens ønsker – står fortsatt ubesvart.

Jeg skal la de generelle problemene knyttet til hierarkiske teorier ligge, og ta for meg noen trekk ved Dworkins reviderte teori, for å undersøke om vi derved kan komme nærmere en plausibel forståelse av hva det vil si å være autonom.

⁴¹ Dworkin, *The theory and practice of autonomy*, 19.

Dworkins reviderte autonomianalyse

På bakgrunn av visse problemer knyttet til autentisitet som betingelse for autonomi – slik som at samsvar mellom første- og andre-ordens ønsker vil bety økt autonomi, uavhengig av bakgrunnen for dem – velger altså Dworkin å revidere sin opprinnelige autonomianalyse. I hans reviderte versjon av teorien framsetter han følgende definisjon: «Autonomy is a second-order capacity to reflect critically upon one's first-order preferences and desires, and the ability either to identify with these or to change them in light of higher-order preferences and values.»⁴² Ifølge Dworkins reviderte teori, innebærer autonomi altså evnen til å identifisere seg med første-ordens ønsker, eller endre disse, på bakgrunn av en andre-ordens overveielsesprosess. Evnen til refleksjon over ønsker og verdier, synes å stå sentralt i enhver teori om personlig autonomi, uten at dette nødvendigvis innebærer en *bevisst* overveielsesprosess. Selvrefleksjonen det er snakk om, og som betraktes som en forutsetning for autonomi, er snarere *hypotetisk*. For Dworkin betyr det at denne formen for refleksjon eksempelvis manifesteres gjennom handling, slik som å foreta visse endringer i eget liv.

Jeg skal nå se nærmere på hva som ligger i Dworkins beskrivelse av autonomi som «evnen til å identifisere seg med, eller endre, sine preferanser og ønsker». Betyr dette at autonomi anses som evnen til *enten* å identifisere seg med sine første-ordens ønsker, *eller* å endre dem? Eller må aktøren *både* identifisere seg med ønskene *og* ha mulighet til å endre dem for å betraktes som autonom? Som Mele påpeker, synes en «streng» tolkning av Dworkins definisjon å peke mot det første⁴³, ettersom autonomi – som vist ovenfor – beskrives som «the ability *either* to identify with [one's first-order preferences or desires] *or* to change them ...». Ut fra en slik tolkning, er det altså ikke nødvendig både å identifisere seg med et ønske, og kunne endre det, for at vedkommende skal kunne anses som autonom i henhold til ønsket; man må kun identifisere seg med ønsket, *eller* ha mulighet til å forandre det. I alle tilfelle betraktes andre-ordens refleksjon som essensielt for autonomi – ens autonome identifisering med, eller endring av, en preferanse, er basert på evnen til overveielse på andre-ordens nivå.

⁴² Ibid., 108.

⁴³ Mele Alfred R., *Autonomous agents: From self-control to autonomy* (New York: Oxford University Press, 2001), 150.

Andre passasjer av Dworkins autonomianalyse er mer tvetydige vedrørende spørsmålet om autonomi forutsetter evnen til både identifisering med, og endring av, preferanser. Han skriver: «The idea of autonomy is not merely an evaluative or reflective notion, but includes as well some ability both to alter one's preferences and to make them effective in one's actions and, indeed, to make them effective because one has reflected upon them and adopted them as one's own.»⁴⁴ På bakgrunn av denne beskrivelsen, synes autonomi å innebære en form for refleksjon, og *i tillegg* evnen til å endre ens preferanser og aktualisere dem i handling, nettopp på grunnlag av at man har reflektert over dem og gjort dem til «sine egne». Dette synes imidlertid ikke å implisere at en person må kunne endre sine preferanser for å være autonom i forhold til dem; slik jeg leser dette, sier Dworkin kun noe om hvilke evner som omfattes av/inkluderes i autonomibegrepet, ikke hvilke betingelser som nødvendigvis må være til stede for å betraktes som autonom. I så fall kan det altså være slik at autonomi, ifølge Dworkin, kun forutsetter evnen til *enten* å identifisere seg med sine preferanser, *eller* endre dem.

Hvorvidt dette er en korrekt tolkning av Dworkins autonomianalyse, eller om han derimot anser autonomi som evnen til *både* identifisering med, *og* endring av, preferanser, skal jeg la forbli et åpent spørsmål. I stedet skal jeg rette fokuset mot hvilken av disse tolkningene som representerer den mest plausible forståelsen av autonomi: Er både identifisering med ens preferanser og ønsker, og muligheten til å endre disse, nødvendige betingelser for autonomi?

Christman tilbakeviser betingelsen om identifisering med ens verdier som essensielt for autonomi⁴⁵. Bakgrunnen for dette, avhenger av hvordan «identifisering» forstås: Dersom man tolker begrepet om identifisering med ens ønsker som det å anse ønsket som en del av en selv, synes kravet om identifisering å være for svakt for autonomi. Eksempelvis vil en rusmisbruker kunne identifisere seg med begjæret etter rus, på den måten at han anser det som en del av ham selv, uten at det dermed er autonomt. I så tilfelle er ikke identifisering med sine ønsker en tilstrekkelig betingelse for autonomi. Hvis kravet om identifisering med ens ønsker og verdier derimot forstås som å anerkjenne eller bifalle dem, synes kravet om identifisering å være for sterkt for autonomi. Man vil for eksempel kunne mislike sider av seg selv – og på

⁴⁴ Dworkin, *The theory and practice of autonomy*, 17.

⁴⁵ Christman, «Procedural autonomy and liberal legitimacy», i *Personal autonomy*, red. av Taylor, 278-280.

den måten ikke identifisere seg med dem – samtidig som man er autonom i henhold til dem. I så fall ser det altså ut til at identifisering ikke er en nødvendig betingelse for autonomi. Identifisering med sine ønsker synes altså ikke å være essensielt for autonomi, uansett hvilken av ovennevnte tolkninger som legges til grunn.

Hva så med evnen til å endre sine verdier – er dette en nødvendig betingelse for autonomi? Som Mele presiserer, må dette i så fall innebære muligheten for å kvitte seg med den aktuelle verdien, eventuelt til fordel for en annen; evnen til kun å *forsterke* en verdi, uten å kunne forkaste den, understøtter ikke autonomi⁴⁶. Han stiller seg imidlertid tvilende til denne evnen som nødvendig betingelse for autonomi, og framsetter eksempelet om Al, som ønsker at sine barn skal ha det godt. Dette ønsket er så dypt plantet i Als verdisyn at han ikke ville hatt mulighet til å endre det, selv om han ville. Må Al betraktes som heteronom på grunnlag av at han ikke uten videre kan endre sitt verdisyn? Neppe, ifølge Mele, og jeg tror han har rett. Som Mele presiserer, forutsetter ikke hans autonomibegrep det å «skape seg selv»⁴⁷. Vi er alle under innflytelse av ytre omstendigheter, slik som sosiale og kulturelle faktorer, noe som har innvirkning på våre verdisyn. Et begrep om autonomi som setter evnen til å revidere alle våre verdier som nødvendig betingelse, vil utelukke autonomi som en reell mulighet for enhver, mener han. Han presiserer imidlertid at enkelte former for ytre påvirkning vil kunne svekke autonomi⁴⁸ – et syn som omfattes av hans eksternalistiske posisjon: for at en oppfatning skal kunne betraktes som autonom, er det en forutsetning at den ikke er påtvunget, hvor «påtvunget» innebærer å ikke være iscenesatt av aktøren selv⁴⁹. Også Christman stiller seg bak et autonomibegrep som ikke forutsetter evnen til å revidere alle ens oppfatninger, og anerkjenner at vårt verdisyn er påvirket av ytre omstendigheter, uten å dermed være autonomt.

Både Mele og Christman fastholder altså at det å inneha preferanser og verdier som man ikke har mulighet til å revidere, ikke betyr at man er heteronom i forhold til dem. Autonomi innebærer med andre ord ikke nødvendigvis evnen til å endre eller forkaste sine preferanser, ifølge deres syn. Hvordan Dworkin forholder seg til dette, er noe uklart. Han beskriver som

⁴⁶ Mele, *Autonomous agents*, 152-153.

⁴⁷ *Ibid.*, 157.

⁴⁸ *Ibid.*, 157.

⁴⁹ *Ibid.*, 166.

nevnt autonomi som evnen til blant annet å endre sine første-ordens ønsker i lys av høyere-ordens verdier. Samtidig uttaler han at autonomi ikke forutsetter muligheten til å kunne forandre første-ordens preferanser «at will»⁵⁰, og at det å ha visse ønsker som ikke kan endres, er kompatibelt med autonomi. Dersom en person eksempelvis ikke kan endre sine ønsker om å handle ut fra empati for andre, vil hun ikke dermed betraktes som heteronom, ifølge Dworkin⁵¹. Men hva mener han da med «evnen til å endre sine ønsker og preferanser», som framsettes som essensielt for autonomi?

På bakgrunn av forutgående diskusjon, stiller jeg meg tvilende til Dworkins reviderte teori om autonomi. På grunnlag av Meles og Christmans argumenter, ser det nemlig ut til at verken identifisering med, eller endring av, ønsker og verdier er essensielle betingelser for autonomi. Det er dessuten uklart hva som i det hele tatt ligger i disse begrepene. I tillegg lider Dworkins teori under problemer presentert i forrige avsnitt, det vil si regressproblemet og problemet knyttet til høyere-ordens autoritet over lavere-ordens, samt eventuelt manipulasjonsproblemet. Jeg skal nå ta for meg hovedtrekkene ved Christmans teori om autonomi, og undersøke om denne presenterer en mer tilfredsstillende forståelse av autonomi.

Christmans teori om autonomi

Som alternativ til Dworkins oppfatning om identifisering med, eller endring av, første-ordens ønsker som essensielt for autonomi, presenterer Christman en teori hvor aktørens holdning til *bakgrunnen* for ønsket anses som sentralt, snarere enn selve ønsket. Ifølge Christmans posisjon, dreier autonomi seg om en form for bevissthet angående endringer av ens karakter, slik som det å utvikle en preferanse eller ønske. En aktør er autonom med henhold til et ønske, ifølge Christmans posisjon, dersom hun aksepterer prosessen bak ønskets opprinnelse, eller faktorene som ga opphav til det – altså, måten ønsket oppstod på. Dette betyr at et kriterium for å være autonom med hensyn til et ønske, er at man hadde mulighet til å forhindre utviklingen av ønsket, uten å gjøre det. Med utgangspunkt i dette, utleder Christman følgende betingelser for autonomi:

⁵⁰ Dworkin, *The theory and practice of autonomy*, 16. Sitatet er opprinnelig i anførselstegn.

⁵¹ *Ibid.*, 16-17.

- (i) A person P is autonomous relative to some desire D if it is the case that P did not resist the development of D when attending to this process of development, or P *would not have* resisted that development had P attended to the process;
 - (ii) The lack of resistance to the development of D did not take place (or would not have) under the influence of factors that inhibit self-reflection;
- and
- (iii) The self-reflection involved in condition (i) is (minimally) rational and involves no self-deception.⁵²

Christman presiserer at selvrefleksjonen som fastslås som en forutsetning for autonomi – uttrykt ved betingelse (i) – kan være hypotetisk; det er ikke slik at refleksjonen over et ønskes opphav må være bevisst og overveid for at ønsket skal betraktes som autonomt.

Selvrefleksjonen Christman presenterer som forutsetning for autonomi, innebærer – som nevnt i betingelse (iii) – rasjonalitet og fravær av selvbedrag. Rasjonalitet beskrives som å inneha ønsker og oppfatninger som i hovedsak ikke er inkonsistente. Dette betyr at man ikke handler på grunnlag av logiske feilslutninger, og at ens målsetninger, og metodene for å nå disse, er i tråd med resten av ens oppfatninger og verdsett⁵³. Betingelsen om fravær av selvbedrag – det Christman kaller «selvbevissthet»⁵⁴ – ligner betingelsen om rasjonalitet ved at også selvbedrag utelukker besittelse av inkonsistente oppfatninger. Det som skiller de to, er at selvbedrag innebærer å «skjule» inkonsistensen for seg selv ved å rette fokuset vekk fra den undertrykte oppfatningen – det å benekte fakta som er inkonsistent med oppfatninger man *ønsker* å ha, og å unngå å gjøre seg bevisst på noe man vet er sant. Selvbevissthet innebærer at en må kunne bevisstgjøre, og reflektere over, sine ønsker og oppfatninger – ønskene må være «gjennomsiktige»⁵⁵ for en selv.

⁵² Christman, John, «Autonomy and personal history», *Canadian journal of philosophy*, Vol. 21, No. 1, mars, 1991, 11.

⁵³ Christmans betingelse om rasjonalitet krever imidlertid ikke at det må være koherens mellom *alle* ens ønsker og oppfatninger, kun at man ikke hovedsakelig styres av grunnleggende inkonsistente oppfatninger.

⁵⁴ Opprinnelig: *self-awareness*.

⁵⁵ Opprinnelig: *'transparent'*.

Kritikk av Christmans teori

Christmans autonomianalyse er eksternalistisk ved at bakgrunnen for ønsker og verdier anses som det sentrale i vurderingen av hvorvidt de er autonome. Teorien unngår således manipulasjonsproblemet; ettersom autonomi, ifølge Christman, forutsetter at ens ønsker og preferanser har oppstått på en måte som aktøren aksepterer, utelukkes ønsker med bakgrunn i manipulasjon som autonome⁵⁶. I tillegg til unngåelse av dette problemet, som åpenbart er en fordel ved teorien, mener jeg at Christmans forutsetninger om rasjonalitet og selvbevissthet viser til noe essensielt ved det å være autonom. Teorien har imidlertid blitt kritisert for ikke å framsette verken tilstrekkelige eller nødvendige betingelser for autonomi. Mele presenterer følgende eksempel for å demonstrere det første, nemlig at Christmans autonomianalyse ikke framsetter tilstrekkelige betingelser⁵⁷:

En ekspert på rusmidler, Alice, gjennomfører et eksperiment hvor hun med hensikt gjør seg avhengig av heroin. Eksperimentet iverksettes på bakgrunn av rasjonell overveielse, uten noen form for selvbedrag, og utviklingen av heroinavhengigheten foregår på en måte Alice aksepterer. Christmans betingelser for autonomi i forhold til et ønske (i dette tilfellet, ønsket om heroin) er altså oppfylt. Underveis bestemmer Alice seg for å oppgi eksperimentet og avhengigheten, på grunnlag av at det er mer skadelig enn hun innså på forhånd, men uten å lykkes. Hun klarer ikke å kvitte seg med begjæret etter heroin, eller la være å handle på bakgrunn av det (altså å avstå fra heroin), selv om hun rasjonelt sett bedømmer det å forkaste begjæret som mest hensiktsmessig. Dette betyr at hennes begjær etter – eller ønske om – heroin er heteronomt, på tross av at det synes å oppfylle Christmans betingelser for autonomi, og altså er *autonomt utviklet*. Ettersom ønsket likevel ikke betraktes som autonomt i den nåværende situasjonen, ser det ut til at Christmans betingelser ikke er tilstrekkelige for autonomi.

Jeg stiller meg tvilende til hvorvidt dette eksempelet tilbakeviser Christmans betingelser som utilstrekkelige. Det synes rimelig å tro at Alices avgjørelse om å oppgi ønsket om heroin, er

⁵⁶ Et unntak fra dette, er dersom aktøren selv har iscenesatt «manipulasjonen», som for eksempel hypnose for å slutte å røyke. Hvorvidt dette egentlig kan betraktes som manipulasjon, er imidlertid diskutabelt.

⁵⁷ Mele, *Autonomous agents*, 138-139.

basert på en oppfatning om at hun *tror at det vil være mulig* å oppgi dette ønsket. Alice er imidlertid ekspert på rusmidler, og er dermed sannsynligvis kjent med det faktum at en heroinavhengig ikke vil kunne oppgi sitt ønske om heroin uten videre. Ettersom hun likevel tror at hun vil kunne oppgi sitt ønske, tyder det etter min oppfatning på selvbedrag – hun benekter det faktum at hun vanskelig vil kunne oppgi avhengigheten uten videre, på tross av vissheten om at heroinavhengighet vanskelig vil kunne oppgis uten videre. I så fall er ikke Christmans betingelse (iii) oppfylt (til tross for Meles eksplisitte påstand om at eksperimentet er iverksatt i fravær av selvbedrag). Dette betyr at Alice ikke er autonom med henhold til bakgrunnen for ønsket, og eksempelet vil ikke tjene til å underbygge Meles påstand om at Christmans betingelser ikke er tilstrekkelige for autonomi.

Hvorvidt Christmans betingelser for autonomi er tilstrekkelige, skal jeg la forbli et åpent spørsmål⁵⁸, og rette fokuset mot påstanden at de ikke er *nødvendige*, noe Mele forsøker å demonstrere ved følgende eksempel⁵⁹: Filosofiprofessor Beth blir hjernevasket til å verdsette sitt filosofiarbeid over alle andre deler av livet, i motsetning til hva hun har gjort tidligere. Hun blir deretter informert om manipulasjonen som har funnet sted, og får tilbud om reversering av tilstanden, men avslår. Er denne avgjørelsen autonom? Dersom hun på bakgrunn av sine nylig etablerte verdier – altså synet at filosofien har forrang for andre aspekter – foretrekker sitt «nye» liv, og dermed velger å forbli i den «hjernevaskede» tilstanden, ser denne avgjørelsen ut til å være heteronom, ifølge en eksternalistisk oppfatning. I så tilfelle vil nemlig avgjørelsen være basert på verdier frambragt ved manipulasjon. Hvis avgjørelsen derimot er basert på et ønske Beth hadde forut for manipulasjonen, for eksempel ønsket om størst mulig lykke, vil derimot Beths ønske om å prioritere filosofiarbeidet, og avgjørelsen å forbli i den «hjernevaskede» tilstanden, ifølge Mele være autonom. Tanken er at dersom Beth har et autonomt ønske om å være så lykkelig som mulig, og ønsket om å prioritere filosofiarbeid (altså, livet etter manipulasjonen har funnet sted) fører til mer lykke enn det å prioritere andre ting (Beths liv forut for manipulasjonen), er ønsket om å prioritere filosofiarbeidet autonomt – så fremt det er basert på det autonome ønsket om lykke, framfor heteronome verdier.

⁵⁸ Om Christmans betingelser er tilstrekkelige for autonomi, har ikke betydning for min diskusjon av hvorvidt anorektikere kan være autonome.

⁵⁹ Mele, *Autonomous agents*, 169-171.

Til tross for at Beths ønske (om å prioritere filosofiarbeidet) er resultat av manipulasjon, er altså beslutningen om å fortsette å ha dette ønsket autonomt, ifølge Mele, ettersom det er basert på et autonomt ønske. Dersom Mele har rett, har vi altså et tilfelle av et autonomt ønske som *ikke* oppfyller Christmans betingelser for autonomi, på den måten at det er frambragt på en måte som aktøren ville ha motsatt seg. I så fall er Christmans betingelser ikke nødvendige betingelser for autonomi.

Betingelser for autonomi

Med utgangspunkt i Dworkins teori, er altså identifisering med sine ønsker, og evnen til å endre dem, essensielt for autonomi. Som vist ovenfor, ser det imidlertid ut til at verken identifisering med, eller endring av, ønsker, er nødvendig for å betrakte dem som autonome. Evnen til refleksjon over ønsker, verdier, preferanser etc., kan derimot fastslås som sentralt for autonomi.

På bakgrunn av Christmans teori, forutsetter autonomi rasjonalitet og fravær av selvbedrag. Det ser imidlertid ikke ut til at hans oppfatning om autonom *utvikling* av et ønske, representerer en nødvendig betingelse for å være autonom overfor det, eller ta autonome beslutninger på bakgrunn av det, som vist ved Meles eksempel med filosofiprofessor Beth: hennes beslutning om å forbli i den «hjernevaskede» tilstanden, er ifølge Mele autonom, ettersom den har opphav i et autonomt ønske – ønsket om størst mulig lykke.

Forståelsen av autonomi som «selv-styre» utelukker, som vist ovenfor, at ønsker og verdier frambragt ved manipulasjon kan være autonome. Det er ikke kun innflytelse i form av *ytre* påvirkning som svekker autonomi – visse mentale tilstander og lidelser, som psykose, vil også redusere autonomi.

Autonomibegrepet som innholdsnøytralt versus substantivisk

I det forutgående har jeg forsøkt å etablere en forståelse av hva autonomi, forstått som en form for selv-styre, innebærer. Mele stiller imidlertid spørsmålstegn ved hvorvidt «selv-styre» egentlig betegner en adekvat oppfatning av autonomi, ettersom visse former for selv-styre innebærer begrensende livsførsel. Det å «styre seg selv» til en undertrykkende levemåte, hevdes å stride mot autonomi, i det minste i én forstand⁶⁰.

Dette bringer oss inn på diskusjonen om hvorvidt autonomi innebærer visse «substantiviske»⁶¹ idealer – det vil si at det inneholder bestemte verdier, som for eksempel uavhengighet og frihet – eller om autonomibegrepet snarere forstås som «innholdsnøytralt». På bakgrunn av en substantivisk oppfatning av autonomi, vil det å innta en selvbegrensende livsførsel kunne anses som inkonsistent med autonomi: dersom autonomi viser til blant annet frihet, vil det å pålegge seg regler som begrenser ens frihet, ikke være forenelig med autonomi. På den måten strider selvbegrensende prinsipper mot hva autonomi grunnleggende sett *er*, og en levemåte basert på slike prinsipper, vil derfor ikke være autonom, ifølge en slik substantivisk oppfatning av autonomi. På bakgrunn av et slikt autonomibegrep, vil eksempelvis det å underlegge seg religiøse doktriner som legger føringer på ens handlinger (for eksempel ved å forby visse sosiale aktiviteter), kunne betraktes som inkonsistent med autonomi⁶².

Dworkin og Christman, blant andre, fremmer derimot en innholdsnøytral forståelse av autonomi, det vil si at det ikke viser til bestemte idealer. Dworkins forsvar for innholdsnøytralitet, er at en betingelse for et tilfredsstillende autonomibegrep, er at autonomi må kunne anses som verdifullt av ulike ideologiske retninger. Og denne betingelsen vil lettere kunne oppfylles dersom begrepet ikke inneholder bestemte idealer. Dworkin beskriver dessuten autonomi som knyttet til det å selv forme og gi mening til sitt liv gjennom sine egne

⁶⁰ Ibid., 126.

⁶¹ Opprinnelig: *substantive*.

⁶² Her er det viktig å huske på at frihet ikke er synonymt med autonomi. Jeg skal ikke gå inn på forskjellen mellom autonomi og frihet, men bemerker at frihet – kort sagt – kan forstås som fravær av ytre, så vel som indre, hindringer eller inn gripen, eller muligheten til å velge mellom ulike handlingsalternativer. Autonomi dreier seg derimot om det å være aktiv med henhold til egne verdier og ønsker, og er i større grad knyttet til hva det vil si å være et subjekt. Begrensning av frihet fører ikke nødvendigvis til redusert autonomi, på samme måte som svekket autonomi ikke nødvendigvis fører til begrenset frihet.

prosjekter, noe som åpner for ulike måter å manifestere autonomi på, ettersom det finnes utallige alternativer til hvordan forme sitt liv. En slik oppfatning av autonomi innebærer blant annet muligheten til å velge en begrensende livsførsel, for eksempel det å underkaste seg et regime eller leveregler som begrenser ens handlingsfrihet.

Jeg finner Dworkins argument for innholdsneutralitet overbevisende, og velger således å legge en slik forståelse til grunn for min autonomianalyse. Etter mitt syn, er altså det å innta en begrensende livsførsel forenlig med autonomi.

2.3 Autonomi som bioetisk prinsipp

Jeg skal la diskusjonen vedrørende personlig autonomi ligge, og rette fokuset mot betydningen av autonomi i bioetisk sammenheng. Følgende redegjørelse er hovedsakelig basert på Tom L. Beauchamp og James F. Childress' *Principles of biomedical ethics*.

Beauchamp og Childress presenterer fire hovedprinsipper innen medisinsk etikk: 1) respekt for autonomi (heretter «autonomiprinsippet»), 2) ikke skade⁶³, 3) velgjørenhet (heretter «velgjørenhetsprinsippet»), 4) rettferdighet, det vil si rettferdig fordeling av fordeler og ulemper. Jeg vil i det følgende fokusere på prinsipp 1) og 3).

Autonomiprinsippet, eller prinsippet om individets selvbestemmelsesrett, viser til blant annet retten til å ta egne avgjørelser angående medisinske forhold, for eksempel hvorvidt en skal motta behandling, og i så fall hva slags form for behandling. Velgjørenhetsprinsippet innebærer å forhindre eller redusere skade og fremme det som anses som gagnlig for pasienten, samt å veie fordeler ved en behandlingssituasjon opp mot dens risiko og potensielle ulemper. I mange tilfeller vil velgjørenhet – det som fra medisinsk hold anses som fordelaktig behandling for pasienten – samsvare med pasientens egne ønsker og avgjørelser vedrørende

⁶³ Opprinnelig: *nonmaleficence*.

behandling, ettersom pasienten gjerne vil velge den behandlingsformen som medisinsk ekspertise anser som mest effektiv, naturlig nok. I så tilfelle er autonomiprinsippet og velgjørhetsprinsippet i overensstemmelse med hverandre. I enkelte situasjoner motsetter pasienter seg derimot behandling som helsepersonell anser som hensiktsmessig – kanskje essensiell – for liv og helse. Følgende problemstilling vil da oppstå: Bør velgjørhetsprinsippet legges til grunn for beslutningen om behandling skal gjennomføres, det vil si å iverksette behandling på tvers av pasientens ønsker, ettersom dette medisinsk sett er til hennes «eget beste»? Eller bør autonomiprinsippet derimot legges til grunn, det vil si å la pasientens egne ønsker angående behandling være avgjørende, selv dersom dette gir til negative helsemessige – kanskje livstruende – konsekvenser for henne selv? Med andre ord, hva bør ha forrang – pasientens helse, eller hennes rett til å ta egne beslutninger? Det ser med andre ord ut til at situasjoner der pasientens ønsker divergerer fra legens anbefalinger, resulterer i en konflikt mellom velgjørhetsprinsippet og autonomiprinsippet, og det er ikke gitt hvilket av disse prinsippene som bør være overordnet og ligge til grunn for beslutningen om hvorvidt behandling skal gjennomføres.

I mitt forsøk på å besvare de nevnte problemstillingene, skal jeg begynne med å se nærmere på autonomiprinsippet og hva det innebærer. Jeg skal deretter se det i sammenheng med velgjørhetsprinsippet, og undersøke hva den potensielle konflikten mellom prinsippene består i. Videre vil jeg argumentere for at autonomiprinsippet bør ha forrang for velgjørhet, noe som betyr at inngripen overfor autonome personer er utillatelig, mens inngripen overfor personer med svekket autonomi derimot er forsvarlig – et syn som omfattes av posisjonen svak paternalisme.

Autonomiprinsippet

Prinsippet om respekt for autonomi viser til anerkjennelse av autonome aktørers rett til å ta egne beslutninger, og handle på grunnlag av egne oppfatninger og verdisyn. «Respekt» viser i denne sammenheng til blant annet behandling (eventuelt unnlattelse av behandling) i overensstemmelse med (kompetente) pasienters avgjørelser. Dette betyr at autonomiprinsippet innebærer utøvelse av respekt gjennom *handling*, ikke kun ved å utvise en respektfull *holdning*. Det vil eksempelvis ikke være tilstrekkelig for helsepersonell å uttale at

man «respekterer» en pasients ønske om ikke å behandles, i den forstand at man lytter til – og har forståelse for – hennes synspunkter, og samtidig beslutter å iverksette behandling, i strid med pasientens ønsker. Handling eller behandling på tvers av autonome pasienters avgjørelser, er brudd på prinsippet om respekt for autonomi, uavhengig av om det foregår på en «respektfull» måte.

Autonomiprinsippet omfatter regler som blant annet ærlighet overfor pasienter, innhenting av pasienters samtykke ved inngripen, og bistand med å ta avgjørelser, om pasienten ønsker det. Jeg understreker at disse reglene, og autonomiprinsippets mer generelle plikt til ikke å gripe inn på tvers av pasienters egne ønsker og beslutninger, er knyttet til pasienters *autonome* avgjørelser. De nevnte reglene er altså gjeldende kun i tilfeller der pasienten anses som autonom, eller *kompetent* – et begrep jeg kommer tilbake til nedenfor.

Dette betyr ikke at autonomiprinsippet som sådan kun er relevant dersom pasienten er autonom. Riktignok hevder Dworkin nettopp at prinsippet ikke er anvendbart i tilfeller av svekket autonomi (eller i det minste er mer problematisk enn i andre tilfeller)⁶⁴, og Beauchamp og Childress skriver at «[o]ur obligations to respect autonomy do not extend to persons who cannot act in a sufficiently autonomous manner»⁶⁵. På den annen side, uttaler de at autonomiprinsippet ikke kun innebærer respekt for autonome aktørers beslutninger, men også plikt til å fremme autonomi og forhindre forhold som er ødeleggende for autonom handling⁶⁶. På bakgrunn av dette, er autonomiprinsippet etter mitt syn relevant også overfor pasienter med svekket autonomi, ved å innebære behandling som antas å være autonomifremmende. Dworkins ovennevnte uttalelser og sitatet fra Beauchamp og Childress', er etter min oppfatning altså feilaktige, eller i det minste upresise. Slik jeg forstår prinsippet, omfatter det ikke kun plikter overfor pasienter kapable til autonome avgjørelser, men også overfor pasienter med redusert autonomi, altså gjennom autonomifremmende inngripen. Etter mitt syn, kan prinsippet om respekt for autonomi med andre ord innebære plikt til inngripen (overfor pasienter med alvorlig svekket autonomi), så vel som plikt til det motsatte (overfor autonome pasienter). På bakgrunn av denne oppfatningen, vil det å la være å gripe inn overfor

⁶⁴ Dworkin, *The theory and practice of autonomy*, 114.

⁶⁵ Beauchamp og Childress, *Principles of biomedical ethics*, 105.

⁶⁶ Beauchamp og Childress, *Principles of biomedical ethics*, 103-104.

en person med alvorlig redusert autonomi, i den hensikt å fremme autonomi, være et brudd på autonomiprinsippet, på samme måte som inngripen overfor en autonom person er i strid med prinsippet.

I praksis vil dette bety at helsepersonell har plikt til å iverksette antatt autonomifremmende behandling av en person med svekket autonomi, for eksempel på bakgrunn av psykose, selv om vedkommende motsetter seg det. Eventuell tvangsbehandling av personer med redusert autonomi, er med andre ord omfattet av autonomiprinsippet, slik jeg forstår det. Å fremme autonomi ved bruk av tvang – slik som begrensning av frihet ved tvangsinnleggelse – kan synes paradoksalt. Etter mitt syn, er dette imidlertid en fullstendig koherent posisjon, ettersom autonomi og frihet er adskilte begreper; som antydte tidligere, er ikke det å redusere en persons handlingsfrihet synonymt med å redusere hennes autonomi. Det må imidlertid presiseres at legitimeringen av tvangsbehandling avhenger av i hvilken grad vedkommendes autonomi er svekket. Ifølge Beauchamp og Childress er tvangsbruk forsvarlig kun dersom fordelene pasienten antas å ha av behandling veies opp av eventuelle ulemper og risiko knyttet til den. Jeg anser dette som et rimelig prinsipp. Jeg vil eksempelvis ikke forsvare tvangsbehandling av en pasient hvis autonomi er redusert på den måten at han lider av tvangspregget håndvask, ettersom fordelene ved å bli kvitt denne tvangslidelsen trolig ikke veier opp for ulempene tvangsbehandlingen medfører for vedkommende.

Samtykkekompetanse

Tanken om enhvers rett til å bestemme over eget liv og helse, uttrykt ved autonomiprinsippet, danner grunnlaget for den juridiske regelen om samtykke. Med utgangspunkt i norsk lovverk, innebærer dette at myndige personer, og mindreårige over 16 år, har rett til å samtykke til helsehjelp⁶⁷, eller eventuelt å nekte å motta behandling. Det betyr at enhver over lavalderen har rett til å ta egne avgjørelser angående medisinske forhold, uavhengig av hva som anses som fordelaktig fra et medisinsk ståsted – såfremt vedkommende er *samtykkekompetent*⁶⁸, vel

⁶⁷ Lov om pasientrettigheter, Kapittel 4. Samtykke til helsehjelp, § 4-3., Lovdata, oppdatert 11.11.2011, <http://www.lovdato.no/all/tl-19990702-063-004.html#4-3>, (opsøkt 13.11.2011).

⁶⁸ Begrepet «beslutningskompetanse» er foreslått å erstatte «samtykkekompetanse», for å tydeliggjøre at enhver har rett til å nekte behandling, så vel som å samtykke. *Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet: Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Norges offentlige utredninger, 2011:9, 18.

å merke. Samtykkekompetente personers uttalte ønsker vedrørende behandling, skal med andre ord respekteres, ifølge norsk lov. Ved svekket samtykkekompetanse vil vedkommendes samtykke derimot ikke være gyldig⁶⁹, og helsepersonell har da rett til å ta medisinske avgjørelser på tvers av pasientens uttalte ønsker. Hvis eksempelvis en person motsetter seg helsehjelp som anses som essensiell for hennes liv og helse, og hun vurderes som å mangle samtykkekompetanse, kan tvangsbehandling iverksettes⁷⁰. Ifølge pasientrettighetsloven kapittel 4. § 4-3., kan en persons samtykkekompetanse svekkes dersom hun åpenbart ikke har evne til å forstå hva det å samtykke til behandling (eller eventuelt det å nekte behandling) innebærer, som følge av «fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming»⁷¹. Det er utviklet ulike psykologiske tester for vurdering av samtykkekompetanse, men på bakgrunn av norsk praksis, er denne vurderingen primært skjønnsbasert, og foretas av helsepersonell.

Nøyaktig hvilke kriterier som må oppfylles for derimot å betrakte en person som samtykkekompetent, er det en viss uenighet om, men det er knyttet til blant annet forståelseevne⁷², evnen til å vurdere ulike alternativer (eksempelvis alternativer for behandling), evnen til å uttrykke sine ønsker, samt evnen til å fatte beslutninger (for eksempel hvorvidt man skal motta behandling), og begrunne dem⁷³. Kort sagt, er kompetanse knyttet til kognitive evner⁷⁴ til å ta selvstendige, adekvate avgjørelser (for eksempel det å avgjøre hvorvidt man skal akseptere et tilbud om medisinsk behandling, eller avslå – eventuelt

⁶⁹ Kriteriene for at samtykket skal være gyldig, er besittelse – og forståelse – av informasjon (for eksempel om et inngrep), og frivillighet, i tillegg til kravet om kompetanse.

⁷⁰ Visse kriterier skal imidlertid være oppfylt for at tvunget behandling er juridisk forsvarlig. Ifølge pasientrettighetsloven kapittel 4 A. § 4A-3. kan vedtak om tvunget helsehjelp treffes dersom «a) en unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og b) helsehjelpen anses nødvendig, og c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen.» I tillegg er det et kriterium at «tillitsskapende tiltak ha[r] vært forsøkt» forut for iverksettelsen av helsehjelpen. Lov om pasientrettigheter, Kapittel 4 A Helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv., § 4A-3. Lovdata, oppdatert 11.11.2011, <http://www.lovdato.no/all/tl-19990702-063-005.html>, (opsøkt 13.11.2011).

⁷¹ Lov om pasientrettigheter, Kapittel 4. Samtykke til helsehjelp, § 4-3.

⁷² Bjørn Hofmann argumenterer for at det er *evnen* til å forstå som er sentralt for samtykkekompetanse; full forståelse for en eventuell behandling, er ikke et kriterium. Hofmann, Bjørn, «Det moralske grunnlaget for å vurdere samtykkekompetanse», i *Etikk i praksis*, Nordic journal of applied ethics (Trondheim, Tapir Akademisk Forlag, 2007).

⁷³ Ettersom prinsippet om kompetente personers selvbestemmelsesrett innebærer retten til å avgjøre i strid med hva som medisinsk sett anses som fordelaktig, mener jeg at vurderingen av om en pasient er kompetent, ideelt sett bør vurderes uavhengig av vedkommendes avgjørelse. I praksis vil imidlertid spørsmålet om hvorvidt en person er samtykkekompetent, primært reises i tilfeller der vedkommendes avgjørelser angående behandling divergerer fra legens anbefalinger.

⁷⁴ Bjørn Hofmann er kritisk til å ta kun kognitive eller rasjonelle evner i betraktning ved vurdering av kompetanse, og reiser spørsmålet om hvorvidt emosjonelle evner også bør legges til grunn.

sammenlignet med andre behandlingsformer). Vurderingen av hvorvidt en person er kompetent, vil således ligne vurderingen av om hun er autonom.

Den potensielle konflikten mellom velgjørenhetsprinsippet og autonomiprinsippet

Det bioetiske begrepet om velgjørenhet viser til positive plikter til å fremme/bidra til andres velferd, samt avveining av fordeler og eventuelle ulemper og risiko for pasienten, i den hensikt å oppnå det best mulige resultat. Som nevnt, vil velgjørenhetsprinsippet kunne stå i motsetning til autonomiprinsippet i tilfeller der pasientens avgjørelser angående behandling divergerer fra legens anbefalinger. Dworkin beskriver dette som en konflikt mellom individets (pasientens) interesser slik hun selv ser dem, og hennes interesser slik de framstår for andre (helsepersonell)⁷⁵. Begge parter har altså pasientens interesser i fokus, men har ulike oppfatninger om hva dette innebærer i praksis. I slike situasjoner vil følgende problemstilling oppstå: Er inngripen på tvers av pasientens ønsker etisk forsvarlig, dersom hensikten er å fremme hennes velferd? Med andre ord, er paternalisme tillatelig?

Før jeg forsøker å besvare denne problemstillingen, og undersøke hva som omfattes av begrepet paternalisme, vil jeg se nærmere på hva den eventuelle konflikten mellom autonomiprinsippet og velgjørenhetsprinsippet består i. Er det i det hele tatt en potensiell motsetning mellom de to prinsippene? Som nevnt, innebærer autonomiprinsippet respekt for pasientens avgjørelser, mens velgjørenhetsprinsippet dreier seg om handling for pasientens beste – det å fremme vedkommendes velferd. Er det nødvendigvis en inkonsistens her?

Det kan argumenteres for at man bør handle i overensstemmelse med pasientens ønsker (selv dersom dette innebærer å unnlate å behandle en alvorlig lidelse) framfor handling ut fra hva som anses som mest fordelaktig fra et medisinsk ståsted – ikke ved at autonomiprinsippet har forrang for velgjørenhetsprinsippet, men ved at sistnevnte prinsipp nettopp innebærer slik handling. Rettere sagt, kan det hevdes at handling til pasientens beste, innebærer nettopp

⁷⁵ Dworkin, *The theory and practice of autonomy*, 86.

handling på bakgrunn av vedkommendes ønsker. Ut fra en slik oppfatning, vil behandling på tvers av pasientens ønsker ikke bare være i strid med autonomiprinsippet, men også velgjørhetsprinsippet; på den annen side, vil behandling i tråd med pasientens beslutninger, manifestere velgjørhet, så vel som respekt for autonomi. Ergo synes de to prinsippene å understøtte hverandre, snarere enn å stå i konflikt.

Ifølge Beauchamp og Childress er argumentasjonen for at velgjørhet innbefatter retten til autonome avgjørelser, basert på en misforstått blanding av autonomiprinsippet og velgjørhetsprinsippet. De påpeker at dersom velgjørhet antas å innebære handling på bakgrunn av pasientens ønsker, framstår velgjørhetsprinsippet som en omformulering av autonomiprinsippet, og autonomi vil da ha forrang for velgjørhet. Dette er ifølge Beauchamp og Childress en feilaktig oppfatning av velgjørhetsprinsippet, hvis hensikt er å fremme velferd ut fra et medisinsk ståsted. De to prinsippene må med andre ord adskilles, ifølge deres synspunkt, og kan stå i direkte konflikt med hverandre.

Beauchamp og Childress mener at velgjørhet er det overordnede mål innen medisin, og har tradisjonelt sett dannet grunnlaget for medisinsk behandling. De siste tiårene har imidlertid pasienters rett til autonome avgjørelser blitt tillagt større vekt. Før jeg går inn på problemstillingen om hvorvidt autonomiprinsippet bør være toneangivende i en behandlingssituasjon, eller om paternalistisk inngripen derimot er forsvarlig, vil jeg se nærmere på hva autonomiprinsippets normative styrke består i, altså hva som gjør at retten til å ta egne beslutninger anses som verdifull.

Verdien av autonomi

Retten til å ta autonome beslutninger, og det at disse skal bli respektert, kan forsvares ved å vise til autonomi som instrumentelt verdifullt, eller til den iboende verdien av autonomi. Førstnevnte innfallsvinkel er basert på anerkjennelsen av at ulike mennesker har ulike verdisyn, og den liberalistiske tanken om at enhver best kan bedømme selv hva som er mest fordelaktig for ham selv. Dette betyr at dersom man har mulighet til å forme sitt liv etter egne oppfatninger, anses det som mer trolig at man vil bli tilfreds, enn om en annen tar avgjørelser

på vegne av en. Dworkin trekker også fram muligheten til å fatte beslutninger angående eget liv som fordelaktig i seg selv, ved at det å etablere, og reflektere over, ens preferanser som sådan oppleves som tilfredsstillende⁷⁶.

I bioetisk sammenheng kan den antatte instrumentelle verdien av autonomi danne grunnlaget for oppfatningen om autonomiprinsippets forrang for velgjørenhetsprinsippet. Det kan da argumenteres for at ettersom ulike pasienter vil ha ulike preferanser, vil det være mest fordelaktig for enhver å selv ta medisinske avgjørelser. Det er med andre ord størst sjanse for at en pasient vil bli tilfreds dersom beslutningene angående behandling er basert på hans eget verdisyn.

Jeg finner argumentasjonen vedrørende den instrumentelle verdien av autonomi til dels overbevisende, på den måten at det i en del tilfeller vil være mest fordelaktig for pasienter å ta avgjørelser basert på eget verdisyn. Hvorvidt dette vil føre til best resultater i det store og hele, vil jeg imidlertid forbli et åpent spørsmål. Jeg ønsker derfor å vektlegge den iboende verdien av autonomi, som jeg nå kommer til, i min oppfatning av autonomiprinsippets normative styrke.

I Kants filosofi står begrepet om autonomi sentralt i oppfatningen om moralsk aktørskap, og er knyttet til oppfatningen om menneskelig likeverd. Retten til å ta beslutninger angående forhold som angår en selv, slik som medisinske avgjørelser, er en kjerneverdi i vår kultur, og begrunnes juridisk i blant annet menneskerettighetserklæringen. Som jeg har vært inne på, dreier autonomi seg om hva det vil si å være en person. Autonomi, ifølge den innholdsnytrale beskrivelsen jeg har presentert, dreier seg om å selv forme, og gi mening til, sitt eget liv. Denne aktiviteten er det som gjør enhver til den personen han er; autonomi er det som gjør mitt liv til *mitt* liv, og det er dette som gir autonomi sin antatte iboende verdi.

⁷⁶ Dworkin, *The theory and practice of autonomy*, 111-112.

Det har imidlertid blitt rettet kritikk mot autonomiprinsippets betydning, blant annet fra feministisk hold. Kritikken går kort sagt ut på at individet, på bakgrunn av en tradisjonell forståelse av autonomi, anses som atomistisk, uten å ta i betraktning sosiale, kulturelle og relasjonelle forhold som konstituerende for selvet. I feministisk litteratur opereres det derimot med såkalt relasjonell autonomi, som innebærer oppfatningen av individet som situert, snarere enn løsrevet fra sosial kontekst.

Jeg mener imidlertid at autonomiprinsippet som overordnet prinsipp ikke felles av denne kritikken. Som Beauchamp og Childress påpeker, er oppfatningen av individet som situert, konsistent med oppfatningen om at enhver har rett til å ta avgjørelser angående eget liv⁷⁷. Det er altså ikke nødvendigvis en motsetning mellom autonomiprinsippet og det feministiske begrepet om autonomi.

Autonomiprinsippet har også blitt kritisert for å innebære press eller tvang til å ta egne medisinske avgjørelser. Pasienten kan altså, ifølge kritikerne, bli tvunget til å ta egne avgjørelser, uten å ønske det selv, noe som hevdes å være respektløst. Beauchamp og Childress tilbakeviser denne kritikken ved å presisere at autonomiprinsippet innebærer en *rett* til å ta beslutninger angående behandling, ikke *plikt*. De hevder at det å overlate avgjørelsen til noen andre, i seg selv kan være en autonom beslutning. Dette synet er i tråd med min forståelse av autonomi; å velge bort muligheten til å ta avgjørelser, er etter min oppfatning konsistent med autonomi – såfremt dette valget er autonomt, vel å merke.

Dersom det fortsatt skulle være tvil om autonomiprinsippets normative styrke, altså hva som gir enhver rett til å ta avgjørelser angående eget liv og helse uavhengig av helsepersonells anbefalinger, vil jeg snu bevisbyrden: Hvorfor skulle man *ikke* ha denne rettigheten? Hva er det som gir en person, eksempelvis en lege, rett til å overstyre en annens avgjørelser angående egen kropp?

⁷⁷ Beauchamp og Childress, *Principles of biomedical ethics*, 103.

2.4 Paternalisme

Begrepet paternalisme er opprinnelig knyttet til tanken om styre av en «far» eller «forelder», og har blitt brukt som betegnelse på visse former for statsstyre. Med utgangspunkt i bioetikk, definerer Beauchamp og Childress paternalisme som «*the intentional overriding of one person's preferences or actions by another person, where the person who overrides justifies this action by appeal to the goal of benefiting or of preventing or mitigating harm to the person whose preferences or actions are overridden*»⁷⁸. Paternalistisk handling innebærer altså inngripen på tvers av en annens – for eksempel en pasients – ønsker, på bakgrunn av hva som anses – eksempelvis av legen – å være til vedkommendes eget beste⁷⁹. Slik behandling forsvares eksempelvis på bakgrunn av legens medisinske ekspertise, som antas å plassere ham i en særstilling til å fastslå hva slags behandling som er mest fordelaktig for pasienten. Paternalistisk inngripen kan med andre ord beskrives som en manifestering av velgjørhetsprinsippet – eventuelt prinsippet om ikke å skade – i tilfeller der pasientens preferanser divergerer fra legens anbefalinger, og vil da stå i kontrast til autonomiprinsippet (dersom pasienten altså betraktes som autonom).

Beauchamp og Childress beskriver sin definisjon som nøytral på den måten at den ikke impliserer noen normativ bedømmelse av paternalisme – hvorvidt paternalisme er etisk forsvarlig eller ei, antydes ikke ut fra definisjonen. Begrepet kan imidlertid oppfattes som verdiladet, i positiv forstand ved at paternalistisk handling anses som tegn på omsorg utført av en «farsfigur» overfor «barn» med behov for beskyttelse. På den annen side, hevder Beauchamp og Childress at paternalistisk handling kan innebære blant annet tilbakeholdelse av informasjon, manipulasjon og tvang, og framstår i den sammenheng som en form for negativ innflytelse⁸⁰. I det følgende skal jeg undersøke nærmere hva paternalisme innebærer i bioetisk sammenheng, og undersøke hvorvidt det er etisk forsvarlig.

⁷⁸ Ibid., 208.

⁷⁹ Det kan tenkes at visse former for paternalistisk handling er basert på det som er fordelaktig for den som griper inn, framfor hva som er til den andres beste. Jeg velger likevel å ta utgangspunkt i at paternalisme er handling i hensikt å fremme hva som anses som å være til den andres beste, ettersom denne definisjonen antakelig er mest treffende i bioetisk sammenheng.

⁸⁰ Beauchamp og Childress, *Principles of biomedical ethics*, 208.

Svak og sterk paternalisme

Det skilles mellom svak (myk) og sterk (hard) paternalisme. Svak paternalisme innebærer inngripen til en annens fordel for å forhindre ufrivillig eller heteronom handling. Ut fra dette synet er paternalistisk handling legitimt kun i tilfeller der aktørens autonomi er redusert, for eksempel ved vrangforestillinger eller mangel på informasjon. Ifølge posisjonen sterk paternalisme, kan inngripen være forsvarlig også i tilfeller der aktøren handler autonomt. Beauchamp og Childress skriver at inngripen på bakgrunn av svak paternalisme er ment å reflektere vedkommendes eget syn på hva som er til hennes beste – altså hennes egne interesser – i en situasjon der hun selv ikke har forutsetninger for å forstå hva dette innebærer, eller har mulighet til å handle i overensstemmelse med dette⁸¹. Dette samsvarer med Feinbergs beskrivelse av svak paternalisme. Ifølge posisjonen svak paternalisme vil det eksempelvis kunne være forsvarlig å forhindre en akutt psykotisk – og dermed ikke autonom – person i å ta sitt liv, på bakgrunn av antakelsen om at dette er i strid med hva han trolig ville ha ønsket dersom han ikke var psykotisk. Ifølge sterk paternalisme, vil derimot kunne betraktes som forsvarlig å forhindre en person i å begå selvmord, selv dersom han anses som autonom og faktisk ønsker å ta sitt liv.

Det er uenighet om hvorvidt svak paternalisme – altså inngripen på tvers av en persons *heteronome* ønsker eller beslutninger – egentlig er å betrakte som paternalisme⁸². Oppfatningen at kun hard paternalisme er paternalisme i egentlig forstand, er basert på definisjonen av paternalisme som inngripen (til vedkommendes beste) på tvers av aktørens *autonome* beslutninger. Dersom paternalisme derimot beskrives som inngripen (til vedkommendes beste) på tvers av hennes beslutninger som sådan, uavhengig av om de er å betrakte som autonome, inkluderer begrepet også svak paternalisme.

Beauchamp og Childress velger å forholde seg til definisjonen av paternalisme som inngripen uavhengig av om aktøren er å betrakte som autonom, det vil si et begrep om paternalisme som

⁸¹ Ibid., 210-211.

⁸² Blant andre Feinberg og Beauchamp har stilt spørsmålsteget ved svak paternalisme som paternalisme. Feinberg, Joel, *Harm to self, The moral limits of the criminal law*, Volum 3 (New York: Oxford University Press, 1986), 12. Beauchamp og Childress, *Principles of biomedical ethics*, 208.

omfatter svak paternalisme⁸³. Dworkin beskriver derimot paternalisme som overtredelse av en persons autonomi⁸⁴. På bakgrunn av dette utsagnet, synes hans paternalismebegrep å utelukke svak paternalisme. For begrepet om svak paternalisme anvendes i tilfeller av svekket autonomi, og inngripen i strid med en persons ønsker, er ikke overtredelse av autonomi med mindre de er autonome. På den annen side, hevder han at svak paternalisme innebærer oppfatningen om at paternalisme iblant er forsvarlig, men kun dersom aktøren er inkompetent⁸⁵. Her ser han altså ut til å inkludere svak paternalisme i sitt paternalismebegrep.

Jeg skal ikke gå nærmere inn på om Dworkin betrakter svak paternalisme som paternalisme i egentlig forstand. Selv velger jeg å forholde meg til Beauchamp og Childress' definisjon, som omfatter både sterk og svak paternalisme; hvorvidt paternalisme egentlig innbefatter svak paternalisme, er imidlertid ikke avgjørende for mine problemstillinger.

Det moralske grunnlaget for paternalisme

Dworkin presenterer svak paternalisme, altså inngripen i strid med inkompetente personers ønsker, som legitimt på bakgrunn av antakelsen om at de – i kraft av sin inkompetanse – allerede «mistet» retten til å selv bestemme over eget liv og kropp; det er ikke slik at denne rettigheten blir *fratatt* dem⁸⁶. Jeg stiller meg bak oppfatningen av svak paternalisme som etisk forsvarlig. Ettersom handling på bakgrunn av svak paternalisme har til hensikt å understøtte aktørens interesser, går posisjonen hånd i hånd med velgjørhetsprinsippet. Som vist ovenfor, omfatter min forståelse av autonomiprinsippet antatt autonomifremmende behandling av personer med svekket autonomi, selv om de skulle motsette seg dette. På bakgrunn av dette, er svak paternalisme altså forenlig også med autonomiprinsippet.

Det er bred enighet om svak paternalisme som etisk forsvarlig. Hvorvidt sterk paternalisme er legitimt, er det derimot større uenighet om. Beauchamp & Childress presenterer tre

⁸³ Beauchamp og Childress, *Principles of biomedical ethics*, 208. Det skal sies at de to forfatterne ikke enes seg imellom; som antydnet ovenfor, foretrekker Beauchamp en definisjon av paternalisme som utelukker svak paternalisme.

⁸⁴ Dworkin, *The theory and practice of autonomy*, 123.

⁸⁵ *Ibid.*, 124.

⁸⁶ *Ibid.*, 95.

hovedposisjoner vedrørende legitimering av paternalisme: antipaternalisme, paternalisme legitimert ved samtykke (på bakgrunn av autonomiprinsippet), og paternalisme legitimert ved sannsynlig fordel (på grunnlag av velgjørenhetsprinsippet)⁸⁷.

Antipaternalisme

Ifølge denne posisjonen er inngripen i form av sterk paternalisme ikke forsvarlig, hovedsakelig på bakgrunn av anerkjennelsen av individets selvbestemmelsesrett. Dette synspunktet er knyttet til oppfatningen om enhver autonom persons rett til å ta egne beslutninger på grunnlag av eget verdisyn, og inngripen på tvers av dette anses som et brudd på den respekten enhver har krav på som moralsk aktør.

Posisjonen forsvares dessuten på bakgrunn av antatte negative konsekvenser ved å tillegge helsepersonell autoritet til å ta avgjørelser på vegne av kompetente pasienter. Jeg er usikker på realiteten i denne antakelsen, først og fremst fordi det er uklart hva som menes med negative konsekvenser. Om positive og negative konsekvenser måles ut fra denne antipaternalistiske standarden, hvor selvbestemmelsesrett anses som et gode og sterk paternalisme som et onde, vil det å tillate sterk paternalistisk inngripen fra en autoritet, åpenbart anses som mer «negativt» enn en situasjon der individet selv tar avgjørelser angående egne forhold. Om konsekvenser derimot måles ut fra en standard om hva som er hensiktsmessig medisinsk sett, vil en situasjon der medisinsk ekspertise tar avgjørelsene framstå som å føre til bedre resultater enn dersom pasientene selv velger behandlingsform (eventuelt fravær av behandling). Jeg velger å tolke «negative konsekvenser» i denne sammenheng, som en situasjon der beslutningene som tas fra autoritetens hold ikke nødvendigvis samsvarer med pasientens verdisyn, og at det å bli påført eksempelvis en behandlingsform som kanskje strider mot egne verdier, i det store og hele vil gi negative konsekvenser. Selv dersom antipaternalistene skulle ha rett i denne antakelsen, mener jeg imidlertid at posisjonen står sterkest med bakgrunn i autonomi som grunnleggende rettighet.

⁸⁷ Beauchamp og Childress, 213-214.

Ifølge den antipaternalistiske posisjonen, er svak paternalisme – altså inngripen i strid med en aktørs heteronome ønsker – legitimt. Autonomiprinsippet anses i slike tilfeller som konsistent med velgjørhetsprinsippet, som jeg har argumentert for ovenfor.

Paternalisme legitimert ved samtykke

Denne posisjonen forsvares på grunnlag av autonomiprinsippet og antakelsen om hva vedkommende *ville* ha samtykket til *dersom* hun var kompetent. Antakelsen er basert på oppfatningen om at enhver ville ha gitt sitt samtykke til begrenset handlingsfrihet og latt en autoritet ta avgjørelser for oss i et tilfelle av redusert autonomi; derfor er svak paternalisme forsvarlig.

Implisitt i denne posisjonen, er et forsøk på å forene autonomiprinsippet og velgjørhetsprinsippet: paternalistisk handling anses som legitimt både fordi det fremmer hva som er til pasientens eget beste (i tråd med velgjørhetsprinsippet), og fordi det antas å stemme overens med pasientens ønsker (i tråd med autonomiprinsippet). Men, som Beauchamp og Childress påpeker, pasientens samtykke er ikke et reelt faktum i dette tilfellet – hun har ikke faktisk uttalt at hun ønsker den aktuelle behandlingen. Slik jeg oppfatter posisjonen, står den i fare for å tillegge pasienten preferanser som ikke nødvendigvis er basert på hennes faktiske verdisyn. I stedet kan det som anses som hennes antatte preferanser springe ut av hva som betraktes som fordelaktig medisinsk sett, kombinert med tanken at hun trolig ville ha foretrukket den behandlingsformen som medisinsk sett er mest effektiv. Dersom dette er tilfelle, synes paternalistisk handling å være forsvart på bakgrunn av velgjørhetsprinsippet alene, ettersom pasientens faktiske preferanser ikke tas i betraktning.

Paternalisme legitimert ved sannsynlig fordel

Denne posisjonen innebærer å veie fordeler og ulemper ved paternalistisk handling opp mot hverandre. Paternalisme er, ifølge denne posisjonen, legitimt dersom man ved liten grad av inngripen vil kunne forhindre stor skade eller gi store fordeler for vedkommende; det anses

derimot som utillatelig å forhindre en liten skade eller fremme en liten fordel, på bekostning av stor overtredelse av vedkommendes autonomi.

Jeg anser denne posisjonen som delvis appellerende i prinsippet, ved at den – på bakgrunn av overveielse av fordeler og ulemper ved paternalistiske handlinger – søker å fremme det best mulige utfall. Posisjonen synes imidlertid å møte noen praktiske problemer, slik som fastsettelse av «stor» versus «liten» inngripen eller skade/fordel: Hvor stor overtredelse av autonomiprinsippet er tillatelig, på bakgrunn av hvor stor skade som forsøkes unngått, eller hvor stor fordel som antas å fremmes? I enkelte tilfeller – for eksempel ved påbud om bruk av bilbelte⁸⁸ – er dette kanskje uproblematisk; det synes ganske åpenbart at påbudet er en *liten* overtredelse av autonomi, og kan forhindre *stor* skade. I en del andre tilfeller, er det ikke like klart om paternalistisk handling er forsvarlig, ut fra overveielse av fordeler og ulemper. Tvangsbehandling av anoreksipasienter er et eksempel på et slikt tilfelle. Tvangsbehandling er etter mitt syn en alvorlig overtredelse av autonomi (med mindre vedkommende i utgangspunktet ikke kan anses som autonom i noen særlig grad). Slik paternalistisk inngripen kan imidlertid gi vedkommende store fordeler, som bedret helse (fysisk og psykisk), og eventuelt livreddende behandling. På bakgrunn av posisjonen om paternalisme legitimert ved sannsynlig fordel, framstår det ikke som klart i hvilke tilfeller slik form for paternalistisk handling er tillatelig. Antakelig vil det å redde pasientens liv anses som en så stor fordel for vedkommende at tvangsbruk da vil kunne betraktes som forsvarlig, ut fra denne posisjonen. Men hva med tvangsbehandling som kun tar sikte på å bedre pasientens helse? Er paternalisme forsvarlig eksempelvis for å forhindre somatiske komplikasjoner som ikke er livstruende? Hva med tvangsbruk kun i den hensikt å bedre pasientens livskvalitet – er slik form for paternalisme tillatelig ut fra denne posisjonen?

Et annet praktisk problem ved denne posisjonen, er med hvilken grad av sikkerhet man kan fastslå at en paternalistisk handling vil føre til en stor fordel eller forhindre en stor skade⁸⁹.

⁸⁸ Jeg har lånt dette eksempelet fra Dworkin.

⁸⁹ Jeg vil også påpeke at paternalistisk handling i seg selv kan være skadelig; tvangsbehandling – som altså er behandling som antas å forhindre skade på pasienten – kan eksempelvis oppleves som skadelig på et psykologisk plan. Dette kommer jeg tilbake til under argumentasjonen vedrørende tvangsbehandling av anoreksipasienter i kapittel 4.

Noen antakelser angående hvilke fordeler paternalistisk inngripen vil føre til, er kanskje velbegrunnet, med de er fortsatt kun *antakelser*.

Kan sterk paternalisme være etisk forsvarlig?

Posisjonen om paternalisme legitimert ved sannsynlig fordel, fremmer sterkt paternalistiske handlinger som tillatelig i visse tilfeller, nærmere bestemt dersom handlingen er en liten inngripen i forhold til skaden som forhindres/fordelen som fremmes. Beauchamp og Childress støtter denne posisjonen, og fastholder altså at sterk paternalisme kan være forsvarlig – autonomiprinsippet gis med andre ord ikke nødvendigvis forrang for velgjørenhet, ifølge deres syn.

Også Dworkin mener at sterk paternalisme kan være legitimt, og presenterer noen moteksempler til tesen at kun svak paternalisme er etisk forsvarlig⁹⁰. Hans første eksempel er tilfeller av lovgivning hvor hensikten er å beskytte aktøren selv – tilfeller som kan karakteriseres som sterk paternalisme i form av liten inngripen overfor vedkommende, slik som påbudet om bruk av bilbelte, eller bruk av redningsvest i båt. Dersom man anerkjenner slike påbud som tilfeller av sterk paternalisme, og anser påbudene som tillatelige, vil man følgelig måtte konkludere med at sterk paternalisme kan være tillatelig.

Man kan imidlertid forsvare påbudene som eksempelvis bruk av redningsvest eller bilbelte, uten å karakterisere dem som eksempler på sterk paternalisme. Én måte å underbygge denne påstanden på, er, som Dworkin skriver, å hevde at enhver som velger *ikke* å bruke bilbelte eller redningsvest, ikke opptrer rasjonelt, og altså ikke kan betraktes som autonom. Å forhindre disse personene i slik atferd, vil da være tilfelle av *svak* paternalisme, snarere enn sterk, ettersom sterk paternalisme altså er inngripen i konflikt med en persons *autonome* beslutninger. Jeg støtter imidlertid Dworkin i hans påstand at dette ikke er et plausibelt argument. En oppfatning om personer som heteronome – i det minste på det aktuelle området – på grunnlag av hva man selv anser som rasjonelt (for eksempel å bruke redningsvest i båt),

⁹⁰ Dworkin, *The theory and practice of autonomy*, 125-129.

strider mot den forståelsen av autonomi som jeg har presentert ovenfor. Jeg opererer som nevnt med et såkalt innholdsnytralt begrep om autonomi, noe som innebærer at bedømmelsen av hvorvidt en person er å regne som autonom, er uavhengig av hans beslutninger i seg selv; en person kan etter mitt syn ta avgjørelser som oppfattes som irrasjonelle, og likevel betraktes som autonom. Å støtte påbudet om bruk av bilbelte ved å hevde at personer som handler i strid med dette ikke opptrer autonomt, er altså, etter min mening, basert på en feilaktig forståelse av autonomi, og derfor ikke plausibelt som argument for at dette er tilfelle av svak, heller enn sterk, paternalisme. Det å hevde at disse personene handler heteronomt, vil dessuten ikke forsvare bilbeltebruk som *påbudt* overfor enhver – autonome personer så vel som heteronome.

Dworkin presenterer også en annen innfallsvinkel til synet på slike påbud som tillatelig, uten å anse det som sterk paternalisme. Ifølge dette synet, er de nevnte påbudene tillatelige – ikke i den hensikt å forhindre skade på personen selv, men for å forhindre ulemper for en tredje part. Overført til vårt norske sosialdemokratiske samfunn, vil eksempelvis påbudet om bruk av bilbelte kunne forminske skadene en person pådrar seg ved en eventuell kollisjon, og dermed redusere kostnadene samfunnet ellers ville hatt i form av helsehjelp⁹¹. Eventuelt kan påbudet forsvares ved å vise til økt sikkerhet for andre; bruk av bilbelte ved kollisjon med en annen bil, vil eksempelvis kunne minske faren for skade på den andre sjåføren. Om påbudet anses som tillatelig på grunnlag av å redusere skade på andre, framfor på aktøren selv, vil det da ikke være et tilfelle av sterk paternalisme.

Hvorvidt dette argumentet (påbud om bilbeltebruk som tillatelig kun for å forhindre skade på andre eller redusere kostnader) er overbevisende, skal jeg ikke gå nærmere inn på. Eksempelet med påbud om bruk av redningsvest i båt, kan uansett neppe forsvares på dette grunnlaget. Jeg antar at ulykker som følge av å unnlate å bruke redningsvest, som regel er

⁹¹ Dworkin hevder imidlertid at slike påbud trolig vil kunne gi økte kostnader, snarere enn det motsatte; dersom en person blir hardt skadd i en kollisjon, men overlever på grunn av bilbeltebruk, vil dette føre til større kostnader for samfunnet – i form av helsehjelp – enn dersom hun hadde latt være å bruke belte, og dermed hadde omkommet. Dersom dette stemmer, vil det altså være mer økonomisk lønnsomt for samfunnet å tillate bilkjøring uten bilbelte, ettersom dette ville føre til at flere omkom, og færre trengte helsehjelp. For det første, er jeg usikker på om Dworkin har rett i dette. For det andre – dersom Dworkin har rett – vil man kunne hevde at det å leve i et samfunn som vektlegger økonomiske hensyn framfor menneskeliv, gir psykologiske omkostninger, som alt i alt er ufordelaktig.

drukningssulykker; påbudet om bruk av redningsvest synes derfor ikke å kunne forsvares verken ved å vise til redusert fare for skade på andre, eller minskede økonomiske kostnader for samfunnet. Det ser altså ut til at dette påbudet må ha til hensikt å beskytte personen selv. Dersom dette stemmer, er påbudet om bruk av redningsvest et tilfelle av sterk paternalisme, ved å pålegge individet restriksjoner (om enn i liten grad) for å forhindre skade på vedkommende selv. Hvis man aksepterer denne påstanden og samtidig anser påbudet som tillatelig, vil man, som vist i eksempelet ovenfor, måtte akseptere at sterk paternalisme kan være tillatelig. Alternativt kan man avvise premisset om at påbudet om redningsvest er tillatelig, og dermed avvise eksempelet som et tilfelle av tillatelig sterk paternalisme.

Dette er i tråd med min posisjon: påbudet er en krenkelse av autonomi, om enn i liten grad, noe jeg anser som utillatelig. Med en slik oppfatning til grunn, tjener ikke eksempelet som moteksempel til posisjonen at kun svak paternalisme er legitimt. Dworkin innrømmer at dersom man vedholder dette synet – at sterk paternalistisk handling ikke engang er legitimt i slike tilfeller – vil han ikke kunne framsette videre argumenter for at sterk paternalisme kan være forsvarlig⁹².

Et annet eksempel Dworkin framsetter som tilfelle av tillatelig sterk paternalisme, er forbudet mot frivillig slaveri. Dersom man anser dette som sterk paternalisme, ved at hensikten med forbudet er å unngå at noen setter seg selv i en skadelig posisjon, er dette ifølge Dworkins syn et eksempel på legitim sterk paternalisme. Også i dette eksempelet mener jeg imidlertid at forbudet kan betraktes som tillatelig på bakgrunn av andre hensyn enn å beskytte individet selv. Som Dworkin selv påpeker, vil man kunne forsvare forbudet ved å vise til at det å leve i et samfunn der (frivillig) slaveri er lovlig, vil oppleves som belastende for andre. Jeg vil også forsvare forbudet mot frivillig slaveri på bakgrunn av en antakelse om at det vil kunne føre til maktmisbruk av svakerestilte, som vil kunne manipuleres til å «frivillig» gå inn i slaveri. En annen innfallsvinkel er – som i eksempelet med påbud om redningsvest – å tillate frivillig slaveri⁹³; i så fall tjener heller ikke dette eksempelet som moteksempel til posisjonen om kun svak paternalisme som tillatelig.

⁹² Dworkin, *The theory and practice of autonomy*, 126.

⁹³ Ifølge Dworkins syn, er dette forenelig med autonomi; som vi har sett, anser han det å autonomt underlegge

Jeg har nå tatt for meg noen eksempler som er ment å underbygge synet om at sterk paternalisme kan være forsvarlig, og vist at jeg ikke finner dem overbevisende. På grunnlag av dette, velger jeg å fastholde min posisjon om svak paternalisme som tillatelig, og sterk paternalisme som utillatelig. Jeg utelukker imidlertid ikke at sterk paternalisme i visse tilfeller kan vise seg å være forsvarlig, men har ennå til gode å bli introdusert for et slikt tilfelle. Inntil det framstilles et tungtveiende argument for sterk paternalisme som tillatelig, noe som etter min oppfatning enda ikke har blitt gjort, velger jeg å anse kun svak paternalisme som forsvarlig, på bakgrunn av den iboende verdien av autonomi.

I det forutgående har jeg argumentert for at autonomiprinsippet har forrang for velgjørenhet, hvilket betyr at pasientens ønsker vedrørende eventuell behandling skal danne grunnlaget for hvorvidt – eller hva slags – behandling som skal iverksettes, framfor hva som anses som fordelaktig for vedkommende ut fra et medisinsk ståsted. Dette innebærer at paternalistisk inngripen – for eksempel i form av tvangsbehandling – ikke er tillatelig i tilfeller der pasientens eventuelle beslutning om ikke å motta behandling, betraktes som autonom. Dersom beslutningen derimot anses som heteronom, kan tvangsbehandling være forsvarlig, noe som etter mitt syn er i tråd med autonomiprinsippet, ettersom slik behandling antas å *fremme* pasientens autonomi.

Hvilke nødvendige og tilstrekkelige betingelser som ligger til grunn for autonomi, er imidlertid uklart. På bakgrunn av diskusjonen i kapittel 2.2., vil jeg betrakte rasjonalitet og fravær av selvbedrag – i Christmans forstand – som essensielt for autonomi. I tillegg anser jeg bakgrunnen for ønsker og verdier som relevant for hvorvidt de er autonome, i tråd med en eksternalistisk forståelse av autonomi. Det ser imidlertid ut til at ønsker kan være autonome selv dersom de ikke har oppstått autonomt, så lenge de er knyttet til preferanser som *er* autonome.

seg restriksjoner som forenelig med autonomi, noe jeg støtter ham i. Jeg vil legge til at for at frivillig slaveri skal være forenelig med autonomi, må vedkommende ha mulighet til å oppgi tilstanden som slave om ønskelig. Dette eksempelet er analogt med Meles eksempel med Alice som med viten og vilje gjør seg avhengig av heroin; idet hun har blitt avhengig og altså ikke har mulighet til å revidere sitt begjær – altså å endre situasjonen – betraktes hun ikke lenger som autonom.

Andre faktorer som har blitt framsatt som essensielle for autonomi, er muligheten for å endre, eller identifisere seg med, sine ønsker og verdier. Hvorvidt dette utgjør nødvendige betingelser for autonomi, er imidlertid tvilsomt.

Kapittel 3: Autonomi ved anoreksi

3.1 Kan personer med anoreksi ta autonome beslutninger i henhold til lidelsen?

I noen tilfeller av alvorlig anoreksi vil konsekvensene av dramatisk undervekt kunne være livstruende. Dersom anorektikeren i slike tilfeller motsetter seg behandling, og velger å fortsette sin potensielt livstruende atferd gjennom begrenset kaloriinntak, vil tvangsbehandling da kunne være legitimt?

I kapittel 2 argumenterte jeg for at paternalistisk inngripen overfor en person er tillatelig hvis og bare hvis vedkommendes autonomi er svekket – nærmere bestemt, dersom hennes eventuelle beslutning om ikke å motta behandling ikke er autonom. På bakgrunn av dette, vil svaret på om paternalisme – i dette tilfellet tvangsbehandling – er tillatelig overfor personer med anoreksi, avhenge av om deres avgjørelse om ikke å behandles er autonom. En anorektikers ønske om ikke å motta behandling bør altså respekteres dersom dette ønsket er autonomt; hvis det derimot ikke er autonomt, vil tvangsbehandling være legitimt. I vurderingen av hvorvidt anorektikerens beslutning er autonomt, vil jeg undersøke hva det er basert på. Jeg antar at et ønske om ikke å behandles, og dermed forbli anorektisk, kan ha opphav i det jeg vil referere til som «syke ønsker om tynnhet», det vil si anorektikerens ønske om å være tynn, og vissheten om at behandling – som gjerne tar sikte på vektøkning eller -stabilisering – vil være i strid med dette ønsket. Anorektikeren vil med andre ord trolig motsette seg behandling på bakgrunn av en preferanse om å forbli tynn, eventuelt gå ytterligere ned i vekt. I noen tilfeller vil ønsket om ikke å behandles i tillegg kunne være basert på et ønske om å *forbli anorektisk*, det vil si at hun ønsker å ikke bli frisk. Dette ønsket er ikke det samme som anorektikerens syke ønske om tynnhet: Ønsket om å være tynn kan innehas uten at anorektikeren tar stilling til lidelsen som sådan, og vurderingen av om hun vil fastholde sin anorektiske levemåte. Valget om ikke å behandles kan – dersom det er basert på et sykt ønske om tynnhet – tas uten at anorektikeren engang anerkjenner at hun har anoreksi. Et valg som derimot er basert på ønsket om å forbli anorektisk, hviler på en betraktning

knyttet til lidelsen som sådan. Også i slike tilfeller vil anorektikeren trolig inneha et ønske om å være tynn, noe jeg betrakter som konstituerende for lidelsen, men det vil altså være ønsket om å være anorektisk som er avgjørende for hennes motstand mot behandling, snarere enn selve ønsket om tynnhet.

I det følgende skal jeg forsøke å finne ut om en anorektikers ønsker – både hennes syke ønske om tynnhet og et eventuelt ønske om å forbli anorektisk – kan være autonome, ved å undersøke bakgrunnen for dem. Diskusjonen vil til en viss grad være basert på antakelser, ettersom det er uvisst hvordan anoreksi oppstår, og hva som er de psykologiske mekanismene bak lidelsen. Jeg vil også presisere at jeg opererer med et lokalt autonomibegrep. Dette betyr at dersom anorektikere ikke er autonome i forhold til faktorer som angår lidelsen, slik som ønsker og beslutninger i forhold til mat, betyr ikke det at de ikke kan være autonome på andre områder. Min framstilling av anoreksi og anoreksipasienter er noe generaliserende; jeg velger å fokusere på alvorlige tilfeller av «den typiske anorektiker», med utgangspunkt i beskrivelsen av lidelsen i kapittel 1, men utelukker ikke at det kan finnes unntak fra dette. Diskusjonen av autonomi i forhold til anoreksi, vil primært være basert på posisjonene til Christman, Dworkin og Mele, presentert i kapittel 2.2.

Innebærer anoreksi som sådan i det hele tatt mulighet for autonomi?

Svaret på spørsmålet om hvorvidt personer med anoreksi kan være autonome, avhenger av hvilken oppfatning av autonomi som legges grunn. På bakgrunn av en substantivisk forståelse av autonomi, hvor det å eksempelvis underlegge seg visse selvbegrensende regler kan betraktes som inkonsistent med autonomi, vil det kunne argumenteres for at anorektikere ikke er autonome aktører per se. Etter hvert som lidelsen utvikler seg, vil den nemlig føre til stadig større begrensninger for anorektikeren, ved at opptattheten av mat og kropp tar så stor plass i vedkommendes liv at andre ting nedprioriteres. Hennes psykiske og fysiske tilstand kan dessuten gjøre henne inkapabel til å fokusere på andre ting enn ytterligere vektreduksjon. Med tanke på anorektikerens selvbegrensende atferd og tankemønster, kan altså anoreksi som sådan betraktes som å utelukke autonomi, ut fra et substantivisk autonomibegrep⁹⁴.

⁹⁴ Det kan innvendes at anoreksi i tidlige stadier – det vil si før lidelsen har utviklet seg til å være

Ifølge et innholdsnøytralt begrep om autonomi, hvor det å velge å redusere egen frihet ikke nødvendigvis er uforenelig med autonomi, er saken en annen. Som jeg argumenterte for i kapittel 2, velger jeg å legge en slik forståelse av autonomi til grunn for min analyse. Ifølge min innholdsnøytrale oppfatning av autonomi, kan altså selvbegrensende leveregler eller atferd være autonom, såfremt andre betingelser for autonomi er oppfylt. Hvorvidt dette er tilfelle for anoreksi, gjenstår å se.

Bidrar de fysiologiske eller psykologiske konsekvensene av anoreksi til svekket autonomi?

Før jeg tar for meg de filosofiske betingelsene for autonomi i sammenheng med anoreksi, vil jeg se nærmere på et klinisk argument for at anoreksi innebærer svekket autonomi, og at tvangsbehandling derfor er legitimt. Ifølge dette argumentet, vil kognitive evner reduseres ved alvorlig undervekt, og dermed evnen til å se konsekvensene av lidelsen og eventuelt manglende behandling. Anorektikerens rasjonalitet vil med andre ord være svekket, og ettersom rasjonalitet er nødvendig for autonomi⁹⁵, vil anorektikeren ikke være autonom⁹⁶.

Påstanden at de fysiologiske følgene av alvorlig anoreksi reduserer kognitive evner og derigjennom autonomi, hevdes av andre å være overdrevet, og tilbakevises av Tan et al. i artikkelen «Control and compulsory treatment in anorexia nervosa: The views of patients and parents». Forfatterne anerkjenner at alvorlig undervekt kan resultere i svekkelse av visse kognitive funksjoner, men framholder at mange innehar god overveielessevne, samt forståelse for lidelsen og potensielle konsekvenser av anoreksi⁹⁷. Det er nettopp dette som gjør at lidelsen gjerne anses som uforståelig, og dermed har vekket interesse hos så mange

selvbegrensende i særlig grad – ikke nødvendigvis utelukker muligheten for autonomi, ut fra en substantivisk forståelse av autonomi. Men også nylig utviklet anoreksi vil innebære en viss selvbegrensende atferd, som neppe lar seg forene med autonomi, i substantivisk forstand.

⁹⁵ Jeg introduserte rasjonalitet som en nødvendig betingelse for autonomi under presentasjonen av Christmans teori i kapittel 2.2.

⁹⁶ Blant andre Rosalyn Griffiths og Janice Russell framhever anorektikerens reduserte kognitive evner. Griffiths, Rosalyn, Russell, Janice, «Compulsory treatment of anorexia nervosa patients», i *Treating eating disorders: Ethical, legal and personal issues* red. av Walter Vandereycken og Pierre J. V. Beumont,, (New York: New York University Press, 1998), 130.

⁹⁷ Tan, Jacinta O. A., Hope, Tony, Fitzpatrick, «Control and compulsory treatment in anorexia nervosa: The views of patients and parents», *International journal of law and psychiatry*, 26, 2003, 629.

teoretikere – filosofer så vel som psykologer – nemlig hvordan tilsynelatende rasjonelle, ressurssterke mennesker risikerer liv og helse i den hensikt å bli så mager som mulig.

Det er altså ikke vitenskapelig grunnlag for å anta at fysiske komplikasjoner ved alvorlig anoreksi nødvendigvis medfører reduserte kognitive evner og dermed svekket autonomi. Jeg utelukker ikke at slike komplikasjoner *kan* forekomme for enkelte personer med anoreksi, og dermed vil kunne svekke anorektikerens autonomi, men velger å ta utgangspunkt i tilfeller der kognitiv fungering er opprettholdt.

Opplever anorektikeren sine ønsker som «hennes egne»?

Innledningsvis beskrev jeg autonomi som at ens ønsker og handlinger er «ens egne». Hva dette betyr, og hvilke betingelser som ligger til grunn for autonomi, er forsøkt utarbeidet av ulike teorier, som jeg var inne på i kapittel 2.2. Uavhengig av disse betingelsene, som jeg snart kommer tilbake til, vil jeg kort ta for meg hvorvidt anorektiske ønsker kan anses som anorektikerens «egne», på bakgrunn av en intuitiv forståelse av hva dette innebærer.

Som nevnt i kapittel 1, vil anorektikeren med tiden kunne oppleve anoreksien som en integrert del av hennes identitet. I så tilfelle vil hun gjerne ønske å holde fast ved lidelsen – hun ønsker altså å forbli anorektisk – ettersom det motsatte vil kunne oppleves som å gi avkall på en del av sin identitet. Det er imidlertid uklart nøyaktig hva det er anorektikeren identifiserer seg med i slike tilfeller; det framkommer ikke hva anoreksi er ment å betegne i denne sammenheng. Jeg velger å definere anoreksi ut fra de diagnostiske kriteriene presentert i kapittel 1.1. På bakgrunn av dette, betegner anoreksi i hovedsak et sterkt ønske om å være tynn; andre symptomer på anoreksi, slik som selvpåført vekttap og fysiologiske følger av dette, antar jeg å være konsekvenser av dette ønsket⁹⁸. Det å identifisere seg med lidelsen, vil

⁹⁸ Hvorvidt eventuell forstyrret kroppsoppfatning også er en konsekvens av ønsket om å være tynn, er usikkert, men jeg antar at det kan være tilfelle. Jeg velger imidlertid å ikke vektlegge dette kriteriet for anoreksi, ettersom det er omstridt hvorvidt forstyrret kroppsoppfatning faktisk er reelt ved anoreksi.

da være ensbetydende med å identifisere seg med det syke ønsket om tynnhet, og eventuelt konsekvensene av dette⁹⁹.

Jeg anerkjenner at det å redusere anoreksi til et sykt ønske om å være tynn, samt eventuelt følgene av dette, muligens er en forenkling. Min hensikt er imidlertid ikke å avklare hva anoreksi *er*, men hvorvidt personer med anoreksi kan være autonome i henhold til faktorer som angår lidelsen. Det at anoreksi eventuelt innbefatter mer enn kun ønsket om å være tynn, og dets konsekvenser, vil ikke være avgjørende for mine undersøkelser.

En annen mulig innvending til min beskrivelse av anoreksi som et sykt ønske om tynnhet (og følgene av dette), er at ønsket om å være tynn vanligvis oppstår før utviklingen av anoreksi. Rettere sagt, vil det ofte være ønsket om å være tynn som danner grunnlaget for at lidelsen oppstår. Jeg mener imidlertid at anorektikerens syke ønske om tynnhet – ønsket som anorektikeren innehar etter utviklingen av anoreksien – ikke er det samme som det ønsket hun hadde om å være tynn forut for utviklingen av lidelsen. Anorektikerens syke ønske om tynnhet synes nemlig å være overordnet alle andre ønsker, og er således konstituerende for hele hennes levemåte – det er hennes primære drivkraft. Ønsket om å være tynn forut for utviklingen av lidelsen – det jeg vil kalle hennes «friske ønske om tynnhet» – vil ikke være av slik karakter, men er trolig sidestilt med andre ønsker (for eksempel ønsket om gode karakterer). Jeg vil derfor skille mellom anorektikerens tidligere friske ønske om tynnhet, som kan betraktes som en faktor som gir opphav til anoreksi, og hennes nåværende syke ønske om tynnhet, som jeg anser som utgjørende for lidelsen. På bakgrunn av denne distinksjonen vil jeg presisere at min reduksjon av anoreksi til ønsket om tynnhet betegner anorektikerens *syke* ønske om tynnhet, og ikke et ønske om å være tynn som vil være felles for mange personer som *ikke* har spiseforstyrrelser.

⁹⁹ Det ser imidlertid ut til at dette ikke nødvendigvis er tilfelle for alle anorektikere. Tan et al. hevder at enkelte anorektikere betrakter lidelsen som noe mer, eller noe annet, enn dens symptomer, og mer som en form for livsstil. Jeg velger å se bort fra dette i denne sammenheng, ettersom det i slike tilfeller er uklart hva termen anoreksi betegner. Jeg antar dessuten at mange anorektikere som hevder at de identifiserer seg med lidelsen, også vil oppleve at de identifiserer seg med dens symptomer. Tan et al. «Anorexia nervosa and personal identity», 542.

Ut fra en hierarkisk modell av autonomi, vil jeg betrakte anorektikerens syke ønske om tynnhet som et første-ordens ønske. Dersom hun i tillegg har et ønske om å være anorektisk, og anoreksi forstås som besittelse av syke ønsker om tynnhet, anser jeg dette ønsket som et andre-ordens ønske: hennes (andre-ordens) ønske om å være anorektisk, er et ønske om å ha (første-ordens) ønsker om å være tynn. Hvis hennes ønsker har bakgrunn i faktorer som vedkommende er heteronom overfor, vil hun være heteronom også i henhold til ønskene. Dette er analogt med eksempelet med manipulasjon, vist ved det såkalte manipulasjonsproblemet presentert i kapittel 2.2: Dersom en person blir manipulert til å inneha et visst verdisett, vil ikke vedkommendes ønsker betraktes som autonome dersom de er basert på de verdiene som er frambragt ved manipulasjon. På samme måte er ikke ønsket om å være anorektisk (eller det syke ønsket om tynnhet) autonomt dersom det er frambragt av faktorer hun er heteronom overfor¹⁰⁰, snarere enn å være resultat av kritisk selvrefleksjon.

Det er imidlertid ikke slik at alle personer med anoreksi opplever anoreksien som en integrert del av deres identitet. Én anorektiker beskriver det å ha anoreksi som om det er en «really evil thing that steps into you and take over»¹⁰¹. Videre i intervjuet med den nevnte anorektikeren, framkommer det at hun opplever det å være anorektisk som om «someone else [is] pulling the strings»¹⁰². Det er uklart hva vedkommende i dette tilfellet mener at anoreksien *er*, men jeg tolker utsagnene dithen at hun opplever det som om det er noe annet enn henne selv som driver henne til handling eller styrer hennes tankegang. Hennes «anorektiske ønsker» synes da ganske åpenbart ikke å være «hennes egne», men tilhørende en «evil thing» som har tatt bolig i henne, og synes således ikke å være autonome.

Enten anorektikeren opplever sine ønsker som frambragt av noe fremmed, eller de oppleves som en del av henne selv, men i virkeligheten er resultat av heteronomi, synes ønskene altså ikke å være anorektikerens «egne», og dermed ikke autonome. I det følgende skal jeg undersøke om anorektikerens syke ønske om tynnhet likevel kan være autonomt, på bakgrunn

¹⁰⁰ Jeg ønsker ikke å spekulere i hva slags faktorer dette kan være; det er ikke min hensikt å forsøke å fastslå hva som forårsaker anoreksi.

¹⁰¹ Tan et al., «Anorexia nervosa and personal identity», 539. Sitatet er opprinnelig i kursiv og fet skrift.

¹⁰² Tan et al. «Anorexia nervosa and personal identity», 539.

av betingelsene for autonomi presentert i kapittel 2.2. Jeg skal i tillegg ta for meg hvorvidt et eventuelt ønske om å være anorektisk kan være autonomt.

Dworkins betingelser og «syke ønsker om tynnhet»

Ovenfor omtalte jeg anorektikerens syke ønske om tynnhet som et første-ordens ønske, og et eventuelt ønske om å være anorektisk som et andre-ordens ønske¹⁰³. Ettersom jeg ikke anser hierarkiske modeller av autonomi som tilfredsstillende, av grunner presentert i kapittel 2, skal jeg ikke gå nærmere inn på en hierarkisk analyse av anorektikerens ønsker. I stedet skal jeg rette fokuset mot Dworkins betingelser om identifisering med, eller endring av, ønsker som konstituerende for autonomi, og undersøke om anorektikerens syke ønsker oppfyller disse betingelsene.

Ifølge Dworkins teori innebærer autonomi det å kunne identifisere seg med, eller revidere, sine ønsker og verdier. På bakgrunn av denne teorien må altså en person med anoreksi kunne identifisere seg med sitt syke ønske om tynnhet, eller endre det, for å betraktes som autonom overfor det. Betingelsen om endring av ønsker vil neppe oppfylles av en person med anoreksi; som vist i kapittel 1, vil anorektikeren ofte føle seg fanget i lidelsen, uten å klare å endre sin atferd. Ifølge én tolkning av Dworkin, vil hun imidlertid ikke nødvendigvis være heteronom overfor sine ønsker selv om hun ikke har mulighet til å endre dem¹⁰⁴. Om teorien tolkes dithen at autonomi kun forutsetter evnen til *enten* å endre sine ønsker, *eller* å identifisere seg med dem (i tillegg til betingelsen om prosedural uavhengighet), kan anorektikeren være autonom overfor sitt syke ønske om tynnhet selv om hun ikke kan revidere det, dersom hun identifiserer seg med det.

Som jeg har vært inne på, ser det ut til at en del anorektikere identifiserer seg med sitt syke ønske om tynnhet, på den måten at de anser det som en del av deres identitet. Dette betyr imidlertid ikke at ønsket, ut fra Dworkins teori, nødvendigvis er autonomt, selv på bakgrunn

¹⁰³ Forutsatt at anoreksi reduseres til anorektikerens syke ønske om tynnhet.

¹⁰⁴ Jeg påpeker at enkelte personer med anoreksi faktisk klarer å endre sine «anorektiske ønsker» på egen hånd. Andre vil kunne gjøre dette ved hjelp av behandling. Det å endre sine ønsker og «anorektiske atferd» er altså ingen umulighet for alle personer med anoreksi.

av tolkningen at autonomi kun forutsetter evnen til identifisering med – *eller* endring av – ønsker. Han introduserer nemlig også prosedural uavhengighet som betingelse for autonomi, det vil si at ønsker oppstått på bakgrunn av innflytelse som virker ødeleggende på refleksjonsevnen, ikke er autonome. Dersom anorektikerens syke ønske om tynnhet har oppstått på bakgrunn av slik innflytelse, vil det altså ikke være autonomt. Hvorvidt dette ønsket oppfyller kriteriet om prosedural uavhengighet, er imidlertid uklart. For det første, avklarer ikke Dworkin hvordan man skiller ødeleggende innflytelse fra innflytelse som derimot forbedrer refleksjonsevnen – altså, hvordan man avgjør hvorvidt et ønske oppfyller betingelsen prosedural uavhengighet. På bakgrunn av dette, er det altså ikke klart om anorektikerens syke ønske om tynnhet er proseduralt uavhengige, og dermed kan være autonome. For det andre, er det som nevnt uvisst hvilke faktorer som gir opphav til lidelsen. Jeg skal ikke dvele ytterligere over Dworkins teori og hvorvidt anorektikerens syke ønske om tynnhet oppfyller hans betingelser for autonomi, ettersom teorien etter mitt syn ikke er en tilfredsstillende teori om autonomi, som vist i kapittel 2.2.

Christmans betingelser

Bakgrunnen for anoreksi

Med utgangspunkt i en eksternalistisk forståelse av autonomi, har den kausale bakgrunnen for en tilstand, altså hvordan den har oppstått, betydning for hvorvidt den kan betraktes som autonom. Ifølge denne oppfatningen, vil det altså være avgjørende å undersøke bakgrunnen for anorektikerens syke ønske om tynnhet ved vurderingen av om det er autonomt. Igjen må jeg presisere at følgende diskusjon i stor grad er basert på antakelser, ettersom det er uvisst hvordan anoreksi oppstår.

Som vi har sett, antas blant annet kulturelle og sosiale faktorer å bidra til utviklingen av anoreksi. Det at lidelsen til dels har bakgrunn i ytre påvirkning, betyr ikke nødvendigvis at anorektikeren ikke kan være autonom overfor den; de fleste teorier om autonomi anerkjenner at ens ønsker og verdier kan være influert av ytre faktorer, uten at de dermed er heteronome. På hvilken måte har så bakgrunnen for ønsker og verdier betydning for hvorvidt de kan betraktes som autonome? Ifølge Christmans teori, er en aktør autonom i henhold til et ønske

dersom hun ikke motsetter seg – eller ville ha motsatt seg – prosessen bak dets opprinnelse. Dette betyr at anorektikerens syke ønske om tynnhet er autonomt, ifølge Christman, dersom hun forut for dets utvikling ville ha akseptert måten det oppstod på¹⁰⁵.

Jeg antar at anoreksi kan oppstå på bakgrunn av det jeg kaller et friskt ønske om tynnhet, etterfulgt av redusert kaloriinntak og/eller økt aktivitetsnivå. Hvordan den videre utviklingen foregår, vites ikke – altså, hvordan dette, som jeg betegner som slanking, resulterer i den psykiske lidelsen anoreksi. Hvorvidt det kan antas at anorektikeren ville ha akseptert utviklingen av anoreksi, eller sitt syke ønske om tynnhet, er derfor uklart. Jeg tror imidlertid at dette ikke er tilfelle; anorektikere flest ville neppe ha akseptert utviklingen av syke tynne ønsker forut for utviklingen av dem. Med andre ord, antar jeg at de færreste friske mennesker – altså personer uten anoreksi – ville ha akseptert utviklingen av et ønske som er utgjørende for en psykisk lidelse som anoreksi. Hvis min intuisjon på dette området er korrekt, vil anorektikeren altså ikke være autonom i henhold til sitt anorektiske ønske, på bakgrunn av Christmans teori.

Som vist i kapittel 2, kritiseres Christmans teori imidlertid blant annet for å ikke presentere nødvendige betingelser for autonomi. Om denne kritikken er berettiget, noe jeg tror den er, vil ikke anorektikeren nødvendigvis være heteronom overfor sitt syke ønske om tynnhet, selv dersom hun ikke oppfyller Christmans betingelse om aksept av dets utvikling. Christman framsetter også betingelsene rasjonalitet og selvbevissthet, og disse er derimot plausible som nødvendige betingelser for autonomi, etter mitt syn. Jeg vil derfor undersøke hvorvidt anorektikerens syke ønske om tynnhet oppfyller disse betingelsene, for å finne ut om det kan være autonomt.

Selvbevissthet og rasjonalitet

Personer med anoreksi vil typisk inneha mye kunnskap om helse og ernæring. Anorektikeren vet gjerne at ethvert voksent menneske med et visst aktivitetsnivå bør innta så og så mange

¹⁰⁵ I tillegg er det et kriterium at vedkommendes aksept av ønskets utvikling ikke foregår under påvirkning som hindrer selvrefleksjon, og er rasjonell og ikke selvbedragerisk.

kalorier pr. døgn for å opprettholde liv og helse. Selv uten inngående kjennskap til ernæring og kosthold, vil anorektikeren – i likhet med enhver voksen, frisk person – vite at et svært begrenset matinntak, eller det å nå en viss nedre vektgrense, har potensielt dødelige konsekvenser. På bakgrunn av dette, er det rimelig å anta at anorektikeren vet at hennes atferd – som nettopp sikter mot en farlig lav vektgrense gjennom svært begrenset matinntak – har skadelige og eventuelt dødelige konsekvenser. I kapittel 2 argumenterte jeg for at dersom et ønske er basert på en preferanse som er autonom, er ønsket også autonomt. Dette betyr at dersom anorektikeren har et autonomt ønske om å dø som følge av sin anorektiske atferd, og derigjennom har et sykt ønske om tynnhet – ønsket om potensielt dødelig lav vekt – er også dette autonomt. Etersom anorektikeren i så tilfelle ønsker å dø via sin anorektiske atferd, ser det altså ut til at hun ikke kun har et sykt ønske om tynnhet, men også et ønske om å forbli anorektisk, ettersom dette videre vil føre til oppnåelsen av hennes ønske om å dø¹⁰⁶.

Det er imidlertid slik at anorektikere flest utvikler lidelsen for å forbedre utseendet og bli lykkeligere¹⁰⁷, og ønsker primært ikke å dø som følge av sin anorektiske levemåte. Likevel har altså anorektikeren et sykt ønske om tynnhet. Med andre ord, har hun på den ene siden et ønske om å bli så tynn som mulig, som hun *vet* – via sin grunnleggende kunnskap om ernæring – gir skadelige og potensielt dødelige konsekvenser. På den annen side, ønsker hun i hovedsak ikke å dø eller pådra seg skade. Hvordan kan forholdet mellom disse motstridende ønskene forstås?

På bakgrunn av en hierarkisk modell av autonomi, kan anorektikerens syke ønske om tynnhet betraktes som et første-ordens ønske. Dette ønsket er autonomt kun dersom det samsvarer med aktørens høyere-ordens ønsker, og heteronomt hvis det er i strid med disse. Dersom anorektikerens ønske om liv og helse er et høyere-ordens ønske, vil hennes første-ordens syke ønske om tynnhet altså være heteronomt, ettersom disse står i konflikt med hverandre. På bakgrunn av dette, vil jeg likevel ikke konkludere med at anorektikerens syke ønske om tynnhet ikke er autonomt, ettersom jeg allerede har avvist den hierarkiske modellen som en

¹⁰⁶ Jeg presiserer at dersom anorektikerens ønske om å dø skal kunne betraktes som autonomt, kan det ikke være basert på vrangforestillinger som for eksempel at det vil være fordelaktig for hennes pårørende eller lignende.

¹⁰⁷ Som Giordano uttrykket det: «[I]t is widely accepted that the person develops anorexia to look better, to be better, to be happier, to be better satisfied with herself.» Giordano, *Understanding eating disorders*, 180.

plausibel forståelse av autonomi. Det kan dessuten tenkes at anorektikerens ønske om liv og helse også er et første-ordens ønske, og altså er på samme nivå som hennes syke ønske om tynnhet. I så fall vil man måtte undersøke anorektikerens øvrige ønsker på høyere-ordens nivå for å fastslå hvilket første-ordens ønske – ønsket om liv og helse eller det syke ønsket om tynnhet – som er autonomt.

Etter mitt syn, er Christmans betingelser om rasjonalitet og fravær av selvbedrag mer plausible betingelser for autonomi enn samsvar mellom såkalte første- og høyere-ordens ønsker. Jeg betrakter rasjonalitet og fravær av selvbedrag i Christmans forstand som nødvendige – dog ikke tilstrekkelige – betingelser for autonomi. Dette betyr at dersom anorektikerens syke ønske om tynnhet innebærer selvbedrag eller irrasjonalitet, er det ikke autonomt. Jeg mener at dette nettopp er tilfelle: Som vi har sett, har anorektikeren kjennskap til de skadelige konsekvensene av redusert matinntak og alvorlig undervekt – hun *vet* altså at anorektisk atferd er skadelig og potensielt livstruende. Det ser imidlertid ut til at hun ikke viderefører denne kunnskapen til sin egen situasjon. Selv om anorektikeren eksempelvis vet at et voksent menneske må innta minimum 1300 kcal daglig for å opprettholde god helse, anerkjenner hun ikke at dette gjelder også for henne selv. Som en anorektiker sitert av Karin Christensen uttrykker det: «Andres kropp trenger næring, men ikke min.»¹⁰⁸

Dersom anorektikeren i slike tilfeller faktisk *tror* at det å innta næring ikke er essensielt for *hennes* liv og helse, tyder dette på at Christmans betingelse om rasjonalitet ikke er oppfylt: Hvis hun vet at det å spise er livsnødvendig for alle mennesker (noe jeg antar at hun gjør), og vet at hun selv er et menneske (noe jeg også antar at hun gjør), kan det følgelig konkluderes med at det å spise er livsnødvendig for henne. Dersom hun aksepterer premisset at det å spise er livsnødvendig for alle mennesker, og premisset at hun er et menneske, og likevel konkluderer med at det å spise *ikke* er livsnødvendig for henne, er hennes konklusjon resultat av en logisk feilslutning; hennes slutning er logisk inkonsistent med premissene som ligger til grunn. Logisk konsistens er innbefattet av Christmans betingelse om rasjonalitet, og rasjonalitet er som nevnt nødvendig for autonomi. Dette betyr at anorektikeren i dette tilfellet ikke er autonom.

¹⁰⁸ Christensen, *Matens mysterium*, 22.

Jeg tror imidlertid ikke det er sannsynlig at anorektikerens konklusjon – oppfatningen at inntak av en viss mengde kalorier ikke er nødvendig for henne – er resultat av en logisk feilslutning, ettersom anorektikerens kognitive evner vanligvis ikke svekkes som følge av lidelsen. Derimot antar jeg at hennes oppfatning kan være resultat av selvbedrag. Betingelsen om fravær av selvbedrag dreier seg kort sagt om det å benekte fakta man vet er sant, men som er inkonsistent med oppfatninger man *ønsker* å ha. Gitt at anorektikeren vet at et visst næringsinntak er essensielt for liv og helse, og hun likevel er av den oppfatning at dette ikke er essensielt for *hennes* liv og helse, antar jeg at hun innehar en form for selvbedrag: Hun benekter det faktum at et visst kaloriinntak er essensielt for henne, til tross for at hun *vet* at dette er essensielt for enhver, på bakgrunn av at hun *ønsker* at det ikke skal være slik. Anorektikerens syke ønske om tynnhet – ønsket om alvorlig undervekt og begrensning av kaloriinntak – synes altså å hvile på en selvbedragerisk oppfatning om at dette ikke vil gi skadelige konsekvenser for henne, til tross for at hun *vet* at det ikke stemmer. Det syke ønsket om tynnhet oppfyller med andre ord ikke Christmans betingelse om fravær av selvbedrag, og er dermed ikke autonomt.

Anorektikerens ønske om ikke å behandles, bør som sagt respekteres dersom det er autonomt. Hvis det derimot ikke er autonomt, er behandling i strid med hennes ønske – det vil si tvangsbehandling – legitimt. Jeg antar at anorektikerens eventuelle ønske om ikke å behandles, trolig er basert på et sykt ønske om tynnhet, og dersom dette ikke er autonomt, vil ønsket om ikke å behandles dermed heller ikke være autonomt. Med utgangspunkt i Christmans teori, anser jeg fravær av selvbedrag som en nødvendig betingelse for autonomi, og jeg har argumentert for at anorektikerens syke ønske om tynnhet – i det minste i enkelte tilfeller – er et resultat av selvbedrag. I så fall er anorektikerens syke ønske om tynnhet altså ikke autonomt. Dersom jeg har rett i at dette ønsket gjerne danner grunnlaget for ønsket om ikke å behandles, vil heller ikke sistnevnte ønske være autonomt. Ergo er behandling i strid med dette ønsket – tvangsbehandling – tillatelig.

Som nevnt innledningsvis, kan det imidlertid tenkes at anorektikerens ønske om ikke å behandles er basert på et ønske om å være anorektisk som sådan. Dersom dette ønsket er

autonomt, vil følgelig ønsket om ikke å behandles være autonomt. Under hvilke omstendigheter kan så ønsket om å forbli anorektisk være autonomt?

Tilfeller av «autonom anoreksi»

Hvis anorektikerens beslutning om ikke å motta behandling er basert på ønsket om å forbli anorektisk, og dette ønsket er autonomt, vil beslutningen altså være autonom. Dersom ønsket om å forbli anorektisk er resultat av faktorer som anorektikeren er heteronom overfor, vil det som nevnt ikke være autonomt, på samme måte som en person som er manipulert til å inneha et visst verdsett ikke er autonom overfor ønskene som har opphav i dette manipulerede verdsettet. Det kan imidlertid tenkes at anorektikerens ønske om å være anorektisk er autonomt, selv dersom hun ikke er autonom i henhold til faktorene som ga opphav til anoreksien (hennes syke ønske om tynnhet), *så lenge ønsket som sådan er basert på autonome preferanser*. Dette er analogt med Meles eksempel med filosofiprofessor Beth, presentert i kapittel 2.2: Beth får tilbud om reversering av hjernevasken hun har vært utsatt for, slik at hun ikke lenger prioriterer filosofiarbeidet over alle andre deler av livet, men avslår tilbudet. Dersom Beths ønske om å forbli i den «hjernevaskede» tilstanden – det vil si å fortsette å prioritere filosofien – er basert på et autonomt ønske, er førstnevnte ønske ifølge Mele autonomt. På samme måte er altså anorektikerens ønske om å forbli anorektisk autonomt hvis det har opphav i et autonomt ønske.

I forrige avsnitt presenterte jeg muligheten for at anorektikeren kan ha et ønske om å dø, som danner grunnlaget for hennes ønske om å forbli anorektisk, og videre for ønsket om ikke å behandles. Dersom ønsket om å dø er autonomt, vil altså ønskene som er basert på dette også være autonome. På bakgrunn av oppfatningen om at autonomiprinsippet er overordnet velgjørenhet og at paternalistisk inngripen overfor autonome personer er utillatelig, er det ikke legitimt å iverksette tvangsbehandling overfor anorektikere som på autonomt grunnlag ønsker å ikke behandles. En eventuell anorektikers autonome ønske om å være anorektisk for dermed å dø, og altså ikke motta behandling, bør med andre ord respekteres, ifølge mitt syn.

Som nevnt, vil imidlertid anorektikere flest primært ikke ønske å dø. Men det kan tenkes at det er andre grunner til at en anorektiker eventuelt ønsker å være anorektisk. Det finnes eksempelvis tilfeller av anoreksi der vedkommende innser at behandling vil være fordelaktig medisinsk sett – og at det motsatte har potensielt skadelige eller livstruende konsekvenser – men likevel ikke ønsker å motta behandling. Hennes ønske kan da være basert på oppfatningen at det alt i alt ikke vil være mest fordelaktig for henne å oppgi anoreksien, til tross for vissheten om de medisinske fordelene ved dette. Anoreksi kan nemlig oppleves som å inneha positive aspekter. Som nevnt i kapittel 1, vil lidelsen ofte tjene som beskyttelse mot emosjonelle vanskeligheter, og det å skulle oppgi den, vil således bety at man må takle problemer som man hittil har undertrykt ved hjelp av anoreksien. Som Christensen uttrykker det: «Med maten og flere kilo kommer også vanskelige følelser frem»¹⁰⁹. Således vil det å motta behandling og oppgi anoreksien kunne føre til økte emosjonelle vanskeligheter eller psykisk smerte. Sett at anorektikeren har et autonomt ønske, som hun utviklet forut for anoreksien, om minst mulig psykisk smerte (på samme måte som Beth i Meles eksempel har et autonomt ønske om mest mulig lykke). Hvis hennes ønske om å forbli anorektisk – og dermed ikke å motta behandling – er basert på hennes autonome ønske om minst mulig smerte, vil førstnevnte ønske være autonomt (slik Beth ønsker å forbli i den «hjernevaskede» tilstanden for å tilfredsstille sitt autonome ønske om mest mulig lykke). Ønsket om ikke å behandles vil i så tilfelle altså ha bakgrunn i en autonom preferanse, og bør derfor respekteres.

Det kan innvendes til dette at ettersom anoreksien som sådan gjerne bidrar til emosjonelle vanskeligheter eller psykisk smerte i seg selv, vil det å motta behandling mest sannsynlig kunne tilfredsstille anorektikerens ønske om minst mulig psykisk smerte. Med utgangspunkt i dette ønsket, vil det med andre ord kunne være mest fordelaktig for henne å motta behandling som bidrar til å løse de emosjonelle vanskelighetene hun måtte ha uavhengig av anoreksien, i tillegg til behandling av selve lidelsen. I enkelte tilfeller kan det imidlertid tenkes at anorektikerens vanskeligheter uavhengig av lidelsen er for omfattende til å løses ved behandling, og at livet med den «beskyttende» anoreksien faktisk fører til mindre psykisk smerte enn livet uten. I så fall bør altså anorektikerens (autonome) ønske om ikke å motta behandling respekteres. Det er imidlertid et praktisk problem knyttet til dette: Det kan vanskelig fastslås med sikkerhet hvorvidt livet med anoreksi faktisk vil føre til mindre

¹⁰⁹ Christensen, *Matens mysterium*, 139.

psykisk smerte enn livet uten. I Meles eksempel er Beths ønske om å forbli i den «hjernevaskede» tilstanden basert på sammenligning av livet før hjernevasken med livet etter, og bedømmelsen av den «hjernevaskede» tilstanden som lykkeligere. På samme måte vil anorektikeren kunne sammenligne livet som anorektisk med livet forut for utviklingen av lidelsen, og på bakgrunn av dette foretrekke å fastholde ved anoreksien. Jeg innrømmer imidlertid at en slik sammenligning ikke vil kunne danne sikkert grunnlag for å fastslå hva som gir minst psykisk smerte – livet som anorektiker, eller livet som frisk.

Jeg antar altså at anorektikerens beslutning om ikke å behandles er basert på et sykt ønske om tynnhet, eller også ønsket om å være anorektisk som sådan. Jeg har argumentert for at syke ønsker om tynnhet synes å være basert på selvbedrag eller eventuelt irrasjonalitet – i det minste i enkelte tilfeller – og således ikke er autonome. En eventuell avgjørelse vedrørende behandling, basert på et slikt ønske, vil dermed ikke være autonom. Dermed er tvangsbehandling i så tilfelle forsvarlig. Dersom anorektikerens beslutning om ikke å behandles derimot er basert på et autonomt ønske, kombinert med antakelsen om at det å ikke motta behandling vil kunne bidra til at dette ønsket oppfylles i størst mulig grad, vil beslutningen derimot være autonom. I så fall er tvangsbehandling utillatelig, etter mitt syn.

Kapittel 4: Tvangsbehandling ved anoreksi

Jeg definerer tvangsbehandling som behandling i strid med pasientens uttalte ønsker¹¹⁰. Etter norsk lov kan tvungen helsehjelp iverksettes dersom vedkommendes samtykkekompetanse er svekket, og behandlingen anses nødvendig for vedkommendes liv eller helse. Dette betyr at dersom en person med alvorlig og livstruende anoreksi motsetter seg helsehjelp, kan tvungen behandling gjennomføres – juridisk sett – dersom behandlingen antas å være livreddende eller å forhindre alvorlig skade på vedkommende. I tillegg er det altså et krav at vedkommende betraktes som ikke å være kompetent til å forstå hva manglende behandling vil innebære, slik som konsekvensene av ikke å behandles.

I det forutgående har jeg undersøkt hvorvidt tvangsbehandling er forsvarlig fra et etisk perspektiv. Jeg har argumentert for autonomiprinsippets forrang for velgjørenhet, og at paternalistisk inngripen, som tvangsbehandling, er tillatelig hvis og bare hvis vedkommende ikke er autonom – et synspunkt omfattet av posisjonen svak paternalisme. I kapittel 2 tilbakeviste jeg Dworkins eksempler¹¹¹ på at sterk paternalisme kan være tillatelig, og fastholdt at sterk paternalisme ikke synes å kunne være legitimt. Det er altså vurderingen av autonomi som danner grunnlaget for min diskusjon av hvorvidt tvangsbehandling kan være etisk forsvarlig. På bakgrunn av dette, kaller jeg min innfallsvinkel til diskusjonen av tvangsbehandling «autonomisentrert».

I det følgende skal jeg ta for meg noen argumenter henholdsvis for og mot tvangsbehandling, som i utgangspunktet er framsatt uavhengig av henvisning til de bioetiske prinsippene om velgjørenhet eller autonomi. Enkelte av argumentene er derimot empirisk fundert, og hovedsakelig framsatt fra klinisk hold. Jeg velger derfor å referere til disse argumentene som de «kliniske argumentene» vedrørende tvangsbehandling. Jeg skal vurdere styrken i

¹¹⁰ Min definisjon er ikke uproblematisk, på den måten at den ikke tar i betraktning bakgrunnen for pasienters uttalte ønsker. Dersom en pasient eksempelvis presses av leger eller pårørende til å uttrykke at hun aksepterer tilbud om behandling, vil behandlingen ifølge min definisjon ikke betegnes som tvangsbehandling. Hvorvidt behandling på bakgrunn av sosialt press eller overtalelse kan regnes som tvangsbehandling, er imidlertid diskutabelt.

¹¹¹ Eksemplene om påbud med bilbelte og redningsvest, og forbud mot frivillig slaveri.

argumentene, og om de kan passe inn i min autonomisentrerte modell. Med andre ord, vil jeg undersøke om argumentene henholdsvis for og mot tvangsbehandling kan forstås som å ha utgangspunkt i de bioetiske prinsippene om autonomi og velgjørenhet – som autonomiprinsippets forrang for velgjørenhet, eller omvendt. Dersom ett eller flere av argumentene for tvangsbehandling er tungtveiende, og samtidig kan betraktes som argumenter for velgjørenhetsprinsippets overlegenhet, kan det se ut til at velgjørenhet likevel kan ha forrang for autonomi. Dette vil i så tilfelle bety at sterk paternalisme likevel kan være forsvarlig, i motsetning til hva jeg konkluderte med i kapittel 2. Hvis ett eller flere av de følgende argumentene for eller mot tvangsbehandling viser seg å være sterke nok til alene å danne grunnlaget for vurderingen av hvorvidt tvangsbehandling er forsvarlig, og samtidig ikke kan tilpasses et autonomisentrert rammeverk, kan det se ut til at min autonomisentrerte modell er utilstrekkelig som utgangspunkt for vurderingen av tvangsbehandling. Jeg vil altså undersøke om det finnes tungtveiende argumenter for eller mot tvangsbehandling som ikke avhenger av hvorvidt pasienten er autonom. I så tilfelle vil min autonomisentrerte diskusjon begrenses til rent etisk-teoretisk bruk, og neppe danne grunnlag for bedømmelsen av om tvangsbehandling bør iverksettes i praksis.

4.1 Argumenter for tvangsbehandling

Jeg skal begynne med å presentere noen argumenter for tvangsbehandling som forsvarlig, som ikke hviler på bedømmelsen av pasientens autonomi, og vurdere deres normative styrke uavhengig av et autonomisentrert rammeverk.

Tvangsbehandling som rettighet (rettighetsargumentet)

Argument: Dette argumentet for tvangsbehandling er basert på ideen om enhvers *rett* til medisinsk behandling. Tanken er at enhver har rett til liv, og dermed livreddende behandling ved behov dersom dette er mulig. På den måten manifesterer behandling – med eller uten

pasientens samtykke – pasientens grunnleggende rettigheter. Tvangsbehandling er med andre ord en rettighet.¹¹²

Motsvar: Jeg godtar premisset om retten til liv, og videre retten til livreddende behandling hvis mulig. Argumentet ser imidlertid ut til å implisere at det å motta livreddende behandling er en *plikt*, og synes således å hvile på en misforstått blanding av rettigheter og plikter: Retten til livreddende behandling innebærer etter min oppfatning kun et *tilbud* om eller *mulighet* for behandling, ikke *plikt* til å behandles. Pasientens rett til livreddende behandling legitimerer altså ikke behandling i strid med vedkommendes uttalte ønsker.¹¹³

Tvangsbehandling som omsorg (omsorgsargumentet)

Argument: Ifølge dette argumentet, er tvangsbehandling et tegn på behandlerens hengivenhet overfor pasienten. Behandling – med eller uten pasientens samtykke – anses med andre ord som en måte å vise omsorg på. Fravær av behandling er derimot et tegn på forsømmelse.¹¹⁴

Motsvar: Slik jeg forstår dette argumentet, kan det formuleres som følger:

Premiss 1: (Tvangs)behandling er en form for omsorg.

Premiss 2: Det er riktig/tillatelig å vise omsorg.

Konklusjon: (Tvangs)behandling er riktig/tillatelig.¹¹⁵

¹¹² Dette argumentet er basert på J. L. Birleys syn, presentert av Rosalyn Griffiths og Janice Russell. Birley hevder at «compulsory treatment is not a threat but a right». Birley, J. L., «Psychiatrists as citizens», *British journal of psychiatry*, 159. 1-6, sitert i Griffiths og Russell, «Compulsory treatment of anorexia nervosa patients», i *Treating eating disorders*, red. av Vandereycken og Beumont, 133.

¹¹³ Etter mitt syn, har argumentet imidlertid relevans i tilfeller av svekket autonomi. På bakgrunn av mitt forsvar av autonomiprinsippets forrang i kapittel 2, har personer med alvorlig redusert autonomi rett til autonomifremmende behandling. Videre kan det hevdes at slik behandling derfor kan iverksettes, selv dersom vedkommende motsetter seg det, ettersom hans eventuelle avgjørelse om ikke å motta behandling ikke er autonom.

¹¹⁴ Argumentet presenteres av blant andre Günther Rathner. Rathner, «A plea against compulsory treatment», i *Treating eating disorders*, red. av Vandereycken og Beumont, 188.

¹¹⁵ Eventuelt:

Konklusjonen – at tvangsbehandling er riktig eller tillatelig – følger logisk av premissene, og argumentet er således logisk gyldig. Premiss 1 – påstanden at tvangsbehandling er en form for omsorg – er imidlertid ubegrunnet. Dersom argumentet skal ha normativ styrke, må det etter mitt syn argumenteres for *hvorfor* tvangsbehandling er et tegn på omsorg – eller hvorfor det motsatte er en form for forsømmelse – framfor ganske enkelt å hevde at det er slik det er. I fravær av en slik begrunnelse, kan det like gjerne hevdes at det å respektere pasientens ønsker – for eksempel ønsket om ikke å behandles – derimot er et tegn på omsorg. Hvis denne påstanden kombineres med argumentets premiss 2 (det er riktig/tillatelig å vise omsorg), vil det konkluderes med at det å respektere pasientens ønsker – for eksempel ønsket om ikke å behandles – er riktig/tillatelig. Omsorgsargumentet kan med andre ord framsettes som et argument til fordel for det å respektere pasientens ønske om ikke å behandles, så vel som et argument for tvangsbehandling. Argumentet om tvangsbehandling som omsorg er altså ikke et overbevisende argument for tvangsbehandling, etter min oppfatning, ettersom det ikke er klart hva som er sammenhengen mellom slik behandling og omsorg.

Tvangsbehandling i tråd med pasientens «egentlige» ønsker

Argument: Dette argumentet er empirisk fundert, og basert på det faktum at mange anorektikere faktisk ønsker å bli tvangsinnlagt, til tross for uttalte ønsker om ikke å motta behandling. Tvangsbehandling er med andre ord forsvarlig ettersom det i mange tilfeller vil være i overensstemmelse med hva pasienten selv vil.¹¹⁶ Argumentet finner støtte blant annet i artikkelen «Competence to refuse treatment in anorexia nervosa» av Tan et al., hvor det presenteres flere tilfeller av pasienter som gir uttrykk for at de ønsker behandling, på tross av uttalelser om det motsatte. Én pasient uttaler eksempelvis at hun ikke vil innrømme at hun ønsker behandling, på bakgrunn av at en slik innrømmelse vil framstille henne som «ettergivende», etter hennes oppfatning. En annen ønsker å endre sin anorektiske atferd, og mener at dette kan gjøres kun ved tvangsbruk – hun ønsker altså å behandles med tvang.¹¹⁷

Premiss 1: Fravær av (tvangs)behandling er et tegn på forsømmelse.

Premiss 2: Forsømmelse er galt.

Konklusjon: Fravær av (tvangs)behandling er galt.

¹¹⁶ Dersom behandlingen er i overensstemmelse med pasientens ønsker, er det diskutabelt hvorvidt det er korrekt å betegne dette som «tvangsbehandling». På bakgrunn av min definisjon – behandling i strid med pasientens *uttalte* ønsker – velger jeg likevel å omtale dette som tvangsbehandling.

¹¹⁷ Tan et al. «Competence to refuse treatment in anorexia nervosa», *International journal of law and psychiatry*, 703.

Motsvar: Dette argumentet har etter mitt syn en viss styrke på den måten at det er basert på faktiske pasienters ønsker og interesser. Det å la være å iverksette behandling på bakgrunn av pasientens uttalte ønsker, vil være ufordelaktig for vedkommende dersom hun faktisk ønsker behandling. Etter min oppfatning, er argumentet likevel ikke overbevisende som argument for gjennomføring av tvangsbehandling på generelt grunnlag, ettersom enkelte pasienters uttalelser om at de *egentlig* ønsker behandling, ikke er representativt for hva alle – eller majoriteten av – anorektikere ønsker. Tvangsbehandling kan med andre ord ikke legitimeres på bakgrunn av antakelsen at det er i overensstemmelse med pasientens preferanser, ettersom antakelsen i mange tilfeller trolig vil være ukorrekt.¹¹⁸

Pasienters takknemlighet for tvangsbehandling (takknemlighetsargumentet)

Argument: Dette argumentet for tvangsbehandling bygger på det empiriske faktum at en del tvangsinnlagte anoreksipasienter – som antas å ha vært autonome ved iverksettelsen av behandlingen – i etterkant av behandlingen selv hevder at det var det rette å gjøre. Til tross for at de i utgangspunktet nektet behandling, er de altså i ettertid takknemlige for at deres uttalte motstand mot behandling ikke ble respektert¹¹⁹. Tvangsbehandling er med andre ord forsvarlig fordi pasienten – til tross for hennes motstand mot behandling i utgangspunktet – kommer til å være takknemlig for behandlingen i ettertid.

Motsvar: Slik jeg forstår dette argumentet, kan det formuleres som følger: Tidligere tvangsinnlagte anoreksipasienter har i ettertid betraktet tvangsbehandlingen som rett. Det kan

¹¹⁸ Enkelte vil kanskje hevde at enhver med anoreksi egentlig ønsker behandling, eventuelt uten å være bevisst på det selv, og at tvangsbehandling derfor bør iverksettes i tilfeller der pasienten motsetter seg helsehjelp. Jeg tror imidlertid ikke at dette er tilfelle, men at mange personer med anoreksi faktisk ikke ønsker behandling, eller å bli frisk.

¹¹⁹ Argumentet framsettes av blant andre Griffiths og Russell, og Tan et al. Griffiths og Russell, «Compulsory treatment of anorexia nervosa patients», i *Treating eating disorders*, red. av Vandereycken og Beumont, 138-139. Tan et al., «Control and compulsory treatment in anorexia nervosa», *International journal of law and psychiatry*, 642. Jeg presiserer at det å være takknemlig for tvangsbehandlingen i ettertid, ikke er synonymt med å anse det som rett. I dette tilfellet ser det imidlertid ut til at de nevnte pasientene både er takknemlige for behandlingen, og anser den som rett. Jeg bruker derfor begrepene om hverandre på dette punktet.

derfor antas at tvangsbehandlede anoreksipasienter også i framtiden vil betrakte tvangsbehandlingen som rett. Følgelig er tvangsbehandling av anoreksipasienter forsvarlig.

Også dette argumentet har etter min oppfatning en viss styrke ved å være basert på pasienters faktiske erfaringer, med bakgrunn i pasientenes interesser. Det faktum at mange tvangsbehandlede pasienter er takknemlige i etterkant, eller anser behandlingen som rett, utgjør imidlertid ikke utgangspunkt for et overveiende argument for tvangsbehandling som forsvarlig, etter mitt syn. For det første, stiller jeg meg tvilende til argumentets premiss at det kan utledes hvordan tvangsinnlagte pasienter vil forholde seg til behandlingen, på bakgrunn av tidligere pasienters uttalelser. Etter min oppfatning, vil ikke enkelte pasienters uttalelser i etterkant av slik behandling, danne sikkert grunnlag for å utlede hvordan framtidige pasienter vil forholde seg til tvangsbehandlingen etter at den har funnet sted. Hvorvidt anorektikere som tvangsinnlegges faktisk vil anse behandlingen som rett i ettertid, er altså usikkert. For det andre, synes argumentet å forutsette at dersom tvangsbehandling både fører til bedring, og senere anerkjennes av pasienten som rett, er slik behandling tillatelig. Det er imidlertid ikke gitt at tvangsbehandling er forsvarlig selv dersom pasienten vil komme til å anse det som rett i etterkant. Dersom argumentet skal være overbevisende, må det vises *hvorfor* det at pasienten senere vil komme til å betrakte behandlingen som rett, gjør tvangsbehandling forsvarlig. Forsvar av tvangsbehandling på bakgrunn av en antakelse om hva pasienten *kan* komme til å føle i etterkant, framstår for meg altså som et spekulativt argument for tvangsbehandling. For det første, fordi det er usikkert hvordan vedkommende faktisk vil forholde seg til behandlingen i etterkant. For det andre, fordi det er uklart hvorfor tvangsbehandling er legitimt, selv dersom man med sikkerhet kan utlede at pasienten senere vil komme til å anse det som rett.

4.2 Argumenter *mot* tvangsbehandling

Jeg skal nå presentere og vurdere noen argumenter mot tvangsbehandling, framsatt på bakgrunn av empiri.

Tvangsbehandling – mot sin hensikt (iatrogenese-argumentet)

Argument: Ifølge dette argumentet, kan tvangsbehandling av anoreksi føre til iatrogenese, det vil si at effekten av behandling virker motsatt enn intendert¹²⁰. Slik behandling kan med andre ord bidra til forverring av tilstanden, eller forhindrer i det minste bedring, for eksempel ved at tvunget vektøkning kan bidra til utvikling av bulimiske symptomer¹²¹. Tvangsbehandling vil dessuten kunne få pasienten til å kjempe mot helsepersonellet, framfor å kjempe mot lidelsen, slik at prosessen mot det å bli frisk forsinkes¹²². I tillegg vil tvangsbehandling kunne gi økt fare for depresjon og selvmord etter avsluttet behandling¹²³. Tvangsbehandling bør altså ikke iverksettes, ettersom det kan virke mot sin hensikt.

Motsvar: Dette er etter mitt syn et sterkt argument mot tvangsbehandling, dersom det faktisk er tilfelle at slik behandling er ineffektiv. Iverksettelse av behandling som ikke fungerer, eller i verste fall virker mot sin hensikt – i tillegg til å være i strid med pasientens ønsker – kan neppe forsvares verken fra et klinisk eller etisk perspektiv. Hvorvidt iatrogenese er reelt ved tvangsbehandling av anoreksi, er imidlertid omstridt. Som vist ved takknemlighetsargumentet presentert ovenfor, anser flere anoreksipasienter tvangsbehandling som rett i ettertid, noe som kan tyde på at behandlingen for dem ikke har medført forverring av tilstanden. Tan et al. viser derimot til undersøkelser som underbygger påstanden om tvangsbehandling som ineffektiv¹²⁴. Ettersom det ikke synes å være enighet om hvorvidt tvangsbehandling faktisk er effektivt eller medfører iatrogenese, vil jeg ikke vektlegge iatrogenese-argumentet som overveiende argument mot tvangsbehandling.

¹²⁰ Rathner, «A plea against compulsory treatment of anorexia nervosa», i *Treating eating disorders*, red. av Vandereycken og Beumont, 190.

¹²¹ Griffiths og Russell, «Compulsory treatment of anorexia nervosa patients», i *Treating eating disorders*, red. av Vandereycken og Beumont, 131. Bulimiske symptomer omfatter blant annet selvpåført oppkast og bruk av avføringsmidler.

¹²² Tan et al., «Control and compulsory treatment in anorexia nervosa», *International journal of law and psychiatry*, 635.

¹²³ Griffiths og Russell, «Compulsory treatment of anorexia nervosa patients», i *Treating eating disorders*, red. av Vandereycken og Beumont, 131. Rathner, «A plea against compulsory treatment of anorexia nervosa», i *Treating eating disorders*, red. av Vandereycken og Beumont, 190.

¹²⁴ Tan et al. «Anorexia nervosa and personal identity», 535.

Tvangsbehandling som krenkelse av behov for kontroll (kontroll-argumentet)

Argument: Også dette argumentet er en form for «iatrogenese-argument», med bakgrunn i antakelsen at tvangsbehandling kan ha negativ effekt på lidelsen. Som nevnt i kapittel 1, utvikles spiseforstyrrelser som middel til oppnåelse av kontroll. Tvangsbehandling innebærer en form for kontroll over pasienten, for eksempel kontroll av matinntak og eventuelt aktivitetsnivå, og vil således frata henne det hun i utgangspunktet forsøkte å oppnå. Kontrollerende inngripen i form av tvangsbehandling vil derfor oppleves som negativt for pasienten, og videre ha negativ effekt på lidelsen.¹²⁵

Motsvar: I likhet med iatrogenese-argumentet, er kontroll-argumentet etter min oppfatning et godt argument mot tvangsbehandling, dersom det er reelt at slik behandling virker mot sin hensikt. Jeg stiller meg imidlertid tvilende til at dette er tilfelle. Som jeg var inne på i kapittel 1, vil lidelsen på sikt innebære følelsen av kontrolltap. Dersom anorektikeren opplever å miste kontrollen over sin anorektiske atferd, og hennes mål samtidig er gjenvinning av kontroll, vil behandling som antas å kunne bidra til dette, etter mitt skjønn være hensiktsmessig. Hvis tvangsbehandling kan medføre at anorektikeren gjenvinner følelsen av kontroll, synes det altså å kunne være fordelaktig for vedkommende. Påstanden at tvangsbehandling gir negative konsekvenser som følge av kontroll over anorektikeren, er altså etter min oppfatning ikke overbevisende, og danner ikke grunnlag for et overveiende argument mot tvangsbehandling.

Negative erfaringer med tvangsbehandling (erfarings-argumentet)

Argument: Som vist ved takknemlighetsargumentet, anser en del tvangsinnlagte anoreksipasienter beslutningen å iverksette behandling som riktig i ettertid. Imidlertid uttaler mange av disse at de likevel opplevde behandlingen som overgrep, assosiert med straff og fangenskap. Tvangsbehandling er altså ikke forsvarlig, ved å være traumatiserende for pasienten.¹²⁶

¹²⁵ Argumentet presenteres av blant andre Giordano. Giordano, «Understanding eating disorders», 203.

¹²⁶ Giordano, «Understanding eating disorders», 204-205. Tan et al. «Control and compulsory treatment in anorexia nervosa», 640.

Motsvar: Dette argumentet er i seg selv ikke et overbevisende argument mot tvangsbehandling, etter mitt syn. Det at enkelte pasienter har opplevd tvangsbehandling som overgrep, er ikke ensbetydende med at *tvangsbehandling som sådan* betraktes som overgrep – det kan snarere vise til *måten* behandlingen ble utført på. Bakgrunnen for pasientenes negative erfaringer med tvangsbehandling, kan med andre ord være basert på faktorer ved selve behandlingsformen (for eksempel det å ikke få gå på toalettet uten tilsyn). I så fall danner uttalelsene eventuelt grunnlag for å stille spørsmålstegn ved hvorvidt disse delene av behandlingen er forsvarlige, ikke nødvendigvis for hvorvidt tvangsbehandling i seg selv er tillatelig. I alle tilfelle gir ikke pasienters utsagn alene grunnlag for å avgjøre hvorvidt tvangsbehandling bør iverksettes; som nevnt i forbindelse med takknemlighetsargumentet, er ikke enkelte pasienters uttalte erfaringer ikke en sikker kilde til kjennskap om hvordan framtidige pasienter vil forholde seg til behandlingen, etter mitt syn.

4.3 Kliniske argumenter fra et autonomisentrert perspektiv

Jeg har nå presentert noen argumenter henholdsvis for og mot tvangsbehandling, som i utgangspunktet er framsatt fra klinisk hold, uavhengig av vurderingen av pasientens autonomi eller kompetanse. I det følgende skal jeg undersøke om de likevel kan plasseres innenfor et autonomisentrert rammeverk, og forstås som å ha utgangspunkt i autonomi- eller velgjørhetsprinsippet, for å finne ut om autonomiprinsippets forrang for velgjørhet kan bestå, og om min autonomisentrerte modell er adekvat for vurderingen av om tvangsbehandling er forsvarlig.

Argumentene for tvangsbehandling på bakgrunn av en autonomisentrert modell

Jeg vil begynne med å se på de to første argumentene for tvangsbehandling: rettighetsargumentet og omsorgsargumentet. Ifølge mitt syn, er den mest plausible tolkningen av disse

argumentene en forståelse av dem som uavhengige av de bioetiske prinsippene om autonomi og velgjørenhet. Jeg tolker rettighetsargumentet derimot som å hvile på en grunnleggende rett til å leve¹²⁷, mens omsorgsargumentet på sin side kan forstås med bakgrunn i antakelsen om omsorg som kjerneverdi, basert på eksempelvis et omsorgsetisk perspektiv. Alternativt kan de respektive argumentene forstås som manifesteringer av velgjørhetsprinsippets forrang for autonomi, på den måten at de tar utgangspunkt i hva som antas å være til pasientens beste, framfor å ta pasientens autonome ønsker i betraktning. Jeg tror imidlertid at en slik tolkning er misforstått, ettersom ingen av de to argumentene primært baseres på det formål å fremme pasientens velferd, eller det som medisinsk sett anses som fordelaktig, slik velgjørhetsprinsippet gjør. I alle tilfelle anser jeg verken rettighetsargumentet eller omsorgsargumentet som en trussel for min autonomisentrerte modell som adekvat utgangspunkt for diskusjonen av tvangsbehandling, eller oppfatningen om autonomiprinsippets forrang for velgjørenhet. For, som vist ovenfor, er ingen av de to argumentene overbevisende argumenter for at tvangsbehandling kan være forsvarlig.

Derimot kan argumentet om «tvangsbehandling i tråd med pasientens ‘egentlige’ ønsker» etter mitt syn forstås på bakgrunn av en autonomisentrert modell. Dette argumentet tar utgangspunkt i oppfatningen om at pasientens ønsker samsvarer med hva som medisinsk sett anses som «best», ved at både vedkommendes preferanser og medisinske anbefalinger antas å peke i retning av behandling som det foretrukne¹²⁸. Med utgangspunkt i min autonomisentrerte modell, kan det hevdes at autonomiprinsippet og velgjørhetsprinsippet i så tilfelle samsvarer, uavhengig av om pasienten er autonom: Velgjørhetsprinsippet, som sikter mot å fremme vedkommendes velferd, viser altså til at behandling bør iverksettes. Dersom anorektikerens ønske om å motta behandling er autonomt, bør det ifølge autonomiprinsippet respekteres, slik at behandling iverksettes. Hvis hennes ønske derimot ikke er autonomt, vil ønsket i seg selv – ifølge min autonomisentrerte modell – ikke danne grunnlag for hvorvidt behandling bør iverksettes. Som jeg argumenterte for i kapittel 2, innbefatter imidlertid autonomiprinsippet å fremme autonomi. Dette betyr at dersom

¹²⁷ Denne rettigheten er stadfestet ved menneskerettighetserklæringen: «Enhver har rett til liv, frihet og personlig sikkerhet.» FNs verdenserklæring om menneskerettigheter, Artikkel 3, FN-sambandet, <http://www.fn.no/FN-informasjon/Konvensjoner-og-erklæringer/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>, (oppøkt 13.11.2011).

¹²⁸ På bakgrunn av det aktuelle eksempelet, eksplisiteres det riktignok ikke at behandling anses som fordelaktig fra medisinsk hold. Jeg antar imidlertid at dette er tilfelle, ettersom det er framsatt i sammenheng med diskusjonen av behandling ved alvorlig anoreksi.

anorektikerens autonomi er svekket, slik at hennes ønske ikke er autonomt, og den eventuelle behandlingen antas å gjenvinne hennes autonomi, peker autonomiprinsippet i denne sammenheng mot at behandling bør iverksettes. Uansett om anorektikerens ønske er autonomt, viser altså autonomiprinsippet til at behandling bør iverksettes – i likhet med velgjørhetsprinsippet. Argumentet kan altså plasseres innenfor et autonomisentrert rammeverk, og viser til et tilfelle av overensstemmelse mellom autonomi- og velgjørhetsprinsippet. På den måten kan den autonomisentrerte modellen framstå som relevant for diskusjonen av tvangsbehandling.

Det er imidlertid et åpenbart problem ved å forsvare tvangsbehandling på bakgrunn av antakelsen om at det tilfredsstillende både velgjørhetsprinsippet (altså ved at tvangsbehandling fremmer pasientens velferd) og autonomiprinsippet (ved at tvangsbehandling manifesterer pasientens ønsker): Premisset at tvangsbehandling er i overensstemmelse med pasientens ønsker, er etter mitt syn ikke plausibelt. Som vist ovenfor, kan ikke antakelsen at vedkommendes ønsker om å bli tvangsbehandlet, legitimere slik behandling, ettersom den i mange tilfeller trolig vil være ukorrekt. Argumentet om «tvangsbehandling i tråd med pasientens 'egentlige' ønsker» kan altså forstås ut fra min autonomisentrerte modell, men er etter mitt syn ikke relevant i diskusjonen om hvorvidt tvangsbehandling er tillatelig, ettersom det ikke er et sterkt argument for tvangsbehandling.

Hva takknemlighetsargumentet angår, kan dette hevdes å manifestere velgjørhetsprinsippets forrang for autonomi, på den måten at det baseres på hva som antas å være fordelaktig for pasienten, snarere enn hennes autonome ønsker. Slik jeg tolker argumentet, bør det imidlertid forstås uavhengig av min autonomisentrerte modell. Takknemlighetsargumentet synes nemlig ikke primært å hvile på oppfatningen om tvangsbehandling som forsvarlig på bakgrunn av at det anses som fordelaktig for pasienten, medisinsk sett. Ifølge dette argumentet, er tvangsbehandling derimot tillatelig fordi pasienten selv vil kunne anse det som rett, til tross for at hun er av en annen oppfatning forut for behandlingen. Dersom argumentet bedømmes som et tungtveiende argument for at tvangsbehandling er forsvarlig, vil det utgjøre en trussel for min autonomisentrerte modell som adekvat utgangspunkt for vurderingen av om tvangsbehandling bør iverksettes. I så tilfelle står vi nemlig overfor et

argument som vil kunne være sterkt nok til å fastslå tvangsbehandling som forsvarlig, uavhengig av hvorvidt pasienten er autonom, og vurderingen av autonomi synes således å være irrelevant i denne sammenheng. Etter min oppfatning, er dette imidlertid ikke tilfelle, ettersom takknemlighetsargumentet – som vist ovenfor – ikke et overbevisende argument for tvangsbehandling.

Argumentene *mot* tvangsbehandling på bakgrunn av en autonomisentrert modell

I likhet med takknemlighetsargumentet, forstår jeg både iatrogenese-argumentet og kontrollargumentet (som også innebærer henvisning til iatrogenese) som uavhengige av min autonomisentrerte modell. Begge argumenter hviler på oppfatningen om at tvangsbehandling ved anoreksi bidrar til forverring av tilstanden, eller er i det minste ineffektivt som behandling, og bør derfor unngås. Etter mitt syn, er argumentene overbevisende som argumenter mot tvangsbehandling, dersom det altså er reelt at denne type behandling ikke fungerer, eller eventuelt fører til at anorektikeren blir desto sykere. Hvis dette er tilfelle, synes vurderingen av pasientens autonomi ikke å være relevant, og min autonomisentrerte modell ser ut til å være utilfredsstillende som utgangspunkt for vurderingen av om tvangsbehandling bør iverksettes. Modellen kan riktignok danne bakteppet for diskusjonen vedrørende hvorvidt tvangsbehandling er *etisk* forsvarlig, på grunnlag av diskusjonen om paternalistisk inngripen som tillatelig. Disse etiske betraktningene har imidlertid liten praktisk relevans for spørsmålet om eventuell gjennomføring av tvangsbehandling, dersom det er et faktum at slik behandling fører til iatrogenese. Med andre ord, kan tvangsbehandling neppe forsvares dersom det er ineffektivt eller bidrar til forverring av tilstanden, uansett om pasienten er autonom eller ei, eller hvorvidt paternalistisk inngripen som sådan betraktes som etisk forsvarlig¹²⁹.

Som jeg argumenterte for ovenfor, er det imidlertid ikke tungtveiende grunner til å anta at tvangsbehandling ved anoreksi faktisk fører til forverring av lidelsen, eller er ineffektiv som behandlingsform. Dermed er det ikke grunnlag for å anse verken iatrogenese- eller kontrollargumentet som sterke nok til alene å danne grunnlaget for oppfatningen om

¹²⁹ Derimot kan det å påtvinge personer ineffektiv behandling, hevdes å være uetisk. Begrunnelsen for dette, er imidlertid ikke nødvendigvis basert på en autonomisentrert modell.

tvangsbehandling som utillatelig. Dette betyr at heller ikke disse argumentene truer min autonomisentrerte modell som relevant for diskusjonen av tvangsbehandling.

Også erfaringsargumentet bør etter min oppfatning forstås uavhengig av prinsippene om autonomi og velgjørenhet. Det hviler nemlig på det empiriske faktum at mange tvangsinnlagte anorektikere opplever behandlingen som traumatisk, framfor å vise til pasientens rett til autonome beslutninger, eller til hva som antas å være hensiktsmessig for vedkommende ut fra et medisinsk perspektiv. Ettersom heller ikke dette argumentet er overbevisende som argument mot tvangsbruk, av grunner nevnt ovenfor, feller det ikke min autonomisentrerte modell som utgangspunkt for spørsmålet om tvangsbehandling er forsvarlig.

Etter min oppfatning er altså ingen av de kliniske argumentene vedrørende tvangsbehandling overbevisende, slik at min autonomisentrerte modell anses som irrelevant i denne sammenheng. Tan et al. er imidlertid kritiske til å vurdere tvangsbehandling på bakgrunn av bedømmelsen av hvorvidt pasienten er autonom eller kompetent¹³⁰. Et aspekt som etter deres syn taler mot en autonomisentrert modell som utgangspunkt for spørsmålet om tvangsbehandling, er det faktum at mange anoreksipasienter selv anser tvangsbehandling som legitimt for å redde liv, uten referanse til kompetanse eller autonomi. Etter min oppfatning, danner dette imidlertid ikke grunnlag for å betvile bedømmelsen av pasientens autonomi som relevant for spørsmålet om tvangsbehandling. For det første, er det usikkert hvorfor pasientene ikke tar autonomiaspektet i betraktning ved vurderingen av tvangsbehandling som forsvarlig. Jeg antar at deres betraktninger kan hvile på usikkerhet angående betydningen av begrepet autonomi, eller manglende refleksjon over hvorfor autonomi kan være relevant for hvorvidt tvangsbehandling er tillatelig. I så tilfelle er det en mulighet at pasientene ville ha ansett vurderingen av autonomi som essensiell for spørsmålet om tvangsbehandling, dersom de hadde en tilstrekkelig og reflektert forståelse av autonomibegrepets betydning og den potensielle relevansen av autonomi i denne sammenheng. For det andre, dersom pasientene derimot har forståelse for relevansen av autonomi, og samtidig fastholder at vurderingen av autonomi er irrelevant for hvorvidt tvangsbehandling bør iverksettes, betyr dette likevel ikke at autonomimodellen nødvendigvis er inadekvat. Hvis pasientenes synspunkter skal kunne

¹³⁰ Tan et al., «Control and compulsory treatment in anorexia nervosa», 642.

betraktes som avgjørende for hvorvidt tvangsbehandling er legitimt, må det argumenteres for *hvorfor* dette er tilfelle – altså, hva det er som gjør pasientenes betraktninger avgjørende i dette tilfelle. Det at enkelte anorektikere anser tvangsbruk som forsvarlig, og kanskje selv ville ha foretrukket å bli tvangsinnlagt dersom deres liv stod i fare, danner i seg selv ikke tilstrekkelig grunnlag for å anse tvangsbehandling som tillatelig, etter mitt syn.

Det er også en annen grunn til at jeg betviler styrken i argumentet om tvangsbehandling som forsvarlig på bakgrunn av pasienters synspunkter. Tan et al. stiller seg tvilende til at de nevnte pasientene er kompetente til å ta autonome avgjørelser. De baserer altså sin kritikk av den autonomisentrerte modellen på uttalelser fra personer som antas å ha svekket autonomi eller kompetanse. Det å vurdere den autonomisentrerte modellen som utilstrekkelig som utgangspunkt for spørsmålet om tvangsbehandling av anoreksipasienter, på bakgrunn av anorektikerens eget syn på denne modellen som utilstrekkelig, og samtidig framholde at de nevnte anorektikerne neppe er autonome, synes for meg tvilsomt. Etter min oppfatning, er det noe paradoksalt ved det å la personer som ikke antas å være kompetente til å ta autonome avgjørelser, avgjøre hvorvidt vurderingen av autonomi er relevant¹³¹.

Det ser altså ut til at verken ovennevnte kritikk av den autonomisentrerte modellen, eller de kliniske argumentene vedrørende tvangsbehandling, er tungtveiende. Min autonomisentrerte modell synes således ikke å være truet som utgangspunkt for diskusjonen av tvangsbehandling. Ettersom ingen av de kliniske argumentene ser ut til å manifestere velgjøringsprinsippets forrang for autonomi, og – dersom de derimot tolkes som å gjøre nettopp dette – ikke er overbevisende, fastholder jeg autonomiprinsippets forrang, og min tidligere konklusjon om at sterk paternalisme ikke synes å være tillatelig. På bakgrunn av dette, vil jeg hevde at vurderingen av anorektikerens autonomi – altså, hvorvidt hennes eventuelle beslutning om ikke å motta behandling er autonom – fortsatt kan betraktes som

¹³¹ Det kan innvendes til dette at dersom man tar utgangspunkt i autonomibegrepet som lokalt, vil anorektikeren kunne ta autonome avgjørelser på enkelte områder, selv om hun ikke er autonom i henhold til forhold som angår lidelsen. I så tilfelle vil hun kanskje kunne ta autonome vurderinger i henhold til grunnlaget for tvangsbehandling, på tross av at hun ikke kan ta autonome beslutninger i forhold til faktorer knyttet til lidelsen, for eksempel matinntak. Imidlertid er vurderingen av hvorvidt autonomi har relevans ved tvangsbehandling av anoreksi, etter min oppfatning en faktor som angår lidelsen. Dette betyr at dersom vedkommende ikke er autonom overfor forhold knyttet til anoreksien, vil hun heller ikke være autonom overfor vurderingen av tvangsbehandling av anoreksi.

avgjørende for bedømmelsen av om tvangsbehandling bør iverksettes: Dersom beslutningen om ikke å motta behandling er autonom, bør den respekteres; i motsatt fall er tvangsbehandling forsvarlig.

Innvendinger og problemer ved min posisjon

Jeg har i de forutgående kapitlene argumentert for at autonomiprinsippet er det grunnleggende prinsipp innen bioetikk, på bakgrunn av den iboende verdien av autonomi, og bør ha forrang for velgjørenhet i tilfeller der de to prinsippene står i konflikt. Dette betyr at dersom pasientens ønsker står i motsetning til hva som anses som fordelaktig for vedkommende fra et medisinsk perspektiv, bør hennes ønsker respekteres – såfremt disse er autonome, vel å merke. Paternalistisk inngripen – eksempelvis tvangsbehandling – overfor autonome personer, er med andre ord utillatelig, ifølge mitt syn. Hvis en pasients beslutning om ikke å behandles derimot er heteronom, vil tvangsbehandling kunne forsvares på bakgrunn av autonomiprinsippet. Autonomiprinsippet innebærer nemlig å fremme autonomi, så vel som det å respektere pasienters autonome avgjørelser, og vil derfor peke mot behandling som tar sikte på å gjenvinne pasientens autonomi – det være seg tvangsbehandling – i tilfeller der vedkommendes autonomi er svekket.

Med utgangspunkt i mitt syn på tvangsbehandling som legitimt hvis og bare hvis pasientens autonomi er redusert, vil vurderingen av hvorvidt tvangsbehandling av anorektikere er forsvarlig, avhenge av hvorvidt anorektikerens eventuelle beslutning om ikke å behandles er autonom. Jeg antar at en slik beslutning i hovedsak vil være basert på enten det jeg har kalt anorektikerens syke ønske om tynnhet, eller også ønsket om å være anorektisk som sådan. Jeg har argumentert for at førstnevnte ønske neppe er autonomt, og dersom dette danner grunnlaget for anorektikerens eventuelle avgjørelse om ikke å behandles, er ikke denne avgjørelsen autonom, noe som legitimerer tvangsbehandling. Dersom beslutningen om ikke å behandles derimot er basert på ønsket om å forbli anorektisk, og dette ønsket har opphav i en autonom preferanse, vil beslutningen om ikke å behandles kunne være autonom, og tvangsbehandling vil således være utillatelig. Dette kan eksempelvis være tilfelle dersom vedkommende har en autonom preferanse om minst mulig psykisk smerte, kombinert med oppfatningen at livet som anorektisk i størst mulig grad tilfredsstiller denne preferansen, slik at vedkommende dermed ønsker å være anorektisk.

Mitt utgangspunkt for diskusjonen av tvangsbehandling, er altså det jeg kaller autonomisentrert: Hvorvidt tvangsbehandling er tillatelig, avhenger av om pasienten er autonom. I oppgavens siste del presenterte og vurderte jeg noen argumenter henholdsvis for og mot tvangsbehandling, framsatt fra klinisk hold, og undersøkte hvorvidt de kan passe inn i min autonomisentrerte modell. Tanken var at dersom ett eller flere av argumentene for eller mot tvangsbruk var tungtveiende nok til alene å danne grunnlag for vurderingen av tvangsbehandling, uten å ta bedømmelsen av pasientens autonomi i betraktning, ville min autonomisentrerte modell være inadekvat som utgangspunkt for diskusjonen vedrørende tvangsbehandling som forsvarlig. Etter å ha vurdert styrken av de kliniske argumentene vedrørende tvangsbehandling, konkluderte jeg imidlertid med at ingen av dem er tungtveiende som argumenter for eller mot tvangsbehandling, og derfor ikke truer min autonomisentrerte modell som relevant ved vurderingen av om tvangsbehandling er legitimt.

Jeg innrømmer at min posisjon – det at tvangsbehandling er forsvarlig hvis og bare hvis pasientens autonomi er svekket – imidlertid ikke er uproblematisk. For det første, kan det vanskelig fastslås med sikkerhet hvorvidt en person er autonom. Jeg har vist at vurderingen av om tvangsbehandling bør iverksettes, avhenger av hvorvidt vedkommendes eventuelle beslutning om ikke å behandles er autonom, noe som avhenger av om ønskene og preferansene som ligger til grunn for denne beslutningen er autonome. Og kanskje vil man med stor sikkerhet kunne utlede hvorvidt dette er tilfelle, på bakgrunn av inngående psykologiske undersøkelser. Muligheten for feilvurderinger er imidlertid til stede, og faren for at en behandler feilaktig bedømmer en anorektikers autonome beslutning som heteronom, eller en heteronom beslutning som autonom, vil kan hende være overhengende i praksis.

Et annet problem ved min posisjon, er at vurderingen av anorektikerens autonomi i seg selv ikke er tilstrekkelig for å vurdere tvangsbehandling som forsvarlig. Dersom tvangsbehandling skal være tillatelig, må det i tillegg – som nevnt i kapittel 2.3 – antas at fordelene ved tvangsbehandlingen, veier opp for ulempene den medfører for vedkommende. Som antydnet i kapittel 2.4, kan det imidlertid ikke alltid fastslås hvorvidt dette faktisk vil være tilfelle. Dessuten, hvor stor må de potensielle skadene ved manglende behandling være for at tvangsbehandling skal kunne være legitimt? Er tvangsbruk legitimt kun som livreddende

behandling? Eller også for å forhindre fysiske skader som ikke er livstruende? Hva med henvisning til livskvalitet – kan tvangsbehandling som kun tar sikte på å fremme pasientens livskvalitet forsvares?

En annen mulig innvending til min autonomisentrerte posisjon, er at de pårørendes synspunkter ikke tas i betraktning ved vurderingen av hvorvidt tvangsbehandling bør iverksettes. Ifølge mitt syn, tas det kun hensyn til anorektikerens egne ønsker – såfremt disse altså er autonome. Men, kan det det innvendes, har ikke de pårørende noe de skulle ha sagt?

Til dette svarer jeg: Nei. Pårørendes synspunkter bør ikke danne grunnlag for vurderingen av behandlingsform. Først og fremst fordi enhver har rett til å ta egne avgjørelser angående medisinske forhold som gjelder en selv, som argumentert for i kapittel 2. For det andre, kan det å la pårørendes synspunkter være avgjørende, ha ufordelaktige konsekvenser. For, hva hvis de pårørende faktisk ikke ønsker at vedkommende skal behandles, men snarere foretrekker å la henne dø? Med utgangspunkt i oppfatningen om at pårørendes synspunkter er gjeldende, vil dette da bety at hun bør overlates til seg selv for å dø?

Til slutt kan det innvendes at det finnes argumenter henholdsvis for eller mot tvangsbehandling som er så tungtveiende at vurderingen av pasientens autonomi er irrelevant for hvorvidt slik behandling bør iverksettes, noe jeg tok opp i kapittel 4. Argumentet at tvangsbehandling er ineffektivt, vil etter mitt syn være det sterkeste argumentet i denne sammenheng, dersom dette altså er reelt: Hvis det skulle vise seg at tvangsbehandling ved anoreksi ikke fungerer, kan slik behandling neppe forsvares, uavhengig av om paternalistisk inngripen betraktes som etisk forsvarlig på bakgrunn av en autonomisentrert modell.

Litteraturliste

- Beuchamp, Tom L. «Who deserves autonomy, and whose autonomy deserves respect?» I *Personal autonomy: New essays on personal autonomy and its role in contemporary moral philosophy*, red. av James Stacey Taylor, 310-329. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
- Beauchamp, Tom L. Childress. James F. *Principles of biomedical ethics*. Sjette utgave. New York: Oxford University Press, 2009.
- Beumont, Pierre. Vandereycken, Walter. «Challenges and risks for health care professionals». I *Treating eating disorders: ethical, legal and personal issues*, red. av Walter Vandereycken, Pierre J. V. Beumont J. V., 1-29. New York: New York University Press, 1998.
- Bowden, P. K. Touyz, S. W. Rodriguez, P. J. Hensley, R. Beumont P. J. V. «Distorting patient or distorting instrument?: Body shape disturbance in patients with anorexia nervosa and bulimia». *The british journal of psychiatry*. 155. 1989. 196-201.
- Cash, Thomas F. Deagle, Edwin A. «The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa: a meta-analysis». *International journal of eating disorders*. 22/2. 1997. 107-125.
- Christensen, Karin. *Matens mysterium: Om å bli frisk av anoreksi, bulimi og tvangsspising. En selvhjelpsbok*. 2. utgave. Stavanger: Hertervig forlag, 2002.
- Christman, John. «Autonomy and personal history». *Canadian journal of philosophy*. Vol. 21, Nr. 1. Mars 1991. 1-24.
- _____. «Autonomy in moral and political philosophy». *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, 11.08.2009, <http://plato.stanford.edu/entries/autonomy-moral/> (oppsøkt 26.08.2011)
- _____. «Procedural autonomy and liberal legitimacy». I *Personal autonomy: New essays on personal autonomy and its role in contemporary moral philosophy*, red. av James Stacey Taylor, 277-298. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
- Dolan, Bridget. «Food refusal, forced feeding and the law of England and Wales». I *Treating eating disorders: ethical, legal and personal issues*, red. av Vandereycken, Walter, Beumont, Pierre J. V., 151-178. New York: New York University Press, 1998.
- Draper, Heather. «Treating anorexics without consent: some reservations», *Journal of medical ethics*. 24. 1998. 5-7.
- Dworkin, Gerald. *The theory and practice of autonomy*. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.
- Feinberg, Joel. *Harm to self*. I *The moral limits of the criminal law*. Volum 3. New York: Oxford University Press, 1986.

FNs verdenserklæring om menneskerettigheter. FN-sambandet. <http://www.fn.no/FN-informasjon/Konvensjoner-og-erklæringer/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter> (oppsøkt 13.11.2011)

Frankfurt, Harry G. «Freedom of the will and the concept of a person». *The journal of philosophy*. Vol. 68. Nr. 1. Januar 1971. 5-20.

Giordano, Simona. *Understanding eating disorders: Conceptual and ethical issues in the treatment of anorexia and bulimia nervosa*. Oxford: Clarendon Press, 2005.

Griffiths, Rosalyn. Russell, Janice. «Compulsory treatment of anorexia nervosa patients». I *Treating eating disorders: ethical, legal and personal issues*, red. av Vandereycken, Walter. Beaumont, Pierre J. V., 127-150. New York: New York University Press, 1998.

Hofmann, Bjørn. «Det moralske grunnlaget for å vurdere samtykkekompetanse». I *Etikk i praksis*. 33-48. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag, 2007.

Kant, Immanuel. *Grounding for the metaphysics of morals*. I *Classics of moral and political theory*, red. av Michael Morgan. Fjerde utgave. Indianapolis: Hackett Publishing Company, 2005.

Lackstrom, Jan B. Woodside. D. Blake. «Families, therapists and family therapy in eating disorders». I *Treating eating disorders: ethical, legal and personal issues*, red. av Walter Vandereycken, Pierre J. V. Beaumont, 106-126. New York: New York University Press, 1998.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Lovdata. Oppdatert 11.11.2011. <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-062.html> (oppsøkt 13.11.2011)

Lov om pasientrettigheter. Lovdata. Oppdatert 11.11.2011. <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html> (oppsøkt 13.11.2011)

Mele, Alfred R. *Autonomous agents: From self-control to autonomy*. New York: Oxford University Press, 2001.

McVoy, Joseph. «Personal experiences of a male therapist». I *Treating eating disorders: ethical, legal and personal issues*, red. av Walter Vandereycken, Pierre J. V. Beaumont, 80-105. New York: New York University Press, 1998.

Mill, John Stuart. *On liberty: And other essays*. New York: Kaplan Publishing, 2009.

Probst, M. Vandereycken, W. Coppenolle, H. Van. Pieters, G. «Body size estimation in anorexia nervosa patients: The significance of overestimation». *Journal of psychosomatic research*. Vol. 44. 1998. 451-456.

Rathner, Günther. «A plea against compulsory treatment of anorexia nervosa patients». I *Treating eating disorders: ethical, legal and personal issues*, red. av Walter Vandereycken, Pierre J. V. Beaumont, Pierre J. V., 179-215. New York: New York University Press, 1998.

Røer, Anne. *Spiseforstyrrelser: Symptomforståelse og behandlingsstrategier*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2009.

Skårderud, Finn. *Sterk/svak: Håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug & Co., 2000.

Statens helsetilsyn. *Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i spesialhelsetjenesten*. 7-2000.
http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/alvorlige_spiseforstyrrelser_ik-2714.pdf (oppsøkt 11.11.2011)

Sundgot-Borgen, Jorunn. *Eating disorders in female athletes*. Oslo: The Norwegian University of Sport and Physical Education, Department of Biology and Sports Medicine, 1992.

Tan, Jacinta O. A. Hope, Tony. Stewart, Anne. «Anorexia nervosa and personal identity: The accounts of patients and their parents». *International journal of law and psychiatry*. Vol. 26, 2003. 533-548.

_____. «Competence to refuse treatment in anorexia nervosa». *International journal of law and psychiatry*. Vol. 26, 2003. 697-707.

Tan, Jacinta O. A. Hope, Tony. Stewart, Anne. Fitzpatrick, Raymond. *International journal of law and psychiatry*. Vol. 26, 2003. 627-645.

Taylor, James Stacey. «Introduction». I *Personal autonomy: New essays on personal autonomy and its role in contemporary moral philosophy*, red. av James Stacey Taylor, 1-29. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

Zerbe, Kathryn J. «Knowable secrets: Transference and countertransference manifestations in eating disordered patients». I *Treating eating disorders: ethical, legal and personal issues*, red. av Walter Vandereycken, Pierre J. V. Beaumont, 30-55. New York: New York University Press, 1998.

